ANNÉE 1854.

14

GAZETTE MÉDICALE

DE PARIS.



Dirigée par le Docteur JULES GUÉRIN.

VINGT-QUATRIÈME ANNÉE. — TROISIÈME SÉRIE.

TOME NEUVIÈME.



PARIS.

AU BUREAU DE LA GAZETTE MÉDICALE, RUE RACINE, 10.



Paris, imprimé par E. Thunot et Cᵉ, rue Racine, 26.

CHOLÉRA-MORBUS.

PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT DU CHOLÉRA.

Troisième article.—(Voir les numéros 52 et 53 de l'année 1853.)

III. — TRAITEMENT DE LA PÉRIODE PRODROMIQUE.

Le TRAITEMENT RATIONNEL de la période prodromique, pour mériter ce titre, doit être la conséquence logique d'une notion suffisante de la cholérine, considérée dans sa cause et dans ses effets, et, à défaut de cette notion, il doit répondre à toutes les circonstances de fait qui composent cette période de la maladie, envisagées sous le rapport de leur importance, de leur étendue, de leur nombre, de leur mode d'évolution et de succession. Finalement il doit obtenir de l'expérience la sanction que semble lui donner la raison; en un mot, il doit être aussi efficace qu'il a la prétention d'être logique. Ce programme, comme on le voit, agrandit singulièrement la discussion, et pour tenir tout ce qu'il promet, il nous mettrait dans l'obligation de présenter ici la théorie complète du choléra. Mais il faut savoir se borner. Nous aurons occasion de donner à toutes les questions de pathogénie cholérique les développements qu'elles comportent; nous nous restreindrons aujourd'hui juste à ce qu'il est indispensable d'en dire pour motiver et faire comprendre les principales règles du traitement rationnel de la période prodromique du choléra.

Dans notre précédent article, nous avons déjà suffisamment établi que la diarrhée prémonitoire n'est pas toute la période prodromique; que cette période comprend, en étendue et en nombre, d'autres phénomènes importants à considérer; que, pour la fréquence et l'ordre d'apparition, elle est loin d'avoir une valeur initiale absolue. Ce simple rappel suffit pour motiver cette première conclusion : que la diarrhée prodromique n'est pas la cause ni le point de départ de la cholérine, mais simplement un fait important, le symptôme principal et pathognomonique, si l'on veut, de cette période. Et ici cette distinction n'a pas seulement pour but de prévenir une conclusion thérapeutique arbitraire : elle a encore pour objet d'expliquer tout à la fois la possibilité logique et matérielle des exceptions à la règle, des cholérines sans diarrhées, et de faire ressortir de ces exceptions mêmes la vraie signification de la diarrhée.

En effet, bon nombre des cas dits de choléra foudroyant existent sans diarrhée; les malades meurent en quelques heures, sans avoir offert le moindre phénomène de sécrétion intestinale. Nous réservons, bien entendu, les cas où l'on trouve après la mort l'intestin plein de matières cholériques, que le malade n'a eu ni le temps ni la force d'expulser: nous voulons parler uniquement des cas de choléra foudroyant *secs*, dans lesquels la cyanose et le froid de la mort sont immédiatement portés au plus haut degré, où la vie semble s'arrêter spontanément comme foudroyée. Dans ces cas, l'intensité de la cause cholérique se révèle d'une manière si puissante qu'on ne saurait l'accorder avec l'idée d'une maladie locale, d'une affection intestinale. C'est, au plus haut point, la traduction d'une intoxication sidérante de toute l'économie. Cette conclusion est non-seulement d'accord avec l'ordre des faits qui l'inspire et la motive, mais avec tous les faits, aussi bien avec le plus léger symptôme qu'avec l'ensemble des phénomènes qui constituent la période prodromique. Les borborygmes et la diarrhée, aussi bien que les vertiges, les malaises généraux, la tendance au refroidissement, n'ont pas d'autre signification; mais, pour préciser, nous ne nous arrêterons qu'au phénomène de la diarrhée.

La diarrhée prémonitoire, par rapport à la doctrine de l'empoisonnement cholérique, doit être considérée dans son caractère physiologique et dans son caractère pathogénique.

Sous le premier point de vue, c'est un phénomène d'élimination; la diarrhée prémonitoire est une crise; l'intestin est la voie par laquelle l'élément toxique est expulsé. Qu'on nous dispense d'une démonstration en règle; les analogies sans nombre et tout ce qu'on sait sur la physiologie pathologique de l'intestin l'attestent; la diarrhée prémonitoire dans son but initial, dans son caractère étiologique, dégagée de toute complication consécutive, est une excrétion éliminatrice. A cette époque et avec cette simplicité, elle existe sous forme de sécrétion aqueuse, sans douleur, n'excluant ni l'appétit, ni le sommeil, ni le travail; c'est une fonction accidentelle. Cette fonction est-elle provoquée en vertu d'une action élective du poison cholérique répandu dans l'économie, ou bien est-elle simplement le résultat d'une action locale du poison morbide en contact avec le tube digestif? C'est ce que nous ne chercherons pas à approfondir; hornons-nous simplement à faire remarquer que les complications, l'entourage et les suites de la diarrhée obligent à considérer le phénomène dans son caractère pathologique.

A ce second point de vue, la diarrhée prodromique peut être considérée comme une lésion, aussi bien sous le rapport organique que sous le rapport fonctionnel; car s'il est vrai, comme nous croyons l'avoir établi dès longtemps, que la *fonction fait l'organe*, l'intestin qui est momentanément le siége d'une fonction pathologique, subit les conséquences de la loi; ajoutons que le contact de l'élément toxique auquel il donne passage, peut ne pas être sans influence sur les transformations et complications successives de cette fonction : les coliques, la supersécrétion, l'altération progressive du liquide excrété, les altérations des follicules et de l'épithélium pourraient n'avoir d'autre origine.

Quoi qu'il en soit, si la théorie de l'intoxication cholérique est vraie; si la diarrhée prodromique est un phénomène d'élimination; si à ce phénomène peuvent s'ajouter des altérations consécutives de la fonction et de l'organe qui servent de moyen à cette opération critique, il en résulte deux ordres d'indications qui doivent servir de base au traitement rationnel de la cholérine: favoriser l'élimination cholérique et protéger l'organe contre les atteintes du travail éliminatoire. Voilà donc les deux bases principales du traitement rationnel de la période prodromique du choléra; nous n'avons pas besoin d'ajouter que ces deux bases devraient être subordonnées à une première si, dans l'état de nos connaissances, celle-ci pouvait être spécifiée. Le vrai traitement rationnel de la cholérine devrait en effet consister d'abord à neutraliser sur place l'élément toxique, à l'aide de la médication spécifique; mais nous ne connaissons ni la nature du poison ni son antidote: force est donc de se rattacher à la méthode auxiliaire de l'élimination, et à

FEUILLETON.

FRAGMENTS DU JOURNAL D'UN CHIRURGIEN DE MARINE.

PREMIER FRAGMENT. — Tonga-Tabou. — Le prêtre médecin. — Fata-Fao et le chirurgien Vanona.

Suite. — (Voir le n° 48 de l'année 1853.)

Le spectacle qui m'attendait à ma seconde visite à la case de Fata-Fao était à la fois des plus étranges et des plus curieux.

Le prêtre, morne et pensif, était accroupi, affaissé dans un coin de la case, l'œil vague ou la paupière entièrement baissée. De temps en temps il donnait des signes non équivoques de mauvaise humeur, et projetait ses bras comme pour éloigner un objet importun. Notre ami ne nous remarqua pas même, et la famille s'excusa en nous disant que l'esprit allait visiter le prêtre, et que les gestes de répulsion trahissaient la lutte de celui-ci pour empêcher le génie de s'établir dans son corps. Après cet aveu, les femmes et le petit garçon se tinrent silencieux et recueillis; j'en fis autant, ce qui me laissa parfaitement libre dans mon rôle d'observateur.

Cependant Fata-Fao s'était redressé sur son séant. L'animation commençait à succéder à l'affaissement; son œil lançait quelques éclairs; sa face s'illuminait; des paroles saccadées sortaient par intervalles de sa bouche, et des soubresauts convulsifs faisaient tressaillir ses membres et les muscles de sa physionomie. Ces phénomènes allèrent *crescendo* pendant une bonne demi-heure.

Un des domestiques étant allé avertir le voisinage, la foule fut bientôt nombreuse dans la case, chacun voulant être témoin de l'extase, de la possession de l'inspiré, et chercher dans ses paroles prophétiques quelque présage, quelque remède. Les phrases, quoique toujours saccadées et entrecoupées, commençaient en effet à être plus longues, et les mots à se grouper de manière à présenter un sens. Je remarquai que le prêtre entendait les questions qu'on lui adressait et y répondait, sans doute avec ambiguïté et vaguement, mais toutefois d'une façon assez appropriée pour qu'on ne pût douter qu'il n'eût pesé la demande. L'état de l'inspiré n'avait pourtant rien de commun avec le somnambulisme, dans lequel on dit, selon les croyants, des choses si prodigieuses aux personnes avec lesquelles on est mis en communication. Il était éveillé, bien éveillé, et ses gestes convulsifs le faisaient bien plutôt ressembler à une pythonisse antique sur son sacré trépied qu'à un magnétisé ou à un homme en proie à un somnambulisme naturel.

Il paraît que je ne pus me défendre d'un certain air moqueur et incrédule, qui sembla déplaire à l'assistance, enthousiasmée jusqu'au fanatisme; aussi, quand je voulus m'approcher du prêtre pour me livrer à quelques investigations médicales, deux grands gaillards aux muscles puissants me barrèrent résolû-

seconder la nature dans cette voie : *Quò natura vergit eò ducendum.*

Ainsi posé, le problème du traitement rationnel de la cholérine nous paraît pouvoir se résoudre à l'aide de trois ordres de moyens :

1° Protéger le travail éliminatoire dans son action spontanée ;

2° Aider ce travail, et au besoin le provoquer ;

3° Prévenir et combattre les accidents dont il peut se compliquer.

C'est ce que nous allons indiquer en peu de mots.

On protégera le travail de l'élimination en ne le compliquant pas du travail de la digestion. Suspendre l'alimentation, c'est empêcher que l'excrétion gastro-intestinale ne soit troublée par des efforts opposés. La diète est donc la première règle du traitement rationnel de la cholérine. L'ingestion des boissons aqueuses chaudes (1) légèrement excitantes, comme du thé léger ou toute autre infusion de plantes aromatiques, avec addition ou non d'une petite quantité de rhum ou d'eau-de-vie, concourra au même but. Inutile d'ajouter que l'usage de lavements adoucissants amylacés et le repos au lit achèveront de protéger le travail d'élimination intestinale. Disons de suite que l'expérience s'est montrée si favorable à cette diététique qu'elle a suffi à rétablir la très-grande majorité des malades qui y ont eu recours. C'est pour cela, disions-nous, que les opiacés s'étaient souvent attribué le mérite et l'efficacité de leurs auxiliaires. La diète, le repos et la chaleur du lit n'ont donc pas la prétention d'arrêter la diarrhée, mais de la protéger contre toute espèce de trouble, soit du dedans, soit du dehors.

Si le travail d'élimination ne se termine pas promptement et complétement, il faut l'aider plus directement en provoquant l'excrétion intestinale à l'aide d'une purgation saline. L'usage de l'eau de Sedlitz à des doses modérées (deux à trois verres) a pour effet constant, lorsque la diète n'a pas suffi à remplir ce but, de mettre fin à la diarrhée. Il est une précaution utile à indiquer pour assurer le succès de la médication : c'est de ne jamais l'administrer avant un jour au moins de suspension de toute alimentation. Sans cette précaution, la purgation peut produire l'effet d'une indigestion, et, comme on l'a vu dans quelques cas, provoquer l'explosion du choléra complet. L'estomac et l'intestin doivent donc être vides d'aliments et exempts de tout travail de digestion pour que la purgation saline favorise et complète le travail de l'élimination. Voilà pour les cas où les prodromes *intestinaux* dominent. Lorsque ce sont, au contraire, les prodromes *gastriques*, les nausées, la plénitude de l'estomac et l'inappétence qui dominent, on donnera la préférence aux vomitifs par l'ipeca, parce que, dans les cas de cette sorte, c'est l'élimination stomacale qu'il faut parvenir à provoquer. Dès 1832, et plus explicitement dans notre MÉMOIRE SUR LA CHOLÉRINE, nous avons insisté sur les bienfaits de cette méthode, ce qui nous avait fait dire en terminant que « l'ipéca est en quelque façon le spécifique de la cholérine (2). »

Après trois épidémies de choléra, on peut juger la valeur de cette médication. Or nous affirmons—et nous parlons au nom d'une multitude de praticiens qui se sont inspirés de nos conseils ou qui ont suivi leur propre inspiration—nous affirmons que le succès a toujours répondu aux espérances de la méthode. Quand les faits se répètent par milliers, quand surtout une pratique est tellement générale qu'elle perd tout souvenir de son origine, on peut, pour toute démonstration, s'en rapporter à la notoriété. Rappelons seulement qu'en Angleterre, en Allemagne, comme en France, le traitement de la cholérine par les évacuants, compte de nombreux et presque fanatiques partisans ; et ajoutons que les adversaires de cette méthode n'ont à lui opposer que des préjugés de théorie et non des faits. On craint de provoquer la diarrhée dans une maladie dont la diarrhée est le prodrome, et l'on craint, en *irritant* l'intestin, d'ajouter à l'irritation que l'on considère comme le point de départ du choléra : double préjugé, dont une meilleure logique, une expérience plus hardie font amplement justice.

Mais ce qui donne à la médication éliminatoire son vrai cachet de supériorité, c'est que, d'une part, ce n'est pas la diarrhée seulement qui s'arrête, mais la maladie; et la preuve la plus directe qu'on en puisse donner, c'est que jamais la cholérine *évacuée* ne se transforme en vrai choléra, et que dès le lendemain ou le surlendemain de l'évacuation, l'appétit, le sommeil, le calme sont rétablis ; en un mot tout l'ensemble de l'économie atteste par ce prompt rétablissement qu'elle a chassé l'hôte dangereux qui l'aiguillonnait et la tourmentait dans ses diverses parties.

Mais la méthode rationnelle ne s'arrête pas là. Il lui reste à prévenir et à combattre les accidents dont le travail d'élimination peut être compliqué, ou qui peuvent en être la conséquence. Or quels sont ces accidents? Les *coliques* d'abord, les *sécrétions dysentériques*; en un mot les complications organiques résultant du mécanisme même du travail éliminatoire ou de la présence de l'élément toxique éliminé ; car nous nous faisons un devoir de le reconnaître, les choses sont loin de se passer avec le calme et la simplicité de formes indiquées à propos de la diarrhée purement éliminatoire: Eh bien! dans ces cas la raison aussi bien que l'expérience sanctionnent le concours des mêmes remèdes que nous avions répudiés pour les cas simples et à un point de vue différent. Ici les préparations opiacées sont d'une utilité réelle : le laudanum par l'estomac et en lavement a pour effet d'éteindre la réaction trop vive et d'amortir la douleur, d'apaiser les coliques, de dépouiller la sécrétion intestinale de ses caractères dysentériques ; en un mot il supprime de la sécrétion éliminatoire ce qui n'est pas elle, et ce qui, au contraire, peut l'entraver ou en pervertir le mécanisme. C'est ainsi que la méthode rationnelle sait approprier à leurs indications propres les remèdes qu'elle repousse quand ces indications n'existent pas et lorsque, en l'absence du but qu'elles peuvent utilement rechercher, on leur donne un but qu'elles ne sauraient trop éviter. En un mot, les opiacées et autres remèdes analogues sont bons à la condition de ne pas viser à la suppression de la diarrhée prodromique, mais à la suppression des complications qui l'entravent ou en altèrent le résultat.

Favoriser le travail d'élimination cholérique par la diète et le repos, le diriger et le provoquer quand il le faut à l'aide des évacuants, le calmer à l'aide des opiacés quand il s'arrête ou dépasse le but; telles sont donc les trois indications et tels sont les trois ordres de remèdes qui constituent le TRAITEMENT RATIONNEL de la période prodromique du choléra.

JULES GUÉRIN.

(1) Et non des *bains* aqueux chauds, comme on nous l'a fait dire par erreur typographique dans notre dernier numéro.

(2) MÉMOIRE SUR LA CHOLÉRINE, p. 21.

---

ment le passage. Je savais trop ce qu'est le fanatisme religieux des barbares, pour insister un instant de plus ; seul au milieu d'eux, j'étais complétement à leur discrétion. Je me contentai donc de m'approcher un peu plus près, et je continuai en silence mon observation.

Le sujet devenait en effet de plus en plus intéressant : les convulsions se rapprochaient, se pressaient, la voix détonnait parfois jusqu'au hurlement, la face grimaçait, et l'on voyait, sous l'enveloppe cutanée, turgescente et vultueuse, les artères battre violemment.

Il se possédait cependant fort bien encore, car plusieurs des réponses aux questions qu'on lui adressa alors étaient fort explicites pour le sens, malgré les métaphores et l'ambiguïté des mots. Consulté pour un enfant malade, il ordonna d'aller cueillir certaines herbes qui viennent sur un rocher du rivage, et d'en faire une infusion. Pour une femme moribonde, il prescrivit des sacrifices expiatoires. Un mata-boulai était affecté de dartres vives ; l'inspiré prétendit qu'un ennemi lui avait jeté un sort dont l'effet ne serait détruit que par la mort du malfaisant ; or, pour faire périr celui-ci, il fallait se procurer une mèche de ses cheveux, et l'enterrer au pied d'un Fai-Foka. C'est ainsi qu'on appelle les tombeaux élevés aux Toui-Tanga ou grands chefs de l'île ; ce sont des lieux sacrés, de véritables temples habités par les esprits divinisés des chefs défunts. Une vieille femme consulta enfin le prêtre pour son fils qui s'était cassé la jambe en sautant à faux d'un rocher dans sa pirogue; elle dépeignit son mal en termes qui ne laissaient point de doutes sur le diagnostic. Nous fûmes fort étonnés d'entendre l'inspiré recommander à la mère de mener son enfant à Vanoua, chirurgien distingué habitant de l'autre côté de la lagune. Nous retînmes le nom, nous promettant bien d'essayer de nous mettre en rapport avec ce confrère sauvage.

Fata-Fao avait à peine terminé ses recommandations, que, subitement, la foule se recula comme épouvantée ; et, je l'avoue, j'en fis tout autant. L'inspiré s'était tout à coup levé, tenant à la main un casse-tête qui s'était trouvé à proximité ; et, posé dans l'attitude de la menace et du défi, l'œil flamboyant, les muscles contractés, il n'avait certes point du tout l'air rassurant. Il se livra à une sorte de pantomime furieuse, attaquant un ennemi supposé, repoussant ses coups, s'avançant, puis rompant en arrière, le tout accompagné de cris et de terribles œillades. Il y avait pourtant des instants de relâche pendant lesquels Fata-Fao se rejetait au fond de la case et s'appuyait, harassé, contre un des poteaux ; mais bientôt il reprenait son élan, se précipitait d'un bond au milieu de la pièce et se remettait dans sa menaçante attitude. Deux ou trois fois seulement il mit un peu de variété dans la scène, et sembla invoquer le ciel, prier la Divinité, conjurer les fléaux et les germes du mal.

Après l'un des plus violents paroxysmes, Fata-Fao se laissa tomber, comme tué par le mal ou plutôt par la fatigue : sa face était congestionnée, la circulation bruyante et accélérée, la respiration haletante et sonore, et une abondante sueur ruisselant sur le tronc et sur les membres. Des convulsions de plus en plus rares parcouraient encore les muscles ; elles s'éteignirent peu à peu ; des soupirs plutôt que des mots s'exhalaient de sa bouche ; sa tête reposait sur un bras replié et servant d'oreiller ; l'œil ne brillait plus, et les paupières appesanties s'oubliaient souvent. Bientôt le sommeil gagna, et la foule se retira silencieuse, non sans laisser quelques présents en nattes, oiseaux et

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LE GRAND SYMPATHIQUE ET SPÉCIALEMENT SUR L'INFLUENCE QUE LA SECTION DE CE NERF EXERCE SUR LA CHALEUR ANIMALE (lues à la Société de biologie, dans les séances des 7 et 21 décembre 1853) ; par M. CLAUDE BERNARD.

APERÇU HISTORIQUE.

Je n'ai pas l'intention de rapporter ici toutes les hypothèses qu'on a pu faire sur les fonctions du grand sympathique; je désire seulement rappeler dans leur ordre chronologique les principales expériences qu'on a tentées sur ce nerf à diverses époques. Cette indication historique montrera, mieux que toute autre discussion, la part et la succession des efforts de chacun dans l'étude expérimentale, si difficile de cette partie du système nerveux.

La première expérience sur la portion cervicale du nerf grand sympathique appartient à Pourfour du Petit. Dans un mémoire très-remarquable publié dans les MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES, pour 1727 (1), cet auteur soutient déjà que la portion cervicale du grand sympathique ne naît pas dans la tête (de la cinquième et sixième paire) pour descendre vers le thorax comme l'avaient cru Vieussens et Willis, mais qu'elle monte au contraire de la partie postérieure du corps (chez les animaux) vers la tête, pour se terminer dans les yeux, avec les deux nerfs précités. La preuve que Petit en donne, c'est que quand on coupe le nerf sympathique dans le cou, chez les animaux (chiens) (2), les effets de sa paralysie se manifestent au-dessus de la section vers les yeux, qui offrent alors un rétrécissement de la pupille, un affaissement de la cornée, une rougeur et une injection de la conjonctive; de plus, la troisième paupière est saillante et s'avance au devant de l'œil. Petit ajoute que le sympathique influence les glandes et les vaisseaux de l'œil qui, après la section du nerf, perdent leur ressort et s'emplissent de sang; il explique très-bien aussi le rétrécissement de la pupille par la paralysie des fibres du sympathique qui, après s'être unies aux filets ciliaires, doivent aller dilater la pupille. Enfin il signale encore un rapetissement du globe oculaire quand les animaux vivent un certain temps.

Tous les phénomènes signalés précédemment se produisent lorsqu'au lieu de couper le filet sympathique au cou, on extirpe le ganglion cervical supérieur ou l'inférieur.

(1) Mémoire dans lequel il est démontré que les nerfs intercostaux fournissent des rameaux qui portent des esprits dans les yeux, p. 1.

(2) Chez les chiens, le cordon sympathique au cou est uni avec le vague, qu'il est impossible par conséquent de ménager. Petit, qui n'ignore pas cette disposition, distingue très-bien dans cette section complexe les effets qui dépendent de la section du pneumogastrique de ceux qui appartiennent au sympathique.

Dupuy en 1816 (1), Brachet en 1837 (2), John Reid en 1838 (3), n'ajoutèrent rien de bien essentiel à l'expérience de Pourfour du Petit. Ils signalèrent tous, comme conséquence de la section du filet sympathique au cou, ou comme résultat de l'extirpation des ganglions cervicaux de ce nerf, le rétrécissement de la pupille, la rougeur de la conjonctive, l'enfoncement du globe oculaire dans l'orbite et la projection du cartilage de la troisième paupière au devant de l'œil.

Quoi qu'il en soit, c'est ce phénomène du *rétrécissement de la pupille* qui avait attiré plus spécialement l'attention des expérimentateurs, dans ces derniers temps; c'est à ce fait surtout que se sont adressées toutes les explications proposées et toutes les expériences nouvelles qui firent faire quelque progrès à cette question.

En 1846, M. Biffi (de Milan) (4) observa cet autre fait nouveau que lorsque la pupille est rétrécie par suite de la section du nerf sympathique, on peut lui rendre son élargissement en galvanisant le bout céphalique du nerf sympathique coupé.

A peu près à la même époque, le docteur Ruete (de Vienne) (5) ayant remarqué que dans la paralysie de la troisième paire de nerfs, la pupille dilatée et immobile peut encore s'agrandir sous l'influence de la belladone, en conclut que l'iris reçoit deux espèces de nerfs moteurs correspondant à ses deux ordres de fibres musculaires, et que le grand sympathique, en animant les fibres musculaires radiées, produit le mouvement de dilatation, tandis que le nerf moteur oculaire commun, en animant les fibres circulaires, détermine au contraire le mouvement de contraction de l'iris.

En 1851, MM. Budge et Waller (6) reconnurent que, dans son action sur la pupille, le filet cervical du grand sympathique n'agit que comme un conducteur qui transmet une influence dont le point de départ est dans une région de la moelle épinière que précisèrent ces expérimentateurs et à laquelle ils donnèrent le nom de *région cilio-spinale*. Cette région est comprise entre la dernière vertèbre cervicale et la sixième vertèbre pectorale inclusivement.

Toutefois ces auteurs, en signalant ce résultat, s'attachèrent uniquement à l'explication du rétrécissement de la pupille. Ils admettent aussi qu'après la section du sympathique, les fibres radiées de l'iris (muscle dilatateur) sont paralysées, d'où il suit que l'action des fibres circulaires (muscle constricteur) prédomine et rétrécit l'ouverture pupillaire. Si, quand on galvanise la région de la moelle à laquelle le sympathique prend naissance, on voit la pupille se dilater, cela vient encore, suivant eux, de ce que, sous l'influence galvanique, le nerf sympathique moteur excite l'action des fibres radiées; leur contraction énergique surpasse alors temporairement l'action des fibres circulaires et détermine la dilatation de la pupille.

Depuis plusieurs années, en montrant dans mes cours publics les

(1) MÉMOIRE SUR L'EXTIRPATION DES GANGLIONS GUTTURAUX CHEZ LE CHEVAL. JOURN. DE MÉD. DE LEROUX, 1816, t. XXXVIII.

(2) SYSTÈME GANGLIONNAIRE. Paris, in-8°, p. 414.

(3) PHYSIOLOGICAL, PATHOLOGICAL AND ANATOMICAL RESEARCHES, p. 96.

(4) INTORNO ALL' INFLUENZA CHE HANNO SULL' OCCHIO I DUE NERVI GRANDE SIMPATICO ET VAGO. Dissert. inaug. Dr Serafino Biffi Milanese. Pavia, 1846.

(5) Ruete KLINISCHE BEYTRÆGE, etc.

(6) COMPTE RENDU DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES, p. 378.

---

surtout en cocos, bananes, fruits d'arbres à pain, poissons et coquillages.

Quand les familiers restèrent seuls dans la case, on jeta quelques couvertures sur le maître endormi; les filles de l'hôte commencèrent leurs câlineries pour obtenir un présent, et le petit garçon se mit à jouer avec moi, pendant que la signora prépara tout pour un repas copieux.

Fata-Fao dormit plus d'une heure, pendant laquelle je fus témoin, en me promenant mystérieusement sur les tertres voisins, de la toilette d'une jeune insulaire qui prit un bain dans le bassin naturel où j'avais vu l'enfant jouer hier, s'oignit d'une couche légère d'huile de coco, fit réparer par une petite fille le désordre de sa chevelure, renoua sa natte autour de sa ceinture, et regagna la case paternelle, cachée non loin de là sous les bananiers et les casuarinas. Les Tongataboutiens sont d'une remarquable propreté et se baignent d'ordinaire deux fois par jour; l'hygiène du corps est en grande vigueur chez eux. Ils n'ont point, comme certains autres Polynésiens, la peau grave, poisseuse, encrassée par les poussières incorporées à une épaisse couche d'huile rance, car l'huile fraîche dont ils s'oignent avec modération ne laisse guère de trace, et ne sert qu'à entretenir la souplesse; les bains journaliers ne permettent pas non plus la formation de cette dégoûtante cuirasse qui forme, chez certains sauvages, comme une seconde et hideuse enveloppe à tout le corps.

La voix de fausset du petit garçon me rappela bientôt; je rentrai; Fata-Fao, éveillé et fort en appétit, m'attendait impatiemment, déjà assis devant la table sur un escabeau élevé de quelques centimètres seulement. Il me fit très-chaudement, mais très-brièvement ses protestations d'amitié, et se jeta sur la nourriture comme un requin sur un banc de harengs voyageurs. Outongamiz négligeait René pour les bananes et les taro. J'ai rarement vu manger comme il mangea; après une si grosse dépense de forces, il fallait une large réparation. Mon ami était évidemment un fourbe jouant une lucrative comédie; je ne pus m'empêcher de laisser percer quelque chose de mes soupçons, ce qui sembla fort l'offusquer. Il posait en victime de l'esprit divin qui, disait-il, le possédait bien malgré lui, s'établissait en maître dans son pauvre corps, et contre lequel il luttait de toutes ses forces, jusqu'à ce que vaincu il était obligé de lui céder sa propre place. Je pris aussi sur le chirurgien Vanoua quelques renseignements qui éveillèrent visiblement sa jalousie, de sorte que nous nous quittâmes un peu refroidis.

Deux jours après, j'allais visiter Vanoua, auquel j'avais fait annoncer par un indigène mon vif désir de le voir et de trouver chez lui quelques-uns des malades qu'il traitait. Mais la clinique est chose inconnue aux îles de la Société, aussi ma curiosité ne trouva-t-elle pas tout le butin qu'elle attendait.

Vanoua, simple homme du peuple, s'était amassé plus que de l'aisance, grâce à sa réputation chirurgicale et même un peu médicale. C'était, du reste, un homme de sens et de pénétration. J'étais connu dans toute l'île pour le Taro, l'ofa de Fata-Fao, et ce n'est pas sans quelque appréhension que me reçut mon confrère polynésien, redoutant pour moi la perfidie du prêtre, et pour lui sa jalousie et sa vengeance. Il me traça un triste portrait du caractère de mon ami, et me déclara que si jamais les esprits des ancêtres et des dieux l'auraient jadis possédé, il savait, par ses grimaces, feindre d'être encore inspiré, quand depuis longtemps son indigne corps n'était plus visité par les êtres d'en haut. Nous nous trouvâmes d'accord sur ce point. Mariner,

effets de la section de la portion céphalique du grand sympathique, j'ai insisté sur ce point qu'au lieu de poursuivre une explication exclusive pour rendre compte des modifications de la pupille, il faudrait en chercher une pour tous les autres phénomènes qui surviennent et disparaissent simultanément de telle façon qu'ils semblent naître sous l'influence d'une cause commune. Tous ces phénomènes simultanés et connexes sont, ainsi que nous l'avons vu :

1° Le rétrécissement de la pupille et la rougeur de la conjonctive;

2° La rétraction du globe oculaire dans le fond de l'orbite, ce qui fait saillir le cartilage de la troisième paupière et le porte à venir se placer au devant de l'œil;

3° Le resserrement de l'ouverture palpébrale et en même temps une déformation de cette ouverture qui devient plus elliptique et plus oblongue transversalement;

4° L'aplatissement de la cornée et le rapetissement consécutif du globe oculaire.

Outre les phénomènes précédents, j'ai encore signalé le rétrécissement plus ou moins marqué de la narine et de la bouche du côté correspondant; mais j'ai surtout indiqué une modification toute spéciale de la circulation, coïncidant avec une grande augmentation de caloricité et même de sensibilté dans les parties.

J'étudiai ces faits, qui n'avaient été signalés par personne avant moi, comme résultat de la destruction du nerf grand sympathique (1), et le 29 mars 1852, je lus à l'Académie des sciences une note *sur l'influence du nerf grand sympathique sur la chaleur animale.*

Dans cette note à l'Académie des sciences je me bornai à décrire les phénomènes et à signaler leur condition de production sans vouloir entrer aucunement dans leur explication. Cependant au premier abord il était difficile de ne pas croire que cette augmentation de caloricité et de sensibilité ne fût pas consécutive à une plus grande activité circulatoire. Mais comme j'avais observé des cas dans lesquels l'activité circulatoire semblait être le phénomène secondaire au lieu d'être le fait primitif, je me bornai à indiquer la possibilité des deux hypothèses, en disant que la caloricité n'était pas toujours en raison directe de la vascularisation des parties.

Depuis lors je continuai mes recherches et je signalai la même année, dans mon cours, que le galvanisme appliqué sur le bout supérieur du sympathique au cou, faisait disparaître les troubles produits par la section du nerf. Ces résultats furent publiés plus tard dans les COMPTES RENDUS DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE (octobre et novembre 1852).

Mais pendant que je poursuivais mes expériences en France, M. Budge en Allemagne, M. Waller en Angleterre, et M. Brown-Séquard en Amérique, chacun de leur côté, étaient à la recherche de l'explication du phénomène que j'avais découvert.

M. Budge (1) rattacha cette calorification à la région cilio-spinale de la moelle, ce qui pouvait confirmer sans doute que la partie cervicale du sympathique naît en ce point, mais ce qui n'ajoutait en réalité rien au phénomène lui-même.

M. Waller (2) fit pour les artères le même raisonnement que pour la pupille. Il admit que la section du filet cervical du sympathique qui est moteur, amène une paralysie des artères de la face, qui se relâchent, se dilatent et se remplissent d'une plus grande quantité de sang. Ainsi s'explique pour lui la calorification des parties. Si l'on galvanise le sympathique, on fait contracter les artères, le sang en est expulsé et le refroidissement survient.

A son retour en France, M. Brown-Séquard réclama pour lui la théorie de la stase du sang par la paralysie des artères, et il annonça

(1) Bien que ce phénomène de calorification et d'augmentation de sensibilité eût dû se manifester entre les mains de tous les expérimentateurs, personne ne l'avait cependant remarqué, et ne lui avait donné sa signification : c'est à peine s'il avait été noté. Dupuy parle dans deux de ses expériences sur des chevaux de chaleur passagère et de sueurs même survenues dans quelques parties de la face ou de la nuque. Mais cet observateur ne pense pas le moins du monde à caractériser le phénomène, qu'il confond, du reste, dans la description des symptômes d'une carie de l'occipital qui existait coïncidemment dans un cas, et d'une carie de l'os maxillaire qui existait dans l'autre. Il le signale, au reste, chez d'autres animaux qui n'avaient pas eu les ganglions extirpés, mais qui présentaient des maladies des fosses nasales ou des os maxillaires. (Voy. l'ouvrage du même auteur sur l'AFFECTION TUBERCULEUSE. Paris, 1817.)

Il reste donc évident que Dupuy n'a pas distingué ni compris le phénomène comme résultat physiologique de l'extirpation des ganglions sympathiques, ainsi que nous le démontrent les conclusions de son mémoire, que je transcris littéralement et complétement (*) :

« Des expériences que nous avons rapportées, il résulte :

» 1° Que la situation profonde des ganglions supérieurs des nerfs grands » sympathiques ne s'oppose point à leur excision sur l'animal vivant;

» 2° Que l'opération nécessaire pour enlever ces ganglions est simple, peu » douloureuse, et n'est accompagnée ni suivie d'événements fâcheux;

» 3° Que les phénomènes qui se manifestent et qui sont indépendants de » l'opération sont le resserrement de la pupille, la rougeur de la conjonctive, » l'amaigrissement général accompagné de l'infiltration des membres et de » l'éruption d'une espèce de gale qui finit par affecter toute la surface cu- » tanée;

» 4° Enfin qu'on est en droit de conclure que ces nerfs exercent une grande » influence sur les fonctions nutritives. »

En lisant le mémoire de Dupuy avant la publication de mon travail, aucun des nombreux auteurs qui l'ont cité n'a pu y voir et n'y a vu que la calorification des parties fût la conséquence de l'extirpation des ganglions cervicaux; car cela n'y est pas dit. Mais aujourd'hui que j'ai caractérisé le phénomène, on trouve, en lisant rétrospectivement les expériences du professeur d'Alfort, ou même celles d'autres auteurs, qu'il y a dans les descriptions des mots, des phrases, des passages qui doivent se rapporter à ce que j'ai décrit, ce n'est pas la question que j'examine; car il est clair, ainsi que je l'ai déjà dit, que les expériences ont dû donner les mêmes résultats entre les mains de tous les expérimentateurs qui ont dû, par conséquent, avoir tous le phénomène en question sous les yeux. Mais il est si facile d'avoir un phénomène sous les yeux et de ne pas le voir, tant qu'une circonstance quelconque ne vient diriger l'esprit de ce côté. En 1842, j'ai fait un grand nombre de sections du sympathique et d'ablations des ganglions cervicaux de ce nerf sans me douter que cette opération produisît le réchauffement des parties, bien que je connusse cependant les expériences de Dupuy. Si, dix ans après, c'est-à-dire en 1852, j'ai découvert le fait, cela tient à ce que je m'étais placé à un point de vue différent pour observer les résultats de l'expérience.

(*) *Loco cit.*

(1) COMPTE RENDU DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES. 1853.

(2) C. R. DE L'ACAD. DES SC. 1853.

plus apte que nous à juger la question à cause de son séjour prolongé, mais sans compétence au point de vue médical, Mariner dit pourtant que tout n'est pas feinte et que l'exaltation de l'esprit amène quelquefois, chez les prêtres de Tonga, un véritable état extatique et convulsif soustrait à l'empire de la volonté. Nous sommes persuadé que les premiers hommes auxquels on a prêté des inspirations divines étaient réellement atteints d'une affection de l'intellect, mais que peu à peu d'adroits coquins ont cherché à répéter artificiellement des phénomènes analogues, désireux de profiter des bénéfices attachés à la prêtrise. Cependant, si les vrais inspirés présentent des phénomènes analogues à ceux de Fata-Fao, leur état n'a rien de comparable aux maladies nerveuses connues chez nous; ce n'est ni extase, ni catalepsie, ni folie. Somme toute, ce serait donc une exaltation cérébrale, une sorte de délire fanatique, accompagné peut-être d'hallucinations et de désordres de la motilité, produits par une grande concentration, par la méditation, par le fanatisme, état à l'aide duquel viendraient peut-être d'enivrantes libations de kava ou qui serait préparé par le jeûne et par certaines macérations, pratiques qui engendraient tant d'illuminations dans l'esprit des saints et des solitaires.

Dans presque toutes les sociétés naissantes, les prêtres forment une caste puissante et jouissant de prérogatives trop belles, pour qu'ils ne tentent pas de les perpétuer, non-seulement pour eux-mêmes, mais pour leurs enfants par la voie de l'hérédité. Tonga-Tabou constitue une exception à cette règle; dans cette île on n'est prêtre qu'un instant dans sa vie. Le régime gouvernemental y est aristocratique : la noblesse y cumule les privilèges. L'autorité provisoire des prêtres n'est même pas assez grande, leurs bénéfices ne sont pas assez considérables pour tenter les nobles. Il est rare que ceux-ci soient inspirés. Voilà un motif de plus pour nous corroborer dans notre opinion, que cette prétendue inspiration n'est guère que calcul et fourberie.

Chez le chirurgien Vanoua, rien ne sentait la simulation, ni même le charlatanisme; il procédait avec simplicité et bonhomie aux opérations de son art. Il nous montra, non tout ce qu'il savait, mais ce qu'il put; et peu familier avec le dialecte de Tonga, nous en saisîmes à notre tour ce que nous pûmes. Nous dirons ce que nous avons recueilli, sauf à compléter, si notre séjour sur les autres terres polynésiennes nous apprend quelque fait nouveau.

Le frère de Vanoua était affecté d'éléphantiasis des Arabes, siégeant à la jambe gauche et envahissant déjà le scrotum. Vanoua nous dit que cette horrible et presque incurable maladie est assez commune dans l'archipel de la Société, et nous signale cette particularité, qu'elle atteint bien rarement les femmes, assertion que nous avons cru pouvoir vérifier pendant notre séjour à Tonga.

Certaines îles de la Malaisie et de la Micronésie sont bien plus maltraitées par l'éléphantiasis que les groupes de Tonga, de Taïti, de Nouka-Hiva et de Samoa, où cette affection ne parvient pas non plus à un développement aussi monstrueux.

Nos pérégrinations sur la surface du globe nous ont fait rencontrer l'éléphantiasis dans des contrées assez nombreuses pour qu'il nous soit permis de dire un mot sur son site et sur ses limites.

La terre peut être divisée en régions pathologiques comme en régions po-

avoir vu le premier en Amérique que la galvanisation du sympathique amène le refroidissement des parties et la contraction des artères. Je n'entrerai pas dans des discussions de priorité relativement à des faits qui datent tous de la même année, et qui se sont développés immédiatement comme corollaires tout naturels de ma première expérience. Je me félicite seulement de l'empressement que les expérimentateurs cités plus haut ont mis à me suivre dans l'étude de ces phénomènes de calorification. Cela me prouve qu'ils les ont trouvés importants et dignes d'intérêt.

M. R. Wagner (de Gœttingue) s'est encore livré dans ces derniers temps à des expériences très-intéressantes sur le grand sympathique, mais qui ne se rapportent point directement à la question d'augmentation de caloricité et de sensibilité que nous examinons ici.

DE L'INFLUENCE DU NERF GRAND SYMPATHIQUE SUR LA CALORIFICATION.

Depuis longtemps j'avais été frappé du grand nombre de faits contradictoires qui existent dans la science relativement à l'influence des lésions nerveuses sur la calorification des parties paralysées. On a observé en effet, dans ces circonstances, tantôt la diminution, tantôt l'augmentation de caloricité. Il y avait donc à rechercher la raison de ces dissidences dans une spécialité d'influence des diverses espèces de nerfs; car quand, en physiologie, un phénomène s'offre avec des apparences contradictoires, on peut être assuré que ses éléments sont encore complexes et que ses conditions d'existence n'ont pas été suffisamment analysées. Il fallait ainsi examiner successivement l'influence sur la calorification des nerfs de mouvement, des nerfs de sentiment et de ceux du grand sympathique. Je commençai par ces derniers, et je dois dire qu'étant sous l'influence de l'idée très-ancienne que le grand sympathique qui accompagne spécialement les vaisseaux sanguins artériels doit être le nerf qui préside aux phénomènes des mutations organiques s'accomplissant dans les tissus vivants, j'eus la pensée que sa section, en amenant une atonie des vaisseaux et un ralentissement ou une abolition dans les phénomènes circulatoires et nutritifs, serait probablement en rapport avec le refroidissement des parties. Je fis donc l'expérience et je choisis le lapin, parce que chez cet animal le filet cervical sympathique, qui monte à la tête en allant d'un ganglion à l'autre, se trouve facile à atteindre et est très-nettement distinct du nerf vague, nerf étranger. Le résultat fut loin d'être d'accord avec ma prévision, et au lieu du refroidissement que j'attendais, je constatai une grande élévation de température dans tout le côté correspondant de la tête. Mon hypothèse s'évanouit aussitôt devant la réalité; mais elle m'avait mis sur la trace d'un fait nouveau qui devait rester acquis à la science; il s'agissait de l'étudier, de l'isoler et de lui donner une signification parmi les phénomènes qui se rapportent à l'histoire du système nerveux.

§ Ier. LE NERF GRAND SYMPATHIQUE EST-IL LE SEUL DONT LA SECTION PRODUISE DE LA CALORIFICATION.

Comme c'était sur le nerf sympathique de la face que j'avais d'abord expérimenté, je pensai qu'il valait mieux agir sur les nerfs de sentiment et de mouvement de cette même partie du corps afin d'avoir des phénomènes plus facilement comparables.

1° EXPÉRIENCES SUR LE NERF DE LA CINQUIÈME PAIRE. — Le 21 décembre 1851, sur un gros lapin vif et bien portant, j'ai fait la section de la cinquième paire à gauche dans le crâne par le procédé de M. Magendie. L'opération, qui réussit parfaitement, fut suivie immédiatement des symptômes d'insensibilité de la face bien connus.

Avant l'opération on ne sentait à la main qui saisissait l'oreille, ou avec le doigt plongé dans le pavillon auriculaire, aucune différence sensible dans la chaleur d'un côté à l'autre. Environ une demi-heure après la section de la cinquième paire, on appréciait au contraire manifestement à la main que l'oreille gauche qui correspondait au côté de la section était plus froide; on ne mesura pas la différence à l'aide d'un thermomètre. Le lendemain 22 décembre, dix-huit heures environ après l'opération, il existait toujours la même différence très-marquée entre la température des deux oreilles; celle du côté gauche était plus froide. La chaleur, mesurée au thermomètre, donna 34° C. à droite et 31° C. à gauche, ce qui faisait 3° C. d'abaissement de température, après la section de la cinquième paire. L'animal avait du reste conservé toute sa vigueur.

A ce moment, les phénomènes d'altération de nutrition de l'œil décrits par M. Magendie commençaient à se manifester du côté gauche. La conjonctive était rouge, les vaisseaux dilatés et gorgés de sang, l'œil chassieux, les paupières collées et la cornée déjà altérée; mais comme je l'ai dit, la température de ces parties était cependant abaissée malgré l'existence de ces phénomènes circulatoires qu'on rattache généralement à ce qu'on appelle des inflammations.

Alors je fis la resection du filet sympathique au cou à gauche, du même côté où la température des parties avait été abaissée par la section de la cinquième paire, et aussitôt la calorification se manifesta. Après quelques instants la température de l'oreille gauche dépassa de beaucoup celle de l'oreille droite, et le thermomètre plongé dans les deux pavillons auriculaires environ trois quarts d'heure après donna pour l'oreille gauche 37° C. et pour l'oreille droite 31° C.

En résumant les variations de température observées, voici les chiffres obtenus :

	A gauche. Côté opéré.	A droite. Côté sain.
1° Après la section de la 5e paire. . . .	31° cent.	34° cent.
2° Après la section du sympathique. .	37° cent.	31° cent.

Il est bon de noter que l'élévation de température à gauche a coïncidé avec un abaissement à droite. Nous retrouverons plus tard des choses semblables dans des expériences analogues.

Le 23 décembre, les deux oreilles offraient toujours la même différence de température que la veille; les phénomènes d'altération de l'œil marchaient toujours. La conjonctive était toujours très-injectée, la cornée était devenue entièrement opaque et ramollie; il y avait aux lèvres des ulcérations du même côté. Il est inutile de dire que l'insensibilité complète de la face persistait toujours à gauche; cependant il y avait encore dans le pavillon de l'oreille de la sensibilité qui provenait des branches auriculaires du plexus cervical. Je fis alors la resection de ces nerfs au cou, à leur émergence sur le bord postérieur du muscle sterno-mastoïdien et immédiatement l'oreille devint complète-

---

litiques. Ces royaumes de la souffrance, qu'on me passe l'expression, forment surtout des anneaux circonscrits par les parallèles; ou, en d'autres termes, leur domaine semble commandé par les conditions du climat, de la température. Il est d'autres affections dont le règne est limité non-seulement au nord et au sud, mais aussi à l'est et à l'ouest : ainsi la fièvre jaune ne sort pas du nouveau continent, à moins de fusées épidémiques lancées au loin, ce qui nous a valu son apparition sur les côtes d'Espagne; et la peste, d'autre part, fidèle à l'ancien monde, ne visite pas ces terres américaines. L'éléphantiasis appartient-il au premier groupe qui entoure le globe d'un cercle complet, ou au second que des limites arrêtent à l'est et à l'ouest? C'est dans la première catégorie qu'il faut le ranger, car nous l'avons rencontré dans les deux mondes, sur les continents et sur les îles, en Algérie, dans la Turquie d'Asie, sur certaines côtes méridionales de l'Europe, en Arabie, à Ceylan, sur les côtes de l'Inde, dans les Archipels malais, micronésien et polynésien, enfin à Cayenne qui, sur le continent américain, n'a probablement pas seule le triste privilége d'être en proie à ce mal hideux. Le cercle est donc complet; l'éléphantiasis existe à toutes les longitudes.

La fièvre jaune ne s'étend guère, à l'état endémo-épidémique, bien avant dans l'intérieur des terres; le voisinage des grandes masses d'eau lui paraît nécessaire. D'autres affections, par contre, règnent des rivages de la mer au centre des continents. L'éléphantiasis appartient plutôt au premier qu'au second groupe, autant que nous avons pu nous en assurer; il semble, tout au moins, acquérir une intensité très-remarquable sur les côtes et dans les îles, particularité topographique que la pathologie n'a pas assez remarquée, et qui pourtant peut fournir un élément précieux pour la solution du problème étiologique.

En voyant, dans certaines îles de l'océan Indien ou de la mer Pacifique, l'éléphantiasis si commun, si intense, nous avions naturellement été porté à en chercher les causes en interrogeant le régime de vie spécial à ces insulaires, leurs habitations ouvertes, leur nudité, leur alimentation végétale, la race à laquelle ils appartiennent, etc., mais nos conclusions, qui nous paraissaient alors spécieuses, ont bientôt été renversées quand nous avons vu la même maladie régner sur les races caucasique, américaine, malaise, éthiopienne, mongole, et sévir sur des populations ayant des mœurs diverses, une hygiène très-différente. Il ne faut pas se hâter de conclure, même après une observation étendue.

(La fin du premier fragment à un prochain numéro.)

— CONCOURS POUR LA NOMINATION A TROIS PLACES DE MÉDECINS AU BUREAU CENTRAL DE PARIS. — Ce concours sera ouvert le 28 janvier 1854, à midi, dans la salle des concours de l'administration de l'assistance publique.

MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat de l'administration; ils justifieront en même temps de leur âge et déposeront leurs titres. Le registre pour l'inscription des candidats sera clos le 12 janvier 1854.

— Un concours pour une place de chirurgien-major à l'Hôtel-Dieu de Lyon s'ouvrira dans cette ville le 8 mai prochain.

ment insensible; mais cela ne changea rien dans la température de cet organe qui resta toujours plus élevée que celle du côté opposé.

Les jours suivants jusqu'au 27 décembre l'animal fut observé, et il offrit constamment une plus grande élévation de température dans le côté gauche de la tête.

J'ai bien souvent répété la section de la cinquième paire sur des lapins dans le but de vérifier l'expérience qui précède, et toujours j'ai vu cette opération être suivie d'un abaissement de température dans la partie correspondante de la tête. Mais si alors on fait la section du sympathique, les phénomènes de calorification surviennent de même et indépendamment des lésions que produit la paralysie de la cinquième paire; et généralement on peut même dire que chacun de ces phénomènes atteint son maximum d'intensité dans des conditions vitales opposées, c'est-à-dire que les altérations dues à la section de la cinquième paire se manifestent avec d'autant plus de rapidité et d'intensité que les animaux sont plus faibles et languissants; au contraire le phénomène de calorification se produit avec d'autant plus de force et d'instantanéité que les animaux sont plus vigoureux et mieux portants.

2° Expériences sur le nerf facial (septième paire). — Le 21 décembre 1851, sur un gros lapin vif et bien portant, j'ai fait du côté gauche la section du nerf facial non loin de sa sortie par le trou stylomastoïdien, en pénétrant avec un stylet aigu dans la caisse auditive. Cette opération fut suivie des phénomènes ordinaires de paralysie de mouvement que je n'ai pas à décrire. Mais en examinant l'oreille environ demi-heure après l'opération, au point de vue de la calorification qui nous occupe, je trouvai à la main l'oreille gauche paralysée, manifestement plus chaude que celle du côté sain. Je laissai l'animal jusqu'au lendemain, et je trouvai toujours une élévation de température plus considérable du côté où le facial avait été coupé. Le thermomètre donnait:

Oreille gauche paralysée.	33° cent.
Oreille droite saine.	30° cent.

Alors je coupai le filet cervical du sympathique du côté gauche. Quelques instants après, la chaleur avait apparu beaucoup plus prédominante encore du côté gauche; on avait alors le thermomètre:

Oreille gauche paralysée.	36° cent.
Oreille droite saine.	31°,5 cent.

Les jours suivants, l'animal ne présenta rien de particulier; il fut observé jusqu'au 26 décembre.

Sur un autre lapin adulte et très-vigoureux, je fis de même la section du nerf facial dans la caisse auditive du côté gauche, en ayant soin d'incliner l'instrument de manière à couper le nerf aussi près que possible de son origine. L'opération réussit très-bien; mais quelques instants après la section on appréciait à la main une élévation manifeste de température du côté paralysé. Le thermomètre donnait:

Oreille gauche paralysée.	33° cent.
Oreille droite saine.	31° cent.

Le lendemain, la différence de température était un peu moindre, et on avait:

Oreille gauche paralysée.	32°,5 cent.
Oreille droite saine.	31°,5 cent.

Les jours suivants, l'excès de température de l'oreille gauche s'effaça de plus en plus, et six jours après l'opération les deux oreilles étaient à l'unisson de chaleur. Le thermomètre donnait:

Oreille gauche paralysée.	31° cent.
Oreille droite saine.	31° cent.

Cette égalité de température se maintint pendant les trois jours durant lesquels l'animal fut encore soumis à l'observation.

3° Autres expériences sur le nerf facial. — Il m'est souvent arrivé, en piquant la moelle allongée des chiens ou des lapins pour faire apparaître le sucre dans leur urine, de blesser involontairement les origines cachées du nerf de la septième paire, et de produire une paralysie simple des mouvements de la face, soit à gauche, soit à droite. Dans ces circonstances il y a toujours, au moment même de la piqûre, une augmentation momentanée de la température dans les deux côtés de la tête (1). Mais après quelques instants, lorsque cette chaleur, due à l'émotion, a disparu, la face et les oreilles reprennent leur température primitive, quelquefois même elle est un peu plus basse; or jamais, dans ces cas, je n'ai vu que l'oreille, du côté où le facial était paralysé, fût plus chaude que l'autre; c'était souvent le contraire, et le thermomètre indiquait généralement 1 degré à 1 degré 1/2 d'abaissement de température relative dans le côté de la face paralysé du mouvement et ayant conservé toute sa sensibilité, ce qui témoignait de l'intégrité de la cinquième paire.

Il se manifeste donc, ainsi qu'on le voit, des effets calorifiques différents, suivant que le nerf facial est coupé dans son trajet extra-originel, ou suivant que ses fibres originaires sont coupées dans la substance même de la moelle allongée. Dans ce dernier cas, la paralysie du facial amène, au point de vue de la calorification, des effets qui ne diffèrent pas notablement de ceux que produit la section de la cinquième paire; et si, pour ce dernier nerf, l'abaissement de température est ordinairement plus considérable, on pourrait l'attribuer aux lésions de nutrition qui surviennent après la section du trijumeau, lésions qui ne se manifestent pas après la section du facial.

Quand au contraire on coupe le facial après qu'il s'est engagé dans le canal spiroïde du temporal, et surtout après qu'il en est sorti, les effets de sa section se rapprochent beaucoup de ceux que produit le sympathique, en ce sens qu'il y a toujours une élévation marquée de température.

Cette opposition entre les expériences précédemment citées me fit penser qu'en agissant sur la moelle allongée on paralysait uniquement les origines spéciales ou motrices musculaires du facial, car on avait une paralysie complète des muscles de la face sans augmentation de température; qu'en coupant, au contraire, le facial dans le canal spiroïde, on agissait non-seulement sur les origines motrices musculaires, mais encore sur les fibres sympathiques qui s'y trouvaient adjointes, puisqu'on observait l'augmentation de température. J'étais, du reste, porté à cette interprétation des phénomènes par d'autres expériences. En effet, s'il est incontestable, en s'appuyant sur l'anatomie comparée et la physiologie, que le sympathique en prenant naissance dans les centres nerveux cérébro-spinaux a des rapports de contact avec les nerfs moteurs, il faut néanmoins admettre une origine spéciale dans la substance nerveuse pour les nerfs sympathiques à raison d'une spécialité très-nette de leurs propriétés. J'ai vu en particulier que le curare, qui agit d'une manière si remarquable sur le système nerveux, éteint distinctement les propriétés nerveuses, d'abord celles des nerfs de sentiment, puis celles des nerfs de mouvement, et celles des nerfs sympathiques, dont l'extinction se manifeste la dernière. J'aurai, du reste, occasion de développer ailleurs ces faits intéressants; je veux seulement insister ici sur ce fait que l'influence calorifiante appartient spécialement au nerf sympathique, quand on agit sur lui isolément. Les nerfs de sentiment, comme la cinquième paire, ne peuvent être, sous ce rapport, confondus avec lui, puisqu'ils produisent un refroidissement; et si maintenant on trouve que le facial coupé dans son trajet extracrânien donne lieu à des effets complexes, il est beaucoup plus naturel et plus logique de conclure que ce nerf, qui contracte, comme on sait, tant d'anastomoses dans le canal spiroïde, est déjà compliqué dans sa composition. Pour obtenir une solution directe de la question, et pour savoir si les nerfs moteurs purs agissent sur la calorification, je pensai qu'il était plus convenable d'agir sur les racines rachidiennes, avant qu'elles aient subi aucun mélange.

4° Expériences sur les nerfs rachidiens. — Sur un chien de forte taille, adulte et vigoureux, j'ouvris la colonne vertébrale dans la portion lombo-sacrée, pour atteindre les racines des nerfs qui animent les membres postérieurs. L'animal ne perdit pas beaucoup de sang et supporta bien l'opération, qui dura environ une demi-heure. Toutes les racines rachidiennes étant à découvert, et convenablement préparées à droite et à gauche, je pris la température dans les deux membres en faisant une ponction cutanée à la partie interne de chaque cuisse et en introduisant exactement toute la longueur de la cuvette du thermomètre sous la peau; je pris aussi la température du rectum. Voici les chiffres que donna le thermomètre:

Cuisse gauche.	35°,5 cent.
Cuisse droite.	35°,5 cent.
Rectum.	39°,5 cent.

Les températures étant bien constatées et vérifiées à plusieurs reprises, je fis alors à droite la section des six racines antérieures (quatre dernières lombaires et deux sacrées) qui concourent à la formation des plexus lombaire et sacré. Ces racines possédaient une sensibilité récurrente très-faible, à cause d'un peu de fatigue de l'animal et du temps un peu considérable depuis lequel la moelle était dénudée. Alors la

(1) Un phénomène momentané d'élévation de chaleur des parties périphériques a presque toujours lieu quand on blesse brusquement, d'une manière quelconque, un point des centres nerveux; mais cela ne peut pas être confondu avec les phénomènes durables que je décris ici.

plaie du dos fut soigneusement recousue, l'animal délié et laissé en repos. Fréquemment le chien se relevait et courait dans le laboratoire, traînant son membre postérieur droit paralysé du mouvement; on constata que la sensibilité était très-bien conservée dans les deux membres postérieurs.

Deux heures et demie après la section des racines antérieures, j'examinai l'animal au point de vue de la température de ses deux membres postérieurs. A la main on sentait manifestement que le membre gauche sain avait une température plus élevée que le membre droit paralysé du mouvement. La température fut reprise avec le thermomètre, plongé sous la peau par les mêmes incisions et de la même façon que la première fois. Voici les nombres qu'on obtint constamment dans un grand nombre de vérifications successives :

Cuisse gauche saine.	36° cent.
Cuisse droite paralysée du mouvement. . .	34° cent.

Alors la plaie du dos fut décousue, la moelle était chaude et très-sensible, ainsi que les racines antérieures qui offrirent alors une sensibilité récurrente très-développée. Ce réchauffement de la plaie survenu pendant le repos de l'animal peut expliquer l'élévation de température d'un demi-degré qu'on a trouvée du côté sain; mais il n'en reste que plus évident que la section des racines antérieures a amené un abaissement de température dans le membre correspondant.

Alors et pendant que la plaie était décousue, je fis du côté gauche la section de toutes les racines postérieures de sentiment (quatre dernières lombaires et deux sacrées) qui concourent à la formation des plexus lombaire et sacré. Cette opération finie, la plaie fut recousue une seconde fois et l'animal laissé en repos.

Une demi-heure et une heure après, on prit à deux reprises la température sous-cutanée des deux cuisses, comme il a été indiqué, en ayant toujours soin de répéter plusieurs fois les vérifications. Voici ce que l'on obtint :

1re Observation après 1/2 heure.	Cuisse gauche paralysée du sentiment.	35° cent.
	Cuisse droite paralysée du mouvement.	34° cent.
2e Observation après 1 heure.	Cuisse gauche paralysée du sentiment.	34° cent.
	Cuisse droite paralysée du mouvement.	32° cent.

On voit ainsi qu'aussitôt après la section des racines rachidiennes aussi bien après la section des antérieures qu'après celle des postérieures, la température du membre a commencé à s'abaisser, tandis que la température s'était très-bien maintenue dans le membre tant qu'il avait conservé ses deux ordres de nerfs rachidiens.

Trois heures s'étaient à peine écoulées depuis la section des racines antérieures, que la température du membre droit s'était abaissée de quatre degrés; et déjà une heure après la section des racines de sentiment, celle du membre gauche s'était abaissée d'un degré.

L'animal était resté très-vigoureux après son opération, et on ne pouvait pas objecter que son état d'affaiblissement avait empêché les effets de caloricité de se développer. Toutefois, je voulu lever toute prise à l'objection en faisant une contre-épreuve directe : en conséquence, sur le chien qui avait subi toutes ces expériences sur les racines trachidiennes, je coupai le sympathique au cou, et après 25 minutes il y avait à la main déjà une très-grande différence de température entre les deux oreilles : l'oreille gauche, où l'on avait coupé le sympathique, donnait 23 degrés, tandis que celle du côté sain marquait seulement 20 degrés. Il fut donc démontré par là que la calorification se développait encore très-activement chez cet animal, et que par conséquent ce phénomène aurait dû nécessairement se produire, si la section des racines antérieures eût été dans le cas de le déterminer.

En résumé, il me semble résulter clairement des expériences contenues dans ce paragraphe les propositions qui suivent :

1° La section des nerfs du sentiment, outre l'abolition du sentiment, produit la diminution de température des parties.

2° Celle des nerfs de mouvement, outre l'abolition du mouvement, a donné lieu également à un refroidissement des parties paralysées.

3° La destruction du nerf sympathique, qui ne produit ni l'immobilité des muscles ni la perte de sensibilité, amène une augmentation de température constante et très-considérable.

4° Maintenant si l'on coupe un tronc nerveux mixte qui renferme à la fois des nerfs de sentiment, de mouvement et des filets sympathiques en a les trois effets réunis, savoir paralysie de mouvement, paralysie de sentiment et exaltation de caloricité. C'est ce que l'on peut obtenir par la section du nerf sciatique, par exemple; toutefois, on comprendra que la calorification doive être dans ce dernier cas un peu moins prononcée, parce qu'elle est alors contre-balancée par l'abaissement que détermine simultanément la paralysie des nerfs de mouvement et de sentiment.

5° D'après cela je crois donc avoir établi avec raison que cette augmentation de caloricité appartient spécialement au nerf sympathique C'est cet effet isolé qu'il s'agira d'étudier dans les paragraphes suivants

§ II.—Description des phénomènes de calorification qui accompagnent la section de la partie cervicale du grand sympathique.

J'ai observé que lorsque sur un animal mammifère, sur un chien, sur un chat, sur un cheval, sur un lapin ou sur un cochon d'Inde, par exemple, on coupe ou on lie dans la région moyenne du cou le filet de communication (1) qui existe entre le ganglion cervical inférieur et le ganglion cervical supérieur, on constate aussitôt que la caloricité augmente dans tout le côté correspondant de la tête de l'animal. Cette élévation de température débute d'une manière instantanée, et elle se développe si vite qu'en quelques minutes, dans certaines circonstances, on trouve entre les deux côtés de la tête une différence de température qui peut s'élever quelquefois jusqu'à 4 ou 5 degrés centigrades. Cette différence de chaleur s'apprécie parfaitement à l'aide de la main, mais on la détermine plus convenablement en introduisant comparativement, et avec les précautions convenables, un petit thermomètre dans la narine ou dans le conduit auditif de l'animal.

J'ai souvent extirpé les ganglions cervicaux supérieurs du grand sympathique chez le chien et chez le lapin; chez ce dernier animal, je les ai trouvés insensibles à la pression d'une pince, ainsi que l'avait déjà constaté M. Flourens; seulement leur arrachement semble toujours accompagné d'une douleur plus ou moins vive. Chez le chien, cette sensibilité paraît un peu plus grande. L'ablation du ganglion cervical supérieur est suivie des mêmes effets calorifiques que la section du filet cervical; seulement ces effets sont toujours plus rapides, plus intenses et plus durables. Il est inutile de citer toutes les expériences excessivement nombreuses que j'ai pratiquées; je dirai seulement qu'après la section du filet sympathique chez les lapins, les phénomènes de l'excès de calorification et de sensibilité ne sont guère évidents au delà de quinze à dix-huit jours, tandis que chez les chiens cela peut durer six semaines à deux mois. Après l'ablation des ganglions chez ces animaux, la persistance de la lésion peut être considérée comme indéfinie; car sur un chien à qui j'avais fait l'extirpation du ganglion cervical supérieur à gauche, tous les phénomènes d'excès de caloricité et de sensibilité dus à cette extirpation étaient encore très-intenses un an et demi après l'extirpation du ganglion, lorsque l'animal fut sacrifié pour d'autres expériences.

Cette différence de 4 à 5 degrés est remarquable comme différence de calorification relative entre les deux côtés de la face. Mais si l'on compare la chaleur de l'oreille et de la narine (ainsi échauffée par suite de la section du nerf) à la chaleur du rectum ou des parties centrales du corps, le thorax ou l'abdomen, on voit qu'elle est à peu près la même. Toutefois, j'ai constaté assez souvent que l'extirpation du nerf sympathique élevait dans l'oreille correspondante la chaleur jusqu'à 40 degrés, tandis que la température normale dans le rectum, chez cet animal, ne dépasse pas généralement 38 à 39 degrés centigrades.

Toute la partie de la tête qui s'échauffe après la section du nerf devient le siége d'une circulation sanguine plus active. Cela se voit très-distinctement sur les vaisseaux de l'oreille chez le lapin. Mais les jours suivants, et quelquefois même dès le lendemain, cette turgescence vasculaire a considérablement diminué ou même disparu, bien que la chaleur de la face, de ce côté, continue à être très-développée.

On peut constater, en faisant pénétrer le thermomètre à l'aide d'incisions préalables, que cette élévation de température qu'on apprécie superficiellement s'étend également aux parties profondes, et même dans la cavité crânienne et dans la substance cérébrale. Cela se remarque mieux après l'extirpation des ganglions sympathiques. Le sang lui-même qui revient des parties ainsi échauffées possède une température plus élevée, ainsi que je l'ai constaté plusieurs fois sur des chiens, en introduisant un petit thermomètre dans la veine jugulaire à la région moyenne du cou. Il est bien entendu que la cuvette du thermomètre doit être dirigée en haut, de manière à être baignée par le sang veineux qui descend de la tête.

J'ai voulu rechercher comment le côté de la tête échauffé par la sec-

(1) Chez le lapin, le cochon d'Inde, le cheval, ce filet est isolé du pneumogastrique, et se trouve placé entre ce nerf et l'artère carotide. Chez le chien, le chat, le filet sympathique est confondu avec le vague, et il devient impossible de couper isolément ces deux nerfs. Le ganglion cervical moyen manque généralement chez ces animaux, excepté chez le cochon d'Inde, où je l'ai, à peu près, toujours rencontré.

tion du nerf sympathique se comporterait comparativement avec les autres parties du corps, si l'on venait à soumettre les animaux à de grandes variations de température ambiante. Je plaçai donc un animal (un lapin auquel j'avais pratiqué la section du nerf) dans une étuve, dans un milieu dont la température était au-dessus de celle de son corps. Le côté de la tête qui était déjà chaud ne le devint pas sensiblement davantage, tandis que la moitié opposée de la face s'échauffa; et bientôt il ne fut plus possible de distinguer le côté de la tête où le nerf sympathique avait été coupé, parce que toutes les parties du corps, en acquérant leur summum de caloricité, s'étaient mises en harmonie de température.

Les choses se passent tout autrement quand on refroidit l'animal en le plaçant dans un milieu ambiant dont la température est beaucoup au-dessous de celle de son corps. On voit alors que la partie de la tête correspondante au nerf sympathique coupé, résiste beaucoup plus au froid que celle du côté opposé; c'est-à-dire que le côté normal de la tête se refroidit et perd son calorique beaucoup plus vite que celui du côté opposé. De telle sorte qu'alors la désharmonie de température entre les deux moitiés de la tête devient de plus en plus évidente, et c'est dans cette circonstance qu'on constate une différence de température qui peut s'élever quelquefois, ainsi que je l'ai dit, jusqu'à 6 ou 7 degrés centigrades.

J'avais eu l'idée de faire la section du nerf sympathique sur des animaux hibernants, pour savoir si cela les rendrait moins sensibles à l'action engourdissante que le froid leur fait éprouver. Je n'ai pas encore eu l'occasion de réaliser cette expérience.

Ce phénomène singulier d'une plus grande résistance au froid s'accompagne aussi d'une sorte d'exaltation de la vitalité des parties, qui devient surtout très-manifeste quand on fait mourir les animaux d'une manière lente, soit en les empoisonnant d'une certaine façon, soit en leur reséquant les nerfs pneumo-gastriques. A mesure que l'animal approche de l'agonie, la température baisse progressivement dans toutes les parties extérieures de son corps; mais on constate toujours que le côté de la tête où le nerf sympathique a été coupé, offre une température relativement plus élevée, et au moment où la mort survient, c'est ce côté de la face qui conserve le dernier les caractères de la vie. Si bien qu'au moment où l'animal cesse de vivre, il peut arriver un instant où le côté normal de la tête présente déjà le froid et l'immobilité de la mort, tandis que l'autre moitié de la face, du côté du nerf sympathique a été coupé, est sensiblement plus chaude et offre encore ces espèces de mouvements involontaires qui dépendent d'une sensibilité sans conscience et auxquels on a donné le nom de mouvements réflexes.

En observant pendant longtemps les animaux auxquels j'avais fait la section de la partie céphalique du grand sympathique, j'ai pu suivre les phénomènes de calorification ainsi que je l'ai dit plus haut. Si les animaux restaient bien portants, je n'ai jamais vu, après cette expérience, survenir dans les parties plus chaudes aucun œdème ni aucun trouble morbide qu'on puisse rattacher à ce qu'on appelle de l'inflammation. J'ai dit: si les animaux étaient bien portants, car en effet, lorsqu'ils deviennent malades, soit spontanément, soit à la suite d'autres opérations qu'on leur fait subir, on voit les membranes muqueuses oculaire et nasale seulement du côté où le nerf sympathique a été coupé, devenir très-rouges, gonflées, et produire du pus en grande abondance. Les paupières restent habituellement collées par du mucus purulent, et la narine en est fréquemment obstruée. Si l'animal guérit, ces phénomènes morbides disparaissent avec le retour à la santé.

D'après cela je n'admets pas *l'inflammation* de la conjonctive signalée par Dupuy, John Reid, etc., comme une conséquence normale de la lésion du nerf sympathique: je considère ce phénomène comme accidentel et comme ne survenant qu'à la suite d'un état d'affaiblissement consécutif de l'animal. Je signale du reste le fait comme je l'ai observé, sans vouloir essayer d'expliquer pour le moment comment il se fait, que cette augmentation de caloricité et de sensibilité des parties arrive à se changer subitement sous certaines influences en ce qu'on appelle une inflammation violente avec formation purulente excessivement intense.

Les faits de calorification de la tête que j'ai précédemment signalés, après la section, la ligature, la contusion ou la destruction de la partie cervicale du grand sympathique, sont faciles à reproduire et à vérifier. Toutefois, comme toujours en physiologie expérimentale, il est nécessaire de prendre quelques précautions pour obtenir des résultats constants et bien tranchés. Voici les conditions qui me paraissent les meilleures:

1° Il est préférable de faire l'expérience lorsque la température ambiante est un peu basse, parce qu'alors la différence de chaleur entre les deux côtés de la face est d'autant plus facile à saisir qu'elle est plus considérable.

2° Il faut choisir des animaux vigoureux et plutôt en digestion, l'observation m'ayant appris que les phénomènes de calorification se manifestent d'autant plus faiblement et plus tardivement que les animaux sont préalablement affaiblis ou languissants.

3° Il faut éviter les grandes douleurs et l'agitation de l'animal pendant l'opération. Il arrive en effet si celle-ci est laborieuse, que l'émotion et l'excitation générale que l'animal éprouve en se débattant masquent complétement le résultat immédiat. Bien qu'on n'ait coupé le nerf sympathique que d'un seul côté, on pourrait trouver les deux oreilles par exemple aussi chaudes l'une que l'autre immédiatement après la section. Mais bientôt, si on laisse l'animal en liberté, les choses reprennent leur équilibre et le côté correspondant au nerf coupé reste seul avec une température plus élevée.

4° Ainsi qu'il a été dit, les phénomènes sont toujours plus marqués et plus durables, quand au lieu de couper le filet d'union du sympathique au cou, on extirpe le ganglion cervical supérieur.

5° Du reste en revenant ailleurs sur les phénomènes de calorification produits par la section du sympathique, nous verrons qu'ils paraissent suivre les variations physiologiques de la chaleur animale. Ils sont plus marqués généralement pendant la période digestive et plus faibles pendant l'abstinence (1).

(*La fin au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DU VARICOCÈLE PAR LA CAUTÉRISATION IMMÉDIATE DES VEINES DILATÉES; par M. L. GAILLARD, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Poitiers.

La plupart des varicocèles sont de simples difformités qui ne gênent pas assez le malade pour qu'il ait le désir de s'en débarrasser; néanmoins quelques-unes de ces tumeurs incommodent par leur volume ou la douleur dont elles sont le siége; d'autres font obstacle à l'existence sociale de l'individu et le portent à chercher un remède. En voici un exemple:

OBS. — M. P..., âgé de 18 ans, se présente pour prendre un engagement dans un régiment de dragons; il veut faire sa carrière de l'état militaire; mais se trouvant atteint d'un varicolèle volumineux, on le refuse. Néanmoins M. P... persistant dans ses intentions me demande instamment de guérir sa tumeur.

Le problème à résoudre se présente ainsi:

1° Provoquer l'oblitération des veines dilatées sans danger de phlébite;

2° Comprendre toutes les veines du cordon pour prévenir la récidive;

3° Eviter sûrement le canal déférent et l'artère spermatique;

4° Obtenir en raison de la position spéciale du malade une cicatrice exempte de difformité.

L'emploi de la pâte de Canquoin nous assure le premier point; nous adoptons sur ce sujet les idées de M. Bonnet (de Lyon).

Les indications suivantes sont plus difficiles à réaliser. Ayant été frappé plusieurs fois de la difficulté que l'on éprouve à isoler les parties constituantes du cordon quand on opère sans avoir divisé la peau, nous croyons que beaucoup d'insuccès sont dus à des veines restées en dehors de l'opération; c'est pourquoi nous procédons ainsi:

1° Une incision de 8 centim. s'étend de l'anneau inguinal au scrotum; elle découvre le cordon.

2° On soulève le cordon sur une spatule, en déchirant le tissu cellulaire qui l'unit en arrière à sa gaîne.

3° On dissèque les éléments du cordon qui se trouve composé du canal déférent, de l'artère spermatique et de quatre veines flexueuses, épaisses, très-hypertrophiées; l'une d'elles adhère au canal déférent et eût été laissée sans le soin qu'on mit à les séparer. Ces veines sont isolées du canal déférent et de l'artère dans l'étendue de 3 centim.

4° On refoule le canal et l'artère au fond de la plaie où on les maintient avec des boulettes de charpie.

5° On passe sous les veines une large bandelette de linge; entre la bandelette et les veines on glisse une lame mince de plomb, de 6 c. 50 de longueur sur 3 centim. de largeur.

Cette lame de plomb est couverte d'une feuille de pâte de Canquoin, moins

(1) J'ai pratiqué encore l'extirpation des ganglions et la section des filets du sympathique dans le thorax et dans l'abdomen. Je ne décrirai point ici ces expériences, parce qu'elles ont été faites à d'autres points de vue. Je dirai seulement qu'elles sont suivies des mêmes effets vasculaires et calorifiques qu'à la tête.

large que le plomb qui déborde partout la pâte. Voici l'ordre de superposition :

Le paquet veineux soulevé comme un pont ;
Le feuillet de pâte caustique ;
La lame de plomb ;
La compresse ;
Profondément les boulettes de charpie.

6° On replie sur le paquet veineux le plomb et la pâte. Le cordon veineux se trouve enserré et comprimé par le métal dont on a légèrement replié les bords en forme de tuile, d'autant que les extrémités de la plaque de plomb se rejoignent au devant du paquet veineux. Par-dessus le plomb, et pour le fixer, on replie la bandelette de linge qui est serrée par un fil.

Diète, repos au lit.

Pendant les vingt-quatre heures qui suivent, douleur aiguë qui remonte vers les reins ; mouvement fébrile léger.

On enlève l'appareil ; les veines sont escarrifiées, converties en un cordon sec et solide. Le caustique n'a point fusé ; les parties profondes n'ont point été atteintes. (Cataplasme.)

Le 16, les bourses sont tendues, gonflées, rouges, très-sensibles à la pression.

Le 20, les escarres se détachent ; la plaie a le meilleur aspect ; les extrémités veineuses oblitérées sont séparées par un grand intervalle.

Le 21 et les jours suivants, le malade se trouve très-bien ; la cicatrisation fait des progrès, mais M. P... ne peut se lever à cause de la pesanteur et de la douleur profonde que lui occasionne la position verticale dans les parties malades.

La guérison a lieu sans accident ; la cicatrice est linéaire, très-peu apparente. Le 30 novembre 1853, M. P..., visité de nouveau par le chirurgien militaire, est admis à prendre un engagement.

Nous ne voulons pas, à l'occasion d'une seule observation, établir une comparaison entre notre procédé et ceux qui l'ont précédé, mais nous pouvons nous permettre deux réflexions.

Les opérateurs qui agissent sur la peau, comme Breschet, sont aussi exposés à comprendre le canal déférent et l'artère spermatique, qu'à laisser des rameaux veineux en dehors de leur action, s'ils prennent trop ou trop peu.

Ceux qui entament la peau pour aller plus sûrement saisir les vaisseaux dilatés et les presser avec des fils, des épingles, des cordons métalliques, comme MM. Velpeau, Vidal (de Cassis) etc., font des plaies sinueuses compliquées de corps étranger. Ces plaies s'accompagnent de suppuration profonde, leur prétention d'être *sous-cutanées* est inadmissible et tout à fait en désaccord avec les lois posées par l'illustre auteur de cette méthode.

Nous aimons mieux agir à ciel découvert, il y a moins d'inconvénient et l'on voit mieux ce que l'on fait.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

I. THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES.

Les numéros d'avril et de juillet 1853 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Du spiromètre et de son application au diagnostic des maladies pulmonaires* ; par le docteur W. Pepper. 2° *Observations cliniques* ; par le docteur Hutwood Churchill. 3° *Faits et observations sur l'origine de la fièvre jaune et son développement à bord des vaisseaux* ; par le docteur La Roche. 4° *Extraits des rapports de la Société médicale d'émulation de Boston* ; par W. Morland. 5° *Avortement au cinquième mois de la gestation ; enfant né vivant* ; par le docteur Barrows. 6° *Extirpation de l'omoplate* ; par le docteur Gross. 7° *Topographie médicale de Monterey*. 8° *De la stomatite maternelle* ; par W. H. Byford. 9° *Sur les cristaux prismatiques colorés des globules du sang* ; par B. S. Shaw. 10° *Observation de diabète sucré* ; par C. Struker (de Baltimore). 11° *Nouvelle méthode pour la réduction des luxations du pouce* ; par John Doe. 12° *Des déplacements de l'utérus et de leur traitement* ; par le docteur Peebles. 13° *Du laryngisme, de ses effets et de la trachéotomie* ; par Marshall-Hall. 14° *De l'hermaphrodisme* ; par Blackman. 15° *Nouvelle méthode d'analyse du sang* ; par Shaw. 16° *Statistique médicale de Memphis, dans le Tennessee* ; par Grant. 17° *Description d'un nouveau forceps* ; par Bethell. 18° *De l'épidémie de varioloïde qui s'est montrée à Gorham* ; par le docteur C. A. Lee. 19° *De la variole du fœtus* ; par le docteur W. T. Taylor. 20° *Sur l'excision du maxillaire inférieur dans le cas de carie* ; par W. G. Bullonk.

DE L'EMPLOI DU SPIROMÈTRE DANS LE DIAGNOSTIC DES MALADIES DES POUMONS ; par M. W. PEPPER, médecin de l'hôpital de Pensylvanie.

Le docteur Hutchinson, dans un travail remarquable publié dans le tome XXIX des TRANSACTIONS MÉDICO-CHIRURGICALES DE LONDRES, mentionne plusieurs observations intéressantes dans lesquelles, à l'aide du spiromètre, il a pu reconnaître la présence de tubercules pulmonaires, longtemps avant que les signes fournis par l'auscultation ou la percussion se fussent montrés. Son mémoire porte plutôt cependant sur la détermination des conditions physiologiques de la respiration. D'après une investigation de plus de 2,000 cas, il a pu déduire quelques règles qui s'appliquent à l'état normal et le caractérisent. Il a trouvé ainsi que la *capacité vitale* ou la quantité d'air expiré après une inspiration forcée augmentait suivant la taille des individus, de 8 pouces cubes, pour chaque pouce au-dessus de 5 pieds de taille. Quant au poids du corps, entre 150 et 155 livres, la capacité vitale augmenterait d'un pouce cube pour chaque livre; mais au delà de cette limite elle diminuerait dans la même mesure pour chaque livre additionnelle. L'âge apporte aussi des modifications capitales dans la capacité vitale; elle augmente de 15 à 30 ans; après cette époque, elle diminue d'un pouce cube et demi pour chaque année additionnelle.

On comprend que l'état normal étant ainsi déterminé (Hutchinson l'a fixé chez les hommes de 30 ans environ, pesant 150 livres, à 225 pouces cubes de capacité), on a un point de départ pour apprécier les variations qui tiennent à des conditions pathologiques; mais il est de toute évidence que le genre de vie et la force musculaire doivent aussi contribuer à modifier puissamment ces données. Déjà le professeur Jackson, dans le tome VIII du MEDICAL EXAMINER, avait émis cette opinion que les variations de la *capacité vitale* pouvaient tenir aussi bien à la force musculaire qu'à la taille.

Le docteur Pepper a eu d'abord en vue de déterminer l'étendue de ces variations afin d'avoir un étalon plus fixe; et il a vu, d'après des expériences dont il nous donne le tableau, que sur vingt personnes chez lesquelles la circonférence et la mobilité du thorax, la taille, le poids, l'âge, la profession étaient soigneusement notés, la capacité vitale était relativement plus grande chez celles adonnées à une vie active, comme les marins. Ce point une fois démontré, il passe à l'épreuve contraire et examine la capacité vitale chez les personnes débilitées, convalescentes de diverses affections, fièvres typhoïdes, hématurie, rhumatisme aigu, et il voit que ces cas donnent en moyenne une diminution de 40 pouces cubes de capacité.

Nous passons ensuite à l'examen des cas pathologiques. Chez 3 sujets atteints de bronchite avec râles sonores et vibrants, la capacité n'était pas diminuée. L'auteur explique cette quasi-anomalie par la non-extension de la phlegmasie aux petites bronches. Dans 3 cas de maladie du cœur, hypertrophie avec altération valvulaire, la capacité vitale était considérablement diminuée. Il en était de même dans 4 cas de pleurésie. Les résultats les plus importants sont ceux qui ont trait au diagnostic de la tuberculisation pulmonaire. Dans la tuberculisation avancée et complète, la capacité est diminuée à un degré plus considérable peut-être que dans les autres affections thoraciques; dans la pleurésie, la diminution était de 93 pouces cubes, dans la bronchite de 18, dans les affections chroniques du cœur de 95; dans la phthisie avancée elle l'était de 112 suivant Pepper et de 135 d'après Hutchinson. Dans la phthisie commençante, la capacité était de 58 au-dessous de la moyenne; elle serait de 67 d'après Hutchinson. Plus la phthisie est avancée, plus la capacité vitale diminue.

On comprend d'après ces faits que le spiromètre, instrument dont on s'est servi pour mesurer la quantité d'air expiré, puisse servir à découvrir dans quelques cas des tuberculisations qui ne se manifestent pas par les symptômes généraux ni par les signes plessimétriques et sthétoscopiques; mais toujours est-il qu'il reste encore à vérifier si les données établies par Hutchinson, pour déterminer la capacité vitale dans les conditions physiologiques, sont assez exactes pour guider le praticien au lit du malade, ou pour lui permettre de conclure à la présence des tubercules, alors que les autres signes de la tuberculisation ne se sont pas encore montrés.

OBSERVATIONS CLINIQUES ; par M. HEETWOOD CHURCHILL, membre du King and Queen's-College d'Irlande.

Sous ce titre, le docteur Churchill relate les particularités d'une fièvre qu'il a observée épidémiquement à Dublin en 1851, sorte de fièvre éphémère avec symptômes gastro-intestinaux, qui se montrait principalement sur les femmes en couche. Les détails suivants caractériseront d'une manière suffisante les observations rapportées par l'auteur.

Sans cause déterminante appréciable, le plus souvent dans la première semaine qui suit l'accouchement, quelquefois après un frisson peu marqué, se développent des douleurs abdominales généralisées, accompagnées de diarrhée et suivies de borborygmes et d'une abondante production de gaz intestinaux. Pouls à 120, quelquefois 140; peau halitueuse; point de troubles du côté de la lactation; les lochies, quelquefois diminuées ou supprimées, se montrent bientôt de nouveau. En général cette fièvre ne se prolongeait pas au delà d'une semaine.

FAITS ET OBSERVATIONS SUR L'ORIGINE DE LA FIÈVRE JAUNE A BORD DES VAISSEAUX; par le docteur R. LA ROCHE.

Des auteurs ont noté le développement spontané de la fièvre jaune dans les navires; Bally surtout, dont l'expérience et les connaissances en cette matière étaient très-grandes, a soutenu cette thèse et a expliqué par la contagion ou l'importation la plupart des faits allégués. Kéraudren parmi les contagionistes et Amstrong dans le camp opposé admettent les mêmes idées. D'un autre côté, il ne manque pas parmi les contagionistes ou les non-contagionistes d'esprits distingués qui ont admis dans l'étiologie de la fièvre jaune les causes de développement local; Gilbert Blane, le docteur Currie sont de ce nombre. Le travail actuel du docteur La Roche a pour but de passer en revue tous les faits de développement spontané ainsi annoncés, de les résumer, de les discuter, et de fournir ainsi des matériaux à la solution de cette question si importante pour l'étiologie de la fièvre jaune.

Il commence par mettre de côté tous les faits nombreux dans lesquels la maladie s'est manifestée sur des navires mouillés près de côtes insalubres, dans des ports malsains, ou qui avaient quitté des parages semblables depuis peu de temps. Ensuite il rapporte avec tous les détails nécessaires l'histoire du développement spontané de la fièvre jaune en 1799 sur la frégate *General Greene*, dans une traversée de Newport à la Havane où la maladie n'existait point, et la réapparition de l'épidémie à bord du même vaisseau un an après pendant une croisière dans les pays chauds. Ce fait est emprunté au docteur Kollock et extrait du MEDICAL REPOSITORY, t. IV. Il a été, en outre, étudié par Halliday (de la Havane), auteur d'un traité sur la fièvre jaune, imprimé à Boston en 1796.

La seconde observation est celle du navire américain *Hornet*, sur lequel la fièvre jaune se déclara en septembre 1828 à *Sacrificios*, petite île éloignée de trois milles de Véra-Cruz. Barrington, qui relate ce fait dans le t. XII de l'AMERICAN JOURNAL, mentionne d'une manière bien explicite qu'il n'y avait à cette époque aucun cas de fièvre jaune à Véra-Cruz. Mêmes remarques sur le navire américain *Levant*, dont l'équipage fut attaqué en 1841 à Pensacola, et dont l'histoire a été écrite par le docteur Carpenter (de la Nouvelle-Orléans) dans un mémoire sur la fièvre jaune, et par Hulse dans le MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL DE MARYLAND de 1842.

La quatrième observation est celle de la frégate *Macedonia* qui, pendant l'été de 1822, après un voyage de Boston à la Havane, vit se développer sur son équipage une épidémie des plus graves, qui causa 101 décès sur 370 individus. Il n'y avait à cette époque aucun cas de fièvre jaune dans la ville ou dans le port de la Havane. Le docteur La Roche a extrait ce fait des documents publiés sur l'enquête judiciaire qui eut lieu à cette occasion à Washington.

A ces faits, il faut ajouter celui du brick *l'Entreprise*, 1822, NEW-YORK MED. AND PHYS. JOURNAL; ceux du sloop *Mary*, 1799, *in* CALDWELL'S MED. AND PHYS. MEMOIRS; du transport anglais *le Hibbert*, 1803, NEW-YORK MED. REPOSITORY, t. VII et VIII; du transport *le Dasher* et de la frégate *Pyramus*, 1821, *in* A. MUSGRAVE'S FACTS AND OBSERVATIONS; de *la Thétis*, *in* DICKSON, ON YELLOW FEVER, EDINB. JOURNAL, t. XIII; de la frégate *la Pique*, *in* GILLEPSIE'S OBSERVATIONS, 1800; de la flottille anglaise après la prise de Port-au-Prince, *in* TROTTER'S MEDICA NAUTICA; ceux que racontent Chisholm, Ferguson, Wilson, W. Burnett, Bryson, Dalmas, Chervin, Lefort, Robert, Béguerie. On arrive ainsi à présenter un nombre imposant de faits qui démontrent que la fièvre jaune peut éclater sur les bâtiments, dans des circonstances qui éloignent entièrement l'idée de la contagion immédiate ou médiate. Faisons remarquer, en outre, que, dans plusieurs des observations que nous avons rapportées, la maladie s'est développée dans des ports situés en dehors des climats tropicaux, dans des régions tempérées et en Europe; que dans quelques cas la maladie s'est montrée en mer avant que les vaisseaux eussent atteint les tropiques, ou sur des navires qui ne quittaient point la zone tempérée. Nombre de faits parmi ceux que nous avons cités montrent encore que la fièvre jaune est souvent restée localisée à bord d'un bâtiment de manière à éloigner l'idée de l'action des influences ambiantes, démontrant ainsi que l'infection avait sa source dans le navire même. Les mêmes observations écartent l'idée d'une revivification de germes épidémiques à bord de ces navires; quelques-unes prouvent jusqu'à un certain point que la maladie était inhérente au bâtiment lui-même, indépendante de l'équipage et de ses effets.

On arrive ainsi à se demander quelles sont les conditions inhérentes aux navires mêmes qui donneraient naissance à la fièvre jaune. Telle est la partie la plus délicate de l'enquête à laquelle se livre le docteur La Roche. Doit-on croire, avec lui et quelques autres observateurs, parmi lesquels nous citerons surtout Bryson et Burnett, que ces conditions étiologiques se résument dans la nature fermentescible de certaines cargaisons, ou bien dans la qualité du lest pris par quelques navires de guerre, et dans la décomposition des matériaux organiques accumulés dans les parties les plus reculées de la cale? Est-on autorisé à admettre que certains miasmes émanés des bois de construction, surtout quand ceux-ci sont encore verts, aient donné lieu à la maladie ?

Nous reconnaissons qu'il y a parmi les faits cités par l'auteur du mémoire bien des circonstances qui semblent militer en faveur de ces opinions. M. La Roche retrouve ainsi à bord des navires les causes que l'on a assignées au développement de la fièvre jaune à terre; son explication rentre ainsi dans ce que nous appellerons la théorie marématique de la fièvre jaune. Nous aurons plus d'une fois occasion de faire voir ce qu'il y a à prendre et à laisser dans cette théorie.

EXTRAITS DES RAPPORTS DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE BOSTON; par le docteur MORLAND.

Ces rapports contiennent un certain nombre de faits intéressants dont nous donnons ici le sommaire.

1° Arrêt de développement attribué à un effroi pendant la gestation. 2° Observation curieuse de lithotomie, chez une femme de 21 ans; calcul pesant 2 onces un quart et ayant pour noyau une épingle à cheveu. 3° Cancer de la langue et des parties voisines. 4° Tumeur du muscle couturier; éthérisation; mort; par le docteur Warren. 5° Cas d'imperforation de l'anus. 6° Ramollissement cadavérique de l'estomac avec perforation du diaphragme. 7° Fracture comminutive de l'extrémité supérieure du fémur. 8° Abcès multiples du foie avec suppuration de la veine porte. 9° Mort subite; pétéchies. 10° Tumeur fibreuse de la dure-mère dans la région cervicale; symptômes; dissection. 11° Fracture compliquée du genou. 12° Varice anévrismale volumineuse de la carotide externe et de la veine jugulaire externe. 13° Tubercule cru, volumineux, rejeté par la bouche chez un enfant de 5 ans. 14° Sécrétion anormale de la glande mammaire analogue à l'encre de la sépia. 15° Retour subit du mouvement dans un bras paralysé consécutif à un effort de volonté. 16° Plusieurs cas de maladie pédiculaire des cils. 17° Fracture incomplète du corps de la deuxième vertèbre dorsale; point de lésion appréciable de la moelle; paralysie étendue aux nerfs situés au-dessus de la lésion. 18° Hydatides développées dans les membranes d'un fœtus de 4 mois.

AVORTEMENT AU CINQUIÈME MOIS DE LA GROSSESSE; ENFANT NÉ VIVANT; par le docteur A. W. BARROWS (d'Hartford).

OBS. — Expulsion sans rupture des membranes contenant le fœtus et les eaux de l'amnios. A la rupture du sac, mouvement inspirateur et cri assez fort. Après la ligature du cordon, la respiration, presque convulsive, se fit à des intervalles d'une à deux minutes pendant plus d'une demi-heure; la fréquence du pouls n'excédait pas 100 pulsations. Des mouvements volontaires eurent lieu dans les extrémités inférieures pendant près de vingt minutes; peu à peu les extrémités se refroidirent et le cœur cessa de battre.

L'enfant, du sexe féminin, paraissait bien développé; de 10 pouces de long, il pesait 14 onces. Les téguments étaient assez fermes et légèrement colorés; la peau de l'abdomen était très-fine et rougeâtre. Les téguments du crâne étaient couverts d'une sorte de duvet, et dans quelques points les cheveux commençaient à se montrer. Les ongles n'étaient pas complétement formés; la pupille n'était pas visible, l'iris étant encore entièrement fermé par la membrane pupillaire. La tête était assez ferme, le temporal et l'occiput étaient assez bien formés, les pariétaux très-imparfaitement développés, les muscles petits, mais bien marqués.

Cette observation, que nous citons *in extenso*, a une certaine importance, parce que l'accoucheur a pu, à l'aide de certaines circonstances qu'il mentionne, un avortement antérieur, la première apparition des règles après cet avortement, s'assurer que la conception ne remontait pas, dans ce cas, au delà du cinquième mois. On sait combien laisse encore à désirer, au point de vue médico-légal, la question de la détermination précise de l'âge du fœtus; c'est à l'aide d'observations précises que l'on pourra un jour fournir à cette partie de la science le complément de certitude dont elle a besoin.

EXCISION DE L'OMOPLATE; par le docteur S. D. GROSS, professeur de chirurgie à l'Université de Louisville.

Il s'agit, dans ce cas, d'une tumeur énorme de l'épaule droite, 15 pouces de diamètre en tous sens, datant de neuf ans, siége de douleurs sourdes ou lancinantes. Ablation de la tumeur et de l'omoplate presque tout entière; section de l'acromion près de la clavicule, section du col de l'omoplate. Réunion par première intention, définitive au bout de trois semaines. La tumeur pesait 7 livres 2 onces, et appartenait, suivant le docteur Gross, à la classe des tumeurs *ostéo-sarcomateuses*.

TOPOGRAPHIE MÉDICALE, CLIMAT ET MALADIES DE LA VILLE DE MONTEREY (CALIFORNIE); par W. S. KING, chirurgien adjoint.

La ville de Monterey est située à 10 lieues de San-Francisco, sur la baie du même nom; elle possède de six à huit mille habitants, presque tous indigènes, et jouit d'une température douce et égale, qui du mois d'octobre au mois de mai rappelle le climat de l'Italie méridionale. En 1844, la petite vérole visita cette localité et enleva un grand nombre d'habitants, presque tous indiens, qui n'avaient point été vaccinés. Vers la même époque, dans quelques missions de la Californie, presque toute la population périt de la même affection.

Les habitants de Monterey sont presque entièrement exempts de fièvres contagieuses ou infectieuses, fièvres palustres, etc.; la phthisie y est aussi rare, ainsi que la diarrhée et la dyssenterie. En 1846, les Américains transportèrent avec eux dans ces régions la rougeole et la coqueluche. La fièvre typhoïde ne s'est montrée que sur des équipages ou des recrues arrivant de longs voyages et dans de mauvaises conditions hygiéniques. La fièvre intermittente n'y est pas non plus endémique; on ne la rencontre que sur les individus qui l'ont contractée dans les vallées du Sacramento ou du San-Joachin. La grippe s'est montrée épidémique. Les maladies des enfants sont principalement la bronchite capillaire et l'entérite choléiforme. Le choléra, qui s'est pourtant montré en Californie à San-Francisco, à San-José, à San-Louis-Obispo, à Santa-Barbara, n'a jamais atteint Monterey.

En terminant, l'auteur fait allusion à la fréquence de l'aliénation mentale dans ces contrées, à la facilité avec laquelle le délire survient dans les maladies et à diverses affections auxquelles les femmes sont particulièrement sujettes, leucorrhées, troubles de la menstruation, prolapsus de la matrice.

DE LA STOMATITE MATERNELLE; par W. H. BYFORD, professeur de médecine à Evansville.

Sous le titre de STOMATITIS MATERNA, le docteur Byford décrit une inflammation de la bouche qui a été observée pendant la grossesse ou l'allaitement, surtout sur les primipares. Il en distingue trois variétés, l'érythémateuse, la vésiculeuse et l'ulcéreuse: les deux premières étendues à toute la muqueuse buccale, la dernière affectant spécialement certaines parties de la langue. D'après l'auteur, dans les deux premières formes l'inflammation s'étendrait quelquefois à la muqueuse bronchique, digestive, et à celle qui tapisse les sinus frontaux ou maxillaires. Les complications auxquelles donne lieu cette extension de la maladie rendent quelquefois le pronostic grave. Les toniques, les ferrugineux conviendraient surtout dans ces cas, où les moyens locaux sont simplement palliatifs.

DE LA PRÉSENCE DE CRISTAUX PRISMATIQUES COLORÉS DANS LES GLOBULES DU SANG; par le docteur BENJAMIN S. SHAW (de Boston).

Ces cristaux, décrits par Kœlliker et d'autres observateurs, ont été rencontrés dans le sang de la rate de diverses espèces d'animaux. L'auteur, après avoir extrait le sang à examiner du doigt d'un homme de 21 ans en parfaite santé et qui avait fait un repas copieux deux heures auparavant, le dilua dans une égale quantité d'eau et en plaça quelques gouttelettes sous le microscope. D'abord aspect ordinaire; mais après une minute, à mesure que la partie aqueuse s'évaporait, on remarqua des cristaux d'un rouge jaunâtre, prismatiques, à angles et à bords bien délimités. Le docteur Shaw prétend que quelquefois chaque globule contenait un ou deux cristaux. Nous pensons que cette observation aurait besoin d'être confirmée à ce point de vue.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

SÉANCE DU 5 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. NACQUART.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre du commerce transmet:

1° Un rapport de M. le docteur du Garray, médecin des épidémies pour l'arrondissement du Puy, sur divers cas de la maladie endémique qui a régné dans cet arrondissement en 1853;

2° Un rapport de M. le docteur Gerdy, médecin inspecteur des eaux minérales d'Uriage (Isère), sur le service médical de cet établissement pendant les années 1849, 1850 et 1851;

3° Une recette pour le traitement de l'hydrophobie.

4° Le même ministre informe l'Académie qu'une prétention élevée par M. Aubergier s'oppose, quant à présent, à l'application du décret du 3 mai 1850 aux préparations du lactocarium. Par la même lettre, M. le ministre autorise l'insertion au BULLETIN de l'Académie des formules relatives à l'opium indigène de pavot pourpre et de ses composés.

— M. CORVISART écrit pour repousser toute supposition qui tendrait à faire croire qu'un intérêt autre que l'intérêt scientifique lui a fait nommer devant l'Académie un collaborateur honorable et digne d'estime, connu par des mémoires et des travaux scientifiques, et qui a fait avec lui depuis dix-huit mois de nombreuses expériences pour des travaux du domaine exclusif de la physiologie, etc.

— M. BILLIARD (de Corbigny) adresse un mémoire sur le choléra.

L'absence de l'ozone dans l'air est, suivant l'auteur, la seule cause du choléra. (Comm. du choléra.)

—M. le président, après une courte allocution par laquelle il remercie l'Académie de lui avoir donné ses suffrages, rend compte des visites faites à l'occasion du premier jour de l'an, par une députation de l'Académie, à S. M. l'empereur et aux ministres de l'instruction publique et du commerce.

M. le président propose ensuite de voter des remercîments à M. Bérard, président sortant, à M. Gibert, secrétaire réélu, et à MM. Mélier, Laugier et Renault, membres sortants du conseil d'administration.

La parole est à M. Depaul pour un rapport.

CONVULSIONS DES FEMMES ENCEINTES ET DE LEURS RAPPORTS AVEC L'ALBUMINURIE.

M. DEPAUL lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Mascarel, chirurgien en chef de l'hôpital de Châtellerault, sur les convulsions des femmes enceintes.

La première partie du mémoire de M. Mascarel comprend tout ce qui est relatif aux causes, aux formes variées de l'affection, à ses complications et à sa nature. La seconde s'occupe exclusivement des divers modes de traitement qui ont été conseillés.

Après avoir divisé les causes de l'éclampsie en prédisposantes et en occasionnelles, l'auteur examine presque toutes celles qui ont été admises par les divers auteurs. Toutefois il regarde comme des prédispositions toutes spéciales la primiparité, les tempéraments sanguins et lymphatico-sanguins, l'infiltration des membres inférieurs; mais il ne considère pas l'albuminurie, comme une cause essentielle de la maladie.

M. le rapporteur est loin de contester que l'albuminurie ne coïncide le plus habituellement avec l'éclampsie; mais, suivant lui, il n'est pas exact de dire, avec M. Caseaux, qu'on trouve toujours de l'albumine dans l'urine des éclamptiques. Il en a déjà fait connaître un dans une autre occasion, observé par lui-même il y a environ quatre ans, et qui se termina par la mort après un très-grand nombre d'accès. Il lui fut impossible de découvrir la moindre trace d'albumine dans l'urine extraite de la vessie à différentes époques et soumise à l'action de la chaleur et de l'acide nitrique. Le dernier examen, fait quelques instants avant le décès, donna le même résultat. Le docteur Lever a cité un cas dans lequel l'albumine n'existait pas davantage et où, à l'autopsie, on constata les traces d'une inflammation des méninges. M. le professeur P. Dubois a dit avoir observé, à la Maternité, une femme qui devint éclamptique et chez laquelle, malgré les nombreux accès qui se succédèrent, l'urine ne présenta, à aucune époque de la maladie, la moindre trace d'albumine. D'un autre côté, on trouve, dans le mémoire de M. Mascarel, deux nouvelles observations dans lesquelles le même résultat négatif a été très-positivement observé.

Si l'albuminurie des femmes enceintes, dit M. le rapporteur, était, comme on l'a prétendu, la cause essentielle de l'éclampsie, comment comprendre qu'on rencontre si fréquemment de l'albumine dans l'urine des femmes grosses, et qu'absolument et même relativement parlant, les convulsions soient un accident fort rare. Sur 41 femmes qui étaient albumineuses, et qui ont été observées par le docteur Blot à la Maternité, 7 seulement furent atteints d'éclampsie. Une proportion aussi minime permet-elle d'admettre, sans discussion, une relation évidente de cause à effet?

Une autre circonstance mérite aussi d'être prise en sérieuse considération. Si l'albuminurie avait l'influence qu'on lui prête, il serait tout naturel qu'on observât les convulsions chez les femmes dont l'urine renferme la plus grande proportion d'albumine; mais il suffit de jeter un coup d'œil sur le tableau donné par M. Blot, pour voir qu'il n'en est pas toujours ainsi. Plusieurs,

parmi celles dont l'urine offrait les proportions d'albumine les plus considérables, n'ont rien éprouvé. Et d'ailleurs, dans les cas d'éclampsie où on a constaté dans l'urine la présence de l'albumine, est-on bien sûr que celle-ci ait préexisté aux attaques? Ce point de la question n'a pas été suffisamment étudié... Depuis que je me suis engagé dans cette voie d'expérimentation, j'ai recueilli deux observations qui prouvent que l'albumine peut très-bien n'apparaître qu'après le développement de l'éclampsie. Dans les deux cas, l'urine avait été examinée quelques jours avant le travail, et, dès le début de cet acte physiologique, sans qu'aucune trace d'albumine pût y être décelée. Des convulsions, à forme éclamptique parfaitement caractérisée, survinrent, et dans le premier cas, je trouvai de l'albumine après le deuxième accès, et après le quatrième dans le second.

Une autre circonstance, ajoute M. le rapporteur, me frappe dans l'histoire de l'albuminurie des femmes enceintes, c'est la rapidité avec laquelle l'albumine disparaît lorsque l'accouchement est terminé. Peu d'heures suffisent habituellement pour amener ce résultat. Il n'est pas rare, cependant, de voir les convulsions n'apparaître que quelques heures, et même quelques jours après la parturition. Est-il probable que, dans ce cas, en admettant qu'il y ait eu de l'albuminurie pendant la grossesse, on la voie exceptionnellement persister aussi longtemps? N'est-il pas raisonnable de supposer, au contraire, ou bien qu'elle n'a pas existé un seul instant, ou qu'elle ne s'est montrée qu'après avoir été précédée par un nombre variable d'accès?

Quoi qu'il advienne, l'albuminurie est trop souvent observée pendant le cours de la grossesse, elle coïncide surtout trop fréquemment avec les convulsions puerpérales pour qu'il ne faille pas rechercher à quel titre cette coïncidence existe. Car si nous avons démontré que ces dernières peuvent apparaître, alors qu'un examen attentif et complet ne fait rien constater dans l'urine, nous ne nous croyons pas autorisé à refuser toute espèce d'influence à l'albuminurie qui préexiste à l'éclampsie.

Mais si la science n'est pas encore fixée sur le rôle que ces deux états jouent l'un par rapport à l'autre, est-elle plus avancée quand il s'agit d'expliquer l'albuminurie des femmes enceintes? Je ne le crois pas. Je ne sais pas si la grossesse prédispose beaucoup, comme l'ont prétendu quelques auteurs, aux maladies des voies urinaires, mais je ne puis admettre qu'il faille chercher, dans la néphrite, l'explication ordinaire de l'albuminurie.

Revenant au mémoire de M. Mascarel, M. le rapporteur signale, dans la deuxième partie de ce travail, comme ayant été traités avec soin, la symptomatologie, et tout ce qui a rapport à la marche et à la terminaison de la maladie, à son diagnostic, à son pronostic, ainsi qu'au traitement, au sujet duquel il approuve toutes les indications formulées par l'auteur. M. Depaul conclut en proposant :

1° De remercier M. Mascarel de sa nouvelle et intéressante communication;
2° De renvoyer son mémoire au comité de publication;
3° D'inscrire son nom sur la liste des candidats aux futures places de correspondant.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

M. Cazeaux n'est point d'accord sur quelques points avec M. le rapporteur, notamment en ce qui concerne l'albuminurie des femmes enceintes et sa coïncidence avec l'éclampsie. Les opinions qu'on lui a prêtées dans le rapport ne sont pas tout à fait les siennes : il a écrit, il est vrai, dans le temps, que l'on constatait constamment la présence de l'albumine dans l'urine des femmes enceintes atteintes d'éclampsie, mais il ne connaissait pas d'exception à cette époque; il a dû depuis modifier un peu son opinion à cet égard, et se borner à dire que, dans l'immense majorité des cas, l'urine des femmes éclamptiques contient de l'albumine, proposition qui, comme on le voit, n'infirme qu'à peine sa première opinion. M. Depaul, dans son rapport, cite des faits desquels il semblerait résulter que cette proposition, ainsi modifiée, n'est pas encore fondée. Mais les observations sur lesquelles il s'appuie demandent à être examinées; il y a une distinction à établir entre elles. Il en est, et les siennes, par exemple, qui ne laissent pas de doute sur l'absence d'albuminurie; mais on n'en peut pas dire autant de la plupart des autres. Tous les médecins ne sont pas également familiarisés avec les procédés propres à déceler la présence de l'albumine dans les fluides de l'économie; d'un autre côté, il y a plusieurs causes d'erreurs qu'on n'a probablement pas toujours su éviter. Ainsi on ne dit pas, dans ces observations, si les urines ont été examinées par ébullition ou par un acide; on n'indique pas si les urines étaient acides et alcalines; on n'a pas tenu compte des précipitations d'urates que peut produire l'acide nitrique, etc.

Ainsi, quand on pourrait réunir sept ou huit cas négatifs, et en supposant même qu'on ait évité, dans tous ces cas, les causes d'erreurs dont il vient d'être question, si l'on tient compte du nombre de faits qui sont aujourd'hui partout l'objet de ces recherches, la loi de coïncidence entre l'albuminurie et l'éclampsie n'en restera pas moins établie pour l'immense majorité des cas.

M. Depaul a été plus loin : il a dit que l'albuminurie était plus souvent un effet qu'une cause de l'éclampsie; mais rien ne vient à l'appui de cette proposition, tandis que tout tend, au contraire, à démontrer que l'albuminurie a précédé la manifestation des convulsions. N'a-t-on pas, d'ailleurs, un analogue à ce fait dans les convulsions épileptiformes des sujets atteints de la maladie de Bright et dans l'existence de l'albuminurie constatée par M. P. Dubois chez les enfants sujets aux convulsions? M. Depaul affirme avoir vu deux cas dans lesquels l'albuminurie ne s'est produite qu'après l'éclampsie. Ce sont des faits fort extraordinaires et probablement très-exceptionnels.

M. Depaul ajoute que, dans quelques cas, l'albuminurie cesse après l'accouchement, qu'il n'en reste plus de traces, alors que l'éclampsie persiste encore quelquefois pendant plusieurs jours; d'où il tire cette conséquence que ce n'est pas à l'albuminurie qu'est due l'affection convulsive. Il est très-vrai qu'en général on ne trouve plus d'albumine dans les urines quelques jours après l'accouchement; mais M. Depaul a-t-il vu souvent l'éclampsie persister plusieurs jours après l'accouchement? Cela s'est vu, et il en existe même un exemple en ce moment à la Charité; mais c'est extrêmement rare. Ainsi l'argument que M. Depaul fait reposer sur ce fait tombe de lui-même, et le rapport de l'albuminurie avec l'éclampsie a en sa faveur l'analogie d'une part et le plus grand nombre des faits d'autre part.

Pour chercher à démontrer qu'il n'y a pas dépendance nécessaire et directe entre ces deux états, M. Depaul dit que, dans aucun des cas d'éclampsie qu'il a vus, il n'y avait altération organique des reins; toutes les fois que j'ai eu l'occasion de faire l'autopsie de femmes éclamptiques, j'ai soumis les reins à l'examen de M. Rayer, en lui en laissant ignorer l'origine, et toutes les fois il m'a déclaré y avoir constaté l'un des degrés de l'altération rénale, tantôt le premier, le deuxième et le troisième degré, et dans un cas même le quatrième. En admettant qu'il n'en soit pas toujours ainsi, M. Depaul ne saurait du moins être admis à dire que cette altération est exceptionnelle. On s'explique très-bien d'ailleurs, pour peu qu'on y réfléchisse, comment la compression des vaisseaux abdominaux, par suite de la distension de l'utérus, peut produire un état congestif des reins et aller même jusqu'à y provoquer l'altération granuleuse.

M. Depaul constate avec plaisir que M. Cazeaux a modifié son opinion; mais il déclare être embarrassé pour saisir, au milieu de tout ce qu'il vient de dire, son opinion actuelle. Le petit nombre de cas contraires à son opinion ne saurait être pris comme un argument sérieux, si l'on considère la rareté de cette affection, d'une part, et depuis combien peu de temps on s'est livré à ces recherches. Quant à la valeur des faits nouveaux apportés par M. Mascarel, M. Depaul déclare en garantir l'exactitude, et il assure qu'aucune des précautions nécessaires en pareille circonstance n'a dû être négligée par M. Mascarel, familier avec ce genre de recherches.

M. Cazeaux me fait dire, ajoute M. Depaul, que je considère l'albuminurie plutôt comme un effet que comme la cause de l'éclampsie. Je n'ai pas dit cela; je me suis tenu à cet égard dans le doute : j'ai cité seulement quelques faits où les choses se sont passées ainsi, mais je n'en ai voulu tirer aucune conclusion formelle.

J'arrive à un point plus important soulevé par M. Cazeaux : le rapport qui existe entre l'albuminurie des femmes enceintes et l'altération pathologique des reins. M. Cazeaux me reproche d'avoir été trop exclusif. D'abord je n'ai pas été exclusif du tout : j'ai fait des réserves. Mais que M. Cazeaux vienne affirmer que cela est très-commun, je n'hésiterai pas à lui dire : Non, ce n'est pas commun, et cela malgré l'autorité, que je respecte beaucoup d'ailleurs, de M. Rayer. Il n'est pas aussi facile que M. Cazeaux semble le croire de distinguer les divers degrés de la maladie de Bright entre eux, et j'ai vu les hommes les plus compétents en cette matière être en dissidence à cet égard. Il peut sans doute y avoir, dans quelques cas, une congestion, mais une simple congestion, que rien ne démontre être le premier degré de l'altération organique des reins.

La discussion est close.

ATROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE.

M. Aran présente les pièces anatomiques provenant de l'autopsie d'une dame de 42 ans, affectée d'une atrophie musculaire progressive depuis 1846, et qui a succombé à la fin aux progrès de cette affection et à une néphrite albumineuse intercurrente, le 28 décembre dernier. Voici les principales altérations qu'a constatées M. Aran :

1° *Altération du système nerveux.* — Atrophie des racines antérieures de la moelle, qui ont perdu au moins la moitié et peut-être les trois quarts de leurs dimensions normales; les fibres nerveuses paraissent moins nombreuses et les racines paraissent plus transparentes. Cette atrophie n'est pas uniforme; elle est plus prononcée sur certains points que sur d'autres, à la partie supérieure et moyenne surtout plus qu'à l'inférieure. Les cordons de la queue de cheval (fournissant les racines antérieures) paraissent en particulier avoir conservé leur volume.

Le cerveau ne présente aucune altération appréciable, non plus que les méninges cérébrales et rachidiennes. La substance corticale est peut-être un peu plus molle qu'à l'ordinaire. Il en est de même des nerfs.

2° *Altération du système musculaire.* — Amaigrissement général des muscles, qui sont réduits à de simples membranes, même lorsqu'ils ont conservé leur aspect et leur coloration. Aux membres supérieurs, l'altération est surtout prononcée à la face externe des avant-bras et aux muscles des mains (muscles de l'éminence thénar et hypothénar, interosseux, palmaires, qui sont infiltrés de grains et ont perdu en grande partie leur aspect musculaire).

Aux membres inférieurs, altération beaucoup plus prononcée et plus étendue, surtout des muscles de la région antérieure et externe, jambier antérieur et extenseur des orteils, péroniers, etc., dans lesquels on ne trouve plus que de rares fibres musculaires et une très-grande quantité de graisse. La moitié postérieure de la jambe offrait un aspect particulier, d'une couleur blanc rosé et d'une consistance plus grande que celle des muscles de la région antérieure. Le muscle pédieux avait à peu près complétement disparu; les muscles de la région plantaire ont aussi éprouvé la substitution graisseuse.

M. Debout présente une pièce anatomique adressée par M. Valette (de Lyon) : il s'agit d'une pièce provenant du sujet auquel M. Valette a pratiqué une injection de perchlorure de fer pour un anévrisme du pli du coude qui a guéri

sans accident son anévrisme, et qui a succombé le 27 septembre des suites de l'affection organique dont il était atteint.

Voici le résultat de l'examen qui a été fait de cette pièce par M. Debont.

La peau ne présente qu'une légère cicatrice de la dimension d'une tête d'épingle, formant une saillie à peine perceptible et ressemblant, quant à la couleur, à une tache de rousseur. Une incision du derme montre ce tissu un peu plus ferme à ce niveau, mais sans couleur particulière. Les tissus cellulaire et adipeux sous-cutané n'offrent rien de particulier; mais dans le *fascia superficialis* on aperçoit très-nettement une tache couleur de rouille, large de 3 à 4 millimètres, que le microscope montre formée par des grains de perchlorure de fer. Cette tache adhère à l'aponévrose d'enveloppe. Cette adhérence indique le point de perforation du tissu; celui-ci est exactement situé au niveau de la bifurcation de l'artère brachiale entre le bord interne du muscle long supinateur et la partie la plus épaisse de l'expansion aponévrotique du biceps.

Cette aponévrose d'enveloppe et la précédente sont très-légèrement soulevées toutes deux par une bosselure arrondie peu prononcée. Après avoir enlevé cette aponévrose et une petite quantité de tissu cellulaire dense, on voit la bifurcation de l'artère humérale masquée par les veines collatérales, qui ont conservé avec elle leurs rapports.

La tumeur disséquée est de forme arrondie, un peu plus large en travers qu'en long, aplatie d'avant en arrière; elle mesure environ 18 millimètres sur 15 de longueur et 12 d'épaisseur. Elle présente du côté externe une légère saillie qui correspond à la tache brune signalée plus haut sur l'aponévrose d'enveloppe; elle adhère elle-même, en ce point, à cette aponévrose par un peu de tissu cellulaire plus dense que celui qui l'entoure. La minceur de la paroi du kyste au niveau de cette saillie permet de voir la couleur du magma.

En avant de la tumeur se voit l'artère humérale se bifurquant vers le tiers inférieur de la tumeur. Là le tube artériel est un peu aplati. Les veines profondes correspondantes sont elles-mêmes un peu rétractées à ce niveau, sans pourtant être imperméables. Ce qu'elles offrent de plus notable, c'est une adhérence anormale à l'artère brachiale et à ses deux divisions, adhérence qui cesse presque immédiatement au-dessus et au-dessous de la tumeur. Cette union a lieu aux dépens d'une couche de tissu cellulaire assez dense, bien que normalement vasculaire.

Il est impossible de reconnaître le point de l'artère qui a été lésé par la lancette. La situation de l'artère au devant de la tumeur, son union intime avec la paroi de celle-ci, montrent que l'anévrisme s'est formé en arrière, bien qu'elle ait été piquée en avant; elle a donc été percée de part en part. Comme le point de bifurcation se trouve presqu'au niveau du centre du kyste anévrismal, et que, d'autre part, l'humérale en haut, la radiale et la cubitale en bas, adhèrent à la tumeur et présentent le même degré d'aplatissement et de resserrement, on ne saurait dire, par l'examen anatomique de la pièce, quelle branche a été lésée. Cependant, d'après la position de la cicatrice de la saignée, qui se trouve en dedans de la cicatrice de la ponction, tout porte à croire que c'est l'artère humérale elle-même au niveau de sa bifurcation, ou mieux l'origine de la radiale.

Voici quels sont les rapports de la tumeur en arrière: elle est comme à cheval sur le tendon du biceps; en dedans elle adhère surtout au tendon du brachial antérieur, et s'avance en dehors jusqu'à le toucher un peu par le côté externe du tendon bicipital. Son extrémité inférieure et postérieure touche le sommet du court supinateur. Un peu de tissu cellulaire et de tissu adipeux jaunâtre se trouve à son extrémité supérieure interposée entre elle en bas, le tendon du biceps en arrière, l'expansion aponévrotique de ce dernier muscle et l'artère humérale en avant.

Un tube de verre, introduit dans l'artère humérale au-dessous de la tumeur, distend le vaisseau sans que l'air puisse pénétrer dans sa bifurcation. Il y a donc une oblitération à ce niveau. Cette oblitération était perceptible à la simple vue par le degré d'aplatissement et de resserrement des vaisseaux. Une des branches artérielles se jetant sur le long supinateur est oblitérée, et la récurrente radiale antérieure, qui naît à 1 centimètre plus bas, est, au contraire perméable et volumineuse. Il en est de même des branches de la cubitale qui se détachent un peu au-dessous de son origine, parmi lesquelles il faut noter le tronc commun des récurrentes cubitales ainsi que celui des interosseuses.

La tumeur anévrismale ouverte par sa paroi postérieure est remplie par un magma de couleur chocolat offrant la consistance d'une bouillie épaisse.

Mis sous le champ du microscope, ce magma est constitué de globules d'hématine amorphe en quantité considérable, ayant complétement perdu la forme de globules normaux; ils sont soit isolés, soit réunis en masse cohérente qui conserve la teinte et la forme offerte par les agglomérations analogues que l'on trouve dans les épanchements sanguins anciens de tout genre. On y trouve de plus des masses irrégulières de volumes très-variables, dont quelques-unes peuvent être aperçues à l'œil nu; ces fragments se font remarquer par leurs contours irréguliers, anguleux, leur teinte d'un rouge brun tirant au noir, bien plus foncé que celle de la matière colorante du sang au milieu de laquelle ils nagent.

La paroi du kyste anévrismal examinée au microscope laisse voir à sa face interne une couche qui en forme le quart environ, constituée de matière amorphe fibroïde, plutôt que fibreuse, parsemée de grains colorés qui ont la teinte rougeâtre foncée du perchlorure de fer mélangé d'une quantité considérable d'hématine. Le reste de la paroi est du tissu cellulaire pur.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

DES PHÉNOMÈNES PHYSIQUES DE LA CIRCULATION DU SANG par le docteur A. H. Volkmann (1).

L'étude physique de la circulation du sang est une des parties les plus complexes et les plus importantes des applications de la physique à la connaissance des phénomènes physiologiques. Entrevue depuis longtemps, mais d'une manière vague; cette étude n'a été réellement formulée que par Borelli. Depuis cette époque, et dans ces dernières années surtout, un grand nombre de physiologistes se sont partagé la solution des nombreuses questions dans lesquelles se décompose le problème de la circulation du sang. Nos lecteurs connaissent sans doute, à ce sujet, les expériences de M. Magendie et les travaux de M. Poiseuille. Le docteur Volkmann a fait paraître il y a trois ans, sous le titre d'Hemadynamique, un traité complet et estimé, dans lequel il rend compte d'un grand nombre d'expériences instituées par lui dans le but de vérifier quelques appréciations ou d'obtenir de nouvelles données. Son ouvrage, bien reçu en Allemagne, longuement et habilement analysé dans l'Annuaire de Schmidt, est resté presque inconnu chez nous. Il passe cependant en revue l'état de la science sur ce sujet si controversé de la circulation des liquides dans des canaux ramifiés analogues à ceux du corps des animaux; il envisage d'une manière neuve quelques-unes des questions les plus importantes de la circulation du sang; il rend compte du résultat d'expériences faites avec des instruments perfectionnés. A tous ces titres, il mérite, non pas une simple appréciation, mais un examen détaillé et méthodique.

Nous suivrons ici à peu près l'ordre des différents chapitres de cet ouvrage, en nous aidant souvent de l'excellente analyse du Yahrbücher de Schmidt. Ayant ainsi, avant tout, pour but de donner le cadre et le plan du livre de Volkmann, nous ne ferons de réflexions que sur les parties les plus accessibles à une appréciation générale.

Les trois premiers chapitres sont consacrés à l'étude du mouvement des liquides à travers des tubes rigides. Dans des canaux semblables, droits et partant de diamètres égaux, l'auteur distingue la *force du courant* qui pousse le liquide en avant et qui se mesure par la rapidité de sa translation, et la *force de pression latérale*. En outre, tous les tubes offrent au courant une *certaine résistance* qui sera d'autant plus grande que le tube sera plus long et plus étroit. — Dans le mouvement des liquides à travers un système de tubes ramifiés, contrairement aux assertions de quelques physiologistes, la multiplication des canaux dans lesquels se meut le sang fait disparaître le désavantage produit par l'accroissement de la surface d'adhésion. Ainsi une diminution du nombre des branches collatérales donnerait lieu à un accroissement de résistance à la marche du sang, tout en diminuant l'étendue des parois résistantes.

Le docteur Volkmann étudie ensuite les ondulations d'une colonne de liquide mue dans des tubes élastiques par des poussées brusques et instantanées; il passe ainsi successivement en revue: 1° les changements que les ondulations éprouvent dans leur marche; 2° l'influence de la force motrice sur les ondulations; 3° les effets de la fréquence des pulsations sur l'ondulation; 4° l'influence des résistances sur ce mouvement ondulatoire. De cette façon, il démontre que tous les chocs font naître dans ces tubes deux sortes de flots, l'un qui se propage immédiatement à travers toute la masse liquide, et l'autre qui commence seulement au moment de la rétraction du tube élastique et qui se propage lentement.

Ces données préliminaires sont ensuite appliquées à déterminer la *pression du sang* sur les parois vasculaires, sujet important, à propos duquel nous mentionnons presque textuellement les conclusions suivantes: La pression du sang dans les artères n'est pas aussi grande qu'on l'a cru, et elle varie incessamment suivant l'impulsion du cœur, les mouvements respiratoires et ceux du corps. L'égalité de pression admise dans tout le système artériel par la plupart des physiologistes, et surtout posée en principe par M. Poiseuille, est niée par l'auteur, qui conteste aussi à Spingler et à Ludwig que la pression moyenne soit plus grande dans les artères éloignées que dans celles qui sont au voisinage du cœur. Les expériences faites avec des instruments perfectionnés et des méthodes d'observations plus précises donnent pour résultat général une diminution de pression pour les artères selon qu'on s'éloigne du cœur, pour les veines, selon qu'on se rapproche du centre circulatoire.

(1) Die Hæmadynamik nach Versuchen; von Dr A. H. Wolkmann, Leipsick, 1850.

Il est impossible de mesurer directement la pression du cœur; l'auteur la ramène par le calcul à celle de la carotide, qui lui serait d'un quart inférieure. Des expériences de Ludwig il résulte que la pression du sang dans la carotide de divers animaux à sang chaud peut varier de 1 à 4 (de 90 à 321 millimètres de mercure); que les animaux à sang froid ont une pression moins considérable; que la pression est moindre chez les jeunes et les vieux animaux que sur ceux d'un âge moyen; que la force de pression n'est pas en rapport avec la taille (poule, 171; cheval, 150; chat, 150), et que la faible pression des amphibies et des poissons est probablement le résultat du ralentissement du mouvement de leur sang.

Rapidité de la circulation ou du mouvement du sang. — Sous ce titre, il faut entendre le temps qu'une petite partie de sang emploie à franchir une certaine distance, et non pas le temps qu'elle met à accomplir le cercle circulatoire. Cette rapidité varie évidemment suivant les vaisseaux et les différentes parties d'un même vaisseau; les estimations approximatives qui en ont été faites conduisent aux résultats les plus divergents, à cause de l'incertitude des données sur lesquelles elles se fondent. Les observations les plus précises à ce sujet sont dues à Weber, qui, en mesurant la rapidité de la circulation dans des parties transparentes, a pu déterminer ainsi la vitesse du sang dans les capillaires. Pour les gros troncs, il n'existait pas d'observations précises. Pour combler cette lacune, Volkmann a imaginé un instrument particulier qu'il nomme l'*hémadromomètre*, à l'aide duquel il a obtenu, pour la rapidité du sang dans la carotide des chiens, de 205 à 357 millimètres par seconde; il a vu que sur des chevaux cette rapidité variait de 220 à 254 millimètres dans la carotide, tandis que, dans l'artère métatarsienne, elle était seulement de 56. Dans la carotide d'un veau, la rapidité était de 431. La moyenne, pour la carotide de différents mammifères, est d'environ 300 millimètres. Dans les vaisseaux situés à une plus grande distance du cœur, la rapidité décroît considérablement, bien qu'elle soit encore beaucoup plus grande que dans les capillaires. L'auteur a vu que les pertes de sang exerçaient une grande influence sur cette rapidité. En général, le mouvement du sang était plus lent après chaque saignée. Sur la carotide d'un chien, la rapidité, qui était au début de 280 millimètres, s'abaissa successivement, après des saignées répétées, de 54, 133, 219, 295 grammes à 259, 185, 84 et 48 millimètres.

Une simple augmentation de fréquence du pouls n'augmenterait pas la rapidité du courant sanguin; c'est là du moins ce qui semble résulter des expériences de Ludwig; la diminution de force des pulsations compenserait donc en quelque sorte leur fréquence; c'est ainsi que l'on peut admettre jusqu'à un certain point que dans la fièvre la rapidité de la circulation du sang n'est pas augmentée.

Durée d'une circulation complète du sang. — On comprend que cette durée ne peut être déterminée que par le calcul appliqué à des résultats d'expérience. Si l'on représente par u le temps moyen que met le sang à parcourir un cercle circulatoire complet, par z la durée du pouls, par x la masse entière du sang, et par y la quantité expulsée à chaque systole, on aura la formule $t=z\ \frac{x}{y}$. D'après ces données, le circuit du sang exigerait chez l'enfant nouveau-né 34 secondes, chez l'homme adulte 65, le cheval 120, le lapin 24. Les expériences d'Héring conduisent à peu près aux mêmes résultats, ainsi que les recherches de notre compatriote M. Hiffelsheim. Le temps que met le fluide sanguin à parcourir les différents cercles circulatoires correspondant aux divisions de l'arbre artériel est à peu près le même pour lez grands cercles que pour les petits. En effet, le temps que ce liquide met à circuler dans les gros troncs est tellement court que la différence n'est point sensible au résultat final. Remarquons en outre qu'en général plus le circuit est court plus le vaisseau qui conduit aux capillaires est étroit; dans la coronaire par exemple, à cause de cette étroitesse du tube, la circulation est moins rapide que dans la fémorale.

A côté de ces faits, il nous semble utile de rappeler avec l'auteur que les expériences de Héring ont montré que la durée d'une circulation totale ne dépendait point de l'accélération du pouls ou de son ralentissement et que M. Poiseuille a reconnu qu'un changement dans les conditions physiques du sang (introduction de différents sels ou d'alcool) produisait des différences notables dans la rapidité du courant; l'alcool diminuait, les sels augmentaient ordinairement cette rapidité.

On trouve à l'article *Force du cœur* que l'évaluation faite par M. Poiseuille de 4 livres serait bien au-dessus de la réalité, et le docteur Volkmann pense encore que la plus grande partie de cette force est employée à vaincre des résistances, 1/300 seulement suffisant au mouvement du sang.

L'*influence de la respiration sur la circulation* qui a donné lieu depuis Barry à tant d'expériences et à tant de commentaires se réduirait à peu de chose d'après Volkmann; l'expiration aiderait aux mouvements du sang dans les artères et les ralentirait dans les veines; l'inspiration, au contraire, favoriserait le cours du sang dans les veines et le ralentirait dans les artères. Ces deux ordres d'effets se contrebalancent à peu près. Du reste les animaux à sang froid, chez lesquels il n'y a point de mouvements inspirateurs qui aident à la circulation et surtout à la circulation chez le fœtus, démontrent bien que le cœur seul suffit à la circulation.

L'auteur a étudié sur plusieurs artères les variations de la force circulatoire en rapport avec les contractions du cœur d'une part, avec les mouvements inspiratoires d'une autre part; et c'est surtout à l'aide d'un instrument particulier, le *kymographion*, sorte d'hémodynamomètre auquel s'adapte un appareil analogue à celui qu'emploient les physiciens pour noter les variations de l'anémomètre, qu'il est arrivé à démontrer que l'augmentation de la pression du sang dans les artères ne correspondait pas toujours à l'expiration.

Les expériences directes avec deux pendules réglés l'un sur la diastole, l'autre sur la systole, comparées aux résultats obtenus à l'aide du kymographion, amènent à trouver entre la durée des deux mouvements du cœur le rapport de 99 à 100, proportion tout à fait différente de celle qu'indique l'auscultation.

Ces recherches s'étendent ensuite au *pouls*. L'idée d'un pouls artériel indépendant est combattue par l'expérience et le raisonnement. Nous avons vu que les chocs communiqués au liquide contenu dans des tubes élastiques y produisaient deux sortes d'ondulation ou de flot, l'un dépendant du liquide, l'autre des parois du tube. Ces mouvements se propagent avec des rapidités différentes, c'est ainsi que plusieurs pulsations peuvent naître d'un choc unique. Chez les animaux, l'influence de la respiration peut donner lieu quelquefois à d'autres ondulations; c'est ainsi qu'on pourrait expliquer un manque d'harmonie entre les pulsations des artères et celles du cœur. Le pouls dicrote dépendrait alors du rapprochement de différents flots.

Ce résumé permet de voir que l'ouvrage dont nous nous occupons, sans comporter des applications médiates à la pathologie, est pourtant susceptible de modifier quelques idées relatives à la circulation du sang, à la force du cœur, à l'influence du nombre des pulsations, à certaines qualités du pouls, toutes questions qui sont d'une importance capitale en pathologie, sur lesquelles sont basés un grand nombre de systèmes, et qui à ce titre commandent l'attention des médecins autant et plus que celle des physiciens.

Tholozan.

VARIÉTÉS.

— Choléra. — Depuis notre dernier numéro le choléra s'est considérablement amoindri, à ce point que nous pouvons nous dispenser de publier un bulletin détaillé. Le total des cholériques traités dans les hôpitaux jusqu'au 3 janvier au soir est de 950, sur lesquels 692 venus du dehors et 258 atteints dans les salles. Le chiffre des décès des hôpitaux civils et militaires était de 482; à domicile, de 307; dans les communes rurales, de 97. Le chiffre total des morts s'élève à 886.

— Le journal officiel de Lisbonne du 22 contient une note pour démentir le bruit qui avait couru que le choléra s'était déclaré dans l'escadre anglaise en station dans le Tage. Le gouvernement a pris toutes les informations nécessaires, et il en est résulté qu'aucun cas ne s'est manifesté dans les bâtiments de l'escadre. L'ambassadeur britannique a remis au ministre des affaires étrangères les certificats originaux de tous les chirurgiens de l'escadre.

— Nous empruntons les chiffres suivants à l'Annuaire du docteur Roubaud:

« La population totale de Paris est de 1,053,262. Pour soigner cette population, Paris renferme 1,351 docteurs en médecine ou en chirurgie, 164 officiers de santé et 446 pharmaciens; par conséquent on compte 1 docteur sur 779 habitants, 1 officier de santé sur 6,422, 1 pharmacien sur 2,531.

» Si l'on rapproche ces chiffres de ceux que j'ai trouvés l'année dernière pour toute la France, on conviendra que Paris est excessivement riche en médecins et en pharmaciens. La statistique de la France m'avait donné pour les médecins (docteurs et officiers de santé réunis) 1 sur 1,940 habitants, et pour les pharmaciens 1 sur 6,914. A Paris, les docteurs et les officiers de santé réunis sont, avec les habitants, dans la proportion de 1 sur 695. Ainsi, pour que la population entière de la France eût à son service autant de médecins et de pharmaciens que la population de Paris, il faudrait tripler le nombre des médecins et des pharmaciens existant aujourd'hui dans notre pays. »

— D'après les ordres de l'empereur, l'hôpital Sainte-Marguerite a cessé, depuis le 1er janvier, de recevoir des adultes, et se transforme en un second hôpital des enfants.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE GÉNÉRALE.

DES MÉDECINS DE COLONISATION EN ALGÉRIE.

Ce n'est pas d'aujourd'hui que la GAZETTE MÉDICALE s'occupe de la question de l'Algérie, au point de vue de sa spécialité et même sous d'autres aspects, car elle a été entraînée bien avant dans les temps chez les Romains, et bien en dehors des limites de son terrain, dans les hautes questions d'économie politique. On se rappelle qu'un député et un médecin avaient tenté de jeter quelques doutes dans l'esprit public, l'un sur l'utilité des colonies en général et de l'Algérie en particulier, et l'autre sur la possibilité de l'implantation et de la perpétuation du sang français dans l'Afrique septentrionale. Quelle que soit la portée ou l'erreur des arguments émis pour établir de tels principes, toujours la question valait-elle bien qu'on s'en occupât sérieusement. Aux gens convaincus, comme nous, comme tout le monde, des avantages que la mère patrie retirera de l'Algérie et de la réalité de l'acclimatement des peuples européens sous le climat de la nouvelle colonie, on opposait un gros bloc de chiffres, de longues statistiques, desquels il résultait qu'on y mourait tant et plus. Nous avons disséqué ces résultats bruts, et démontré que cette mortalité insolite tenait non pas au climat, mais à diverses circonstances fortuites, passagères, amovibles. En étudiant certains foyers de populations qui avaient pu se soustraire à ces conditions, nous avons vu la mortalité se maintenir dans des limites bien plus modérées, et diminuer à mesure que les circonstances exceptionnelles de l'installation achevaient de disparaître. Nous avons également cherché à établir que ce n'est point en considérant un petit nombre d'années qu'on peut arriver à une conclusion légitime, puisque le bienfait de l'acclimatement est l'œuvre du temps et que la population récemment implantée paye à peu près toujours un tribut plus ou moins large, mais qu'il faut considérer une longue série d'années, jeter un coup d'œil rétrospectif sur l'histoire et consulter les analogies. A ce dernier titre, nous avons montré le nouveau monde secouant comme une poussière morte les débris de ses anciennes races qui disparaissent dans l'abîme du néant, et se peuplant de races toutes nouvelles, d'Européens, sous toutes les latitudes, sous tous les climats.

Les pessimistes, dont nous respectons les convictions tout en condamnant leurs opinions, auraient peut-être beau jeu en Algérie s'ils voulaient examiner la récente série des années où l'on a transplanté, sur des terres qui attendaient encore la charrue, des troupes de colons ou de condamnés, habitués à un travail tout différent de l'agriculture. Beaucoup sont morts, et cela devait être; mais ils ont succombé sous la pression de circonstances éventuelles, et non par le maléfice du climat en lui-même.

Fidèle au vieux dogme de l'acclimatement et convaincu de l'utilité que la France retirera et retire déjà de l'Algérie, nous avons suivi avec intérêt tous ses pas dans la voie du progrès, et applaudi aux mesures tendant à favoriser la colonisation et à atténuer les influences nuisibles. Aussi applaudissons-nous bien sincèrement à la création des *médecins de colonisation*.

Le titre est large et beau, mais est-il juste? Cette question devra d'abord nous occuper. *Médecin de colonisation* veut dire *médecin instrument de colonisation, coopérant, participant à cette œuvre*. Certes un notaire qui rédige les actes d'une colonie, un menuisier, un forgeron qui exercent leur métier dans un village agricole algérien, ne sont ni un notaire ni des ouvriers *de colonisation*, mais tout simplement *de la colonie*. De même un homme de l'art dont les fonctions se résumeront à soigner, moyennant salaire, les malades appartenant à des familles aisées, et les pauvres sans frais pour eux, mais onéreusement à l'État, cet homme de l'art est un *médecin de la colonie*, mais non point un *médecin de colonisation*.

Dans ces limites, il sera cependant encore fort utile, puisqu'il deviendra l'analogue du médecin cantonal dont on a si souvent et si justement demandé l'installation dans les communes rurales. Sous ce rapport, l'Algérie va être plus favorisée que la France, et grâce aux obligations imposées aux médecins dits de colonisation, des secours seront désormais assurés à ceux qui en auront besoin. Les tournées qu'ils devront faire deux fois par semaine dans tous les centres ou groupes de population compris dans leur territoire, les consultations gratuites qu'ils seront tenus d'ouvrir à leur domicile à heures et jours fixes, le devoir de soigner et de médicamenter gratuitement tous les malades de la classe indigente, etc., voilà certes de sages ordonnances. Évidemment la colonisation en profitera, mais indirectement: les hommes étant maintenus dans un meilleur état de santé travailleront mieux, et la solde du médecin ne les privera pas des ressources qu'ils destinaient soit au défrichement soit aux plantations.

Mais le rôle du médecin ne pourrait-il pas être beaucoup plus étendu, au grand bénéfice de l'œuvre proprement dite de la colonisation? Un pas de plus, et le but est atteint; quelques lignes de plus dans l'ordonnance officielle, et l'Algérie sera dotée d'une large et complète institution.

Nous voudrions qu'on utilisât la médecine aux points de vue du sacerdoce, de la fusion des Arabes et des Européens, de l'hygiène dans ses rapports avec les travaux qui constituent la colonisation.

Balzac, profond connaisseur du cœur humain, nous montre, dans un de ses meilleurs romans, un pays sauvage, à peine habité, sans industrie, devenant peu à peu civilisé, populeux, commerçant, sous l'influence de la sollicitude, de la persuasion et des efforts d'un homme. Qui a-t-il choisi pour faire son héros? Un médecin. C'est qu'en effet le médecin, comme le confesseur, initiés aux secrets des familles, conseillers intimes naturels, exercent une grande influence morale rehaussée encore par le prestige de leur science qui les rend d'ordinaire supérieurs à la foule parmi laquelle ils vivent. L'homme est porté à confier ses souffrances morales à celui qui soulage ses souffrances physiques, qui trouvent souvent leur cause dans les premières. La confession est nécessairement suivie de la demande d'un conseil, et de conseiller on devient directeur. C'est surtout dans le malheur et l'isolement que l'on sent le besoin des épanchements. Certains de nos confrères, médecins de prisonniers politiques ou de colonies agricoles africaines, ont reçu des confidences et des révélations que nul fonctionnaire n'a jamais obtenues, et ont exercé un ascendant moral considérable sur les individus, sur les familles, sur des populations entières. Partout où le médecin exerce son art avec conscience et dé-

---

FEUILLETON.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Il existait depuis quelques années, sous le titre d'ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES, une revue consacrée à l'enregistrement des faits et à la discussion des questions de pathologie mentale. Il y a un an une société a été fondée à Paris dans le même but; elle fonctionne régulièrement, concurremment avec les ANNALES qui rendent compte de ses travaux.

On ne trouvera pas que ces deux fondations, le journal et la société, soient de trop pour la culture de cette branche de la science médicale et de l'art. Il n'en est aucune de plus vaste par le nombre et la variété des recherches qu'elle embrasse, aucune de plus importante par les conséquences pratiques auxquelles elle peut conduire, aucune de plus relevée spéculativement par la nature de son objet, l'esprit humain. La médecine mentale, en effet, se rattache plus ou moins étroitement, à la religion, à la morale, à la jurisprudence, à l'éducation, à l'administration. Elle est immédiatement liée à la philosophie par sa racine même, la psychologie; elle offre à tous ces titres, le champ d'études le plus curieux, le plus attachant pour l'esprit, et, ce qui vaut mieux encore, le plus noble attrait pour le cœur, car de toutes les maladies qui affligent l'espèce, il n'en est pas de plus digne de compassion et de respect que la perte de la liberté morale, ou, comme dit le Dante, de ce *bien de l'intellect*, qui nous fait membres de l'humanité. Rendre la vie intellectuelle et morale à l'infortuné qui l'a perdue est à la fois le plus beau triomphe de l'art salutaire et le plus grand service qu'un homme puisse rendre à un autre homme. Quelle science, quel art pourraient revendiquer une aussi belle part?

La folie est une maladie! les fous sont des malades! Rien de plus clair pour la science, et même, grâce à Dieu, pour la conscience publique, qui, sur ce point, a, contre son habitude, suivi la science. Que de temps n'a-t-il pas fallu pourtant pour faire triompher cette vérité, en apparence si simple et si évidente! Son établissement définitif, sinon dans la théorie, du moins dans les faits, ne date pas de bien loin. C'est une des conquêtes philosophiques de la fin du dernier siècle. Un grand nom médical français, celui de Pinel, y est resté attaché. Jusqu'alors les fous avaient été considérés tantôt comme des êtres sacrés, tantôt comme des criminels, tantôt comme des animaux féroces et traités en conséquence; ici objets d'une vénération et d'une crainte superstitieuses, là enchaînés et battus de verges, ailleurs enfermés dans des cages, partout sujets à des mesures de précaution ou de correction aussi absurdes que violentes; nulle part traités en hommes souffrants et malades. Ce n'est que de nos jours qu'on les a fait passer définitivement de la surveillance de la police à celle de la médecine.

Cette réforme a produit, dans le régime des maisons publiques d'aliénés, d'admirables résultats, contre lesquels l'esprit de routine n'a pas eu la force de protester. Ils sont partout maintenant reconnus, proclamés et développés, et constituent une des plus belles acquisitions dont puisse se glorifier la philanthropie moderne. Un progrès analogue s'est parallèlement manifesté dans

vouement, cette belle part lui revient, mais surtout parmi les populations malheureuses ou peu instruites. Le docteur de Pietra-Santa nous a montré le médecin Condotti de la Toscane exerçant la même bienfaisante influence.

Voilà un des rôles qui feraient, en Algérie, du médecin des colonies un vrai coopérateur à la colonisation. Ce rôle n'a pas besoin d'être réglementé ni ordonné : tous ceux qui en seront dignes sauront le prendre. Mais il faut que le gouvernement spécifie bien les attributions et les droits du médecin, s'il veut l'utiliser sous les deux autres points de vue.

Le rôle de colporteur de nos idées, de propagateur de notre civilisation chez les Arabes, de manière à amener graduellement une similitude qui aboutisse à la fusion, est possible par le médecin surtout, et peut-être même par le médecin seulement. C'est pour lui seul jusqu'à présent que le mystère des intérieurs cloîtrés des musulmans a été dévoilé. En temps de guerre, tout est ennemi pour l'Arabe, excepté le médecin : le colon est volé, incendié, massacré, et la tête du soldat tombe sous le yatagan; mais le médecin est recueilli et bien traité, parce que ce n'est pas un Français, pas un roumi : c'est un médecin. Les Arabes des tribus que nous traversions dans nos campagnes d'Afrique couraient au-devant de nous pour nous consulter, et, dans les pays suspects, nous allions quelquefois à plusieurs lieues, mandés par quelque chef, sous la sauvegarde, non pas tant de quatre à cinq cavaliers de ses gens, que sous la protection de notre ministère. Les Arabes commencent à se soumettre à la vaccination et acceptent avec reconnaissance le sulfate de quinine, que les Romains considèrent avec une sorte de terreur. En un mot, si, en Algérie, un rapprochement a eu lieu entre deux classes de la société, c'est entre tébibs et médecins. Fuyant devant presque tous nos enseignements et nos exemples, les Arabes courent, au contraire, au-devant de la médecine : nous avons ouvert la seule porte par laquelle on puisse pénétrer chez eux : il ne s'agit plus que de faire le coin, mais pour cela il faut que l'autorité nous prenne comme l'aboutissant de ses forces, les applique sur nous et par nous.

Ce rôle de civilisateurs et de fusionnistes reviendrait plutôt peut-être aux médecins militaires attachés aux bureaux arabes, à cause de leur connaissance déjà acquise de la langue et de leurs relations possibles avec beaucoup des tribus éparses; mais quand les circonstances s'y prêteraient, les médecins dits de colonisation pourraient y coopérer. Du reste, on n'a pas encouragé ni même indiqué cette mission aux médecins des bureaux arabes : ce qu'ils ont fait, c'est de leur propre impulsion, et le mérite de l'initiative leur revient tout entier.

Enfin il est un troisième rôle qui pourrait, qui devrait être confié au médecin des colonies agricoles, rôle toujours possible, d'une application journalière, rôle éminemment utile, puisqu'il consiste à prévenir les maladies.

Que de centres de population ont été établis au sein de plaines basses et insalubres, au bord de vastes surfaces palustres, et dévorent encore ou ont longtemps dévoré leurs pâles et chétifs colons! Que de postes sont décimés par la fièvre, non plus à cause des foyers miasmatiques qui les baignent, mais à cause des marécages plus ou moins distants dont l'influence n'a pas été soupçonnée. L'autorité a souvent décrété *à priori* la salubrité de sites qui ont servi de tombeau à nos troupes. Il faut donc que la médecine, combinée avec les exigences de la stratégie et de la défense, intervienne, et puissamment, dans le choix des localités destinées à devenir des centres de population.

Les travaux de terrassement, de défrichement, de dessèchement, exercent une grande influence sur la santé publique; la mise en culture des terres et la disparition des marécages améliorent singulièrement l'état sanitaire et le changent même du tout au tout; mais les opérations qui amènent ces résultats favorables sont dangereuses, si l'on ne les exécute pas dans certaines saisons et avec certaines précautions. Remuer la fange d'un marais ou creuser un terrain vierge, gras et humide, pendant l'été et en automne, c'est faire jaillir la mort sous ses pieds, tandis qu'en hiver et quelquefois même au commencement du printemps, ce travail est inoffensif. Le médecin doit donc encore intervenir ici; mais on ne le consulte malheureusement à peu près jamais. Le mal produit, on l'appelle pour le pallier.

Non-seulement le médecin devrait avoir une voix prépondérante pour signaler les époques opportunes, mais il faudrait qu'il conservât la direction sanitaire des travaux en cours d'exécution. Une foule de circonstances qui échappent au vulgaire dictent au médecin de précises indications. Il n'est pas jusqu'à la répartition des cultures qui ne puisse lui fournir des données dont l'application exercera une manifeste influence sur la santé de la population. Ainsi telle culture qui exige une irrigation abondante ou même la stagnation aqueuse, devra être reléguée sous le vent habituel et derrière un pli de terrain, s'il est possible.

La situation des routoirs n'est pas indifférente; on devra veiller à ce que l'eau des irrigations, système nécessaire en Algérie, retourne aux canaux d'évacuation après avoir fécondé la terre, et ne croupisse pas en nappes stagnantes. Le régime des ouvriers employés à des travaux qui sollicitent le dégagement effluvial doit être excitant, et l'on signalera à leur appréhension les heures du soir où la rosée s'abat sur la terre. La direction des rues, le percement des fenêtres, la conservation ou la coupe de tel bouquet d'arbres, la nécessité d'établir ici ou là un rideau de verdure, etc., telles sont quelques-unes des nombreuses questions dans lesquelles le médecin peut fructueusement intervenir.

Il ne faut pas se le dissimuler, l'autorité est jalouse et voudrait que tout émanât d'elle, que tout lui fût rapporté. En Algérie, l'autorité militaire pousse souvent ce défaut à l'excès. Dans les villes, le médecin en chef fait bien partie du comité consultatif, mais c'est souvent pour la forme, sa voix est étouffée, méconnue, il est comme perdu au milieu d'individus imbus de la conviction artificielle et funeste qu'ils peuvent suffire à tout, à l'aide de leurs seules lumières.

Il serait conséquemment nécessaire que les ordonnances stipulassent nettement les droits et les prérogatives du médecin, son intervention et son degré de prépondérance, la nécessité de le consulter pour les travaux sur lesquels son art peut jeter quelque lumière, le posassent en un mot à sa véritable hauteur et le missent ainsi à même d'être le plus utile possible.

Puisque nous sommes en train de souhaits, allons jusqu'au bout et ne nous arrêtons qu'avec l'utile.

Les médecins dits de colonisation seront tenus de fournir à l'administration tous les renseignements et documents de statistique nosographique auxquels peuvent donner lieu la constitution médicale et l'hygiène publique de leur circonscription.

---

la science. La psychiâtrie, bornée jusqu'alors à quelques vagues notions traditionnelles, ne s'élevait guère au-dessus des préjugés populaires; elle n'intervenait qu'accidentellement et en sous-ordre. Tant, en effet, qu'il ne s'est agi, conformément aux idées généralement reçues sur la folie, que d'enfermer les fous pour les empêcher de nuire, comme on fait pour les criminels, de les dompter et soumettre par la force matérielle comme des bêtes sauvages, la médecine et le médecin n'avaient là rien à voir ni à faire; il ne fallait que des geôliers, des gardiens, des chaînes et des verges. Mais lorsqu'à ce point de vue inintelligent et barbare, a été substituée une notion plus exacte de la condition physique, morale et sociale de l'aliéné; lorsqu'on a reconnu qu'au lieu de le châtier, réprimer, violenter, il s'agissait simplement de le traiter et de le guérir, la pathologie et la thérapeutique mentales ont pris un rang considérable dans la médecine, et ont bientôt constitué une de ses plus importantes divisions.

Ainsi mise en possession de l'aliéné, corps et âme, la médecine a dû proportionner ses efforts à la difficulté et à l'importance de l'œuvre que la société lui confie. Ce n'est pas seulement du malade qu'elle à s'occuper, mais aussi de l'homme, de la personne morale, civile et politique dont elle est en quelque sorte la tutrice. C'est à elle qu'il appartient, en attendant les effets du traitement, de régler les rapports du sujet malade avec sa famille, avec la société. Elle dispose de lui en toutes choses en vue de son bien. Elle lui mesure l'air, la lumière, l'espace, la nourriture, la liberté des mouvements, les communications avec les autres hommes. Quel pouvoir! mais aussi quel devoir, quelle responsabilité! Du reste, ce droit souverain sur l'aliéné devant être exercé par une autorité quelconque, quoi de plus raisonnable que d'en investir la science, qui est seule en mesure de statuer et d'agir avec compétence et indépendance! Cette grave mission, la médecine a dû l'accepter, et même la réclamer, car elle est directement de son domaine; les immenses résultats obtenus en moins d'un demi-siècle par son intervention suffiraient au besoin pour légitimer et consacrer son autorité.

Mais, redisons-le, cette compétence exclusive, ces pouvoirs extraordinaires conférés à la médecine mentale, rendent sa tâche d'autant plus difficile. Sa responsabilité scientifique—pour ne parler que de celle-ci—l'oblige à rester toujours en avant dans la voie du perfectionnement, de la connaissance. De là la nécessité de stimuler le zèle de tous les travailleurs, de puiser à toutes les sources d'information et de réunir toutes les lumières.

C'est dans cet esprit sans doute et sous l'empire de ce besoin qu'a été instituée la Société médico-psychologique. Le programme de ses travaux et recherches révèle une étendue et une libéralité de vues également remarquables : l'anatomie, la physiologie et la pathologie du système nerveux, la physiologie et la pathologie mentales, la psychologie philosophique, l'anthropologie et l'ethnologie, l'hygiène morale et pénitentiaire, la statistique, l'administration, la médecine légale, la jurisprudence en matière d'aliénation mentale, etc., etc. On voit que cette spécialité constitue une petite encyclopédie. Cependant ce programme ne contient rien de trop. La psychiâtrie, philosophiquement étudiée et comprise, embrasse toutes ces connaissances.

Le caractère le plus saillant de cette Société est la conciliation ou la fusion qu'elle cherche à établir entre deux ordres de sciences et deux classes de sa-

Tels sont les termes de l'arrêté.

Ces statistiques, dans les mains de l'administration, ne seront qu'une lettre morte, que de stériles richesses; on en tirera quelques chiffres relatifs surtout aux dépenses, mais aucune idée médicale. Il faudrait une centralisation scientifique, et, de plus, de la conformité dans ces rapports, résultat facile à obtenir avec un programme arrêté d'avance. L'histoire médicale de la colonisation ressortirait de ces rapports, et l'on pourrait, laissant de côté les gros chiffres qui souvent ne sont qu'un chaos d'éléments disparates, descendre aux particularités, étudier pas à pas l'influence des cultures, des assainissements, de la prolongation du séjour, de la succession des générations, sur la santé des populations, sur les décès, sur les endémo-épidémies, etc.

Quand le rôle et la tâche du médecin seront ainsi constitués, nous posséderons réellement en Algérie des *médecins de colonisation* et une institution dont nous pourrons nous montrer fiers à bon droit.

Félix Jacquot.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LE GRAND SYMPATHIQUE ET SPÉCIALEMENT SUR L'INFLUENCE QUE LA SECTION DE CE NERF EXERCE SUR LA CHALEUR ANIMALE (lues à la Société de biologie, dans les séances des 7 et 21 décembre 1853); par M. Claude Bernard.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

§ III. — Effets de la galvanisation du bout céphalique du nerf grand sympathique sur les phénomènes de calorification dans la tête.

Lorsqu'on galvanise avec une forte machine électro-magnétique le bout céphalique du nerf sympathique coupé, chez un chien par exemple, ce n'est pas seulement la pupille qui reprend son élargissement, mais tous les autres phénomènes qui avaient suivi la section du nerf disparaissent également et même s'exagèrent en sens inverse; c'est-à-dire, que sous cette influence galvanique, la pupille rétrécie devient plus large que celle du côté opposé, l'œil enfoncé devient saillant hors de l'orbite, la vascularisation des parties s'efface et leur *température* baisse au-dessous de l'état normal. C'est en me fondant sur ces faits que j'ai insisté depuis longtemps sur la connexion évidente de tous ces désordres et sur la possibilité de les ramener tous malgré leur variété à une explication unique, puisqu'ils apparaissent et disparaissent constamment tous sous l'influence des mêmes causes.

J'ai fait connaître ces résultats dans mon cours de l'année 1852, et ils ont été imprimés aux mois d'octobre et de novembre de la même année, dans les comptes-rendus de la société de Biologie. Voici une partie de l'extrait qui s'y trouve : « Si l'on galvanise le bout supérieur » du grand sympathique divisé, tons les phénomènes qu'on avait vu se » produire par la destruction de l'influence du grand sympathique » changent de face et sont opposés. La pupille s'élargit, l'ouverture palpébrale s'agrandit; l'œil fait saillie hors de l'orbite. D'active qu'elle » était la circulation devient faible; la conjonctive, les narines, les » oreilles qui étaient rouges pâlissent. Si l'on cesse le galvanisme, tous » les phénomènes primitivement produits par la section du grand sympathique reparaissent peu à peu pour disparaître de nouveau à une » seconde application du galvanisme. On peut continuer à volonté cette » expérience, la répéter autant de fois que l'on voudra, toujours les résultats sont les mêmes. Si l'on applique une goutte d'ammoniaque » sur la conjonctive d'un chien du côté où le nerf a été coupé, la douleur détermine l'animal à tenir son œil obstinément et constamment » fermé. Mais à ce moment, si l'on galvanise le bout supérieur du sympathique coupé, malgré la douleur qu'il éprouve, le chien ne peut » maintenir son œil fermé; les paupières s'ouvrent largement en même » temps que la rougeur produite par le caustique diminue et disparaît » presque entièrement. »

Parmi les expériences très-nombreuses que j'ai faites relativement à l'influence de la galvanisation sur la calorification, il me suffira de décrire une de celles qui ont été faites avec des mesures thermométriques pour donner une idée exacte de la nature du phénomène. Les chiffres indiqués ci-dessous représentent des nombres arbitraires pris sur des thermomètres métastatiques à déversement de M. Walferdin qui a bien voulu me prêter son concours dans ces recherches délicates. Mais la comparaison n'en est que plus facile et plus sûre; du reste on peut avoir les valeurs réelles par le calcul en se reportant à un thermomètre étalon (1).

Ces expériences ont été faites pendant l'été; la température ambiante était élevée et oscillait entre 20 et 22° C. Cela doit être noté, parce que la différence de caloricité entre les parties saines et celles où le sympathique avait été coupé a dû se montrer moins grande qu'elle ne l'aurait été par un temps plus froid.

Expérience. Sur une chienne de petite taille j'ai fait la section du grand sympathique (2) dans la partie moyenne du cou, du côté droit. On prit la température dans les deux conduits auditifs, 9 minutes après la section du nerf.

Oreille gauche = 280. Oreille droite = 287. Différence 7.

Le thermomètre restant placé dans l'oreille droite, on galvanise le bout céphalique du sympathique du même côté, en alternant à peu près une minute de galvanisation avec une minute de repos, et on

(1) 56parties,7 du thermomètre métastatique mis en usage = 1 degré centigrade, 1 partie = par conséquent 0°,0176; d'où il résulte que dans cette série d'expériences on a pu lire directement des fractions très-faciles à apprécier à l'œil nu, et correspondant à une fraction plus petite que la centième partie d'un degré centésimal. Ce thermomètre avait été réglé de 35° à 40°. La température ambiante 20°,5.

(2) Il est impossible, ainsi qu'il a été dit, de couper le sympathique seul chez le chien, parce qu'il est intimement uni au tronc du nerf vague. Mais le vague n'a aucune part dans ces phénomènes de calorification, ainsi que cela se prouve par la même expérience donnant les mêmes résultats chez le lapin, où l'on peut faire la section du sympathique isolément. Si j'ai choisi le chien, c'est parce que le volume plus considérable des nerfs se prête mieux à la galvanisation.

vants, jusqu'ici assez peu soucieux, ce semble, de se donner la main. Les querelles entre la physiologie et la psychologie, entre les naturalistes, physiologistes, médecins et les métaphysiciens, idéologues, philosophes, sont connues. Elles ont fait grand bruit dans ces derniers trente ans dans le monde scientifique, principalement en France, où quelques esprits hautains et acerbes ont prêché et entretenu dogmatiquement la dissention. Cette scission n'existait pas dans l'antiquité. Platon s'entendait parfaitement avec Hippocrate : le traité *De animâ* d'Aristote offre un admirable spécimen de l'alliance ou plutôt de l'indivisibilité naturelle des deux ordres d'études qu'on a cherché depuis à séparer; la psychologie et la physiologie s'y pénètrent partout de la manière la plus intime, et c'est dans cet esprit et sur ce modèle qu'on aurait dû toujours étudier la science de l'homme. La discorde actuelle a son germe et sa base dans la philosophie de Descartes qui, le premier, s'avisa de couper l'homme en deux, et d'adjuger chacune des moitiés à une science distincte. Puis vinrent les psychologues écossais qui renchérirent sur le principe cartésien de séparation. La philosophie française contemporaine, élevée à cette école, a fait de même. Quels que soient les motifs allégués en faveur de cette division systématique, nous aimerions mieux voir adopter ce projet d'alliance, cette *doctrina de fœdere* dont Bacon parle quelque part. Dans cet immense répertoire d'idées, de vues, d'essais, d'aperçus, de prodromes, de programmes, de *cogitata*, de *desiderata*, qu'on appelle la philosophie de Bacon, on rencontre de temps en temps, au travers des métaphores, une pensée ingénieuse et juste. Celle-ci en est une.

Cet heureux esprit de conciliation et d'alliance a présidé à la constitution de la Société médico-psychologique. Quoique fondée par des médecins, elle est ouverte à tous les hommes dont les études se rattachent plus ou moins directement à l'objet spécial de ses travaux. Elle doit néanmoins conserver son caractère médical et sa tendance pratique. Une juste proportion des éléments médicaux et non médicaux la maintiendra dans la ligne de la spécialité qu'elle a adoptée. Le rapprochement et la mise en contact d'esprits diversement élevés, mais également instruits, également exercés, quoique sur des matières différentes, à l'observation et à l'étude scientifique, portera nécessairement de bons fruits. Les uns et les autres, même les plus opposés par l'éducation, s'apercevront bientôt qu'ils ont réciproquement quelque chose à s'apprendre, même dans ce qu'ils croyaient le mieux savoir, et ces échanges constitueront un acquêt pour la science et pour l'art.

Plus d'une occasion s'offrira sans doute de mentionner les travaux de la Société médico-psychologique; on n'a voulu ici qu'exposer sommairement l'esprit, le but et le plan de cette institution, qui n'est plus tout à fait nouvelle, et à l'égard de laquelle nous étions en retard.

L. Peisse.

MÉDECINS DE COLONISATION.

Sous le titre de *médecins de colonisation*, il existe en Algérie une institution dont l'objet spécial est d'assurer aux populations rurales, sur tous les points du territoire colonisé, l'assistance du médecin.

Cette institution remonte à la formation des premiers villages; elle a suivi les

constate, pendant la galvanisation, l'abaissement de température dans l'oreille de la manière suivante :

287.	point de départ.
269.	après 7 minutes.
255.	après 11 minutes.
245.	après 15 minutes.
240.	après 16 minutes.

On cesse la galvanisation et bientôt la température s'élève ainsi qu'il est démontré par les nombres suivants :

240. . .	point extrême d'abaissement.	Seize minutes après qu'on avait cessé la galvanisation, on replace le thermomètre dans l'oreille, et il donne les nombres suivants :
245.	après 16	minutes de repos.
259.	19	id.
268.	22	id.
273.	24	id.
276.	25	(la température montant toujours, on cesse l'observation).

On voit donc que l'oreille droite qui, par la section du sympathique, était montée de 7 parties au-dessus de l'oreille gauche saine, est descendue par la galvanisation bien au-dessous de la normale 280, puisqu'elle est arrivée au chiffre 240, c'est-à-dire à un abaissement de 27 parties.

Pendant cette galvanisation l'oreille gauche normale ne participait en rien à l'abaissement de température observée sur l'oreille droite. Au contraire elle éprouvait une influence inverse ; car en examinant la température immédiatement après la galvanisation au moment où l'oreille droite marquait 240, on trouva dans la gauche 286,5, c'est-à-dire une augmentation de température à peu près égale à celle que la section du nerf sympathique avait produite primitivement dans l'oreille droite.

On avait donc alors comme résultat comparatif les nombres suivants :

Avant la galvanisation.	Oreille gauche saine.	280
	Oreille droite correspondant au sympathique coupé.	287
Après la galvanisation.	Oreille gauche saine.	286,5
	Oreille droite correspondant au sympathique coupé.	240

Cette espèce de renversement ou d'antagonisme des phénomènes calorifiques d'un côté à l'autre, est très-remarquable et nous allons le retrouver encore à l'occasion des effets de la chloroformisation.

§ IV. Effets de la chloroformisation sur la calorification.

Les inspirations d'éther ou de chloroforme qui ont la propriété d'éteindre la sensibilité, produisent ce même effet quand le sympathique a été détruit ; seulement si on fait agir le chloroforme lentement on voit que ce résultat arrive ordinairement un peu plus tard à cause de l'excès de sensibilité qui existe toujours dans les parties. Mais c'est la calorification qui nous offre le plus d'intérêt en ce qu'elle se comporte comme s'il s'agissait de l'électricité.

Première expérience. Une chienne de petite taille et encore jeune, avait subi la section du filet sympathique dans le cou du côté droit, elle avait également été soumise à la galvanisation du bout périphérique de ce nerf, et avait fourni les résultats qui ont été consignés dans le paragraphe précédent.

Le quatorzième jour après l'opération, la plaie du cou était depuis longtemps cicatrisée ; mais les phénomènes de calorification persistaient toujours très-évidemment ; l'oreille droite était plus injectée et plus chaude que celle du côté opposé. On chloroformisa alors l'animal à l'aide d'un masque de caoutchouc serré autour du museau et communiquant avec de l'air chargé de vapeur de chloroforme : bientôt l'insensibilité se manifesta, et au moment où elle était devenue complète au point que l'attouchement des conjonctives ne produisait plus de clignement, l'oreille droite baissa rapidement de température, devint froide et pâle, tandis que celle du côté sain à gauche devint plus injectée et plus chaude. On introduisit un thermomètre dans les oreilles et on trouva :

Oreille droite correspondant au nerf sympathique coupé pendant la chloroformation et l'insensibilité complète.	36,8° c.
Oreille gauche saine au même moment.	37,2° c.

On cessa alors les inspirations de chloroforme, peu à peu l'animal revint, et une heure et demie après, lorsqu'il était à peu près sorti de son ivresse chloroformique, on trouva :

Oreille droite ; côté de l'opération.	37,8° c.
Oreille gauche ; côté sain.	34,4° c.

On soumit de nouveau l'animal à l'action du chloroforme, et au moment où l'insensibilité devint complète, la température des oreilles était :

Oreille droite ; côté de l'opération.	37,3° c.
Oreille gauche ; côté sain.	37,8° c.

Deuxième expérience. Sur une chienne de forte taille, adulte, je fis la section à droite du filet cervical du grand sympathique. Quelques instants après, la température fut prise avec un thermomètre métastatique à déversement de M. Walferdin, à échelle arbitraire, on obtint :

1° Côté gauche sain. . .	Oreille.	165
	Narine au moment de l'expiration (1)	165,5
2° Côté droit correspondant au nerf coupé. . .	Oreille.	177,5
	Narine (2).	174,2

On soumit alors l'animal à la chloroformisation, et aussitôt que l'in-

(1) On voit, dans la narine, une oscillation d'une demi-division environ pendant la respiration ; il y a un abaissement à chaque inspiration par l'action de l'air froid, et élévation à chaque expiration par sortie de l'air chaud.

(2) On n'observait plus alors ces oscillations respiratoires indiquées précédemment ; il semblait qu'il passait à peine de l'air par cette narine. Cela dépendait de la section du vague qui avait été opérée avec le sympathique.

---

progrès de l'immigration européenne, et ses nombreux services ont consacré son utilité. Mais elle n'avait jamais été réglementée, et, faute d'une organisation unitaire, d'attributions bien définies, de rapports hiérarchiques nettement établis, elle ne fonctionnait pas toujours avec l'ensemble et la régularité désirables ; le service présentait, d'ailleurs, des lacunes fâcheuses dans sa répartition, et ne se trouvait plus, dès lors, au niveau des besoins.

Le principe était excellent, et pour qu'il produisit toutes ses bonnes conséquences, il ne restait plus qu'à organiser, par quelques dispositions précises et bien entendues, une institution que la France enviera bientôt à la jeune colonie. C'est ce que vient de faire M. le maréchal ministre de la guerre par deux arrêtés récents, dont nous allons résumer les dispositions fondamentales.

Tous les territoires livrés à la colonisation, en Algérie, sont divisés en *circonscriptions médicales*. Chaque circonscription est desservie par un homme de l'art qui reçoit le titre de *médecin de colonisation*. Le titulaire, pris parmi les docteurs en médecine, est nommé par le ministre. Il lui est alloué un traitement annuel de 2,000 fr., et si l'étendue de sa circonscription exige qu'il soit monté, il reçoit, en outre, une indemnité spéciale fixée à 500 fr. par an.

Le médecin de colonisation doit gratuitement les soins et les secours de son art à toute personne indigente de sa circonscription. Un tarif arrêté par le gouverneur général de l'Algérie détermine les honoraires qui lui sont dus pour les visites et opérations par lui faites aux personnes non indigentes de sa circonscription.

Dans les localités où il n'existe pas de pharmacie, le médecin de colonisation délivre les médicaments à ses malades. Cette délivrance a lieu gratuitement pour les indigents, aux prix fixés par un tarif officiel pour les autres personnes. Les remèdes sont tirés du dépôt de pharmacie des hôpitaux civils et militaires.

Les médecins de colonisation sont tenus de résider au chef-lieu de leur circonscription. Ils sont placés, pour tout ce qui concerne leur service, sous les ordres immédiats et sous la surveillance de l'autorité administrative.

Ils portent un uniforme, qui est le même dans son ensemble que celui des aides-majors de l'armée, sauf que les broderies de l'habit sont en argent, et que le pantalon est en drap bleu sans bande ni passe-poil.

Les médecins de colonisation sont tenus :

1° De faire des tournées périodiques dans chacun des centres ou groupes de population compris dans leur circonscription ;

2° De tenir au lieu de leur résidence, à jours et heures fixes, un bureau de consultations gratoites pour quiconque s'y présente ;

3° De propager la vaccine ;

4° D'exécuter gratuitement au lieu de leur résidence, à défaut d'un médecin spécial, les visites périodiques du dispensaire de police ;

5° De constater les décès, préalablement au permis d'inhumation, au chef-lieu de leur résidence, conformément à l'art. 77 du Code Napoléon ;

6° De fournir à l'administration tous les renseignements et documents de statistique nosographique auxquels peuvent donner lieu la constitution médicale et l'hygiène publique de leur circonscription.

Ils ont en outre la direction médicale des infirmeries civiles établies dans leur

sensibilité fut obtenue, on mesura la température des oreilles qui fut trouvée :

1° Oreille droite; nerf coupé............. baissée de 177,5 à 175,3
2° Oreille gauche; côté sain............. montée de 165,0 à 174,3

Je me borne à citer ces deux expériences; elles démontrent que le chloroforme n'agit pas de même sur les parties saines et sur celles où le sympathique a été coupé. Plus tard ces faits seront repris à un autre point de vue.

DES RAPPORTS QUI EXISTENT ENTRE LA VASCULARISATION ET LA CALORIFICATION DES PARTIES APRÈS LA SECTION DU GRAND SYMPATHIQUE.

Ainsi que je l'ai indiqué dans ma note lue à l'Académie en mars 1852, la section du filet cervical du grand sympathique et surtout l'extirpation du ganglion cervical supérieur, amènent immédiatement et en même temps que l'augmentation de chaleur, une très-forte turgescence vasculaire dans l'oreille et dans tout le côté correspondant de la tête. Les artères, plus pleines, semblent battre avec plus de force; la circulation est activée et l'absorption des substances toxiques ou autres déposées à quantité égale, dans le tissu cellulaire sous-cutané de la face ou à la base de l'oreille, sont toujours plus vite absorbées du côté où a été opérée la section du sympathique.

Il y a, sans aucun doute, des rapports intimes que personne ne peut méconnaître, entre les phénomènes de calorification et de vascularisation des parties du corps; mais est-ce à dire pour cela que dans le cas qui nous occupe, on devra attribuer l'augmentation de chaleur de l'oreille ou de la face purement et simplement, à ce que la masse de sang qui y circule, devenue plus considérable, se refroidit moins facilement et fait apparaître les parties plus chaudes? Cette interprétation toute mécanique, qui devait se présenter à l'esprit, serait insuffisante pour expliquer ces différences de 6 à 7° centigrades de température qui existent quelquefois entre les deux côtés de la face. J'ai été encore porté à repousser cette explication, parce que l'on voit très-souvent la vascularisation diminuer considérablement dès le lendemain de l'opération, bien que l'oreille ne varie pas sensiblement de température. Parmi un très-grand nombre d'expériences de cette nature que j'ai pu observer, j'en citerai une seule pour donner une idée plus exacte du fait.

Sur un gros lapin, vigoureux et bien nourri, j'ai fait l'extirpation du ganglion cervical supérieur du côté droit. L'opération fut faite au mois de décembre et la température ambiante était basse; avant l'opération la température prise dans les deux oreilles était :

Pour l'oreille droite...... 33° cent.
Pour l'oreille gauche...... 33° cent.

Aussitôt après l'extirpation du ganglion l'oreille droite devint très-vascularisée et très-chaude, tandis que celle du côté opposé n'avait pas sensiblement changé d'aspect. Un quart d'heure après l'enlèvement du ganglion on reprend la température des deux oreilles et on trouve :

Pour l'oreille droite...... 39° cent.
Pour l'oreille gauche...... 33° cent.

Ainsi en un quart d'heure la chaleur de l'oreille et de la face avait monté de 6° centigrades. Le phénomène n'était pas encore arrivé à son *summum*, car une heure après on trouva 40° centigrades dans l'oreille droite.

L'animal fut laissé jusqu'au lendemain où il fut de nouveau soumis à l'observation. L'oreille droite était alors beaucoup moins turgescente que la veille; les artères étaient considérablement diminuées de calibre, et il fallait une grande attention pour voir une différence entre les deux oreilles au premier abord. C'étaient seulement les très-petites ramifications vasculaires ou les capillaires qui étaient restés plus visibles et plus nombreux dans l'oreille droite; mais la main percevait toujours très-manifestement une grande différence de température entre les deux côtés de la tête. Le thermomètre plongé dans les deux oreilles donna :

Pour l'oreille droite.... 37° cent.
Pour l'oreille gauche.... 30°,5 cent.

On voit ainsi que l'énorme turgescence vasculaire et l'accumulation d'une grande quantité de sang qui suivent immédiatement l'opération, peuvent diminuer considérablement, sans entraîner un abaissement de température notable. Cependant, comme je l'ai dit, la circulation capillaire reste toujours plus visible dans l'oreille plus chaude.

Toutefois il ne faudrait pas encore conclure de là que la température sera toujours plus élevée quand les vaisseaux capillaires seront plus visibles. A la suite de la section de la cinquième paire, comme on sait, la conjonction devient très-rouge et les vaisseaux capillaires y sont très-visibles ainsi que dans d'autres parties de la face, et cependant il y a dans ces cas un abaissement de température. Si à cela on objectait qu'il y a, après la section de la cinquième paire, une obstruction des vaisseaux qui enraye la circulation et produit le refroidissement, je répondrais par l'expérience que j'ai citée ailleurs, à savoir que dans ces cas, la section du sympathique fait apparaître aussitôt la calorification dans les tissus où la turgescence vasculaire existait déjà cependant, mais avec refroidissement. Cette influence calorifiante du sympathique, même sur les parties où le cours du sang se trouve gêné et diminué, sera encore rendue plus évidente par l'expérience suivante :

Sur un lapin adulte et bien portant, j'ai fait la ligature des deux troncs vasculaires veineux de chaque oreille. Après cette opération les veines se dilatèrent, devinrent gorgées par le sang qui stagnait. Après trois quarts d'heure, les deux oreilles s'étaient manifestement refroidies par suite de cette stase du sang. Alors je fis la section du filet sympathique cervical du côté droit, et aussitôt l'oreille correspondante devint plus chaude; il était cependant impossible d'expliquer cette calorification par l'accumulation du sang qui précédemment produisait un phénomène inverse, le refroidissement qui s'observait toujours sur l'oreille du côté opposé. Alors je fis la ligature de l'artère de façon à emprisonner le sang dans l'oreille, la température diminua un peu, mais elle resta toujours plus élevée que dans l'oreille opposée.

Quand, au lieu de la ligature primitive des veines, on pratique celle des artères, les parties se refroidissent aussi, mais par un mécanisme inverse. Dans le premier cas, le refroidissement est la conséquence de

circonscription; ils doivent en visiter régulièrement les malades et constater leurs visites sur le registre de chaque infirmerie.

Il est fait chaque année une inspection générale du service des médecins de colonisation.

Le nombre des circonscriptions médicales est fixé à 60, quant à présent.

33 de ces circonscriptions sont desservies par des médecins civils et 27 par des médecins militaires. Ces derniers ne reçoivent qu'une indemnité fixée à 300 ou 600 fr., suivant l'importance de la circonscription qui leur est assignée.

En général, les circonscriptions confiées aux officiers de santé de l'armée sont des centres épars sur le territoire militaire, où la colonisation européenne ne fait que commencer et n'a pas encore reçu son développement normal.

Ces 27 circonscriptions militaires ne comprennent que 34 localités, dont la population coloniale peut être évaluée, en nombres ronds, à 10,000 individus.

Les 33 circonscriptions desservies par les médecins civils comprennent dans leur ensemble 144 centres de colonisation, dont la population s'élève, en nombres ronds, à 50,000 habitants. C'est, en moyenne, 1 médecin pour 4 villages et pour 1,540 habitants.

Il résulte de cette organisation qu'il n'est pas une localité renfermant un groupe de population européenne qui ne se rattache à une circonscription médicale, et qui, par conséquent, conformément aux instructions du ministre, ne doive recevoir au moins deux fois par semaine la visite du médecin, et, dans toutes les circonstances, l'assistance et les soins gratuits de ce praticien pour la population indigente.

La position relativement avantageuse faite aux praticiens chargés de ce service attirera nécessairement vers cette carrière nouvelle, à la fois si honorable et si méritante, une foule de jeunes capacités médicales, qui trouvent si difficilement à se produire et à s'employer utilement dans les villes de la métropole, étouffées qu'elles sont par l'encombrement de la concurrence.

La France et les diverses nationalités européennes qui concourent au peuplement de notre colonie verront, dans le système d'assistance médicale que nous venons d'exposer, un nouveau témoignage de la persévérance et, pouvons-nous ajouter, de la libéralité éclairée avec lesquelles la haute administration de l'Algérie sait pourvoir à tous les besoins des émigrants. On reconnaîtra sans doute qu'il était impossible d'aborder avec plus de résolution et d'intelligence la solution d'un problème qui, à toutes les époques et à si juste titre, a été l'objet de la sollicitude du gouvernement, savoir : constituer efficacement la médecine des pauvres au profit des travailleurs agricoles.

— Les journaux anglais annoncent la mort de M. le docteur James Gillkrest, inspecteur général des hôpitaux militaires, membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris, décédé à l'âge de 63 ans. M. Gillkrest se trouvait à Paris dans les journées de juillet 1830 et rendit des services comme chirurgien. Il a publié plusieurs ouvrages, dont un, fort estimé, sur la fièvre jaune.

l'impossibilité du renouvellement du sang, et dans le second, le résultat de son absence. Nous avons vu qu'en reséquant le sympathique après la ligature des veines, la calorification peut se produire, ce qui n'a pas lieu quand on fait la section de ce nerf après la ligature exacte des artères seules; mais tout cela prouve simplement que si le phénomène de calorification ne peut pas se produire dans des parties dont les vaisseaux sont complétement vides de sang, il peut aucontraire avoir lieu dans des parties où le sang stagne et indépendamment de son renouvellement. Ce qui prouve encore cette proposition, c'est que si chez les chiens ou les lapins, où la calorification d'un des côtés de la tête se trouve bien développée, sous l'influence de l'extirpation du sympathique, on vient à diminuer l'afflux ou le renouvellement du sang par la ligature de l'artère carotide du côté correspondant, on voit néanmoins la chaleur des parties rester toujours plus élevée que celle du côté opposé.

D'après ces expériences, il n'est donc pas possible d'expliquer le réchauffement des parties par une prétendue paralysie des artères qui, à raison d'un élargissement passif, laisseraient circuler une plus grande quantité de sang. J'ai dit prétendue paralysie parce qu'en effet elle est plutôt à l'état de théorie qu'à l'état de fait démontré. Si la section du sympathique paralysait les fibres contractiles des artères, on devrait voir à l'instant de l'opération un élargissement subit de l'artère, et c'est toujours le contraire qu'on observe. En effet, en faisant sur des lapins la section du filet cervical du sympathique qui avoisine la carotide, j'ai toujours vu cette artère se resserrer considérablement au moment même de la section ou du déchirement du filet Si quelque temps après cette artère et ses divisions deviennent plus grosses, c'est qu'elles sont distendues par un afflux de sang qui se fait dans les parties correspondantes; mais loin d'être la cause de la circulation plus active, l'élargissement des artères n'en est au contraire que l'effet. De même quand en galvanisant le bout périphérique du nerf sympathique coupé avec une forte machine électro-magnétique, on amène dans les parties où il se distribue une série de troubles profonds sur lesquels je n'ai pas à m'expliquer ici mais avec lesquels coïncide un arrêt de la circulation. Si alors les artères comme les veines se resserrent et reviennent sur elles-mêmes, cela tient à ce qu'il n'y a plus de sang pour les distendre, mais ce n'est pas du tout l'effet d'un resserrement actif des vaisseaux. Et du reste, si cette paralysie des artères existait réellement, leur dilatation sous l'influence de l'impulsion de cœur ne devait-elle pas aller toujours en augmentant à partir du moment de l'opération et finir même par amener des dilatations artérielles anémysmatiques. Il n'arrive rien de semblable, puisque nous avons vu au contraire que le lendemain de la section du sympathique la vascularisation a ordinairement beaucoup diminué, les artères sont revenues sur elles-mêmes, bien que la chaleur soit toujours très-notablement augmentée.

En un mot, le phénomène circulatoire qui succède à la section du nerf sympathique est actif et non passif, il est de la même nature que la turgescence sanguine qui, ainsi que je l'ai démontré ailleurs, survient dans un organe secréteur qui, d'un état de repos ou de fonctionnement faible, passe à un état de fonctionnement très-actif; il se rapproche encore de l'afflux de sang et de l'augmentation de sensibilité qui surviennent autour d'une plaie récente ou aux environs d'un corps étranger qui séjourne dans les tissus vivants. Je n'ai pas à me préoccuper ici de l'explication de ces phénomènes sur lesquels j'aurai bientôt occasion de revenir. Il me suffira de dire que, bien que dans tous ces cas on voie les vaisseaux plus gorgés de sang et les artères battre avec plus de force, il ne peut venir à l'idée de personne de les rapporter à une paralysie pure et simple des artères.

CONCLUSION.

Je n'ai voulu dans ce travail établir qu'un seul point de l'histoire si complexe du grand sympathique, à savoir que la section de filets ou de ganglions appartenant à ce nerf a constamment le privilége d'augmenter la calorification des parties auxquelles il se distribue.

Ces phénomènes de caloricité qu'on produit en agissant sur le sympathique ne sont en réalite que l'exagération de ce qui se passe dans la production de la chaleur animale.

En donnant les moyens d'accroître les actes calorifiques et de les localiser dans des parties extérieures faciles à observer, j'ai eu la pensée de rendre plus accessible à nos moyens d'investigation, l'étude de cette importante fonction encore si peu connue, mais qui ne saurait toutefois être recherchée ailleurs que dans la plus ou moins grande activité des métamorphoses chimiques que le sang éprouve dans les tissus vivants sous des influences spéciales du système nerveux.

URÈTROTOMIE.

DE L'URÈTROTOMIE EXTERNE OU PÉRINÉALE (OPÉRATION DE LA BOUTONNIÈRE), COMME MÉTHODE DE TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENTS ORGANIQUES DE L'URÈTRE; par le professeur C. SÉDILLOT. (Mémoire présenté à l'Académie des sciences.)

L'extrême fréquence des rétrécissements de l'urètre, les accidents graves et variés qui les compliquent, l'incertitude, la difficulté et l'insuffisance de nos moyens curatifs, expliquent toute l'importance de ces affections, et l'intérêt avec lequel on accueille les travaux destinés à en éclairer l'étude et à en perfectionner le traitement.

Nous pourrions affirmer, sans crainte d'être démenti par l'expérience de nos plus illustres confrères, qu'il est peu de lésions chirurgicales dont les indications échappent autant à des règles fixes et certaines, dont la guérison réclame plus de sagacité, d'esprit de ressource et d'habileté pratique.

Les rétrécissements occupent ordinairement les portions membraneuse et prostatique de l'urètre; mais on les observe aussi dans la région spongieuse et à l'orifice même du canal.

Les plus communs sont uniques, d'autres multiples et se succèdent en une sorte de chapelet. On en rencontre de latéraux et de circulaires. La plupart sont bornés à un espace très-étroit, comme les membraneux ou valvulaires; d'autres sont étendus à une hauteur de plusieurs millimètres, et même à la plus grande partie du canal. Quelques-uns, durs et épais, se traduisent au dehors par des nodosités, des bourrelets, très-appréciables aux doigts du chirurgien. On reconnaît le plus grand nombre aux seuls accidents auxquels ils donnent lieu, et on les constate par les différents moyens d'exploration en usage.

Une légère induration plastique, l'épaississement fongueux de la membrane muqueuse, les transformations inflammatoires du tissu cellulaire sous-muqueux, depuis le simple dépôt fibrineux jusqu'aux tissus fibreux et fibro-cartilagineux, l'angustie, tantôt à peine appréciable, tantôt presque complete et ne laissant filtrer les urines que goutte à goutte, ou en interceptant tout à fait le cours, les suppurations, les abcès, les fausses routes, les fistules, ajoutent aux différences que nous venons de signaler, et se compliquent d'altérations organiques développées en arrière des rétrécissements. La vessie, fatiguée par des efforts répétés et en partie infructueux, distendue par l'urine dont l'évacuation reste partielle, ne tarde pas à devenir irritable et douloureuse. Les uretères et les reins participent à cet état, et la vie est mise en danger.

Il est évident qu'un seul moyen de traitement ne saurait remédier à des lésions si diverses, et il serait ridicule de soutenir que tel ou tel procédé est le meilleur et l'unique mode de guérison des rétrécissements. Qu'un charlatan, condamné par son ignorance et l'intérêt de sa fortune à l'exploitation d'un seul remède, le vante comme une panacée universelle et infaillible, il ne saurait en être autrement; mais le chirurgien doit chercher ses succès dans la science des indications et y conformer ses procédés.

L'enthousiasme de la plupart des hommes pour leurs propres inventions ou pour les moyens dont ils usent de préférence, explique ces sortes de modes passagères dont ont joui des méthodes tombées un peu plus tard dans l'abandon le plus complet. La généralisation exagérée d'un procédé spécial entraîne d'inévitables revers et un discrédit mérité; souvent aussi les méthodes curatives sont complexes, et par une préoccupation très-ordinaire, plus d'un auteur attribue ses réussites à de prétendus perfectionnements insignifiants, et quelquefois même plus désavantageux qu'utiles, tandis qu'il méconnaît les véritables causes de ses succès.

Les innovateurs s'arment des cas exceptionnels pour combattre les méthodes de traitement usitées avant eux, et chacun commettant la faute de vouloir étendre outre mesure la sphère de ses propres œuvres, les compromet dans un temps plus ou moins éloigné, et nuit ainsi aux progrès de l'art.

La règle nous paraît être de ne repousser systématiquement aucun des moyens de traitement dont l'emploi a été avantageux, et d'étudier avec soin les cas particuliers où l'on peut y avoir recours.

Un coup d'œil jeté sur l'histoire thérapeutique des rétrécissements nous aidera à confirmer ces remarques, et nous montrera que l'urètrotomie périnéale, dont nous entreprenons ici la défense, mérite d'être remise en honneur, et qu'elle donne de beaux résultats dans les cas où elle est réellement indiquée.

Si nous négligeons les bougies-râpes et les sondes emporte-pièce, les dilatateurs métalliques et escarotiques d'A. Paré et de son époque, et que

nous cherchions une méthode générale et prédominante, nous la trouvons dans l'emploi de la dilatation préconisée par Desault. Ce grand chirurgien n'admettait d'autres moyens curatifs que la sonde à demeure, rendue graduellement plus volumineuse. Si les rétrécissements lui paraissaient infranchissables, Desault les traversait de vive force, puis recourait à sa méthode ordinaire. Personne ne s'est plus élevé que ce chirurgien contre l'emploi de la boutonnière, qu'il pratiquait néanmoins dans certains cas exceptionnels. Chopart, dont le remarquable ouvrage sur les maladies des voies urinaires représente très-exactement la pratique et les opinions de Desault, condamna d'une manière absolue cette opération comme inutile ou dangereuse : inutile si le rétrécissement peut être traversé par une sonde, parce que, dans ce cas, la dilatation est applicable et réussit; dangereuse, parce qu'elle *expose à manquer le canal, à faire des incisions au hasard et à diviser des parties dont la lésion est susceptible d'accidents.*

Nous dirons, avant de discuter la valeur de ce jugement, qu'il serait fort difficile de donner une description un peu précise de l'opération pratiquée anciennement sous le nom de boutonnière. M. le docteur Félix Pascal, qui a publié une édition de Chopart (2 vol. in-8°, Paris, 1821), a très-bien signalé cette obscurité : « Pour juger de l'utilité de » la boutonnière, dit cet auteur (note 3 de la page 248, t. II), il faut » savoir en quoi consiste cette opération. Le périnée est la région où » elle se pratique; *mais elle s'y fait de tant de manières différentes, et* » *les procédés opératoires offrent si peu de ressemblance entre eux*, qu'on » ne peut la considérer sous aucun point de vue général. Les parties » que l'on divise diffèrent selon le lieu du périnée où l'on opère, et ce » lieu ne peut être déterminé que par la nature et surtout par le siége » de la maladie. Tantôt on ne fait qu'une incision commune aux téguments et au canal de l'urètre, comme dans la taille au grand appareil; tantôt on prolonge l'incision jusqu'au col et au corps de la vessie; quelquefois on n'attaque que le corps de ce viscère, comme dans » la taille par l'appareil latéral; d'autres fois on ne pratique qu'une » incision au périnée, sans pénétrer dans les voies urinaires, comme » lorsqu'on ouvre un dépôt. Il faut donc considérer séparément chacune de ces méthodes pour se former une idée claire de l'opération.

» En pratiquant la boutonnière sur le canal de l'urètre, on ne suit » pas toujours le même procédé. Lorsqu'on peut introduire un cathéter dans la vessie, on se sert de cet instrument pour faire sur sa cannelure l'incision du canal et conduire un gorgeret qui doit servir à » faciliter l'introduction de la canule destinée à rester dans la vessie. » Dans ce cas, l'opération ne présente pas plus de difficulté ni de danger que l'incision par la taille au grand appareil, mais aussi elle » n'offre aucun avantage dans le traitement des rétentions d'urine; car, » puisqu'on a pu introduire un cathéter, il eût été également possible » de passer une sonde, qui eût servi à l'évacuation des urines et rétabli » par son séjour la liberté du canal.

» Quand on ne peut réussir à introduire le cathéter, l'opération de » la boutonnière devient beaucoup plus embarrassante. Quelques auteurs conseillent d'ouvrir l'urètre sur le bec de cet instrument, porté » jusqu'à l'obstacle, puis de chercher par la plaie, avec une sonde cannelée et mousse, l'ouverture de l'urètre, d'enfoncer cette sonde à travers son rétrécissement, et de le fendre ensuite pour porter, à la faveur de cette incision, une canule dans la vessie.

» On est encore en droit de faire ici les mêmes objections que dans » le cas précédent, et de dire que puisque, par la plaie qui a été faite, » on est parvenu à surmonter l'obstacle du canal, on doit pareillement, » avec un peu de patience et de dextérité, réussir à introduire une » algalie par l'urètre; car l'introduction de l'une ne devrait pas être » plus difficile que l'introduction de l'autre, et même on doit être plus » certain de ne pas abandonner la voie naturelle avec une algalie introduite par l'urètre, soutenue et ramenée sans cesse par les parois » de ce conduit dans une direction convenable, que de la retrouver » avec une sonde cannelée portée dans une plaie profonde et baignée » de sang. Aussi est-il souvent arrivé, même à des hommes qui ont joui » d'une haute réputation en chirurgie, de commencer cette opération » sans pouvoir l'achever.

» D'autres chirurgiens plus hardis, ne pouvant rencontrer le canal » de l'urètre avec la sonde cannelée, n'ont pas craint de plonger, suivant la direction et à travers le rétrécissement du canal, un trocart » qu'ils ont poussé jusque dans la vessie; ensuite, à la faveur d'une » cannelure pratiquée dans la longueur de ce trocart, ils ont incisé les » parties qui avaient été traversées et ont porté par la plaie une canule dans la vessie. La plus légère réflexion suffit pour faire apercevoir que ce procédé ne présente qu'incertitude et dangers. Il est rare » qu'on ne fasse pas une fausse route avec le trocart. Or peut-on espérer » que la voie artificielle qu'on vient d'ouvrir, et qu'on tâche d'entretenir par le séjour d'une canule, ne se rétrécira pas tôt ou tard et ne » ramènera pas la maladie? D'ailleurs, en faisant une fausse route, ne » court-on pas les risques de blesser les conduits éjaculateurs, d'en ouvrir les vésicules séminales, de percer le rectum, de pénétrer dans la » vessie à travers le trigone vésical et de produire plusieurs autres » accidents plus ou moins graves?

» Lorsqu'il existe des fistules au périnée, on propose de suivre un » autre procédé pour l'opération de la boutonnière. Ce procédé consiste » à entretenir des bougies par une des fistules jusqu'à ce qu'on soit » parvenu à les faire pénétrer dans l'urètre, et de là dans la vessie. On » a même donné le conseil d'emporter de côté et d'autre les duretés et » les callosités qui accompagnent ordinairement ces sortes de fistules, » et de faire ainsi une plaie avec perte de substance (voy. TRAITÉ DES » OPER. DE CHIR., par Ledran, p. 399). Ce procédé opératoire ne paraît » guère rationnel. L'incision faite au delà de l'obstacle et placée entre » le rétrécissement et la vessie ne touche nullement à la cause du mal, » et pour arriver à une guérison radicale, il faudra toujours en revenir » aux sondes introduites par l'urètre pour détruire l'obstacle, cause » première de ces fistules.

» On fait quelquefois la boutonnière immédiatement sur le corps de » la vessie et sans toucher au canal de l'urètre, comme il arrive, lorsque la fistule que l'on incise naît directement du bas-fond de la vessie; mais l'opération faite en cet endroit n'est pas plus avantageuse » que dans tout autre lieu. Le malade ne guérira qu'avec une nouvelle fistule, à moins qu'on ne rétablisse le calibre de l'urètre au » moyen des sondes, et ce moyen seul pourrait suffire et opérer la guérison radicale.

» Cet exposé suffit pour faire apprécier à sa juste valeur l'opération » de la boutonnière, telle qu'elle a été décrite et recommandée par les » auteurs. Les progrès de l'art dans le traitement des maladies des » voies urinaires ont presque déjà banni et banniront entièrement un » jour de la pratique de la chirurgie cette inutile opération. »

Ce jugement, dont nous discuterons les motifs, qui nous paraissent plus plausibles que réels, semble avoir fait loi pour la chirurgie française, et la plupart de ceux qui ont écrit sur le même sujet se sont efforcés d'en rendre la condamnation plus sévère, sans apporter aucune raison nouvelle contre l'opération qu'ils rejetaient, et sans même en soupçonner les indications et l'importance.

Malgré le retentissement donné à l'urétrotomie en Angleterre et en Allemagne par des succès dus à des chirurgiens d'un grand renom, un des rédacteurs du DICTIONNAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUE la repoussait d'une manière tout aussi absolue que l'avait fait Desault :

« L'urétrotomie, appliquée aux rétrécissements du canal excréteur » de l'urine, semblait frappée d'une irrévocable réprobation, depuis » le blâme dont l'avait couverte Desault. Les travaux récents dont les » affections de l'urètre ont été l'objet ne devaient qu'éloigner de plus » en plus de la pratique de cette opération, qui semble cependant reprendre quelque crédit en Angleterre, en Allemagne et en Amérique. » J.-L. Petit, Lassus, et avant eux un grand nombre de chirurgiens, » avaient incisé l'urètre, et même, dit-on, n'avaient pas craint de l'ouvrir dans toute son étendue pour en cautériser la cavité, la déterger » et réunir ensuite ses parois sur une sonde à l'aide de la suture. L'esprit se refuse à admettre tant de témérité. Aujourd'hui l'on procède » avec plus de réserve et de méthode. Le malade étant couché en travers de son lit, le chirurgien introduit jusqu'à l'obstacle un cathéter » cannelé sur lequel il incise l'urètre; puis, retirant un peu le cathéter » et glissant sur lui un stylet cannelé, s'efforce de découvrir en arrière la prolongation du canal. Durant ces recherches, le malade doit » faire effort pour uriner, afin de pousser l'obstacle en avant et de le » rendre plus facile à surmonter. Sur la sonde qui a enfin pénétré, le » chirurgien glisse un bistouri droit et pratique un débridement assez » étendu pour couper toute la portion malade et pour introduire facilement une sonde, qu'il laisse à demeure dans la vessie. La nature » cicatrise ensuite la plaie, en même temps que la sonde assure à l'urètre la conservation de son calibre.

» Telle est l'opération que se sont imaginé de faire revivre MM. Arnolt, en Angleterre, Eckstrom, en Allemagne, et Jameson, en Amérique, et dont ils proclament les heureux résultats. Et alors que le » pertuis de la coarctation est trop resserré pour admettre aucun conducteur, ou lorsque l'instrument ne peut le découvrir, MM. Crouigen » et Cox ne craignent pas de conseiller de prolonger sans aucun guide » l'incision vers la prostate, puis d'enfoncer du côté de la vessie, dans » la profondeur de la plaie, un trocart ou un bistouri étroit, destiné à

» créer un canal artificiel, que la sonde introduite et laissée à demeure » rendra permanent.

» Je ne sais ce que l'avenir destine à ce procédé chez nos voisins, » mais j'espère que des tentatives aussi déraisonnables et qui font si » manifestement rétrograder l'art vers les époques les plus barbares de » son enfance, ne trouveront pas d'imitateurs parmi les chirurgiens » éclairés et habiles de notre pays. » (DICT. DE MÉD. ET DE CHIR. PRAT., t. XV, p. 473. Paris, 1836.)

Malgré la sévérité de cette proscription, l'urétrotomie n'a pas été abandonnée; elle est presque devenue de nos jours, en Angleterre, une méthode générale de traitement patronée par un de ses chirurgiens les plus célèbres, M. le professeur Symes.

Nous ne partageons pas cet entraînement, mais nous croyons l'urétrotromie utile et par conséquent applicable à un certain nombre de cas, comme nous allons tenter de le démontrer.

Les seuls rétrécissements dont nous nous occuperons sont ceux qu'on nomme organiques, les seuls dont nous ayons précédemment signalé les principales dispositions anatomo-pathologiques; nous les divisons en quatre classes:

A. Ceux que l'on franchit et que l'on parvient à dilater d'une manière durable.

B. Ceux que l'on franchit sans réussir à en maintenir la dilatation.

C. Ceux que l'on franchit sans pouvoir les dilater.

D. Ceux que l'on ne franchit pas.

A. Les rétrécissements de la première classe sont les plus nombreux, et beaucoup d'hommes de l'art ont pu n'en pas rencontrer d'autres dans leur pratique. Les sondes à demeure renouvelées tous les huit ou dix jours à l'exemple de Desault, et rendues graduellement plus volumineuses, en sont le mode de traitement le plus efficace. Tout ce que l'on a dit des dangers des sondes à demeure dans l'urètre est manifestement exagéré. Les malades supportent en général, sans aucun inconvénient, ce mode de traitement, et les accidents sont tout à fait exceptionnels. En ayant le soin de changer les sondes aussi souvent qu'elles s'altèrent, se dépolissent et deviennent des causes d'irritation, on peut en porter successivement le volume de 8 à 12 millim., et la guérison s'obtient souvent en quelques semaines.

Nous avons vu nombre de malades ne pas se plaindre une seule fois de la présence de leur sonde, et l'on est plutôt surpris de leur remarquable tolérance à cet égard que de leur susceptibilité.

Un vieillard atteint de rétention d'urine, chez lequel on parvint à placer une sonde Mayor n° 3 dans la vessie, la conserva plus d'un mois sans en être aucunement incommodé, et MM. les docteurs Flamant et Mistler (de Schélestat) furent comme moi frappés de cette absence complète de toute réaction morbide.

Un notaire des environs de Strasbourg, que j'eus l'occasion de voir avec mon honorable confrère M. le docteur Eissen, fut traité et guéri avec les sondes Mayor à demeure.

OBS. — Un officier placé dans mon service de l'hôpital militaire, était atteint d'un rétrécissement douloureux et irritable de la presque totalité de l'urètre. La muqueuse était gonflée et épaissie; la miction, à peine possible, était accompagnée d'une cuisson brûlante et insupportable qui arrachait des plaintes continuelles. L'affection, suite d'urétrite déjà ancienne, fut inutilement traitée pendant plusieurs mois par les antiphlogistiques et les révulsifs de toutes sortes. Nous nous décidâmes enfin à éthériser le malade et à essayer l'introduction d'une sonde Mayor n° 3 que nous fîmes pénétrer peu à peu et en employant une assez grande force. Le canal cédait à la pression de la sonde, en faisant entendre un craquement semblable à la déchirure d'un tissu induré ou squirrheux. Nous parvînmes ainsi à conduire l'instrument dans la vessie, et l'urine fut évacuée; mais lorsque nous voulûmes retirer la sonde Mayor et y substituer une sonde en gomme élastique, nous éprouvâmes les plus grandes difficultés. Le cathéter était tellement pressé par les parois de l'urètre que nous en craignîmes la rupture. Je fus obligé de monter sur le lit du malade pour exercer une traction plus directe et plus régulière, et nous ne réussîmes qu'avec beaucoup de précautions et d'efforts à dégager l'instrument. Une sonde en caoutchouc fut immédiatement introduite, et le malade, revenu de son anesthésie, n'éprouva aucun accident et ne se plaignit même pas de vives douleurs. La sonde au bout de quelques jours jouait avec assez de liberté dans le canal où elle fut remplacée par une autre sonde plus volumineuse. L'urètre fut graduellement élargi, les symptômes inflammatoires se dissipèrent, et ce militaire put quitter l'hôpital et reprendre son service, avec la seule recommandation d'introduire de temps à autre une sonde Mayor n° 3 dans la vessie.

Un habitant du banc de la Roche me fut envoyé par M. le pasteur Wirt pour un rétrécissement de l'urètre compliqué de fistule urinaire périnéale. Des sondes graduées à demeure amenèrent assez rapidement l'oblitération de la fistule et la liberté de la miction.

Nous avons obtenu, il y a peu de temps, une guérison du même genre sur un artilleur qui était resté plusieurs mois sans pouvoir être sondé, et dont les urines coulaient presque en totalité par le périnée.

Ce sont là des exemples extrêmement communs; tous les observateurs les ont rencontrés, et nous les avons cités dans le seul but d'en montrer l'importance, et d'expliquer le succès et la durée de la doctrine trop exclusive de l'école de Desault. C'est cette méthode, qu'on pourrait appeler *dilatation progressive*, qui se retrouve au fond de tous les procédés si vantés de nos jours et qui en fait la valeur. Les uns ont conseillé d'arriver en une seule séance à rendre à l'urètre un diamètre de 10 à 12 millim. par l'introduction graduelle de sondes de plus en plus volumineuses. D'autres effectuent cette dilatation en plusieurs jours. Beniqué avait fait fabriquer soixante sondes métalliques comprises entre 2 et 12 millimètres d'épaisseur, et il en introduisait sept ou huit chaque jour, en reprenant la dilatation à un degré inférieur à celui où il l'avait portée la veille; revenant, par exemple, au n° 7 après avoir fait pénétrer vingt-quatre heures auparavant le n° 14. Ce traitement a donné de belles guérisons et est souvent employé aujourd'hui avec de notables avantages. Des chirurgiens distingués ont soutenu qu'ils réussiront toujours par le seul emploi intermittent et momentané des bougies en cire molle, laissées en place depuis quelques minutes jusqu'à une demi-heure ou une heure. Les malades peuvent ainsi vaquer à leurs affaires, suivre leur cure sans embarras, sans révélations indiscrètes, et nous sommes très-partisans de ces modes de traitement dans tous les cas où l'application en est possible.

On commence par l'introduction passagère de quelques bougies en cire chargées ou non de substances médicamenteuses; on fait usage des sondes Beniqué ou de la dilatation graduée et complète en une seule séance, si les organes s'y prêtent et si le rétrécissement diminue et disparaît. On n'a recours aux sondes à demeure qu'en raison de l'insuffisance des dilatations temporaires. Ce sont là des indications excellentes qui dominent le traitement des rétrécissements, et sans contredit c'est toujours par la dilatation qu'il faut débuter, dans l'impossibilité où l'on est de déterminer *à priori* les cas où l'intervention d'autres méthodes thérapeutiques sera nécessaire. Si les coarctations sont récentes, peu étendues, susceptibles de résolution, la guérison s'en accomplira par ces simples moyens de dilatation; et dans le cas où les rétrécissements tendraient à reparaître, les mêmes procédés réussiraient de nouveau et les malades maintiendraient assez facilement la parfaite liberté du canal par la seule précaution d'y introduire de temps à autre une grosse sonde métallique. Beaucoup de praticiens n'ont jamais employé d'autre traitement et ont cru pouvoir proclamer la constance de leurs succès. C'est cependant une erreur; la dilatation est souvent insuffisante, et il faut alors recourir à des moyens de guérison plus efficaces.

(La suite au prochain numéro.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE SUR LA DÉCOUVERTE DE QUELQUES-UNS DES EFFETS DE LA GALVANISATION DU NERF GRAND SYMPATHIQUE AU COU; par le docteur BROWN-SÉQUARD.

Je lis ce qui suit dans un mémoire publié dans le dernier numéro de la GAZETTE MÉDICALE, par M. Cl. Bernard: « A son retour d'Amérique, M. Brown-Séquard réclama pour lui la théorie de la stase du sang par la paralysie des artères, et il annonça avoir vu le premier que la galvanisation du sympathique amène le refroidissement des parties et la contraction des artères. Je n'entrerai pas dans des discussions de priorité relativement à des faits qui datent tous de la même année, et qui se sont développés immédiatement comme corollaires tout naturels de ma première expérience. »

J'ai à présenter plusieurs observations à l'égard de ces assertions de mon collègue.

En premier lieu, quant à la question de priorité, elle est très-facile à résoudre. Le 28 février 1853, M. Aug. Waller annonça à l'Académie des sciences qu'il avait vu que la galvanisation du nerf grand sympathique au cou produit la contraction des vaisseaux sanguins et une diminution de température. M. Bernard s'empressa de réclamer la priorité de cette découverte, en se fondant sur ce qu'il en avait fait l'objet de plusieurs communications à la Société de biologie, en octobre et novembre 1852. Il ignorait que, plusieurs mois avant lui, j'avais publié cette découverte dans un numéro du journal le MEDICAL EXAMINER de Philadelphie, paru le 1er août 1852.

Dans sa communication du mois d'octobre à la Société de biologie,

M. Bernard ne dit pas un seul mot de la contraction des vaisseaux ni de l'abaissement de la température, qui suivent la galvanisation du nerf grand sympathique. Ce n'est que dans sa communication du mois de novembre qu'il parle de l'état de la circulation, pour dire qu'elle devient faible, et que les oreilles, les narines et la conjonctive pâlissent; mais il ne dit pas qu'il y a abaissement de température. Cependant, comme il dit que la galvanisation du nerf produit des effets diamétralement opposés à ceux de la section, nous admettons qu'il avait observé le refroidissement. S'il en est ainsi, sa première publication des deux faits principaux, que je crois avoir découverts, a été faite en novembre à la Société de biologie. La mienne a donc été faite au moins *trois mois avant*.

J'ajouterai que j'avais énoncé avec précision que les vaisseaux se contractent, et que, par suite de leur contraction, la quantité de sang qui y circule était diminuée, et enfin que, comme résultat de ce dernier fait, la température s'abaissait et la sensibilité diminuait. Dans ses deux communications d'octobre et de novembre, M. Bernard ne dit pas un mot de la diminution de sensibilité.

Quant aux autres effets de la galvanisation du grand sympathique (sur les muscles du visage et du globe oculaire), je les avais observés; mais il n'entrait pas dans le sujet de mon mémoire d'en parler, et je n'en ai rien dit. La priorité, à l'égard de la publication de ces faits, appartient donc à M. Bernard. Je ne songe nullement à la réclamer, bien que j'eusse fait voir ces faits dans un cours très-longtemps avant le mois d'août 1852.

Un mot maintenant pour savoir si ce que j'ai trouvé n'est qu'un corollaire de la découverte de mon collègue Dès que j'ai appris que la section du grand sympathique au cou est suivie de la dilatation des vaisseaux sanguins de la tête et d'une élévation de température, j'ai compris qu'il n'y avait là rien autre chose qu'une paralysie des vaisseaux, et que, par la galvanisation du nerf, on devait produire leur contraction, et, comme conséquence, une diminution de température. C'était là effectivement une déduction toute naturelle des expériences de M. Bernard, mais c'était en même temps quelque chose de tout à fait contraire à l'idée qu'il avait et qu'il a encore que c'est par une influence toute spéciale du grand sympathique que la chaleur s'élève après sa section. Il est tout simple que M. Bernard ne soit pas arrivé du premier coup à la découverte de faits qui sont en opposition avec ses idées.

Quoi qu'il en soit, j'étais tout préparé, depuis plusieurs années, à voir des vaisseaux sanguins se contracter par suite de l'excitation de leurs nerfs; car cela ressort tout naturellement d'une découverte que M. Tholozan et moi avions faite, et communiquée en 1850 à la Société de biologie.

Nous avons constaté sur nous-même et dans des expériences multipliées, que les vaisseaux sanguins de l'avant-bras et surtout ceux de la main, après une excitation extrêmement vive du système nerveux peuvent se contracter à ce point qu'une perte de température de 6 à 12 degrés centigrades peut en être la conséquence. La quantité de sang circulant dans ces vaisseaux diminue tellement que ce refroidissement peut s'opérer en huit ou dix minutes, bien que la température de l'atmosphère où se trouve la main ne soit qu'à 10, 12 ou même 15 degrés centigr.

Je dois dire que le mémoire de M. Bernard, en cours de publication dans la GAZETTE MÉDICALE, a été communiqué à la Société de biologie après une communication que j'y ai faite, et qui avait en partie pour but de prouver que des lésions de la plupart des parties du système nerveux cérébro-spinal peuvent être suivies, pendant un temps variable, d'effets analogues à ceux de la section du grand sympathique au con. Mon mémoire sera bientôt publié dans la GAZETTE MÉDICALE.

(*La suite au prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

(Suite. — Voir le numéro précédent.

I. THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES.

SUITE D'UNE OBSERVATION DE DIABÈTE SUCRÉ; par le docteur CHARLES FRICKE (de Baltimore).

En rendant compte du numéro de juillet 1852 de l'AMERICAN JOURNAL, nous avons rapporté, avec quelques détails, une observation de diabète dont nous donnons aujourd'hui le complément.

OBS. — La quantité d'urine augmenta graduellement jusqu'à la mort; elle n'était plus qu'à peine influencée par les agents médicinaux. Un jour elle monta à 896 onces, et cette énorme quantité de liquide contenait 4 livres 10 onces de sucre. Des abcès se firent jour aux épaules et au dos des mains; le pus qui s'en écoulait contenait du sucre. Il survint de la toux, des crachats rouillés. A cette date le sang ne contenait plus de sucre; il y en avait pourtant dans les matières expectorées. La quantité d'urine diminua peu à peu les jours qui précédèrent la mort. La veille de la mort, il fut rendu 130 onces d'urine, contenant 4 onces de sucre.

L'autopsie montra une infiltration tuberculeuse des deux poumons et de l'hépatisation rouge. Le foie avait l'apparence normale. Les reins, étaient un peu plus volumineux que d'habitude, flasques, mais non congestionnés. On ne rencontra de sucre que dans le sang de la veine hépatique; il n'y en avait point dans le sang des cavités droites ou des cavités gauches.

MÉTHODE DE RÉDUCTION DES LUXATIONS DU POUCE; par le docteur JOHN DOE (de Vermont).

On sait que, dans cette luxation, l'extrémité phalangienne du métacarpe se projette du côté de la surface palmaire de la main, en se faisant un passage entre les muscles fléchisseurs du pouce, qui forment ainsi une anse autour de la tête de l'os. La principale indication du traitement proposé est de mettre les fléchisseurs dans le relâchement, de manière à pouvoir faire passer dans l'anse la tête de la phalange et à lui faire rejoindre la tête du métacarpien pour dégager ensuite simultanément ces deux têtes articulaires. Dans ce but, le docteur Doe propose de poster en arrière les pouces sur le dos du métacarpe, de manière à leur faire faire un angle droit ou légèrement aigu avec cet os. Ensuite les indicateurs portant dans la paume de la main, le chirurgien appuie avec les deux pouces sur le dos de l'extrémité supérieure de la phalange luxée et la pousse avec force à la rencontre du premier métacarpien. La réduction a lieu spontanément, d'après l'auteur, qui pense que ce procédé est assez communément employé en Amérique.

DES DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS ET DE LEUR TRAITEMENT; par le docteur J.-F. PEEBLES, de Petersburg (Virginie),

L'auteur divise toutes les malpositions de l'utérus en deux classes, suivant que cet organe conserve ou ne conserve pas sa direction naturelle par rapport au vagin. La première classe comprend les prolapsus, la seconde tous les autres déplacements, soit par rotation ou inclinaison de l'utérus entier, soit par flexion de cet organe sur lui-même. Nous ne nous arrêterons ici que sur quelques parties de cet intéressant travail auquel la Société médicale de Rhode Island a décerné en 1852 le prix Fiske, et qui comprend dans autant de chapitres : 1° le diagnostic, ou les symptômes locaux des différentes sortes de déplacements; 2° les symptômes généraux ou effets constitutionnels communs à tous les déplacements de l'utérus; 3° le traitement.

Nous remarquons le passage suivant sur le mécanisme des prolapsus : « Par rapport à la cavité dans laquelle il se trouve placé, l'utérus ressemble à un petit cône renversé, qui se trouve placé près du sommet d'un grand cône renversé, dont le diaphragme est la base contractile, les parties molles du périnée le sommet et dont plus des deux tiers des parties latérales sont formées par les muscles puissants de l'abdomen. Par suite de cette disposition, les forces auxquelles est soumis l'utérus sont disposées de telle façon qu'elles aident en quelque sorte à le soutenir dans le bassin. Toutes les pressions de haut en bas aboutissent au périnée, qui réagit sur elles par son élasticité; elles viennent alors se réfléchir de bas en haut sur les parois de l'utérus, dont la disposition se trouve admirablement calculée pour emprunter à ces pressions mêmes un moyen de support et de fixité.— On ne peut démontrer que les ligaments de l'utérus et les liens qui l'unissent au rectum et à la vessie exercent une influence directe contre le prolapsus. C'est alors la perte du pouvoir contractile du périnée, sommet du grand cône abdominal, qui donne lieu au prolapsus utérin. Quand les muscles du périnée ne peuvent plus réagir contre la pression directe, l'utérus obéit aux forces qui le poussent de haut en bas. Alors il presse contre le vagin, qui cède peu à peu. »

Plus loin, en parlant du rôle du vagin dans le mécanisme et les causes de l'antéversion et de la rétroversion, l'auteur remarque « que la résistance que l'on a attribuée au vagin, et sur laquelle on s'est fondé pour expliquer cette fixité du col sans laquelle la rétroversion ne pourrait se produire, est due en grande partie à la longueur et à la courbure du canal vaginal dans les cas analogues. L'anatomie démontre que les faces postérieures et latérales du vagin sont unies à des parties molles et qui cèdent facilement, tandis que les parties antéro-latérales de ce conduit sont attachées d'une manière solide à l'arcade des pubis. Cela fait que dans les cas où le vagin est en même temps long et recourbé, il est évident que c'est la paroi postérieure qui sera

la plus longue. Dans cet état de choses, il est naturel de supposer que la paroi postérieure cédera la première. Cet affaissement a lieu d'abord au-dessous du point d'insertion du col, et s'étend ensuite plus loin à mesure que le corps et le fond de l'utérus descendent dans la cavité pelvienne. »

Quant aux flexions de l'utérus sur lui-même qu'on a reconnues depuis une dizaine d'années être si fréquentes, le docteur Peebles en fait remonter la découverte à Simpson, en 1843, lorsque ce professeur se servit du cathétérisme de l'utérus pour distiguer les flexions de cet organe des déplacements dus à l'anté ou à la rétroversion. « Le tissu normal de l'utérus est flexible, et l'on peut dans l'état naturel faire plier le col dans toutes les directions. Les flexions permanentes peuvent être congénitales et tenir à un arrêt de développement. Ces cas sont les plus rares; dans la plupart des observations, la flexion tient à des conditions morbides qui se sont développées à l'époque de la première menstruation.

» Quand par une cause quelconque le fond de l'utérus est poussé en bas de façon que cet organe se trouve fléchi sur son col, cette flexion peut devenir permanente de deux manières: les parties fléchies peuvent par la persistance de la pression s'atrophier, et il y a alors une perte de substance telle dans les parois utérines que cet organe ne pourra plus se redresser. On redresse facilement ces flexions, on ne les fixe jamais. La flexion peut aussi être permanente sans atrophie partielle. Il y a au contraire, dans ces cas, hypertrophie avec induration, sinon augmentation de volume de l'organe. La flexion est alors moins angulense et souvent l'organe ne peut être redressé. »

A l'article *Traitement* nous remarquons ces observations judicieuses. « Le but thérapeutique doit être de ramener et de maintenir le vagin dans sa position et avec son volume normal. En donnant à ce conduit la longueur et la direction physiologiques, on remédie aux déplacements de l'utérus. Des conditions différentes du rectum et de la vessie, la difficulté des évacuations, le poids des viscères abdominaux, les contractions du diaphragme, présentent des obstacles auxquels il faut prêter une sérieuse attention. Pour lutter avec avantage contre toutes ces causes d'insuccès, il faut agir d'une manière permanente sur le vagin et non sur l'utérus, dont la texture pourrait être altérée par l'action trop longtemps continuée des pessaires. »

Le pessaire dont s'est servi l'auteur est celui du professeur américain Hodge. Il consiste en deux tiges latérales courbées dans la direction du vagin, unies entre elles par une tige transversale qui forme point d'appui contre le cul-de-sac vaginal. Il le conseille dans le prolapsus, les autres déclacements et la flexion de l'utérus.

RELATION DE DEUX CAS REMARQUABLES D'HERMAPHRODISME; par le docteur G.-C. BLACKMAN.

Quand on réfléchit aux différentes lois qui ont été admises depuis Aristote jusqu'à Geoffroy Saint-Hilaire, Knox et Vrolik pour expliquer le développement des organes sexuels, et quand on veut faire cadrer ces hypothèses avec certains faits, on éprouve des difficultés telles qu'il est permis de dire, avec le docteur Blackman : « *Lubenter fateor in re meas non sufficere vires!* » Que si les explications ne cadrent pas parfaitement avec les faits, il faut étudier ceux-ci de point en point; ce n'est qu'à cette condition que les observations nouvelles ont droit d'entrée dans la science pour servir elles-mêmes plus tard de base à de nouvelles théories. A ce titre nous reprocherons au travail que nous avons sous les yeux de ne pas donner des détails suffisamment approfondis sur les anomalies qu'il rapporte.

On pense généralement que tous les cas d'hermaphrodisme sont du *sexe masculin* avec une organisation ou une position anormales des organes génitaux ou urinaires; ou du *sexe féminin* avec un clitoris hypertrophié, un prolapsus utérin; ou appartiennent à des individus chez lesquels les organes de la génération n'ont pas exercé sur le développement de l'organisme leur effet habituel. L'observation suivante fait voir contrairement à l'opinion reçue que des organes caractérisant des sexes différents peuvent exister chez le même individu.

OBS. — Sujet de 26 ans, de forte stature, dont la conformation extérieure, à l'exception des hanches, appartenait au sexe masculin; barbe moyenne, pénis volumineux, scrotum d'apparence ordinaire, mais vide; habitudes et goûts solitaires, ne recherchant pas les femmes; menstruation mensuelle par le pénis, accompagnée de souffrances. Mort de congestion cérébrale dans l'une de ces époques menstruelles.

La figure annexée au mémoire fait voir le pénis, le scrotum, la prostate, le vagin, dans lequel s'ouvre le museau de tanche, l'utérus, la vessie, les tubes de Fallope droit et gauche, les testicules droit et gauche, les ovaires droit et gauche, situés près des ligaments larges à côté des testicules correspondants, le rectum, les deux canaux déférents situés au-dessous des conduits de Fallope.

Le vagin s'ouvrait dans le col de la vessie et communiquait ainsi avec l'urètre; sa surface interne était rouge et contenait du sang menstruel. Les trompes et les conduits excréteurs des testicules étaient parfaitement développés; la prostate était bien apparente et située près du col de la vessie.

La seconde observation dont il est fait mention est relative à un cas d'écoulement sanguin mensuel par l'urètre chez un individu à poitrine large et à habitude extérieure révélant le sexe masculin. Le pénis était court et le scrotum, divisé en deux parties sur la ligne médiane, ressemblait en quelque sorte aux grandes lèvres. Ce sujet recherchait les femmes, n'avait eu qu'un seul rapprochement sexuel à l'âge de 30 ans. L'auteur rapproche ces faits des cas analogues qui existent dans la science, entre autres celui de Petit (HISTOIRE DE L'ACAD. DES SCIENCES, 1720, p. 28; celui du nommé Durge, qui mourut à Bonn en 1835; celui dont parle le docteur Harris, dans l'AMERICAN JOURNAL, juillet 1847; celui que cite Taylor (MEDICAL JURISPRUDENCE); le cas de MM. Bouillaud et Manec (JOURNAL HEBD. DE MED., t. X); du professeur Eschricht (de Copenhague); de Vrolik, etc. Les indications bibliographiques sont assez complètes, et ce travail, qui a de la valeur par lui-même, aurait gagné, comme nous l'avons dit, à une relation plus circonstanciée des faits.

ANALYSE DU SANG; NOUVEAU PROCÉDÉ DE SÉPARATION DES GLOBULES SANGUINS DU COAGULUM; par le docteur BENJAMIN S. SHAW (de Boston).

Pour séparer les globules de la fibrine sans les rompre, de manière qu'ils puissent ensuite être retenus sur un filtre, l'auteur emploie une toile de fil assez fine, dont les fils ne sont pas cependant trop rapprochés, soixante fils par pouce. Quand cette toile a été plusieurs fois lavée, les globules peuvent passer à travers, tandis que la fibrine est retenue complètement. La toile sera préalablement imbibée d'une solution saturée de sulfate de soude; après y avoir renfermé le coagulum, on la plongera dans cette même solution. On pressera petit à petit avec les doigts jusqu'à ce que tous les globules aient traversé la toile; ensuite on filtrera la solution de manière à retenir les globules. Le filtre aura été préalablement pesé et humecté de solution de sulfate de soude, et on aura soin de n'y verser les globules que petit à petit. Les globules seront alors lavés sur le filtre avec une nouvelle solution de sulfate de soude et le filtre étendu sur un bain-marie à 212 degrés Fah. pour *coaguler* les globules. Les globules étant coagulés, on replace le filtre et on lave de nouveau avec de l'eau distillée, de manière à faire disparaître toute trace de sulfate de soude, d'albumine, etc., etc. Ensuite le filtre est desséché et pesé, la différence de ce poids et du poids primitif donne le poids des globules.

MÉTÉOROLOGIE, CONDITION SANITAIRE, MALADIES RÉGNANTES ET STATISTIQUE DE LA MORTALITÉ DE LA VILLE DE MEMPHIS DANS LE TENNESSEE, EN 1852; par le docteur G. R. GRANT.

La mortalité s'est répartie de la manière suivante dans les différents mois de l'année 1852 : janvier, février, mars, avril, de 30 à 38 décès par mois; mai, 55 décès; juin, 119; juillet, 104; août, 58; septembre, 67; octobre, 64; novembre, 56; décembre, 48.

Les maladies régnantes sont divisées par l'auteur en deux catégories suivant qu'elles sont occasionnelles ou endémiques. Dans la première classe, il range la rougeole, le choléra, la fièvre typhoïde. Dans la seconde classe, entrent la diarrhée, la dyssenterie, le choléra sporadique, l'entérite cholériforme des enfants, les fièvres paroxistiques.

Il fait remarquer, à propos de ces statistiques, que la fièvre typhoïde devient depuis quelques années très-fréquente dans les pays à fièvre périodiques bien que ces dernières affections n'aient diminué ni de nombre, ni de gravité. « Ce n'est pas tout, ajoute-t-il ensuite, la phthisie pulmonaire, aussi bien que la fièvre typhoïde, augmente de fréquence à Memphis, où les miasmes fébrigènes sont aussi abondants qu'autour des marais Pontins. »

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 2 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

GLUTEN DU BLÉ.

M. MILLON lit un mémoire sur le gluten du blé. M. Millon a constaté, dès 1848 et 1849, à Lille, ce fait, qu'il a vérifié depuis en Algérie, que des blés of-

frant toutes les apparences des meilleures qualités renferment des proportions variables de gluten, proportions qu'il a trouvées pour quelques-uns n'être que de 7, 8 et 9 pour 100. Bien que ces faits lui paraissent n'être qu'exceptionnels, il les a constatés cependant assez fréquemment et dans des conditions de lieu assez diverses pour penser qu'il mérite d'être pris en considération sérieuse en matière d'expertise.

En présence d'une récolte insuffisante, dit M. Millon, on est exposé à l'habitude à une recrudescence dans les tentatives de sophistication des farines : si les experts doivent, en de pareils moments, redoubler de vigilance, il faut aussi que leurs conclusions tiennent compte de tous les faits acquis par la science et l'expérience.

Cette distinction en blés riches ou pauvres en gluten a encore de l'opportunité, en ce sens que la farine des blés riches en gluten supporte mieux l'addition de la farine de maïs ou de la fécule de pomme de terre, et probablement aussi de toute autre substance féculeote. La panification se fait sans peine avec un mélange où ces substances entrent pour une forte proportion dès que la farine du blé contient beaucoup de gluten. Sous ce rapport les blés durs, dans lesquels tout l'azote se trouve représenté par un gluten énergique, l'emportent encore sur tous les blés tendres.

Toutefois, je dois ajouter que le gluten n'est pas indispensable à la panification. J'ai saisi l'occasion du blé de Guyotville pour faire du pain avec de la farine de blé sans gluten : la pâte se travaille plus difficilement; elle est très-courte, et son développement est moins vif et moins prononcé, mais il se fait encore avec assez de régularité. Ce pain offre aussi à la mastication des caractères particuliers : il s'arrête en quelque sorte au gosier, comme du pain très-rassis. Il est probable qu'indépendamment de ses autres propriétés, le gluten contribue à rendre le bol alimentaire glissant et à lui faire franchir plus agréablement l'isthme du gosier. Je traduirais encore cette sensation en disant que ce pain prend beaucoup de salive; le pain ordinaire en prend moins, et le pain de blé dur moins encore.

— L'Académie, dans sa séance du 9 janvier, a procédé à l'élection d'un membre dans la section de botanique, pour remplir la place laissée vacante par le décès de M. de Jussieu.

La section a présenté la liste de candidature suivante :

En première ligne, M. L.-R. Tulasne; en deuxième ligne, M. Moquin-Tandon; en troisième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, M. Duchartre et M. Trécul.

Au premier tour de scrutin, sur 54 votants, M. Tulasne a obtenu 34 suffrages, M. Moquin-Tandon, 18, et M. Payer, 1. Il y a eu un billet blanc.

En conséquence M. Tulasne a été proclamé membre de l'Académie des sciences, sauf l'approbation de l'empereur.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

SÉANCE DU 10 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. BACQUART.

M. le ministre du commerce adresse une brochure de M. le docteur Vingtrinier, médecin des épidémies, sur les épidémies qui ont régné dans l'arrondissement de Rouen de 1814 à 1850. (Comm. des épid.)

— M. Alquié, professeur à Montpellier, adresse un mémoire sur le traitement opératoire d'un jeune homme atteint d'une extrophie de vessie. (Comm. des futurs corresp.)

M. Maisonneuve présente une note sur une nouvelle méthode d'irrigations nasales, et sur son application au traitement de l'ozène.

— M. Guillon adresse une lettre dont l'objet est :

1° De revendiquer quelques réflexions pratiques sur le traitement des prétendues névralgies du col de la vessie et de l'inflammation de la prostate;

2° D'établir les preuves que l'urétroscope de M. le docteur Desormeaux n'est pas une invention nouvelle, et qu'il ressemble beaucoup au *speculum uretri* que M. Guillon a imaginé et fait connaître dès 1833;

3° De demander un rapport attendu depuis dix ans : 1° sur un procédé très-simple pour la guérison radicale de l'hydrocèle; 2° sur un cas d'incision de valvule intravésicale (le premier de ce genre qu'on ait publié) produisant la rétention d'urine faussement attribuée à la paralysie de la vessie, etc. (Comm. nommée.)

— M. le docteur Goupil (de Montereau) apprend à l'Académie qu'il traite les enfants, du choléra indigène qui règne pendant les grandes chaleurs de l'été, par l'acide sulfurique étendu d'eau. Les succès qu'il a obtenus par ce mode de traitement lui ont suggéré l'idée de l'appliquer au choléra épidémique. (Comm. du choléra.)

— M. Delaporte, médecin vaccinateur (de Vimoutiers), adresse un rapport sur la variole et la vaccine dans le canton de Vimoutiers en 1853. (Comm. de vaccine.)

— M. Chatin lit une première partie d'un nouveau travail relatif à la recherche de l'iode dans les eaux. Il se propose de lire la suite incessamment. Nous résumerons ce travail lorsqu'il sera terminé.

EAUX DES CASERNES, DES FORTS ET DES POSTES-CASERNES DES FORTIFICATIONS DE PARIS.

M. H. Gaultier de Claubry lit, en son nom et celui de M. Michel Lévy, un rapport sur un mémoire de M. Poggiale ayant pour titre : Recherches sur les eaux des casernes, des forts et des postes-casernes des fortifications de Paris, mémoire dont nous avons publié un résumé et une analyse dans le numéro du 22 janvier 1853.

M. le rapporteur apprécie en ces termes les principaux résultats consignés dans le travail de M. Poggiale :

Les données auxquelles M. Poggiale a été conduit par ses recherches sur ce sujet lui ont fourni des résultats qui exerceront une heureuse influence sur l'hygiène du soldat. Dès longtemps on a signalé, dans un grand nombre d'eaux, l'existence de l'acide silicique; depuis que les analyses se sont multipliées, on a reconnu que toutes en renfermaient. Les recherches de M. Poggiale viennent ajouter, sous ce rapport, de nouveaux faits à ceux qui étaient connus antérieurement.

L'iode et le brome, rencontrés d'abord dans quelques eaux minérales, sont beaucoup plus généralement répandus que d'abord on pouvait le penser. Les recherches de M. Marchand et de notre collègue M. Chatin ont particulièrement attiré l'attention sur l'existence du premier de ces corps, qui, pour M. Chatin, se lie essentiellement à la question du goître.

M. Poggiale a trouvé de l'iode dans toutes les eaux qu'il a analysées; mais contrairement à des opinions émises à ce sujet, sa proportion ne serait pas en rapport avec leurs bonnes qualités : ainsi les eaux séléniteuses du mont Valérien renferment plus d'iode que les eaux de Seine et d'Arcueil. L'auteur ajoute cependant que les eaux chargées de matières salines, et surtout de sels calcaires, contiennent généralement peu d'iode.

Les nitrates sont beaucoup plus généralement répandus qu'on ne l'avait pensé autrefois; il en est de même des matières organiques, dont il existe des proportions plus ou moins grandes dans toutes les eaux analysées par M. Poggiale; leur proportion, tout aussi bien que leur nature, exerce une action très-importante sur les qualités de ces eaux.

La nature des terrains que traversent les eaux mérite de fixer à un très-haut degré l'attention. Dans ces derniers temps, M. Grange a émis l'opinion que la question du goître était intimement liée à l'existence des terrains magnésiens. Cette opinion a été contestée par divers observateurs. Les recherches de M. Poggiale sont loin de lui apporter un appui, et démontrent la présence de la magnésie dans un très-grand nombre des eaux sur lesquelles il a opéré, et qui n'offrent aucun des caractères que leur attribue M. Grange.

M. le rapporteur termine en ces termes :

Le travail de M. Poggiale est digne de la haute approbation de l'Académie; il vient s'ajouter aux travaux de cet habile chimiste, qui déjà lui ont mérité les suffrages de la compagnie, et prendre rang parmi ceux si nombreux et si importants qu'un grand nombre de savants ont publiés depuis peu d'années sur les eaux potables.

La commission propose à l'Académie d'adresser des remercîments à l'auteur, et d'accorder son approbation au travail qu'il lui a présenté.

M. Desportes ne voit pas que les conclusions élogieuses du rapport soient suffisamment justifiées, le travail qui en est l'objet ne contenant aucun résultat nouveau et ne faisant que confirmer ce qui est déjà connu.

M. Chevallier est loin de partager l'opinion de M. Desportes. Le travail auquel s'est livré M. Poggiale avec un zèle si louable, est d'une extrême difficulté, et exigeait de la part de son auteur un véritable dévouement à la science. M. Desportes n'eût certainement pas tenu un pareil langage s'il eût connu tous les détails des analyses nombreuses et difficiles qu'a dû faire M. Poggiale. Ce travail est digne à tous égards de la haute approbation de l'Académie.

M. Larrey demande formellement que l'approbation de l'Académie soit donnée à M. Poggiale. Indépendamment du mérite des analyses chimiques, dont il n'est pas juge, mais que M. le rapporteur et M. Chevallier ont su apprécier, il y a dans le travail de M. Poggiale des résultats trop importants, au point de vue de l'hygiène du soldat, pour que l'Académie ne doive pas s'empresser de lui accorder son approbation.

M. Chatin, tout en appuyant ce que viennent de dire MM. Larrey et Chevallier, à l'appui des conclusions du rapport, relève une contradiction apparente que renferme le travail de M. Poggiale. M. Poggiale exprime d'abord cette proposition, qui est vraie, que les eaux calcaires renferment en général moins d'iode que les eaux légères; cependant on a vu qu'il a constaté des proportions considérables d'iode dans les eaux du mont Valérien qui sont extrêmement séléniteuses. Cette contradiction apparente s'explique par une circonstance particulière, que M. Chatin lui-même a vérifiée : elle tient à la composition particulière des couches géologiques du mont Valérien, qui contiennent une grande quantité d'iode, dont elles abandonnent une partie aux eaux qui en sourdent.

M. H. Gaultier de Claubry insiste, comme l'ont fait M. Chevallier et M. Larrey, sur le mérite et la haute valeur des recherches de M. Poggiale, non-seulement au point de vue chimique, qui ne laisse rien à désirer, mais encore au point de vue de l'hygiène militaire. Il croit en conséquence devoir maintenir ses conclusions.

M. Robert demande pourquoi M. le rapporteur ne propose pas la publication du travail de M. Poggiale dans les recueils de l'Académie.

M. le Rapporteur répond que le travail de M. Poggiale est actuellement à l'impression.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées à l'unanimité.

ÉPIDÉMIES QUI ONT RÉGNÉ EN FRANCE PENDANT L'ANNÉE 1852.

M. E. Gaultier de Claubry lit au nom de la commission des épidémies le rapport général annuel sur les épidémies pour l'année 1852. Nous extrayons de ce rapport les principaux résultats qu'il constate.

La commission a reçu, dit M. le rapporteur, 44 rapports sur les épidémies

de fièvre typhoïde, 3 sur les fièvres intermittentes et rémittentes paludéennes, 2 sur la suette miliaire, 6 sur la dyssenterie, 3 sur la variole, 3 sur la rougeole, 3 sur la scarlatine, 4 sur les angines couenneuses et gangréneuses, 1 sur la grippe, la fièvre catarrhale et le croup, 1 sur la pustule maligne, 1 sur la pneumonie, 1 sur les oreillons, enfin 1 sur la teigne.

Sur les 44 rapports relatifs à la fièvre typhoïde, la commission a conservé, dans 3 ou 4 cas, quelques doutes sur l'exactitude de la dénomination imposée à la maladie épidémique, et il lui a semblé qu'il existait seulement des embarras gastriques et intestinaux, de légères fièvres muqueuses et bilieuses; qu'au plus quelques cas avaient offert le caractère non contestable de la fièvre typhoïde. Mais dans toutes les autres épidémies, il n'y avait aucun doute à conserver; la symptomatologie propre à cette affection, la marche de la maladie et jusqu'aux altérations anatomiques que l'ouverture des cadavres venait mettre en lumière, dissipaient toutes les incertitudes; dans tous ces cas il s'agissait bien de fièvre typhoïde.

D'ailleurs si cette dernière affection semble être plus commune aujourd'hui que par le passé, cela ne tient-il pas en grande partie à ce que jadis, selon les systèmes qui prédominaient en médecine, cette fièvre portait des noms différents? Il n'y aurait donc plus là qu'une question de nomenclature et de synonymie.

D'un autre côté, vous n'avez pas oublié que votre commission a, dans un rapport spécial, combattu les assertions d'un médecin qui voulait expliquer la multiplicité des fièvres typhoïdes de l'époque actuelle par la substitution qui se serait faite de nos jours de cette même affection à la variole jadis si commune, de sorte que l'éruption caractéristique de la variole ne se faisant plus au dehors, par suite de l'inoculation du cow-pox, serait remplacée par l'affection typhoïde, dans laquelle un travail pathologique, appelé improprement exanthème interne, se fait au dedans. La nature, en 1852, s'est empressée de fournir des preuves inattaquables de la fausseté de cette hypothèse, en montrant de nombreux sujets, jadis atteints par la variole confluente, que la fièvre typhoïde n'a pas plus épargnés que les sujets vaccinés.

Vingt départements ont vu la fièvre typhoïde se manifester sur quarante-quatre points différents de leur étendue et à des époques différentes de l'année. Parmi ces départements, quelques-uns l'ont vue jusqu'à quatre, à cinq et même à neuf fois; les autres n'en ont observé chacun qu'une seule épidémie.

La proportion suivant laquelle la population des diverses communes, des villages, des bourgs, a été affectée, a singulièrement varié. Quelquefois du 129e seulement, du 75e, du 55e et même du 32e encore, elle a été du 17e, du 12e; on l'a vue être du 6e, du quart même, et jusqu'à la moitié du nombre total des habitants de certaines localités, et, chose remarquable, on a vu cette proportion varier notablement dans des communes limitrophes, et par conséquent soumises aux mêmes influences générales de température, d'humidité, etc.

La proportion de la mortalité n'a pas moins varié dans les diverses épidémies. On l'a vue être du tiers, du quart, du 6e, du 9e, du 17e et même du 22e. Mais si nous considérons l'ensemble des cas mentionnés dans les 44 rapports de 1852, nous trouvons, sur environ 1,500 cas qui nous ont été signalés, 192 décès, ou du 6e au 7e, et comme déjà dans les rapports généraux de la commission de 1841 à 1851, sur 13,306 cas de fièvre typhoïde, nous avons trouvé 2,068 cas de décès, ou bien la proportion de 1 sur 6 1/2, et que M. Druhen (du Doubs) a vu que la proportion pour quinze ans de temps a été d'un 7e; il semble naturel de conclure qu'une loi fatalement invariable préside à l'évolution de l'affection typhoïde et en détermine la léthalité.

Il est difficile de dire dans quelle proportion les sexes et les âges ont été frappés, attendu que beaucoup de rapports ne mentionnent aucun renseignement à cet égard. On voit seulement que sur 634 malades il y avait 239 hommes, 216 femmes et 169 enfants des deux sexes, et de moins de 15 ans d'âge. Mais les proportions auraient pu être complétement changées si les détails eussent été donnés avec plus de précision par tous les médecins des épidémies.

Le traitement de la maladie a beaucoup varié, selon les vues des divers praticiens. C'est ainsi que quelques-uns, en petit nombre d'ailleurs, se sont prononcés pour les émissions sanguines générales et locales, pratiquées avec largesse; que beaucoup d'autres n'en ont usé qu'avec une extrême réserve, et qu'ils ont même posé en principe qu'on doit s'en abstenir dans une affection où il est si important de ménager ses forces, en vue de l'inévitable longueur de la maladie et de la convalescence non moins longue qui en est la suite; qu'un plus grand nombre a employé spécialement les purgatifs salins, plus ou moins fréquemment administrés, et que d'autres enfin, fort nombreux aussi, reconnaissant par l'organe de l'un d'entre eux que la science n'a pas encore dit son dernier mot, ne prescrivent que le traitement le plus simple, se bornant à remplir les indications, à faire la médecine des symptômes.

Deux épidémies graves de fièvres intermittentes et rémittentes pernicieuses ont été observées dans des communes de la Moselle et du Lot-et-Garonne, et une troisième épidémie de même nature a en lieu aux environs de Bone, en Algérie, pendant l'année 1852. Dans ces trois cas, la cause de l'épidémie a été de toute évidence. De grands travaux de remblai pour l'établissement d'un chemin de fer, de creusement des terres pour la construction d'un canal, la création de routes stratégiques, ont nécessité d'immenses remaniements de terre, ont donné lieu à de vastes excavations, où les eaux pluviales et autres ont séjourné, où de véritables marais se sont produits avec leurs funestes conséquences. Ainsi, des communes jouissant de temps immémorial d'une salubrité parfaite, sont devenues des lieux dangereux à habiter; les populations ont éprouvé des fièvres intermittentes et rémittentes graves jusqu'alors inconnues; leur constitution s'est altérée; la mortalité s'est accrue; le chiffre des naissances s'est abaissé au-dessous de celui des décès. Pour prévenir de semblables inconvénients, pour y remédier, il aurait fallu, il faudrait encore faire combler les excavations étendues qui bordent les routes, procurer l'écoulement des eaux stagnantes, achever des canaux dont l'exécution est suspendue depuis plusieurs années.

Le sulfate de quinine ne remédierait qu'imparfaitement à de si graves inconvénients; la puissance de la cause d'intoxication paludéenne ramènera incessamment les mêmes effets, et la constitution des malheureuses populations riveraines continuera à s'altérer.

Cinq départements, la Côte-d'Or, la Marne, le Morbihan, la Somme et les Vosges, ont vu, en 1852, des épidémies de dyssenterie exercer plus ou moins de ravages parmi les populations; mais, comme cela arrive toujours dans les épidémies même de nature semblable, il y a eu la plus grande variation dans la proportion suivant laquelle les populations ont été atteintes et dans celle du chiffre de la mortalité.

Ces cinq épidémies ont eu lieu à peu près à la même époque de l'année 1852; sauf une qui a commencé dès la fin du mois de juin, les quatre autres se sont manifestées à la fin d'août et en septembre, l'année ayant été remarquable à cette époque par les fréquentes et notables variations dans sa température et par des pluies abondantes.

Il y a eu peu de différences dans la pratique des divers médecins qui ont été appelés à traiter les dyssentériques dans ces cinq épidémies. Une remarque faite à peu près par tous est que le traitement antiphlogistique par et surtout énergique, ne donnait pas des résultats favorables; la marche de la maladie n'en était pas entravée, non plus que la durée diminuée, et même de fâcheux résultats ont pu être imputés à ce mode de traitement; tandis que les évacuants au début, les albumineux, les mucilagineux, l'opium, ont été fructueusement administrés.

Nous ne ferons qu'indiquer sommairement quelques épidémies de variole, de rougeole, de scarlatine, qui ont été observées en 1852. La plus considérable a été l'épidémie de variole qui a eu lieu à Mende dans la Lozère. Sur 315 malades, il y a eu 89 morts, ou plus du quart des sujets affectés. Partout la négligence dans la pratique de la vaccination avait multiplié le nombre des sujets qui restaient aptes à contracter la variole; il a suffi qu'un sujet varioleux arrivât dans l'endroit pour que bientôt la variole se répandît parmi les habitants. Partout aussi les vaccinés ont été épargnés, ou n'ont eu, en général, qu'une varioloïde sans gravité. Quelques sujets ont éprouvé une récidive de la variole, et plusieurs y ont succombé. Il a suffi de pratiquer d'office de nombreuses vaccinations pour arrêter la marche et mettre fin aux ravages des épidémies de variole.

Une épidémie d'angine tonsillaire et trois épidémies d'angine couenneuse et gangréneuse ont régné en 1852. MM. Foucault (de la Marne) et Dubourg (de Lot-et-Garonne) ont envoyé chacun un excellent rapport sur les épidémies diphthéritiques qu'ils ont observées.

Traitant de l'étiologie de la maladie, M. Dubourg reconnaît sans peine que les causes immédiates échappent à l'appréciation de l'observateur le plus attentif. Les vicissitudes atmosphériques n'ont aucune action spécifique, et ne peuvent être considérées que comme des circonstances accessoires. Et M. Foucault ajoute que les mauvaises conditions hygiéniques ont dû seulement aider au développement de la maladie et faire prendre à cette dernière un caractère épidémique chez des sujets placés dans de mauvaises conditions.

Deux départements, l'Eure et le Jura, ont vu, en 1852, quelques-unes de leurs communes être frappées par la suette miliaire.

Les médecins qui ont traité ces deux épidémies, partageant à cet égard la conviction d'un grand nombre de leurs collègues les plus distingués, se montrent fortement enclins à admettre qu'il existe dans la suette miliaire un état analogue à ce qui constitue les fièvres intermittentes et rémittentes pernicieuses; que les accidents foudroyants et trop souvent mortels, qui se déclarent quelquefois même au milieu des apparences d'une bénignité non douteuse de la maladie régnante, sont le résultat d'une véritable complication de fièvre pernicieuse. Heureusement, au point de vue de la médecine pratique, que le sulfate de quinine, administré promptement et avec persévérance, selon l'expression de M. Dubourg, procure les plus heureux résultats et semble véritablement arracher les malades à une mort inévitable.

Quelques petites épidémies d'affection catarrhale, de grippe, de croup, de pneumonie, de pustule maligne, d'oreillons et de teigne, n'exigent de notre part qu'une simple mention.

Après cet exposé succinct des diverses maladies épidémiques dont l'Académie a reçu communication pour l'année 1852, il reste à votre commission à vous faire connaître en peu de mots les impressions qu'elle a ressenties à la lecture de tant de rapports envoyés par les médecins des départements.

Il lui semble incontestable que si dans aucun cas peut-être la mauvaise construction des maisons, la présence des fumiers sur la voie publique, telle nourriture peu substantielle, etc., n'ont produit essentiellement les maladies qui ont sévi sur les populations rurales en 1852, et en particulier les fièvres typhoïdes qu'on a vues être si nombreuses, cependant une habitation basse, enterrée dans le sol, humide, froide, peu spacieuse, privée des dispositions convenables pour l'établissement d'une facile aération et pour l'accès de la lumière, où les hommes et les animaux vivent, mangent, dorment, respirent ensemble dans une atmosphère viciée, les émanations fétides des fumiers amassés sur la voie publique devant l'ouverture unique des maisons, celles des mares d'eau corrompues existant au milieu des rues, etc., sont autant de conditions bien propres à produire une détérioration toujours croissante de la constitution des villageois, livrés d'ailleurs à des travaux excessifs pendant

une grande partie de l'année, et forcément réduits à l'inaction pendant les mois de l'hiver, et par suite à rendre des corps déjà affaiblis, cachectiques, plus susceptibles de ressentir l'influence des causes le plus souvent inconnues, mais réelles, des épidémies, nous dirons même des causes spécifiques, plus bornées dans leurs effets; —qu'il serait donc du devoir de l'autorité supérieure, souveraine gardienne de la santé publique, de prendre des arrêtés sévères et indispensablement exécutoires, pour que les voies publiques des communes rurales fussent mieux entretenues, que dans certaines localités la pente du cours des rues fût mieux ménagée, pour faciliter l'écoulement des eaux pluviales ou autres, et pour qu'il ne pût s'y former des flaques d'eau croupissantes; que l'utile système du drainage fût appliqué dans quelques endroits, pour empêcher la diffusion des eaux à la surface du sol, où elles entretiennent une humidité nuisible; qu'il fût défendu d'accumuler les fumiers devant les habitations; que les habitants des campagnes fussent excités, encouragés à améliorer le système de construction de leurs modestes demeures, à y faciliter l'accès de l'air et de la lumière; qu'on fit combler sans délai les fossés où stagne une eau corrompue, source d'émanations délétères; ce qui tournerait au profit des communes, en rendant à la culture de vastes surfaces du sol aujourd'hui perdues pour elle; en un mot qu'on s'appliquât à procurer dans l'état matériel des communes rurales, en vue de prévenir la production des épidémies, les améliorations du sol, des cours des eaux, des habitations, etc., qu'on s'efforce, mais trop tard, d'exécuter, quand une fois la maladie a éclaté, et souvent a fait déjà de nombreuses victimes.

M. Bussy exprime le regret que M. le rapporteur n'ait point fait mention dans son rapport des comités d'hygiène qui ont été institués depuis quelques années dans tous les départements et qui sont à même de signaler au ministre les besoins de la localité et de veiller à l'exécution des mesures de salubrité prescrites par l'administration.

M. le Rapporteur a pensé qu'il était du devoir de la commission de l'Académie de signaler elle-même directement au ministre et les causes d'insalubrité qui règnent dans certaines localités, et d'appeler l'attention de l'administration sur les mesures à prendre.

MM. Chevallier et Dubois (d'Amiens) appuient le rapporteur et maintiennent à cet égard les droits de l'Académie.

M. Moreau signale comme la cause qui s'oppose presque partout à l'exécution des mesures proposées par l'Académie et par les conseils d'hygiène, la pauvreté des communes.

M. Londe cite à l'appui de ce que vient de dire M. Moreau, le fait suivant. Une proposition avait été faite d'engager les communes à prendre un abonnement aux Annales d'hygiène. Le défaut de ressources financières a empêché la réalisation de cette mesure.

Le rapport de M. Gaultier de Claubry est adopté.

L'Académie se forme en comité secret à quatre heures et demie pour entendre un rapport sur les associés libres.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité clinique et pratique des maladies des vieillards; par M. Durand-Fardel — 1 vol. in-8° de 876 pages — Paris, 1854.

L'ouvrage dont nous avons à rendre compte est un bon livre; après l'impression que nous a causée sa lecture, nous devions débuter par cet éloge. Il est conçu et écrit dans le style, les idées et les procédés de l'École de Paris, c'est-à-dire d'après une méthode exacte d'observation, en comptant, analysant, disséquant, appréciant chaque symptôme, en cherchant à rattacher une maladie à chaque genre d'altération pathologique des tissus. Le livre de M. Durand-Fardel, le premier paru en France sur les maladies des vieillards, n'est pas le premier dans le monde médical: en Angleterre, E. Day a précédé M. Durand-Fardel, et Constatt, en Allemagne, a doté la science d'un livre éminemment philosophique, auquel le médecin français dont nous analysons l'œuvre reproche « de manquer, comme ceux de la plupart de ses compatriotes, de ce cachet d'observation rigoureuse et personnelle qui seul donne aux œuvres de ce genre une véritable autorité, et aux assertions qu'elles renferment un caractère de certitude. » Élevés dans le milieu de cette école, ne voyant guère procéder autour de nous qu'à l'aide de cette observation matérielle, analytique, qui se résume presque tout entière dans l'étude des symptômes, le soin du diagnostic et l'anatomie pathologique, nous trouvons naturellement que l'air que nous respirons est le seul air vital, et qu'en dehors de notre sphère tout est vicié. Il faudrait peut-être, pour asseoir son jugement, se placer un peu plus haut, se mettre en un point d'où l'on pût dominer toute la science, sortir, en un mot, de la coquille dans laquelle on croit trop souvent que tout le monde est renfermé avec son propre individu. Si nous reprochons aux Allemands de manquer d'observation personnelle exacte et précise, ils nous accusent tout aussi franchement et carrément, nous ajouterons tout aussi justement, de faire trop consister la science dans une analyse souvent oiseuse et stérile, dans l'établissement d'espèces souvent artificielles, n'ayant qu'une lésion et quelques symptômes pour base, de nous évertuer à un diagnostic différentiel minutieux qui nous tient de longues heures, tandis qu'arrivés au traitement, au but définitif de nos recherches, de nos efforts, nous ne disons qu'un mot et souvent une banalité. Il ne faut pas nous le dissimuler, nos cliniques sont sévèrement jugées par les Allemands étonnés, après nos longues dissertations, de nous voir accoucher d'un *ridiculus mus.* A quoi bon disséquer en quatre ou cinq espèces morbides un tout que nos prédécesseurs considéraient comme simple, si nos quatre ou cinq nouvelles espèces sont confondues dans une thérapeutique commune, si chacune d'elles aboutit finalement à la même indication? Après un tel avortement, on a bien le droit de se demander: Au lieu d'une maladie, ne s'agirait-il que d'une lésion ou d'un symptôme?

Les travaux de M. Durand-Fardel sur le ramollissement du cerveau ont été justement couronnés par l'Académie, et restent une œuvre très-marquante de notre époque; mais, somme toute, où aboutissent-ils? Aux points de vue physiques et sensibles, à la détermination d'une lésion et à la reconnaissance d'un groupe de symptômes. M. Durand-Fardel met tous les ramollissements sous la dépendance de congestions sanguines successives survenant chez le vieillard, et fait contribuer aussi à leur formation les congestions antécédentes qui ont eu lieu pendant l'âge adulte. Voilà la thérapeutique du ramollissement identifiée avec celle de la congestion; voilà le ramollissement réduit à n'être plus qu'une des terminaisons de la congestion cérébrale! Avouez que les Allemands, partant de leur point de vue trop exclusif, de même que nous partons aussi, pour les juger, d'idées trop égoïstes et trop absolues, auraient réellement matière à critiquer en voyant les petits résultats pratiques et utiles d'œuvres et de recherches si pleines de labeurs, d'observation, de conscience et de vrai savoir.

Nous le répétons, les principes et les idées qui servent de base au jugement de nos voisins sont trop exclusifs et trop absolus. L'exacte observation conduit souvent à des résultats pour le moment plus curieux qu'utiles, mais que d'autres découvertes viennent plus tard féconder. Le ramollissement cérébral pourrait même servir d'exemple de cette fécondation ultérieure. M. Durand-Fardel persiste dans son idée primitive, que tout ramollissement est la conséquence de congestions; c'est donc pour lui une maladie en quelque sorte active, sthénique, hypérémique, se rattachant plus ou moins directement et d'une manière plus ou moins éloignée au molimen inflammatoire. Eh bien! ceux qui ont écrit sur le ramollissement après M. Durand-Fardel n'ont pu se ranger à son avis; malgré cet estimable auteur, l'opinion suivante a cours dans la science: il est des ramollissements suite de congestion sanguine, ramollissements actifs, sthéniques, se rattachant à l'inflammation et exigeant en général des déplétions et la dérivation; mais il en est aussi de deux autres espèces, provenant les uns d'une altération des vaisseaux, tandis que les autres constituent une sorte de maladie spéciale sénile. Dans cette dernière, les antiphlogistiques sont nuisibles, et l'on a obtenu des succès des toniques, des acides minéraux, des astringents. Dans ses savants efforts pour démontrer la nature congestive des ramollissements, M. Durand-Fardel oublie une preuve: *Naturam morborum ostendit curatio.* Or nous possédons nous-même, malgré le peu d'étendue de notre observation des maladies du vieil âge, des cas qui établissent l'efficacité d'une telle médication astringente et tonique, dans ces ramollissements purement séniles.

Nous ne savons pas jusqu'à quel point les preuves si impartiales que M. Durand-Fardel invoque pour établir ses idées ne déposeraient pas contre lui: ainsi, chez 52 vieillards ayant une hémorrhagie ou un ramollissement cérébral, il a noté 9 fois les artères saines, 43 fois les artères épaissies ou ossifiées, et chez les vieillards n'ayant ni hémorrhagie ni ramollissement, 13 fois les artères saines, 29 fois épaissies ou ossifiées. On ne peut nier, d'après cela, que les artères cérébrales des vieillards n'offrent des conditions pathologiques spéciales et fréquentes, et que ces altérations ne soient précisément plus nombreuses chez les vieillards atteints de ramollissement ou d'hémorrhagie. L'influence des modifications apportées par l'âge dans la texture des artères nous paraît ressortir de ces chiffres. On dira sans doute: Mais on a trouvé les artères saines chez quelques vieillards au cerveau ramolli ou hémorrhagique, et les artères malades chez des vieillards morts d'affections étrangères au cerveau. Sans doute; mais d'abord une cause ne produit point toujours et fatalement son effet, et en second lieu, on comprend à merveille qu'il y ait des ramollissements avec des artères saines, puisque, parmi les plusieurs espèces de ramollissements que nous admettons, il en est un, le congestif, qui est parfaitement compatible avec l'intégrité des conduits du sang. Je crois qu'avec les idées

adoptées généralement sur le ramollissement, on se rend beaucoup mieux compte des faits qu'à l'aide du principe absolu posé par M. Durand-Fardel, et qu'on institue une thérapeutique bien plus utile. Ainsi, somme toute, le ramollissement cérébral est, à nos yeux, chose plus importante, plus complexe que pour M. Durand-Fardel lui-même, et son étude aboutit, non à une répétition ni à une banalité thérapeutique, mais à d'utiles indications.

Si nous ne nous trompons, notre critique directe est un éloge indirect, et nous restituons aux découvertes de M. Durand-Fardel une importance qu'il tendrait à amoindrir lui-même.

Nous n'avons pas donné une entière approbation à la méthode terre à terre de l'observation physique, à l'analyse sans synthèse, à la création d'espèces anatomiques et symptomatiques qui n'aboutissent à aucune utile indication thérapeutique, en un mot aux allures trop exclusives de l'École de Paris. Eh bien! nous voyons avec satisfaction que M. Durand-Fardel, tout en suivant le drapeau à l'ombre duquel il a grandi, sait néanmoins s'y soustraire dans l'occasion, et laisser la lésion physique, l'espèce anatomique, pour s'élever à la conception de l'idée d'une maladie, complexe, si l'on veut, mais reposant sur une plus large observation et aboutissant à d'utiles indications thérapeutiques. Il faut quelquefois oublier le diagnostic différentiel anatomique pour embrasser l'ensemble, le mal local pour l'état général du sujet, l'individualité de chaque lésion pour leur résultat commun, pour leur aboutissant. C'est ce qu'a fait M. Durand-Fardel dans l'étude du catarrhe pulmonaire et bronchique : il décrit la maladie en bloc, qu'elle soit ou non accompagnée d'asthme, de dilatation des bronches, d'emphysème; mais il a soin néanmoins de signaler les indications thérapeutiques particulières et les caractères symptomatiques spéciaux qui proviennent de la présence ou de la prédominance de telle ou telle affection, de telle ou telle lésion. Ce mode d'agir est aussi une tendance à la doctrine des éléments appliquée à la pratique, doctrine si féconde, qui permet de consulter à la fois les indications générales et les indications partielles.

Après cet aperçu en grand et le jugement que nous avons essayé de porter sur l'esprit du livre que nous analysons, faisons-en connaître les diverses parties et la manière dont elles sont traitées.

Et d'abord chaque affection est étudiée avec le plus grand soin : après un rapide coup d'œil d'ensemble et quelques indispensables discussions théoriques, les causes, les symptômes, la marche, la durée, les complications, le traitement, l'anatomie pathologique, sont exposés d'une manière lucide, critique et complète. Des observations et des réflexions cliniques viennent appuyer les énoncés. La plupart de ceux-ci ne sont que le résultat du dépouillement et de l'analyse d'un certain nombre d'observations : c'est dire qu'ils ont un haut degré de précision. La thérapeutique a reçu une extension et des développements qu'on rencontre trop rarement dans les livres modernes de pathologie; on trouvera d'excellents préceptes et des discussions pratiques vraiment précieuses, au sujet surtout des affections catarrhales du poumon et de la pneumonie. Sous ce dernier rapport, les maladies de la poitrine sont mieux traitées que le ramollissement cérébral, quoique celui-ci soit pour M. Durand-Fardel, passez-moi l'expression, non plus une vieille maladie, mais une affection *originale*. Cela viendrait, à notre sens, de ce que le ramollissement cérébral, compris à la manière de M. Durand-Fardel, ne serait plus qu'une terminaison d'une autre maladie, de la congestion, ou plutôt de ce que l'auteur a rétréci la portée de ses travaux.

Nous ne pouvons que renvoyer le lecteur aux chapitres débordant de bons préceptes, de sages appréciations, de préceptes cliniques précis, où M. Durand-Fardel envisage d'abord le traitement de la pneumonie primitive, avec ses indications tantôt spoliatives, tantôt perturbatrices et sédatives, tantôt enfin franchement toniques, ensuite le traitement de la pneumonie secondaire, et enfin de la pneumonie chronique. L'article des antimoniaux est exposé et discuté avec bonheur.

Après les affections du cerveau, à savoir : la congestion cérébrale, la méningite, le ramollissement, les hémorrhagies des méninges, l'infiltration sanguine du cerveau, l'hémorrhagie cérébrale, arrivent, comme nous l'avons dit, les maladies de l'appareil respiratoire, à savoir : le catarrhe pulmonaire, la pneumonie, et des maladies plus rares chez les vieillards, la phthisie pulmonaire, la pleurésie, les congestions et infiltrations sanguines. M. Durand-Fardel a raison de le dire : c'est par le cerveau, le poumon et le cœur que meurent presque toujours les vieilles gens, mais encore faut-il faire la part exacte de chacun de ces groupes.

A ce sujet un mot de statistique n'eût pas été inutile; suppléons à cette omission par un emprunt fait à un travail de M. Faure-Villard, médecin principal à l'hôtel des Invalides, travail dont M. Durand-Fardel n'a pas eu connaissance, et qui pourtant eût peut-être révélé à l'auteur de l'estimable livre que nous analysons, une omission considérable. M. Durand-Fardel en conviendra, l'introduction naturelle, nous dirons plus, obligée d'un traité des maladies des vieillards, c'est l'indication précise et chiffrée, matériaux si faciles à recueillir dans un hospice, des maladies qui causent les décès, et secondairement le classement des époques de l'année d'après leur nécrologue. Quelques-uns de ces documents se trouvent partiellement épars çà et là; mais, ainsi disséminés, ils sont perdus pour la généralisation.

La mortalité a été à l'hôtel des Invalides, pendant quinze années, en distrayant les ravages du choléra, de 87 pour 1,000, et de 66 à la succursale d'Avignon. Les maladies qui ont causé les décès doivent être rangées dans l'ordre suivant :

Broncho-pneumonies	125	pour 1,000
Dynamie sénile	100	—
Congestion cérébrale	92	—
Hémorrhagie cérébrale	81	—
Lésions organiques du cœur	71	—
Catarrhes chroniques	70	—
Phthisie pulmonaire	52	—
Myélites, paralysies	35	—
Embarras intestinaux, gastro-entérite	33	—
Affections cancéreuses	28	—

Chaque mois est loin d'entraîner la même mortalité : M. Faure-Villard fait une classification qui part de mars, le mois le plus chargé, puisqu'il donne en moyenne 29 décès, et qui se termine à juillet, où figurent seulement 15 décès.

Ici se présente immédiatement une réduction de la plus haute importance : les mois à température peu élevée et ceux qui succèdent à la saison d'hiver qui a impressionné tous ces vieux organismes invalides, sont les plus chargés en mortalité, tandis que l'été et l'automne jouissent d'une immunité relative; en second lieu, la succursale d'Avignon a toujours donné moins de mortalité que l'hôtel de Paris. L'induction, la voici : les climats tempérés sont plus favorables à la vieillesse que les pays à température plus rigide; Avignon vaut mieux que Paris; l'été et l'automne sont préférables à l'hiver et au printemps.

Au tableau de la mortalité par genre de maladies ne figurent ni le ramollissement cérébral, ni les affections des voies urinaires, ni les affections chirurgicales, ni les affections du foie, etc., quoique ces maladies aient été des causes plus ou moins fréquentes de décès, parce que M. Faure-Villard n'a fait figurer que les 10 maladies qui ont produit le plus de mortalité.

Pendant qu'il y a eu 192 décès par broncho-pneumonie, il n'y en a eu que 36 par la maladie désignée sous le titre d'encéphalite chronique, et qui représente probablement en grande partie le ramollissement cérébral. Ces statistiques nous semblent amoindrir l'importance du rôle attribué aux ramollissements du cerveau.

En additionnant toutes les maladies du cerveau et des méninges, d'une part, et d'autre part toutes celles du poumon et de son enveloppe, sans compter les asthmes, on arrive encore également à ce résultat, que la mort par le poumon est bien plus fréquente que par le cerveau :

Maladies du cerveau.	337
— du poumon.	425

Enfin un coup d'œil jeté sur le tableau dressé aux Invalides, nous montre au second rang l'adynamie sénile, comme cause de mort. A dire vrai ce n'est probablement point une maladie; mais toujours méritait-elle un chapitre dans le livre de M. Durand-Fardel, qui ne lui en consacre point cependant.

Les maladies de l'abdomen ne viennent, considérées comme cause de décès, qu'après celles du poumon et du cerveau; elles marchent *ex æquo* avec celles des organes circulatoires. M. Durand-Fardel a donc eu raison de le déclarer : les maladies de l'abdomen sont rares dans la vieillesse. Nous ajouterons que l'appareil digestif est celui qui vieillit le moins vite; le goût est la dernière source de puissance dans l'âge avancé.

Nous sommes resté à mi-chemin dans l'indication des maladies qui sont étudiées dans le livre de M. Durand-Fardel; reprenons cette nomenclature interrompue : maladies du cœur, maladies des vaisseaux, maladies de l'estomac, de l'intestin, péritonite, maladies de l'appareil biliaire, génito-urinaires, goutte, maladies de la peau.

Tous ces articles sont également bien traités et sagement exposés. Aussi finissons-nous comme nous avons débuté : M. Durand-Fardel a fait un bon livre destiné à servir de guide au praticien.

F. Jacquot.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

CHOLÉRA-MORBUS.

FIN DE L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1853.

Sans préjuger la question de la réapparition du choléra dans un temps plus ou moins long, nous pouvons considérer l'épidémie qui vient de suspendre sa marche comme appartenant à l'histoire médicale de l'année qui vient de s'écouler. Elle termine une période qui peut compter dès aujourd'hui parmi les époques de grande mortalité. Il faudra sans doute tenir compte de cette circonstance pour établir la statistique du choléra de 1853 qui, ainsi que nous l'avons fait observer, s'est montré sur une population cruellement éprouvée par la fièvre typhoïde, qui à elle seule a donné, pendant l'année, un excédant d'environ 4,000 décès. En négligeant ces faits, on arrive à des résultats dont la critique peut s'emparer, mais qui ne profiteront pas à la science, parce qu'on n'a pas les éléments du problème à résoudre.

Comme nous l'avons déjà fait observer, le relevé du mouvement des hôpitaux de Paris ne donne pas une idée exacte de l'état sanitaire de la capitale. Nous avons voulu introduire dans cette appréciation une donnée plus précise en tenant compte du nombre des décès enregistrés aux mairies. C'est seulement après avoir combiné ces deux éléments du problème qu'on peut arriver à se former une idée exacte du nombre des décès par suite de telle ou telle affection. En temps d'épidémie surtout, cette précaution est de rigueur. Telles sont les informations à l'aide desquelles nous avons évalué le nombre des décès cholériques.

Elles nous permettent aujourd'hui de présenter un résumé complet de l'épidémie.

DU 7 NOVEMBRE AU 31 DÉCEMBRE INCLUSIVEMENT.

	ARRONDISSEMENTS. 1er	2e	3e	4e	5e	6e	7e	8e	9e	10e	11e	12e
Nombre des décès cholériques	8	11	2	4	19	15	20	43	24	66	32	67

Total des décès cholériques dans les douze arrondissements. .	311
Total des décès cholériques dans les hôpitaux et hospices. . .	478
Total	789

DU 1er AU 18 JANVIER INCLUSIVEMENT.

	ARRONDISSEMENTS. 1er	2e	3e	4e	5e	6e	7e	8e	9e	10e	11e	12e
Nombre des décès cholériques.	0	0	0	0	1	2	1	0	0	1	1	4

Total des décès cholériques dans les douze arrondissements. .	10
Total des décès cholériques dans les hôpitaux et hospices. . .	27
Total.	37

Le tableau suivant donnera l'idée de la décroissance de l'épidémie dans le mois de janvier.

	1 janv.	2	3	4	5	6	7	8	9
Décès à domicile.	1	0	2	2	0	2	0	0	0
Décès dans les hôpitaux. .	3	2	3	1	3	4	1	0	2

	10 janv.	11	12	13	14	15	16	17	18
Décès à domicile.	0	1	0	0	0	1	0	1	0
Décès dans les hôpitaux. .	1	0	2	1	0	1	1	0	1

On remarquera que, du 1er au 18 janvier, il y a eu onze jours sans décès à domicile.

Du 8 au 15, il n'est entré dans les hôpitaux que deux cholériques.

A côté de ces données statistiques, les faits qui intéressent le plus dans la manifestation épidémique dont nous venons d'être témoins sont d'une part sa courte durée, d'autre part, les phénomènes particuliers qui ont caractérisé la maladie. La GAZETTE MÉDICALE a indiqué, dès le début, les motifs qui lui faisaient penser que l'épidémie n'aurait pas cette fois la marche envahissante des années 1832 et 1849. Elle a consulté pour cela les faits et les analogies, et forte de ce qui se passait à nos portes en Angleterre, à Londres, où le choléra était éteint dès les premiers jours de décembre, et commençait déjà à décroître en novembre, elle prévoyait dès cette époque la décroissance terminale actuelle. Nous avons aussi indiqué les caractères de ce choléra, qui nous a semblé être un choléra moins grave. La statistique est venue à l'encontre de cette assertion, et nous enregistrons ici volontiers ses relevés. Sur 940 cas comptés dans les hôpitaux au 31 décembre, il y avait 478 décès, proportion égale à celle de 1849, où, sur 15,000 cas, il y a eu environ 8,000 décès. Ces chiffres donnent-ils une idée exacte de la gravité de la maladie? Nous répondrons par la négative tant qu'on n'aura pas tenu compte de l'état de santé de cette population des hôpitaux, qui a compté pour une si large part dans la moisson du choléra.

Vient ensuite la question des signes avant-coureurs de l'épidémie. La GAZETTE MÉDICALE du 26 novembre 1853 a avancé que l'épidémie cholérique avait été précédée par une constitution diarrhéique d'une nature spéciale, et en rapport avec le choléra. On essaye de mettre ces faits en doute. S'il s'agissait de la démonstration d'une vérité nouvelle, nous comprendrions les hésitations, et nous aurions sans doute entouré notre assertion d'un certain nombre de preuves. Mais en face d'un phénomène aussi ordinaire, aussi fréquemment noté que la diarrhée cholérique préépidémique, il nous semble que la critique est mal avisée dans ses négations, surtout quand, ne s'appuyant sur aucun fait positif, elle sent le besoin, dans une question de statistique, d'invoquer la *notoriété* et la *pratique*. Pourquoi ne pas consulter plutôt les registres d'admission aux hôpitaux? nous admettrions volontiers des preuves de cet ordre, analogues à celles sur lesquelles la GAZETTE MÉDICALE a fondé les assertions qu'elle maintient.

Nous allons plus loin, nous constatons qu'à l'heure actuelle le nombre des affections diarrhéiques est plus considérable qu'il ne l'est habituellement, et nous attribuons ces maladies à une extension de l'influence cholérique. La GAZETTE MÉDICALE du 17 décembre a de nouveau développé les raisons pour lesquelles la diarrhée préépidémique, la diarrhée épidémique et la diarrhée postépidémique ne tiennent, dans son opinion, qu'à une seule et même cause; nous attendons encore qu'on oppose à ses arguments des objections tirées de la pathologie. En supposant que l'on réussisse à démontrer la non-existence de la diarrhée préépidémique dans certaines parties de la capitale comme dans quelques centres de population, on aura constaté une exception à la règle et rien de plus. Il ne s'ensuivra pas que cette diarrhée soit d'une autre nature que le choléra dans les circonstances nombreuses où on l'observera, soit isolée, soit mêlée à des choléras confirmés.

L'existence de cette diarrhée postépidémique serait, à notre sens,

---

FEUILLETON.

REVUE MÉDICO-LITTÉRAIRE.

Assistance comparée dans l'ère païenne et l'ère chrétienne, par M. MARTIN-DOISY, inspecteur général des établissements de bienfaisance. In-12. 1853. — De l'organisation d'un service de santé pour les indigents des campagnes, etc.; par F. J. CAZIN. Broch. in-8°. 1852. — Aperçu d'une organisation médico-rurale en France; par le docteur L. MAUGENETS. Broch. in-8°. 1853. — Les paysans français, considérés sous le rapport historique, économique, médical, etc.; par ANACHARSIS et HIPPOLYTE COMBES. In-8°. 1853. — Causeries médicales avec mon client; par le docteur EUG. BOURDET, ancien médecin des maisons centrales, etc. In-12. 1852.

Une des tendances les plus évidentes de l'esprit moderne, dans le gouvernement et l'administration des États, est le soin de la vie et de la santé des hommes. L'hygiène, entendue dans un sens large, comme la recherche réfléchie et l'application systématique, de tout ce qui peut améliorer la condition organique et physique de l'humanité, paraît devenir peu à peu le point central de la science politique et sociale. C'est vers la dernière moitié du dix-huitième siècle que cette pensée éminemment humaine apparut d'une manière vive et claire à la conscience des hommes d'État et exerça son influence dans les lois et les institutions publiques. Elle amena tout d'abord la suppression de la torture et des châtiments corporels, et d'importantes réformes dans le régime des cimetières, des prisons, des hôpitaux, des armées. Proclamée, prêchée par la philosophie, elle prit un nom philosophique, la philanthropie. On l'appelait avant d'un nom plus beau et plus expressif, la charité. La philanthropie est toujours dans son essence la charité, mais la charité devenue le principe supérieur de la législation et du gouvernement; elle est encore une vertu, mais en même temps une règle sociale, et dans son exercice public une science. La philosophie politique moderne est en ceci pleinement d'accord avec la religion; elle a le même but et part au fond des mêmes principes. Sur quoi se fonde en effet le devoir imposé par la loi religieuse d'aimer tous les hommes indistinctement et de les traiter *comme soi-même?* Sur leur parfaite égalité devant Dieu, dont ils sont tous les enfants. La philosophie fait valoir l'identité de nature physique et morale, qui les rend tous, en tant que membres de l'humanité, participants aux mêmes droits et aux mêmes devoirs, et les fait égaux devant la loi naturelle et la justice. Dans les deux formules, c'est l'égalité d'essence qui est la base de l'égalité des droits et du précepte d'amour.

Mais cette loi d'amour, qu'on l'appelle charité ou philanthropie, qui prescrit aux hommes de s'aimer les uns les autres, de se traiter en frères et en amis, de se faire mutuellement le moins de mal et le plus de bien possible, n'a pas toujours été bien comprise et encore moins appliquée. Fondée sur l'idée de l'égalité native et essentielle des hommes, elle a été nécessairement méconnue dans son principe, violée dans ses applications, tant que cette idée

un motif de nous défier de la suspension actuelle du choléra. Un des hommes les plus versés dans l'étude du choléra épidémique, et dans celle de la statistique et des constitutions médicales, M. Farr disait, il y a près de deux mois, que l'épidémie cholérique de 1853, momentanément arrêtée en hiver, prendrait avec le printemps un nouveau développement. Les faits ont confirmé la première partie de cette assertion. Il reste à savoir si le retour de l'épidémie viendra lui donner une entière confirmation. Nous examinerons bientôt cette question, qui touche à celle de la succession des épidémies et des constitutions médicales; nous verrons sur quel genre de recherches il convient de l'édifier, et jusqu'à quel point la connaissance de la diarrhée postépidémique peut donner à cette étude le degré voulu de probabilité.

THOLOZAN.

PHYSIOLOGIE.

SUR LES RÉSULTATS DE LA SECTION ET DE LA GALVANISATION DU NERF GRAND SYMPATHIQUE AU COU; par le docteur E. BROWN-SÉQUARD, lauréat de l'Institut (Académie des sciences), ex-secrétaire des Sociétés philomatique et de biologie, membre de l'Académie des sciences naturelles de Philadelphie, etc. (Mémoire lu à l'Académie des sciences, le 16 janvier 1854.)

Je me propose de communiquer successivement à l'Académie les principaux résultats de nombreuses recherches sur les différences et les ressemblances physiologiques que l'on croit exister entre le nerf grand sympathique et le système nerveux cérébro-spinal.

Dans le mémoire que j'ai l'honneur de soumettre aujourd'hui au jugement de l'Académie, je me borne à rapporter les résultats de la section et ceux de la galvanisation du nerf grand sympathique au cou.

Mes expériences ont été faites sur des animaux d'espèces très-différentes, le chien, le chat, le lapin, le cobaye, le loir et la marmotte (*arctomys monax*, Buff.). Presque toujours, surtout chez les lapins et les chats, j'ai extirpé le ganglion cervical supérieur au lieu de couper seulement le nerf.

Les phénomènes qui suivent la section ou la galvanisation du grand sympathique sont excessivement nombreux, et je ne puis m'empêcher de faire remarquer, à ce propos, combien est grand en général le nombre de faits à observer dans toutes les expérimentations physiologiques, et combien en conséquence il y a de découvertes (quelquefois très-importantes) faciles à faire par ce mode de recherche. La variété et le nombre de phénomènes déjà connus ou que j'ai récemment découverts, et que l'on peut observer après deux opérations très-faciles à faire, sur le nerf grand sympathique, montrent combien de très-simples expériences, étudiées avec soin, peuvent fournir de résultats intéressants et imprévus.

Je diviserai ce mémoire en trois parties : dans la première, je traiterai des effets de la cessation d'action (ou, en d'autres termes, de la paralysie) du nerf grand sympathique cervical, tels qu'on les observe après la section de ce nerf, ou mieux après l'ablation du ganglion cervical supérieur; dans la seconde et dans la troisième partie, j'exposerai les effets de l'augmentation d'action de ce nerf, tels qu'on les observe quand on l'excite par le galvanisme.

I. — EFFETS DE LA PARALYSIE OU CESSATION D'ACTION DU NERF GRAND SYMPATHIQUE CERVICAL, APRÈS SA SECTION OU APRÈS L'EXTIRPATION DU GANGLION CERVICAL SUPÉRIEUR.

Je dois dire tout d'abord que pour ce nerf, de même que pour tous les autres nerfs, il y a deux sortes d'effets à observer successivement après la section : les uns sont immédiats, et en général très-peu durables : ce sont des effets de l'excitation qu'on produit sur le nerf pendant qu'on le coupe. Ils ressemblent aux effets de la galvanisation, parce qu'ils sont, comme eux, les conséquences de la mise en action des propriétés du nerf; mais ils diffèrent des effets de l'excitation galvanique prolongée en ce que, résultant d'une excitation mécanique comparativement légère, ils n'ont que peu d'intensité et une très-courte durée. Ils font bientôt place aux seconds effets de la section du nerf, c'est-à-dire aux effets de *paralysie*, de *cessation d'action*. Ces derniers effets sont les seuls dont j'aie à m'occuper maintenant (1).

Tous les faits que je vais exposer ont été observés sur la moitié de la tête du côté où le nerf a été coupé ou le ganglion cervical supérieur extirpé.

1° La pupille se resserre, ainsi que Pourfour du Petit l'a découvert. Bien que resserrée, elle n'est pas rendue immobile; ainsi que John Reid l'a vu, elle change encore de diamètre, suivant que l'œil est exposé à la lumière ou non. Je ferai voir dans un autre travail que l'explication de ce resserrement, donnée par Valentin et admise depuis par

(1) Les principes élémentaires de physiologie qui se rapportent à ce que je viens de dire peuvent être énoncés brièvement, ainsi qu'il suit :

1° Pendant qu'on coupe un nerf, comme pendant qu'on le galvanise, on l'*excite*.

2° Quand on excite un nerf, on le fait agir, et l'on obtient, à un degré plus ou moins considérable, les effets de son action.

3° Les effets qu'on observe, quelque temps après la section d'un nerf, sont les conséquences de sa paralysie ou cessation d'action.

Je n'aurais pas cru devoir rappeler ces principes véritablement élémentaires, s'ils n'avaient été complétement méconnus à plusieurs reprises, et surtout récemment dans ce journal, par M. Cl. Bernard. C'est effectivement parce qu'il a oublié que lorsqu'un nerf a été coupé, le bout périphérique se trouve paralysé et cesse d'agir, qu'il a considéré le grand sympathique comme servant à la production de la chaleur animale. L'expérimentation montre, au contraire, que lorsque le grand sympathique cesse d'agir (ce qui a lieu peu après sa section), la température s'élève, et que lorsqu'on exagère l'action de ce nerf en le galvanisant, on voit, ainsi que je l'ai découvert, la température s'abaisser : de sorte que si, en présence de phénomènes nombreux, on voulait conclure d'après deux faits seuls (d'une part, la paralysie du grand sympathique et l'élévation de température, d'une autre, l'action augmentée de ce nerf et la diminution de température), sans tenir compte des faits intermédiaires (état des vaisseaux sanguins et quantité de sang en circulation, etc.), on arriverait à dire que lorsque le grand sympathique agit vivement, il abaisse la température, et que lorsqu'il cesse d'agir, la température s'élève : d'où l'on conclurait en dernier lieu et très-logiquement que la fonction normale du grand sympathique est d'empêcher la chaleur animale de trop s'élever.

---

d'égalité n'a pas été nettement dégagée et acceptée dans toutes ses conséquences. Elle était inconnue dans les anciennes sociétés grecque et romaine. Dans le monde antique il n'y avait de droits et de devoirs que ceux fondés sur les distinctions de race, de nationalité, de rang dans la famille ou dans l'État. Chaque individu était à l'égard d'un autre citoyen, étranger, maître, esclave, père, fils, noble, plébéien, riche, pauvre, mais non un homme. En dépit du fameux vers de Térence, l'idée d'humanité n'avait pas pénétré dans la conscience des Romains, pas plus que dans celle des Grecs. Elle ne date véritablement, ou du moins n'a commencé à porter des fruits, que depuis la fondation de la société chrétienne; et encore dans cette société même avec quelle lenteur n'a-t-elle pas marché? Ne trouvons-nous pas dans les lois des barbares christianisés, nos ancêtres, le principe général de la *composition*, en vertu duquel le meurtre, la blessure, le dommage quelconque fait à un homme dans sa personne ou dans ses biens, est différemment taxé suivant que le sujet lésé est noble ou roturier, libre ou serf? « Il a fallu près de quatorze siècles, dit M. Guizot, pour que le principe que dans un esclave il y a un homme passât pleinement de l'ordre religieux dans l'ordre politique, de l'Évangile dans les Codes. »

Cependant le monde antique et le monde moderne, les sociétés païennes et les sociétés chrétiennes, offrent, pris en gros, à ce point de vue, un contraste remarquable et bien digne d'une étude historique approfondie. C'est ce qu'a fait, avec une rare distinction de talent, une grande richesse de savoir et un excellent esprit philosophique, un écrivain dont la compétence était d'avance établie par la spécialité des hautes fonctions administratives qu'il remplit, M. Martin-Doisy, inspecteur général des établissements de bienfaisance. C'est à l'occasion d'une question particulière (*l'influence de la charité dans le monde romain durant les premiers siècles de notre ère*), mise au concours en 1850 par l'Académie française, que M. Martin-Doisy a écrit son livre, qui fut honorablement mentionné en 1852 et qu'il publie aujourd'hui. Son travail dépasse de beaucoup les limites de la question proposée; il l'a transformée en la généralisant. Le titre même qu'il y a mis n'indique qu'une des faces, et la moins développée peut-être, de son sujet, qui n'est rien moins que l'exposition générale et comparative des principes et de l'influence sociale de la morale païenne et de la morale chrétienne. Nous espérions, sur le titre, trouver une abondante moisson médicale. Nous avons été désappointé. La médecine pourtant a un très-grand et peut-être le principal rôle dans la réalisation du but philanthropique des institutions civiles modernes. Du moment où la considération de la valeur et du droit naturel de la créature humaine, de l'homme, passe avant toute autre, dans toutes les conditions ou situations sociales possibles de l'individu, la vie et la santé sont choses auxquelles non-seulement il n'est pas permis de porter atteinte, mais encore qui doivent être en toute occasion activement protégées et maintenues. Elles sont plus sacrées que la liberté et la propriété. La justice emprisonne un criminel, mais elle lui doit la nourriture, le vêtement, les secours de la médecine s'il est malade. Or le soin de la vie et de la santé des hommes, isolés ou réunis, appartient en dernière analyse à la médecine, qui seule est compétente pour décider ce qu'il convient de faire ou d'éviter pour cette fin. C'est l'objet de l'hygiène publique et privée, vaste science, qui met à contribution presque

Ruete, Radclyffe Hall, Morganti, Biffi, Budge et Waller, n'est pas parfaitement vraie, et que l'abondance du sang en circulation dans l'œil est en grande partie la cause de la contraction des fibres musculaires circulaires de l'iris.

2° En même temps que ces fibres circulaires se contractent, beaucoup, sinon même la plupart, des muscles du globe oculaire, des paupières et de la face se contractent aussi.

Les effets de la contraction des muscles de l'œil, déjà observés par Petit, Molinelli, Dupuy et d'autres, ont surtout été bien étudiés par John Reid. Le globe oculaire est tiré en arrière surtout par la contraction de son muscle rétracteur, et un peu, comme je l'ai trouvé, par celle des muscles droits interne, supérieur et inférieur. De plus, l'œil se porte en dedans, et c'est à la fois par suite de ce mouvement et de l'enfoncement du globe oculaire dans l'orbite que la troisième paupière se trouve projetée sur la conjonctive et sur la cornée, dont elle couvre quelquefois une notable partie. C'est par ce mécanisme que John Reid a expliqué la projection de la troisième paupière.

L'orbiculaire palpébral se contracte à demi. Petit avait déjà observé le rapprochement des paupières, et John Reid l'a vu dans toutes ses expériences, sur les chiens et les chats. La forme de l'ouverture palpébrale est changée, ainsi que M. Cl. Bernard l'a fait remarquer. J'ai trouvé que ce changement de forme dépend de la contraction d'un autre muscle, l'élévateur de la paupière supérieure.

Plusieurs muscles se contractent à la face, surtout au voisinage du nez et de la bouche, ainsi que M. Bernard l'a trouvé. J'ajouterai que les muscles qui tiennent l'oreille dressée, surtout chez le lapin, se contractent aussi, et qu'en conséquence l'oreille se tient manifestement plus droite qu'à l'ordinaire. Il est probable aussi que ce redressement de l'oreille dépend en partie de l'afflux considérable de sang qui s'y fait.

3° La sécrétion des larmes et celle du mucus palpébral sont augmentées. Biffi a prétendu, relativement à la sécrétion lacrymale, qu'elle n'est pas modifiée, et que c'est seulement par suite de la position du globe oculaire que les larmes coulent sur les joues et paraissent être plus abondantes. Je me suis assuré que les sécrétions de mucus et de larmes sont réellement augmentées.

4° Diverses altérations pathologiques se produisent quelquefois : Petit, Molinelli, Dupuy, Mayer (de Bonn), John Reid les ont signalées ; mais comme elles ne sont pas constantes, je me bornerai à énumérer les principales d'entre elles. La cornée perd de son brillant ; elle s'aplatit, elle s'ulcère (ce qui est extrêmement rare, quoi qu'en dise Mayer) ; l'iris change de couleur ; le mucus palpébral devient purulent ; la conjonctive s'enflamme. De tous ces faits, ce dernier est celui qui s'observe le plus fréquemment ; il est même constant chez les chiens, suivant John Reid. Cette inflammation ne se montre ordinairement que quelques heures après l'opération, et elle disparaît en général après une ou deux semaines.

5° Si l'on tue l'animal, on remarque, ainsi que M. Bernard l'a trouvé, que les mouvements réflexes peuvent avoir lieu plus longtemps dans la moitié de la face du côté où le nerf a été coupé que dans l'autre moitié. J'ai observé que, pour les derniers mouvements volontaires et respiratoires, il en est de même que pour les mouvements réflexes.

6° Les vaisseaux sanguins se dilatent dans toute la moitié de la tête ; le sang y afflue et la température s'y élève. Ces faits entrevus par Dupuy, et dont il ne paraît pas avoir compris l'importance, ont été retrouvés par M. Cl. Bernard, qui a attiré sur eux l'attention des physiologistes et qui les a étudiés avec infiniment de soin et de talent. Néanmoins il leur a donné, à mon avis, une très-fausse interprétation, et j'essayerai de faire voir dans un mémoire spécial, contrairement à son opinion, que l'élévation de température dépend uniquement de l'afflux de sang, et que cet afflux résulte de ce que les vaisseaux sanguins étant paralysés, ouvrent au sang une plus large voie.

7° Les propriétés vitales du nerf optique, du nerf auditif et des nerfs sensitifs de la face paraissent notablement augmentées. M. Bernard a découvert l'hypéresthésie de la face ; j'ai trouvé les deux autres faits (1). Cependant je dois dire que John Reid avait déjà supposé que c'était probablement parce que la lumière affecte désagréablement l'animal opéré que l'œil est tiré en arrière et que les paupières sont tenues, demi-closes.

8° Après la mort, les nerfs moteurs et les muscles de la face et de l'œil, en y comprenant l'iris, conservent leurs propriétés vitales plus longtemps du côté de l'opération que de l'autre côté. J'ai vu quelquefois l'irritabilité musculaire durer un quart d'heure et même une demi-heure de plus que de l'autre côté.

9° La rigidité cadavérique à la face survient plus tard que du côté sain, et elle dure plus longtemps. Je dois dire qu'il faut que la température de l'air ambiant ne soit pas très-basse pour que ce résultat s'observe d'une manière indubitable. De plus, j'ai trouvé nombre de fois que la putréfaction tarde plus à se montrer et paraît moins rapide dans le côté de la face correspondant au nerf coupé que dans l'autre côté.

En nous résumant à l'égard des résultats de la section du sympathique au cou, ou mieux, de l'ablation du ganglion cervical supérieur, nous dirons que l'on observe, comme conséquence de la paralysie du grand sympathique, qui alors existe : 1° la dilatation des vaisseaux sanguins, 2° un afflux considérable de sang, 3° une élévation de température, 4° une augmentation d'énergie des propriétés vitales des muscles et des nerfs moteurs, sensitifs et sensoriaux. J'essayerai de montrer prochainement que l'augmentation de température et de vitalité dépend de l'afflux du sang, qui est dû lui-même à la dilatation paralytique des vaisseaux.

Je vais maintenant exposer les résultats de la mise en action du grand sympathique par l'excitation galvanique, et l'on verra que la contraction des vaisseaux, qui est le premier phénomène produit, est suivie d'une série de phénomènes inverses de ceux qu'on observe après leur dilatation.

(1) Tout le monde connaît le remarquable mémoire dans lequel M. Landouzy a établi que la paralysie du nerf facial s'accompagne fréquemment d'une exagération de la sensibilité auditive. J'ai constaté nombre de fois que l'arrachement du nerf facial (surtout chez les lapins) est suivie d'une exagération des sensibilités auditive et visuelle, comme l'extirpation du ganglion cervical supérieur. Dans tous ces cas, je crois que l'augmentation de sensibilité est due à la même cause, c'est-à-dire un plus grand afflux de sang qu'à l'état normal. C'est ce que j'essayerai de prouver ailleurs.

---

toutes les autres, et qui, semblable en cela à la religion et à la morale, s'empare de l'homme et le gouverne depuis le berceau jusqu'à la tombe.

A la vérité, l'exposition et le parallèle de M. Martin-Doisy s'arrêtent aux premiers siècles de l'ère chrétienne. A ces époques la part de la médecine, la fonction du médecin, sont encore bien restreintes dans la grande œuvre de l'assistance. C'est l'Église qui, par ses membres actifs, cumule presque tous les pouvoirs médicaux, administratifs, économiques, spirituels et temporels. Le zèle de la charité supplée aux enseignements de la science et accomplit des merveilles. Ce n'est que dans des temps bien plus voisins de nous, depuis un siècle, que la science a pris la haute main dans la direction de l'assistance publique, sous toutes ses formes, et que la profession médicale, agrandissant sans cesse la sphère de ses attributions, est devenue un guide ou un auxiliaire indispensable dans l'administration des États. Nous allons la voir bientôt en Algérie fonctionner comme missionnaire de science et de civilisation, et, suivant les prévisions ou espérances exprimées dernièrement par notre collaborateur M. Jacquot, être la cheville ouvrière de la colonisation dans la vaste contrée conquise par nos armes. Le plan du travail de M. Martin-Doisy laissait forcément en dehors l'histoire de ce développement social et politique de la médecine. Nous le regrettons, car personne n'aurait été plus capable d'en apprécier l'importance.

On trouve cependant dans ce livre quelques renseignements intéressants pour la médecine. L'auteur ne paraît pas très-édifié de la morale médicale chez les Grecs ; et il faut convenir qu'elle était bien défectueuse, s'il faut en juger par l'idée qu'en donne Platon, dans quelques passages de la *République*. En expliquant les devoirs et les fonctions du médecin dans l'État, il propose l'exempte du dieu de la médecine ; il loue et approuve Esculape et les enfants d'Esculape d'avoir refusé le secours de leur art aux incurables, et à ceux dont les maladies étaient causées par l'intempérance, par le motif que la prolongation de leur vie ne saurait être avantageuse, ni pour eux, ni pour l'État. La médecine n'est due qu'à ceux qui ont reçu de la nature un corps sain et une belle âme ; ce sont ceux-là seuls qu'il importe de conserver. Quant aux moins bien partagés, il faut les abandonner à leur sort. Il n'est pas probable qu'Hippocrate eût approuvé ces maximes. Cependant ne les mit-il pas en pratique lorsqu'il refusa de soigner les soldats perses, sous prétexte qu'ils étaient les ennemis de sa patrie ? On a beaucoup loué ce trait ; Girodet en a fait un tableau qui orne la salle des actes de la Faculté de médecine, et dont l'estampe se trouve dans le cabinet de presque tous les médecins. C'est sans doute le désintéressement du médecin, rejetant les riches présents du grand roi, qu'on admire. Mais le refus des soins, et surtout le motif de ce refus, nobles et dignes pour les Grecs, ne le sauraient être pour nous. Le médecin moderne a d'autres maximes de conduite, d'autres notions du devoir professionnel. Sur un champ de bataille, il ne regarde pas à l'uniforme ; dans la guerre civile, au drapeau du blessé ; il panse avec le même soin le Russe et le Français, le blanc et le noir. Le malade n'est jamais pour lui qu'un homme. Ce n'est peut-être que dans le domaine de la médecine que l'idée et le sentiment modernes d'humanité ont décidément prévalu sur les distinctions exclusives et hostiles de race, de nationalité, de naissance, de hiérarchie. Ce n'est que là que l'homme parle directement et uniquement à l'homme. On a souvent com-

II. — EFFETS DE L'ACTION ÉNERGIQUE DU NERF GRAND SYMPATHIQUE, PRODUITE PAR L'APPLICATION DU GALVANISME QUELQUE TEMPS APRÈS QUE CE NERF A ÉTÉ COUPÉ AU COU.

1° La pupille se dilate, ainsi que Biffi et Morganti l'ont trouvé.

2° Le globe oculaire, qui était tourné en dedans et enfoncé dans l'orbite, reprend sa situation normale, ainsi que M. Bernard, M. Waller et moi-même l'avons vu.

3° Les paupières s'ouvrent et les contractions des muscles de la narine, de la bouche et de l'oreille cessent d'exister, ainsi que M. Bernard et moi l'avons vu.

4° La vascularisation diminue, ainsi que je l'ai découvert. Quelquefois les vaisseaux se contractent à ce point que le calibre des petites artères et des veinules disparaît complétement. Si alors on coupe ces vaisseaux, ils ne donnent pas de sang. Chez les animaux vigoureux, la vitesse de la contraction est beaucoup plus grande quelquefois que l'on ne pourrait l'imaginer : j'ai vu, en un tiers de minute, une artère qui avait au moins trois fois son calibre ordinaire, revenir à ce calibre. Dans quelques cas, la contraction des vaisseaux a déjà commencé à se manifester en moins de deux secondes de galvanisation. Je crois que les grosses veines se contractent comme les artères.

Quand on cesse la galvanisation, les vaisseaux ne tardent pas à se dilater de nouveau, et souvent le degré de leur dilatation est bien plus grand que celui qui existait avant l'application du galvanisme. Si cette application est continuée pendant un temps très-long, surtout si elle est énergique, les vaisseaux, après être restés contractés cinq, six minutes ou un peu plus, commencent à se dilater lentement, et malgré la persistance de l'excitation, on les voit se dilater notablement. Les propriétés vitales du nerf et des fibres musculaires des vaisseaux s'épuisent alors, sous l'influence d'une excitation et d'une action énergiques et prolongées. Je montrerai ailleurs que, dans ce cas, les autres effets de la galvanisation du nerf cessent aussi d'exister, ce qui est une preuve de plus qu'ils dépendent de l'état des vaisseaux.

5° Ainsi que je l'ai découvert, la température s'abaisse en même temps que les vaisseaux se contractent pendant la galvanisation. La narine, et surtout l'oreille, après avoir repris la même température que celles du côté sain, perdent encore de 1 à 2° centigr. Si l'air ambiant est à une température très-basse, l'oreille à son extrémité, surtout chez les lapins, peut s'abaisser de 38 à 30° centigrades. J'ai trouvé que la température est en proportion directe avec la quantité de sang circulant ou ayant circulé dans la face et l'oreille.

6° Ainsi que je l'ai découvert, la sensibilité diminue; cependant cette diminution est moins facile à constater que la perte de chaleur (1).

(1) J'ai établi que javais publié, *au moins trois mois* avant M. Bernard, que la galvanisation du grand sympathique, au cou, produit la contraction des vaisseaux sanguins de la face et de l'oreille, une diminution de la température de ces parties et une diminution de leur sensibilité. (Voy. le n° 2 de la GAZETTE MÉDICALE, p. 22, 14 janv. 1854.)

III. — EFFETS DE L'ACTION ÉNERGIQUE DU GRAND SYMPATHIQUE, PRODUITE PAR L'EXCITATION GALVANIQUE DE CE NERF NON COUPÉ OU AUSSITÔT APRÈS SA SECTION.

Je dois dire tout d'abord que plusieurs des effets qui suivent la galvanisation du nerf, quand il a été coupé depuis quelque temps, se montrent aussi quand on le galvanise sans le couper. La seule différence est que quelques-uns des effets sont moins marqués dans ce dernier cas. Au contraire, les effets suivants sont alors plus manifestes.

1° Si on asphyxie l'animal, les derniers mouvements volontaires, respiratoires, convulsifs et réflexes se montrent successivement du côté sain; je veux dire que tous ces mouvements cessent l'un après l'autre dans le côté opéré avant de cesser dans le côté sain.

2° Pendant l'asphyxie, la sensibilité disparaît dans le côté opéré avant de cesser dans le côté sain.

3° Après la mort, l'excitabilité des nerfs moteurs et la contractilité musculaire disparaissent plus tôt du côté opéré que de l'autre côté.

4° La rétine et l'iris perdent leurs propriétés vitales plus vite du côté de l'opération que de l'autre.

5° La rigidité cadavérique vient plus tôt dans les muscles du côté opéré que dans ceux de l'autre côté.

6° La rigidité dure moins et la putréfaction paraît plus rapide dans le côté opéré que dans l'autre.

Quand on galvanise les filets du grand sympathique qui, des ganglions abdominaux, vont aux artères et aux veines de l'un des membres abdominaux, on produit des effets tout à fait semblables à ceux que l'on produit à la tête quand on galvanise le grand sympathique au cou.

Dans un prochain mémoire, je reprendrai un à un chacun des résultats rapportés dans celui-ci, et je ferai voir qu'il n'en est pas un seul, dont on ne puisse trouver l'analogue, après la lésion de certaines parties des centres nerveux ou après la section ou la galvanisation des nerfs cérébro-spinaux, et j'en tirerai la conséquence qu'il n'y a dans ces résultats rien de spécial au nerf grand sympathique.

CONCLUSIONS.

Des faits exposés dans le mémoire actuel, et d'après le principe physiologique bien connu, que la section d'un nerf est suivie de sa paralysie et que sa galvanisation provoque son action, je conclus :

1° Que la paralysie ou cessation d'action d'une partie du nerf grand sympathique, après sa section au cou ou après l'ablation du ganglion cervical supérieur, est suivie de la dilatation des vaisseaux sanguins, et ensuite d'un afflux considérable de sang, d'une élévation de température et d'une augmentation manifeste de l'énergie des propriétés vitales des muscles et des nerfs de la face du côté de l'opération.

2° Que l'action énergique du nerf grand sympathique cervical, lorsqu'on le galvanise, produit la contraction des vaisseaux sanguins, et que cette contraction est suivie d'une diminution dans la quantité de sang en circulation dans la face et l'oreille, et aussi d'une diminution dans la température et dans l'énergie des propriétés vitales des muscles et des nerfs de la moitié de la tête du côté de l'opération.

---

paré la médecine au sacerdoce; par ce côté, l'analogie est complète.

M. Martin Doisy attribue la fondation des hôpitaux et hospices pour les malades, les infirmes, les orphelins, etc., à l'Église. L'empereur Julien contestait aux chrétiens l'initiative de ces admirables institutions, et quoiqu'il fût l'*apostat*, c'était un honnête homme qui ne mentait pas toujours. Quoi qu'il en soit, c'est évidemment au sein de la société chrétienne que ces établissements se sont multipliés et qu'ils conservent le caractère qu'ils conservent encore aujourd'hui. La généreuse et infatigable prévoyance de la charité a de bonne heure pourvu à tous les besoins, à tous les genres de souffrances. L'énumération des établissements hospitaliers chrétiens dans le monde gréco-romain est longue, et leurs noms grecs ou latins indiquent clairement leur destination. Il y avait : l'hôpital proprement dit au sens actuel, le *nosocomium*, appelé plus tard *hospitale* — l'hospice, *hospitalium*; — le *xenodochium*, abri temporaire pour les étrangers et les passants; — les lieux de retraite pour les vieillards, *gerontocomium*; — l'asile général, ou dépôt de mendicité pour les infirmes et pour les mendiants, *ptochotrophium*; — l'hospice des incurables, *arginorium*; — la maison des Orphelins, *orphanotrophium*; — l'asile particulier des Enfants trouvés et abandonnés, *brephotrophium*; — et enfin la *villa languentium*, maison de campagne pour les convalescents. Quelle était la part de la médecine dans cette vaste organisation hospitalière? L'auteur ne nous en dit rien; et peut-être, en effet, n'y a-t-il rien à en dire. Les pieux ecclésiastiques qui surveillaient, administraient et desservaient les hospices n'étaient guère, au point de vue médical, que des garde-malades.

Cette importante question de l'*assistance* publique, traitée dans sa généralité et au point de vue historique, par M. Martin-Doisy, a été abordée à un point de vue plus spécial, tout médical et pratique, par un médecin de Boulogne-sur-Mer, M. Cazin. Il s'agit de l'organisation d'un service de santé gratuit pour les campagnes. Ce travail a été couronné à la suite d'un concours ouvert en 1852 par l'Académie de Reims. La matière est difficile; elle exerce depuis plus de cinquante ans la plume et les veilles de maints faiseurs de projets. Le gouvernement, sommé par ces voix parties de tous côtés, et plus encore par l'évidence du besoin à satisfaire, n'a pu cependant jusqu'ici rien statuer, rien résoudre. Il recule, et avec raison, devant l'adoption d'une mesure générale dont les effets ne sauraient être calculés avec une précision suffisante. La question économique seule, sans parler des autres difficultés médicales et administratives, est un nœud gordien fort difficile à dénouer; elle est la pierre principale d'achopement de tous les projets. Sans donc vouloir blâmer le zèle de ceux qui proposent de nouvelles solutions de ce problème, et tout en acceptant même avec reconnaissance les idées de chacun sur ce sujet, de quelque part qu'elles viennent, surtout lorsqu'elles sont empreintes, comme celles de M. Cazin, d'un amour sincère du bien et d'un esprit sagement pratique, il n'est peut-être pas à souhaiter que cette matière soit l'objet d'une législation uniforme pour tout le territoire de l'empire. Peut-être vaudrait-il mieux laisser continuer, en les encourageant, les essais partiels entrepris dans divers départements, avec les ressources et sous l'inspiration des circonstances locales. Ainsi l'institution de *médecins cantonaux*, qui est la forme le plus généralement en usage pour le service médical gratuit des campagnes, et qui est en vigueur en Italie, en Allemagne, en Angleterre, existe

URÉTROTOMIE.

DE L'URÉTROTOMIE EXTERNE OU PÉRINÉALE (OPÉRATION DE LA BOUTONNIÈRE), COMME MÉTHODE DE TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENTS ORGANIQUES DE L'URÈTRE; par le professeur C. SÉDILLOT. (Mémoire présenté à l'Académie des sciences.)

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

B. — RÉTRÉCISSEMENTS QUE L'ON FRANCHIT, MAIS QUE L'ON NE RÉUSSIT PAS A DILATER D'UNE MANIÈRE DURABLE.

Si l'on voulait donner un sens rigoureux à la définition de notre deuxième classe de rétrécissements, on pourrait soutenir qu'elle comprend le plus grand nombre de coarctations organiques de l'urètre, et qu'elle doit, sous le rapport de la fréquence, occuper le premier rang. La tendance à la récidive de la plupart des rétrécissements anciens est incontestable, et nous reconnaissons volontiers la rareté de guérisons radicales et définitives; mais l'on ne peut néanmoins nier la guérison de malades qui restent souvent plusieurs années sans aucune incommodité réelle ni apparente, et qui ont la faculté d'éviter tout accident par la précaution de s'introduire de temps à autre une sonde dans la vessie. Telles sont, comme nous l'avons dit, les conditions des rétrécissements de notre première classe.

Nous plaçons dans la deuxième les rétrécissements élastiques, qui se comportent, jusqu'à un certain point, comme le ferait un cylindre de caoutchouc vulcanisé. Ces sortes de coarctations cèdent à la dilatation lente ou brusque avec une remarquable facilité, mais en se reproduisant avec une rapidité désespérante. Après avoir introduit la veille une sonde de 10 millimètres de diamètre, on éprouve le lendemain la plus grande difficulté à y faire passer une bougie filiforme. Nous avons rencontré un grand nombre de faits semblables, et les dilatations brusques ou progressives n'amenaient aucun progrès. Après avoir fait usage la veille de sondes volumineuses, nous perdions le lendemain plusieurs heures à introduire une bougie filiforme.

On a cité dernièrement l'observation d'un malade de la clinique de M. Velpeau, chez lequel une grosse sonde de 3 centimètres de circonférence devait être chaque jour introduite depuis un grand nombre d'années, sous peine de voir l'urètre se rétrécir et ne plus pouvoir admettre que les bougies les plus fines. L'expérience fut répétée et confirma entièrement le récit du malade. Au bout de vingt-quatre heures, le canal, resté sans sonde, ne pouvait plus recevoir que des bougies filiformes; la coarctation paraissait complète.

Nous avons donné des soins à un jeune officier atteint, depuis deux années, d'un rétrécissement très-étendu qui occupait plusieurs points de l'urètre, et était accompagné d'un écoulement séro-purulent dont la disparition n'avait jamais été obtenue. Vingt fois on avait dilaté le canal et fait usage de sondes graduées, ayant jusqu'à 6 et 12 millimètres de diamètre. Après quelques semaines de traitement, le rétrécissement reparaissait en vingt-quatre ou quarante-huit heures et gênait la miction. L'alun, le nitrate d'argent en pommade et en injections, les topiques et les révulsifs de toutes sortes étaient restés sans succès, et nous eûmes recours aux profonds débridements de M. Reybard, pratiqués avec son instrument dont l'ouverture fut portée à 14 millimètres. Une première section de 4 centimètres d'étendue fut faite en avant de la portion sous-pubienne du canal, un peu en deçà du bulbe, et une seconde incision de 3 centimètres servit à diviser l'extrémité de l'urètre et à en agrandir l'ouverture. Aucun accident ne survint et le malade a guéri.

On comprend que les dilatations lentes, graduelles, brusques ou forcées, comme les a recommandées M. Pereyve, seraient, dans de pareils cas, complétement inapplicables, puisque le canal ne résiste pas et s'élargit sans difficulté. L'urétrotomie devient une ressource précieuse en sectionnant les brides et tissus rétractiles et en les remplaçant par une large cicatrice.

C'est dans les rétrécissements de ce genre que M. Symes pratique la boutonnière sur une mince sonde canulée en argent portée au delà du rétrécissement. Nous croyons que c'est le meilleur mode de traitement; la guérison est rapide, complète et ordinairement exempte d'accidents; on place une sonde à demeure dans la vessie (Voy. nos observations), ce que ne fait pas toujours l'habile professeur d'Édinbourg, et la cicatrisation s'opère en trois ou quatre semaines.

On a exprimé la crainte de voir le rétrécissement se reformer en raison de la nature inodulaire de la cicatrice. L'expérience ne confirme pas cette opinion, et les cicatrices, quoique fort larges et de nouvelle formation, restent souples, minces et sans tendance à la rétractilité. C'est un fait dont on citerait facilement d'autres exemples. On rencontre des cicatrices très-étendues de brûlure qui sont dans le même cas; celles qui succèdent à l'application des caustiques pour l'ablation des tumeurs sont souvent larges, unies, régulières, faciles à plisser dans tous les sens. Sans doute, chez quelques personnes, des brides inodulaires rétractiles se produisent avec une déplorable facilité. J'en ai observé à la suite de simples incisions, sans perte de substance et sans écartement des téguments; mais ce sont là des conditions individuelles, et on ne saurait les soumettre à une loi commune et générale.

Nous restreignons l'application de l'opération de la boutonnière aux rétrécissements périnéaux, et nous doutons qu'on puisse fendre avantageusement l'urètre et les téguments, dans la portion spongieuse correspondant au scrotum. Dans ce dernier cas, nous préférons les incisions de M. Reybard, quelle qu'en soit la profondeur, et nous en croyons les suites moins graves qu'on n'est généralement disposé à le supposer.

On commence le traitement par la dilatation passagère, combinée, selon les indications, aux topiques et aux révulsifs habituels. Les sangsues, le régime maigre, le copahu, l'alun, le nitrate d'argent, les injections narcotiques belladonées, les vésicatoires, sont conjointement mis en usage. On tente ensuite l'application des sondes à demeure, et en cas d'insuccès, on a recours à la méthode de M. Reybard.

Une sonde en caoutchouc placée immédiatement dans le canal sert à l'évacuation de l'urine pendant les premiers jours et prévient le contact de ce liquide avec la plaie et les inflammations diffuses par infiltration. On peut ensuite laisser reposer la plaie sans introduction de corps étranger, et plus tard, à l'époque de la cicatrisation, les grosses

---

depuis 1810 dans le département du Bas-Rhin; elle a été imitée, avec quelques modifications, dans ces dernières années, dans la Moselle, dans Saône-et-Loire, et tout récemment dans le Loiret. La lacune regrettable existant dans l'assistance publique des communes rurales commence ainsi à se combler, et tout permet d'espérer que les autres départements prendront successivement des mesures analogues. Il faut se défier un peu, en pareille matière, de ces projets artistement élaborés qui créent de toutes pièces et dans les plus petits détails un système complet d'administration. Il est permis de douter qu'un service de ce genre puisse être établi partout et en même temps sur les mêmes bases, comme un service de postes ou de douane. Il admet, au contraire, une multitude de formes et de moyens, également efficaces suivant les cas et les lieux, comme le prouvent la diversité des projets, et mieux que cela, la variété des modes d'organisation adoptés déjà dans divers États et même en France dans plusieurs départements. Mais le plus grand inconvénient de ces projets généraux résulte de ce que, ne pouvant être exécutés que par voie législative, ils courent le risque de n'être jamais pris en considération; et en attendant que tout se fasse partout en même temps, il ne se fait rien nulle part.

Du reste, le plan de M. Cazin nous paraît parfaitement étudié, et parmi les nombreux projets de ce genre dont nous avons pu avoir connaissance, c'est certainement un des plus pratiques. Ses principaux éléments sont : 1° une caisse de bienfaisance affectée au service sanitaire, établie au canton, à laquelle contribuent pour moitié ou deux tiers les communes, et pour le reste le département; 2° une commission *cantonale* de bienfaisance; 3° une commission *communale* de charité dans chaque village; 4° le personnel et le matériel du service médical (médecins de charité, pharmacie, sages-femmes, etc.). Le mérite de ce projet, et aussi en partie son originalité, consiste en ce qu'il ne fait appel qu'aux ressources locales, tant pour le matériel que pour le personnel du service. Il n'exige pas, comme la plupart des plans proposés, la création d'une armée de fonctionnaires médicaux, salariés par l'État. Il utilise seulement le personnel médical existant. C'est à peu près l'extension aux campagnes du service d'assistance à domicile établi dans les villes au moyen des bureaux de bienfaisance. Une autre particularité heureuse de ce règlement est la création de la pharmacie communale économique dont les éléments seront presque entièrement puisés, à l'exception du quinquina et de la noix vomique, dans la *flore médicale indigène*. En somme, ce projet nous paraîtrait presque irréprochable si l'auteur pouvait garantir l'exécution de l'art. 1, la formation de la caisse de bienfaisance. S'il peut remplir cette caisse, tout le reste ira de soi.

C'est cette question de la caisse qui fait tourner les yeux de la plupart des auteurs de projets semblables vers le gouvernement. Ainsi fait, entre autres, M. Mangeocst, médecin dans le Cher, pour son organisation médico-rurale. Elle diffère beaucoup de la précédente. Il divise chaque département en circonscriptions médicales. Chacun de ces petits empires médicaux est régi par un médecin rural. Ce médecin n'attendra pas qu'on l'appelle : il devra chaque semaine, à jour fixe, faire le tour de son domaine et stationner en des lieux déterminés, où il donnera des consultations, gratuites aux indigents, payées par les autres. Son service n'est pas, dans ce système, borné aux indigents : il s'étend à toute la population à laquelle il va s'offrir. Ce

sondes redeviennent nécessaires pour donner à la cicatrice, et par suite au canal, un large diamètre.

Si le malade est incommodé par la présence à demeure des sondes, on peut encore les enlever une partie de la nuit et pendant quelques heures de la journée.

C. — RÉTRÉCISSEMENTS QU'ON FRANCHIT SANS POUVOIR LES DILATER.

Les rétrécissements de cette troisième classe sont assez nombreux, et nous en avons observé de fréquents exemples.

Un officier que m'avait adressé M. le docteur Villemain portait un rétrécissement circulaire fibro-cartilagineux de la portion bulbeuse de l'urètre. Nous parvînmes assez vite à y introduire des bougies de 2 millimètres environ de diamètre, mais il nous fut impossible d'aller plus loin. Nous rencontrions un anneau dense, résistant, indolore, qu'on ne dilatait pas, même avec des bougies coniques laissées à demeure. Après plus d'un mois d'inutiles tentatives, nous proposâmes au malade l'urétrotomie, mais il se trouva satisfait de la légère amélioration qu'il avait obtenue et refusa cette opération.

Un conducteur de diligences, affecté depuis longtemps d'un rétrécissement annulaire dont il était facile de constater la présence dans la portion spongieuse de l'urètre en le saisissant entre ses doigts, souffrait de besoins fréquents d'uriner et ne pouvait plus continuer sa profession. De nombreux traitements avaient été infructueux. Je constatai une induration indolore, de nature fibro-cartilagineuse, autant qu'on en pouvait juger, et il me fut impossible d'y introduire des bougies de plus d'un millimètre de diamètre. Après de longues et stériles tentatives de dilatation et quelques essais également inutiles de cautérisation directe, je fis construire par notre habile fabricant d'instruments, M. Elser, un urétrotome composé d'une lame tranchante et demi-circulaire d'un centimètre de saillie sur 15 millimètres de longueur. Cette lame était soutenue par une tige d'acier offrant de distance en distance de très-petits anneaux destinés à s'engager dans une bougie en baleine qui devait servir de conducteur et permettre, sans crainte de fausse route, d'opérer la section du rétrécissement.

Nous fîmes alors pénétrer la bougie, sur laquelle fut poussée directement d'avant en arrière la lame de l'urétrotome, qui effleura à peine les portions saines du canal et divisa largement le segment antérieur du rétrécissement. L'instrument retiré en sens opposé, la lame tournée en arrière atteignit de nouveau la demi-circonférence postérieure de la coarctation, qui fut coupée en deux points. Beaucoup de sang s'écoula au dehors et pénétra en même temps dans la vessie. Des accidents de rétention d'urine durent être combattus par l'introduction d'une grosse sonde de gomme élastique et par des injections vésicales. Un vaste épanchement de sang enveloppa circulairement la verge, au niveau du rétrécissement, mais le canal dilaté par des sondes récupéra un large diamètre; la miction s'accomplit librement, les besoins fréquents d'uriner disparurent, et le malade guéri reprit ses occupations.

Nous ne croyons pas avoir résolu le problème de l'urétrotomie interne dans les cas de rétrécissements étroits et non dilatables, et on parviendra probablement à l'invention d'instruments très-supérieurs à celui dont nous avons fait usage. Nous regarderions une pareille découverte comme un grand progrès dans la thérapie des coarctations urétrales. Tous les chirurgiens ont observé des rétrécissements dans lesquels on n'engageait une bougie filiforme qu'après beaucoup de difficultés et de temps, et l'on a cherché de mille manières et sans succès jusqu'à ce jour à tirer parti de la bougie déjà introduite pour en faire passer une seconde. Tantôt on glisse celle-ci le long de la première; tantôt on en coupe le bout et on l'emboîte sur l'autre au moyen d'un fil conducteur. Ces tentatives échouent le plus ordinairement et ne méritent pas de prendre rang dans la pratique, comme procédés sur lesquels on puisse compter. La conduite la plus sûre est de laisser la première bougie à demeure dans le rétrécissement et de la retirer au bout de quelques heures, d'un jour ou plusieurs jours, en essayant de la remplacer immédiatement par une bougie un peu plus volumineuse. La cautérisation directe ou d'avant en arrière réussit quelquefois en supprimant des fongosités qui divisent l'extrémité de la bougie et en empêchent la pénétration. Souvent aussi l'on perd son temps et sa peine, et l'on ne dépasse pas, comme nous l'avons dit, 1 ou 2 millimètres d'élargissement.

La cautérisation directe d'avant en arrière est parfois avantageuse, et il est bon de l'employer à titre d'essai. C'est un moyen peu effrayant pour les malades, et d'une parfaite innocuité quand on en fait usage avec les précautions convenables.

Les dilatateurs forcés sont inapplicables, puisqu'on ne parvient pas à les conduire au delà du rétrécissement, et l'on ne possède pas d'urétrotomes qui en permettent la division régulière et complète. Ces considérations rendront moins sévère le jugement porté sur notre instrument, et conduiront peut-être à quelque perfectionnement d'une incontestable utilité.

Les brides ou valvules urétrales cèdent très-bien à l'action des scarificateurs ordinaires lorsqu'elles sont profondes, et se divisent avec l'extrémité d'un bistouri boutonné, lorsqu'il est possible de les atteindre par l'orifice du canal.

Un des malades de la clinique civile nous a offert un rétrécissement de ce genre, situé à deux travers de doigt de distance du gland. La miction se faisait par un jet très-fin, et diverses tentatives de dilatation étaient restées sans résultats avantageux. Je me servis d'un bistouri boutonné à lame étroite pour dépasser l'obstacle et pour le faire disparaître en le fendant avec le tranchant de l'instrument. La présence d'une grosse sonde dans la portion intéressée du canal prévint toute récidive de coarctation, et la cure fut en peu de jours complète et persista.

Un capitaine, traité à l'hôpital militaire d'un rétrécissement souspubien non dilatable, guérit aussi, mais après d'assez graves accidents. L'obstacle paraissait valvulaire et était très-peu étendu, mais dur, circulaire et très-résistant. Nous en opérâmes la section à l'aide de l'urétrotome à lame concentrique de M. Ricord. Une inflammation diffuse, avec abcès urineux du scrotum et fistule consécutive, compliquèrent assez gravement la cure, qui se termina néanmoins heureusement et a persisté depuis plusieurs années.

C'est dans les cas de ce genre que la dilatation forcée, au moyen des instruments de MM. Pérçyve, Rigaud, etc., peut rendre quelques services.

L'emploi doit cependant en être très-réservé, en raison des dangers

---

point de vue a du bon, et nous le recommandons à qui de droit. En rémunération de ce service régulier et obligatoire, le médecin rural recevra de l'État, indépendamment du casuel de ses visites, une indemnité pour frais de route évaluable à 375 fr. par an. 10,000 médecins ruraux coûteront donc 3,600,000 fr. M. Mangenest trouve cette somme fort modérée, vu l'importance du résultat de son emploi. Puisse le corps législatif être de son avis!

Dans un livre fort remarquable à divers titres et très-instructif, LES PAYSANS FRANÇAIS, MM. Anacharsis et Hippolyte Combes traitent, dans un chapitre spécial, du service médical des indigents des campagnes. Ils adoptent le principe de circonscriptions médicales, répondant à peu près à celle d'un canton. Un médecin spécial donnerait à jour fixe des consultations gratuites aux malades munis d'un certificat d'indigence, et se transporterait au besoin, sur la demande de l'autorité municipale, au domicile des pauvres qui ne pourraient se rendre chez lui. Dans ce système, c'est le malade qui se déplace et va trouver le médecin, tandis que, dans le précédent, qui nous paraît mieux conçu, c'est le médecin qui va chercher le malade. Pour les frais, les auteurs font intervenir le bureau de charité, les associations mutuelles, la société de secours de la commune, les dons. Ces ressources sont bien précaires. Du reste, le travail de ces deux savants économistes sur ce sujet se compose d'aperçus généraux, de conseils et de vœux plutôt que de projets sérieusement élaborés et étudiés.

Sous ces graves volumes dont l'analyse, quoique fort écourtée, a pu paraître encore longue, nous en trouvons un dernier dont le titre est plus attrayant; on nous promet des CAUSERIES. C'est promettre de l'esprit, du trait, de la vivacité, de l'entrain, de la délicatesse, de l'*humour* : c'est s'engager beaucoup. Causer médecine! mais rien n'est plus difficile, surtout pour un médecin. La causerie est un jeu de l'imagination et de l'esprit qui réclame infiniment d'adresse et de tact. Beaucoup de gens savent parler, discourir, professer, pérorer, discuter, exposer. Très-peu savent causer. Ce livre a donc le plus prétentieux de tous les titres, bien que l'auteur, innocemment sans doute, ait voulu en l'adoptant faire acte de modestie. Mais sans plus nous enquérir de la forme, disons tout de suite, pour rendre la justice due au travail consciencieux d'un esprit honnête et droit, que ce volume se divise en douze chapitres, dans lesquels sont exposées quelques réflexions détachées sur la science médicale, l'exercice de l'art, les études, la clientèle, sur l'homœopathie, la phrénologie, les eaux thermales, l'aliénation mentale, etc., écrites pour l'instruction et l'édification d'un client; on peut assurer qu'il ne s'y trouve aucune idée hasardée, aucun principe contestable, aucune espèce de paradoxe. Nous en recommandons volontiers la lecture aux gens du monde; ils y apprendront tout ce qu'il est convenable qu'ils sachent sur la médecine et sur les médecins.

L. PEISSE.

qui en peuvent être la suite. Nous avons vu dans une seule année trois malades périr d'infiltrations urineuses survenues, chez les deux premiers, par ruptures très-considérables de l'urètre, et chez le troisième par larges déchirures de l'épaisseur de la verge, au travers de laquelle l'instrument avait été conduit sans franchir le rétrécissement, qui fut retrouvé intact.

Dans un autre cas, le dilatateur se rompit, et ces observations sont de nature à inspirer beaucoup de circonspection. Il faut éviter la faute très-commune d'appliquer de prétendues dilatations forcées à des rétrécissements non résistants, qui eussent aussi bien et même mieux cédé à l'usage des sondes, et ne pas s'exposer à des violences susceptibles de faire éclater le canal et d'amener la mort en quelques jours. Si l'on réfléchit en outre que ces dilatateurs ont au moins 4 millimètres de diamètre et qu'ils ne sont applicables par conséquent qu'à des rétrécissements déjà fort élargis, on comprendra combien les indications en sont restreintes. Quelques brides superficielles, quelques indurations fibreuses ne dépassant pas l'épaisseur de la membrane muqueuse, pourront être ainsi rompues sans danger et traitées ensuite par l'emploi des sondes de caoutchouc; mais dans le cas où la coarctation offrirait une certaine épaisseur, l'urétrotomie interne nous paraît très-préférable.

On ne saurait comparer la gravité des plaies par déchirure à l'innocuité habituelle des incisions nettes et régulières, et le chirurgien est toujours certain, avec les urétrotomes, de porter la section sur les tissus réellement affectés, tandis que les dilatateurs exposent à rompre les portions saines du canal, en laissant intacts les points indurés et rétrécis.

Une dernière et précieuse ressource contre les rétrécissements très-étroits et non dilatables, est l'urétrotomie externe ou boutonnière. Si la coarctation est profonde, résistante, infranchissable par des bougies d'un assez fort diamètre pour permettre l'introduction d'un urétrotome, on peut se servir d'un cathéter cannelé extrêmement fin, comme l'emploie le professeur Symes, ou tirer parti de la présence d'une bougie filiforme pour découvrir et diviser la coarctation, comme nous l'avons fait avec succès. (Voy. obs. I, II, IV.)

(La suite au prochain numéro.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

SUR L'EMPLOI DES ÉVACUATIONS SANGUINES DANS LE TRAITEMENT DE L'HÉMOPTYSIE; par M. L. GAILLARD, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Poitiers.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DARRALDE, INSPECTEUR AUX EAUX-BONNES.

Très-honoré confrère,

Vos études spéciales et la juste réputation dont vous jouissez m'engagent à vous adresser quelques réflexions sur l'emploi des évacuations sanguines dans le traitement de l'hémoptysie.

La doctrine de Laennec est encore classique : « Pour peu que l'hémorrhagie soit forte, dit un professeur estimé, il convient d'ouvrir la veine, une et même plusieurs fois. »

Cette opinion règle la pratique générale. Un malade crache du sang, on le saigne; il continue, on le saigne de nouveau, deux fois, trois fois et davantage, sans compter les sangsues et les ventouses scarifiées. Nous le voyons chaque jour, tout hémoptysique est copieusement saigné. Cette médication est fort goûtée du public, qui comprend qu'on oppose des évacuations sanguines à une maladie *occasionnée par le sang*. Le médecin se dit de son côté : Il y a congestion du poumon, par conséquent utilité de dégager cet organe par l'ablation du liquide qui l'encombre et l'irrite.

Ces théories sont spécieuses; elles paraissent justifier la médication ordinaire; examinons cependant la question d'un point de vue plus pratique.

L'hémorrhagie pulmonaire n'est qu'un symptôme; elle peut dépendre de la rupture d'un anévrisme, d'une grande gêne dans la circulation, comme il arrive dans les affections du cœur très-avancées, et ces formes qui sont assez rares ont leurs caractères distinctifs. En général, l'hémoptysie se produit sous l'influence de deux causes :

1° Une fluxion vasculaire essentielle que nous appellerons *fluxion hémorrhoïque*; fluxion analogue à celle qui se développe sur l'extrémité inférieure de l'intestin et constitue les hémorrhoïdes; analogue encore à certaines formes de melæna, d'hémorrhagies des cavités encéphaliques, etc. La fluxion hémorrhoïque se produit chez les individus sédentaires, trop nourris; chez les adultes pléthoriques, chez les femmes à l'époque de la ménopause quelquefois, bien rarement chez les jeunes filles d'un tempérament robuste, à l'occasion d'une menstruation absente, insuffisante ou brusquement supprimée; elle alterne avec des épistaxis et des hémorrhoïdes; elle s'accompagne de phénomènes spéciaux : pesanteur à la tête, somnolence, étouffements, palpitations, lassitude. Elle apparaît chez des individus qui jouissent d'ailleurs d'une santé parfaite.

L'examen de la poitrine fournit les résultats suivants :

A. Le plus souvent point de signes sthétoscopiques.

B. Parfois des râles à grosses bulles vers la racine de bronches.

C. Dans quelques cas une condensation évidente du poumon dans une certaine étendue avec respiration affaiblie, obscure; matité; râles muqueux, sous-crépitants. Ces lésions organiques siégent toujours dans la partie postérieure et inférieure du poumon dont elles occupent une région bien limitée.

L'hémoptysie hémorrhoïque est avantageusement traitée par les évacuations sanguines qui procurent une amélioration immédiate; elle est beaucoup moins commune que la seconde forme.

2° *Hémoptysie tuberculeuse*. Le produit tuberculeux déposé dans le tissu pulmonaire irrite ce tissu à la manière d'une épine, le fluxionne, le congestionne et provoque l'hémoptysie. Ceci est connu.

L'hémoptysie tuberculeuse se produit chez des sujets à poitrine délicate, jeunes, frêles, amaigris, atteints de toux chronique; elle est la conséquence d'une affection organique déjà ancienne; elle s'accompagne souvent d'un mouvement fébrile causé par l'irritation locale.

L'auscultation indique *au moins* le premier degré de la tuberculisation pulmonaire : respiration incomplète, rude et râpeuse; expiration sonore et prolongée; râles secs et craquement. On trouve encore parfois quelques petites cavernes. Ces lésions sont multiples, éparses; elles siégent surtout dans la moitié supérieure du poumon, fréquemment des deux côtés à la fois. Cette hémoptysie revient par crises et se prolonge malgré les médications rationnelles.

La saignée pratiquée dans cette occasion réussit mal; nous avons vu souvent des hémoptysies tuberculeuses résister à plusieurs saignées, et ce moyen nous a paru moins efficace que le froid, les astringents, les dérivatifs, les purgatifs, etc.

Les évacuations sanguines n'ont pas toujours l'avantage précaire de suspendre l'hémoptysie; elles présentent, d'autre part, des inconvénients sérieux; le régime débilitant favorise le développement des tubercules. Être phthisique, c'est chose grave. Subir en outre des pertes de sang, on n'en revient guère.

L'hémoptysie tuberculeuse n'est point en elle-même un phénomène menaçant : il est très-rare, presque inouï que la perte de sang entraîne la mort du malade. Mais l'hémoptysie inquiète le malade, elle affecte son moral, elle l'affaiblit par la perte de sang, elle le diminue à cause de la diète et du régime débilitant que mal à propos on impose au patient à son occasion. L'hémoptysie est surtout nuisible aux tuberculeux par les saignées qu'elle leur attire trop souvent.

En résumé, très-honoré confrère, il nous semble qu'avant tout traitement et sans se laisser impressionner par la vue du sang expectoré, chaque praticien devrait s'assurer avec soin si le malade qu'il veut saigner n'est pas tuberculeux. Cette règle bien comprise modifierait sans doute la loi posée par Laennec.

Agréez, etc.

TESTICULE GAUCHE ENGAGÉ DANS L'ANNEAU INGUINAL; INDURATION DE L'ÉPIDIDYME A DROITE ET HERNIE INGUINALE DU MÊME CÔTÉ; ABSENCE D'ANIMALCULES SPERMATIQUES; observation communiquée à la Société de biologie par M. le docteur G. PIOGEY.

M. Gosselin a démontré que les voies spermatiques s'oblitèrent comme les conduits des autres glandes. M. Follin, par des études précises et exactes, a confirmé les opinions de Hunter en prouvant que les testicules engagés dans l'anneau inguinal ou restés dans la cavité abdominale subissaient la dégénérescence graisseuse ou fibreuse et étaient impropres à la fécondation.

L'observation suivante est des plus intéressantes; elle présente la réunion des deux lésions décrites, l'une par M. Gosselin, l'autre par M. Follin; elle démontre en outre que la compression établie pour s'opposer à l'issue d'une anse intestinale est la seule cause probable de l'induration de l'épididyme. Fait d'une haute portée pratique qui doit engager les chirurgiens à rechercher les modifications présentées par le canal déférent lorsqu'il a été comprimé par la pelote d'un bandage pendant plusieurs années et surtout pendant l'enfance.

Obs. — M. X., âgé de 30 ans, a été constamment maladif, maigre, chétif, sujet à de fréquentes diarrhées qui survenaient sans cause appréciable.

Les testicules restés dans l'abdomen jusqu'à 15 ans, s'engagent, celui de gauche dans l'anneau inguinal, où il a contracté des adhérences intimes, celui de droite descend dans le scrotum, entraînant avec lui une anse intestinale qui exige l'application d'un bandage pour maintenir l'intestin dans sa cavité naturelle.

Premiers rapports sexuels à 18 ou 19 ans, rares jusqu'à 23, époque à laquelle survient un écoulement peu abondant qui cesse en moins d'un mois par l'administration de tisanes et de sirops. On supprime le bandage porté pendant quatre ans, et la hernie se reproduit.

En 1847, après des rapports sexuels répétés deux ou trois fois chaque nuit pendant plusieurs semaines, survient une hémorrhagie qui persiste trois mois à l'état aigu, et qui, en 1849, existait à l'état de suintement.

M. X. est d'une taille de 1 mètre 80 centimètres; il est d'une faible constitution; il a la peau blanche, fine, presque diaphane, la physionomie régulière, la barbe et les cheveux noirs soyeux, bien plantés et abondants; la poitrine est peu bombée, étroite, les muscles de la vie de relation peu développés; les formes sont arrondies. Le moindre travail physique détermine de la fatigue, du malaise; la course est pénible, occasionne de l'oppression; pusillanime, sans énergie, il n'a jamais fait de gymnastique; non passionné, il a un caractère bizarre et manque de spontanéité dans la pensée et l'exécution de ses projets.

Marié depuis plus d'une année, M. X. accomplit plusieurs fois par semaine les devoirs conjugaux, sans malaise et sans fatigue.

Le 15 septembre 1853, l'examen des organes génito-urinaires donne les résultats suivants : le pubis est couvert de poils nombreux; le pénis, régulier, est d'un volume ordinaire; le prépuce ne recouvre pas le gland; le jet d'urine est large sans être vigoureux; la peau du pli de l'aine est épaissie à l'endroit où appuie la pelote du bandage.

Le testicule droit, seul descendu dans le scrotum, souple, régulier, a, dans sa plus grande circonférence, 14 à 15 centimètres.

L'épididyme, sans présenter d'hypertrophie, est dur, comme fibreux. Le canal déférent, très-facile à percevoir dans sa portion funiculaire, semble ne pas avoir la fermeté ordinaire lorsqu'il s'engage dans le canal inguinal.

Le testicule gauche fait saillie sous les téguments de la région inguinale, aplati, légèrement atrophié, plus mou qu'à l'état normal, et il a contracté des adhérences intimes qui s'opposent à ce qu'on lui fasse franchir l'orifice interne et l'orifice externe. A l'époque de la puberté, cette glande a été le siége de douleurs assez vives qui ont nécessité l'application de cataplasmes pendant quinze jours. Du côté droit, il n'y a jamais eu d'épididymite blennorrhagique ou d'inflammation d'une autre nature pouvant expliquer l'induration constatée. Pendant ou après le rapprochement sexuel, cet organe n'est le siége d'aucune tension, d'aucune douleur.

Le 15 septembre, on examine le sperme recueilli par M. X.; ce liquide a une odeur légèrement sulfureuse; laiteux et à peine visqueux, il ne peut être réuni en collection. Le microscope y démontre la présence de cellules épithéliales en très-grand nombre, de cellules graisseuses jaunâtres et de granules moléculaires grisâtres, sans un seul spermatozoaire.

Le 16 et le 17, même résultat fourni par l'examen de produits provenant de rapports sexuels différents.

Le 23 septembre, après une continence de six jours, le liquide est plus abondant, plus visqueux; il a l'odeur *sui generis*, mais le microscope y démontre la présence de cellules épithéliales, de granules moléculaires et pas un seul spermatozoaire.

L'observation précédente a pour sujet un homme de plus de 30 ans, d'une taille au-dessus de la moyenne, bien constitué, dont le système musculaire est médiocrement développé, non passionné, qui n'a pas fait d'excès prolongés de femme, qui accomplit sans fatigue, sans malaise les fonctions de la copulation.

Plusieurs médecins, basant leur opinion sur les caractères extérieurs de la virilité, sur l'aspect des organes de la génération, sur la narration des circonstances qui accompagnent le rapprochement sexuel, ont assuré à M. X. qu'il possédait toutes les qualités nécessaires à la fécondation. Consulté sur la même question, nous avons soumis le sperme à l'examen microscopique, afin de décider immédiatement à quelle cause apparente la stérilité pouvait être rapportée.

Après avoir constaté l'absence des animalcules spermatiques dans quatre examens successifs, remontant de l'effet à la cause, cherchant à découvrir la relation qui existait entre la perturbation fonctionnelle et les lésions matérielles, nous avons reconnu que ce fait, en présentant à droite une induration de l'épididyme et à gauche un testicule engagé dans l'anneau, confirmait les observations de MM. Gosselin et Follin.

Mais quelles sont les conditions particulières qui ont favorisé le développement de ces dispositions anormales?

L'épididyme n'ayant jamais été le siége d'une douleur ou d'une inflammation, l'induration n'est pas sous la dépendance des blennorrhagies antérieures. La compression établie sur la longueur du canal inguinal, pour s'opposer à l'issue de l'intestin, est la seule cause que nous pourrions interpréter comme ayant déterminé l'induration de l'épididyme.

L'opinion précédente est appuyée par ce qui se passe chez un animal dont on a excisé une partie du cordon, excision qui détermine l'induration et l'hypertrophie de l'épididyme. M. Gosselin ayant rencontré l'atrophie du canal déférent au niveau du canal inguinal et une induration de l'épididyme du même côté, nous fait regretter qu'il n'ait pas mentionné si antérieurement il y avait eu un bandage appliqué pour maintenir une hernie.

Si, comme nous le supposons, l'application du bandage a été la cause de la rétention du sperme dans les conduits de la glande, et si l'atrophie du canal déférent s'est produite sous la pression de la pelote, l'application des bandages chez les jeunes enfants mérite une sérieuse attention, à une époque où les organes de la génération ont besoin d'être placés dans les conditions physiologiques les plus favorables pour accomplir les diverses périodes de leur évolution.

Telle est la question que nous posons, et qu'on résoudra par des recherches anatomo-pathologiques sur les personnes qui ont porté des bandages dans leur enfance.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

II. THE MEDICAL EXAMINER;

By Francis Gurney Smith and John Biddle.

Les numéros du Medical Examiner, journal mensuel de Philadelphie, de janvier à octobre 1853, contiennent les articles originaux suivants : 1° *Ébauches de chirurgie; considérations sur les plaies d'armes à feu et sur le meilleur traitement à leur appliquer*; par le professeur Horner. 2° *Recherches expérimentales sur la physiologie et la pathologie*; par le docteur Brown-Séquard. 3° *Guérison d'un cas de* delirium tremens *à l'aide du chloroforme administré par l'estomac*; par le docteur Letherman. 4° *De la nature de la phthisie tuberculeuse*; par le docteur Dinwidie Phillips. 5° *Statistique de la mortalité à Philadelphie pendant le dernier trimestre 1852 et le premier de 1853*; par le docteur W. Jewell. 6° *De l'emploi de l'iode pour prévenir les abcès mammaires (usage externe)*; par le docteur Stewart (Une seule observation.) 7° *Symptômes tétaniques (trismus) survenus à la suite de l'administration de l'iodure de potassium (de 4 à 2 grammes)*; par le docteur Phillips. 8° *Cas d'empoisonnement par la strychnine; utilité du chloroforme en inspiration dans ces empoisonnements*; par le docteur Upshur. (Une seule observation.) 9° *Topographie médicale du comté de Vauquier*; par le docteur Horner. 10° *Substances étrangères trouvées dans le canal intestinal*; par le docteur Agnew. 11° *Du recrutement des marins et de l'examen des recrues*; par le docteur Horner. 12° *De l'hygiène navale*; par le même. 13° *Occlusion congénitale du vagin; opération*; par le docteur Upshur. 14° *Des maladies des gens de mer*; par le docteur Horner. 15° *De l'administration du sulfate de bebeerine comme succédané du sulfate de quinine*; par le docteur Dailey. 16° *Nouvelle méthode de traitement des bubons syphilitiques*; par le docteur Hazlett. 17° *De l'obstruction de l'orifice pharyngien de la trompe d'Eustache*; par le docteur Neill. 18 *Du traitement du ténia par l'huile de semences de courge*; par le professeur Patterson.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES RELATIVES A LA PHYSIOLOGIE ET A LA PATHOLOGIE; par le docteur Brown-Séquard.

La partie de ces recherches intéressantes, que nous avons sous les yeux, se rapporte aux sujets suivants : « A. *De l'irritabilité musculaire dans les membres paralysés, et de sa valeur séméiologique.* Les conclusions de ce chapitre sont les suivantes : 1° L'irritabilité musculaire dans les parties paralysées, d'abord plus grande que dans les parties saines, diminue ensuite après un temps variable, et peut même disparaître complétement. 2° Les muscles, privés de l'action du cerveau et de la moelle épinière deviennent plus irritables que les muscles privés de l'action seule du cerveau; mais après un certain temps, ils perdent plus rapidement leur irritabilité que les autres. 3° La cessation seule de l'action cérébrale ne prive pas les muscles de leur irritabilité, même après un temps très-long; dans certaines paralysies, et plus particulièrement dans celles de la face, celles, par exemple, qui sont causées par la section ou l'ablation du nerf facial, l'irritabilité musculaire peut persister pendant plusieurs années. 4° Il est très-difficile et

quelquefois même impossible de connaître le degré relatif de l'irritabilité musculaire dans les parties saines et dans les parties paralysées; cette connaissance n'aurait pas, d'ailleurs, une grande valeur séméiologique. — B. *Des lois des actions dynamiques chez l'homme et les animaux.* L'auteur formule de la manière suivante les faits principaux qui caractérisent les actions dynamiques : 1° l'action du système nerveux, la contraction des muscles, les décharges électriques de certains poissons, les courants galvaniques de certains organes, les décharges galvaniques qui accompagnent la contraction musculaire, et probablement aussi la phosphorescence de certains animaux et les mouvements ciliaires, sont des phénomènes qui ne sauraient exister sans une usure organique des parties. 2° Ces phénomènes sont en rapport avec la rapidité de la circulation du sang, l'abondance de ce fluide et la quantité des matériaux nutritifs qu'il contient. 3° Lorsque la nutrition s'altère dans les tissus qui demeurent inactifs pendant un certain temps, la faculté de produire ces phénomènes diminue par degrés et finit même par disparaître lorsque la texture des tissus a été profondément modifiée. 4° La dépense produite par l'action des organes étant suivie d'une activité plus grande dans la nutrition, si l'action est fréquemment renouvelée, il y a un excès de nutrition et un accroissement considérable de puissance.

En somme, le pouvoir que possèdent les tissus des animaux de produire des phénomènes vitaux semble être en raison directe de l'intensité et de la durée de la nutrition, et en raison inverse de l'intensité et de la durée des actions produites.

DE LA NATURE DE LA PHTHISIE TUBERCULEUSE; par le docteur PHILLIPS.

On a pensé dans le temps que la fibrine servait à la nutrition et à la réparation des tissus; aujourd'hui on croit généralement que ce principe immédiat n'est que d'un usage secondaire dans l'économie. L'auteur, après avoir adopté cette dernière opinion, explique de la manière suivante l'action de l'huile de foie de morue :

La matière grasse s'unit à l'oxygène du sang pour pouvoir être brûlée et servir à la production de la chaleur animale. Cette absorption de l'oxygène empêche ce corps de donner naissance aux accumulations de fibrine suroxygénée aux dépens des tissus musculaire et nerveux. L'iode et le brome que contient cette huile agissent dans un sens analogue en favorisant le ramollissement et l'absorption des agglomérations fibrineuses ou des exsudations tuberculeuses déjà formées. L'iodure de potassium et le nitrate de potasse administrés dans ces cas peuvent aussi agir en rendant la fibrine plus soluble et moins apte à se précipiter ou à se coaguler. Pour produire cet effet, ces substances doivent être prises à fortes doses, afin qu'il y en ait toujours une certaine quantité qui circule dans le sang. Une nourriture substantielle et tonique, sans être excitante, en renforçant l'économie, sert aussi à diminuer la quantité des éléments fibrineux qui circulent dans le sang. Les climats chauds agiraient, suivant le docteur Phillips, en créant une révulsion des poumons sur le foie et en fournissant moins d'oxygène à chaque inspiration que dans une atmosphère plus froide.

Nous nous sommes prononcé à plusieurs reprises sur la valeur de ces conceptions déduites de la chimie, nous n'avons pas besoin d'y revenir ici pour apprécier des assertions qui reposent sur les mêmes bases et partent des mêmes doctrines.

STATISTIQUE DE LA MORTALITÉ À PHILADELPHIE PENDANT LE DERNIER TRIMESTRE DE 1852 ET LE PREMIER TRIMESTRE DE 1853; par le docteur WILSON JEWELL.

Ce travail nous apprend que, pendant le dernier trimestre de 1852, la mortalité a été à Philadelphie de 1 sur 196 habitants. Les décès se répartissent ainsi par rapport aux âges : 47 p. 100 au-dessous de 5 ans et 6 p. 100 au-dessus de 70. Les maladies les plus fréquentes ont été la phthisie, 271 sur 930 morts; la scarlatine, 166; les convulsions, 88; le marasme, 55; le typhus fever, 53.

En faisant le relevé de l'année entière, on trouve que le mois de la plus forte mortalité a été celui de janvier, 1,037; celui de la plus faible mortalité, octobre, 580. Les enfants au-dessous de 5 ans ont fourni 49 p. 100 de la mortalité entière. Les maladies les plus fréquentes cette année ont été : la phthisie, 1,204; la dyssenterie, 558; les convulsions, 499; les pneumonies, 444; la scarlatine, 433; la variole, 426; le choléra infantile, 329; le croup, 208.

Le sexe masculin a fourni 13 p. 100 de décès de plus que le sexe féminin.

Dans le premier trimestre de l'année 1853, la proportion des morts a été de 15 p. 100 inférieure à celle de la période correspondante de l'année précédente. Le même excédant de mortalité sur le sexe masculin a été observé. Les maladies des organes respiratoires ont fourni près du quart du nombre total des décès. Sur le chiffre 515, total de ces maladies, la phthisie pulmonaire compte pour 312, la pneumonie pour 103.

AMAS DE SUBSTANCES ÉTRANGÈRES DANS LE CANAL INTESTINAL; par le docteur HAYES AGNEW.

En examinant le corps d'un individu qui avait présenté pendant la vie quelques signes d'aliénation mentale, le docteur Agnew trouva une adhérence des deux feuillets du péritoine sur le cœcum, et dans cet intestin une pelote de paille d'une couleur noirâtre, du volume du poing, occupant tout le cul-de-sac sous-valvulaire.

DU RECRUTEMENT DES MARINS ET DE L'EXAMEN DES RECRUES, par le docteur HORNER.

Le nombre total des personnes déclarées impropres au service a été de 209 sur 2,010, ou plus de 10 pour 100. Les motifs d'exemption les plus fréquents sur les individus visités par le docteur Horner ont été le cirsocèle du côté gauche, le varicocèle, les varices des jambes, l'ophthalmie, la myopie, les maladies cutanées.

Il faut ajouter, pour avoir une idée exacte de la valeur de ces indications, que le système de la conscription n'existant pas en Amérique, tous ces sujets appartiennent à la catégorie des enrôlements volontaires.

DE L'HYGIÈNE NAVALE; par le même.

Ces remarques, faites par un médecin de la marine des États-Unis, portent sur les points suivants : la construction des navires de guerre et de ceux du commerce, au point de vue de la salubrité, de l'espacement des hamacs, de l'aération des entreponts, les moyens de prévenir et d'atténuer l'effet des épidémies qui se déclarent en mer, ce qui touche aux approvisionnements d'eau, à la conservation et au choix des substances alimentaires et des médicaments suivant les latitudes, les provenances, la durée présumée des voyages.

OCCLUSION CONGÉNITALE DU VAGIN; par le docteur UPSHUR.

OBS. — Une jeune fille de race noire, âgée de 18 ans, avait ressenti depuis dix-huit mois des symptômes analogues à ceux qui annoncent l'apparition des règles; ces phénomènes s'étaient répétés régulièrement tous les mois depuis cette époque, sans écoulement caractéristique par le vagin. Une tumeur arrondie, bien limitée, s'était formée peu à peu au-dessus des pubis; elle augmentait après chaque époque menstruelle et simulait la matrice au quatrième mois de la gestation. Il y avait depuis huit mois des douleurs lombaires et inguinales, de la gêne dans les fonctions du rectum et de la vessie. Les seins, les parties génitales externes étaient bien développés; le clitoris et les grandes lèvres avaient le volume et l'aspect ordinaires. Le doigt était arrêté à un pouce et demi de l'entrée du vagin par une cloison résistante, épaisse et à surface lisse. En pressant au-dessus des pubis pendant que le doigt appuyait contre le septum, on percevait distinctement la fluctuation; par le rectum, on pouvait avoir la même sensation.

L'opération fut pratiquée de la manière suivante : perforation du centre de la cloison par un trocart ordinaire et incision cruciale, ensuite le doigt de l'opérateur introduit dans cette ouverture va à la recherche du museau de tanche en écartant et déchirant les tissus. Ensuite, division couche par couche jusqu'au col. Écoulement d'une grande quantité de liquide noirâtre, un litre à peu près. D'abord inodore, ce liquide devient après sanieux et fétide; la fièvre survient, dure quelques jours, et la malade se rétablit ensuite promptement. L'écoulement menstruel se fait d'abord d'une manière régulière; mais trois mois après, nouvelle rétention, suivie d'une évacuation tardive. La malade n'a pas été suivie au delà.

DU SULFATE DE BEBEERINE COMME SUCCÉDANÉ DU SULFATE DE QUININE; par le docteur DAILEY.

Nous avons annoncé, d'après le MEDICAL EXAMINER du mois de mai 1852, les premiers essais de l'emploi de ce médicament dans les fièvres rémittentes et intermittentes, d'après une note du professeur Patterson; aujourd'hui l'auteur, après avoir rapporté deux observations, résume de la manière suivante la valeur thérapeutique de la substance qu'il a administrée le premier : les propriétés antipériodiques du sulfate de bebeerine ne sont pas aussi marquées que celles du sulfate de quinine; la bebeerine est un tonique excellent; mais le prix élevé de ce médicament sera toujours un obstacle à son emploi dans la thérapeutique.

DE L'OBSTRUCTION DE L'ORIFICE PHARYNGIEN DE LA TROMPE D'EUSTACHE; par le docteur J. NEILL.

Un genre d'obstruction à peine indiquée par les auteurs qui se sont

occupés des maladies de la trompe d'Eustache tiendrait, suivant le docteur Neill, à une hypertrophie des follicules qui entourent l'orifice guttural de ce conduit. Ces follicules, contenus dans un des replis de la membrane muqueuse, l'attirent en bas, de manière à recouvrir quelquefois complétement l'orifice. Ils présentent quelquefois l'aspect et les dimensions de l'amygdale elle-même avec ses follicules à large ouverture. Cette altération a été rencontrée après la mort sur trois sujets; elle est probablement plus commune qu'on ne le pense, et réclamerait, dans le cas où on parviendrait à la reconnaître sur le vivant, une cautérisation à l'aide d'un porte-caustique recourbé introduit par la bouche.

(La fin au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

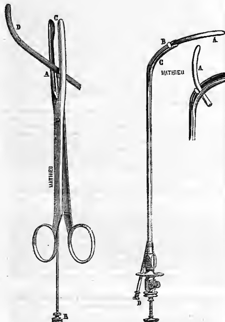
ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 9 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. ROUX.

SUR LES MOYENS D'EXTRAIRE DE LA VESSIE LES CORPS ÉTRANGERS AUTRES QUE LES PIERRES ET LEURS DÉBRIS.

M. LEROY-D'ÉTIOLLES lit sous ce titre un mémoire qu'il résume en ces termes :

Ces corps arrivent dans la vessie tantôt par les voies naturelles, tantôt par des blessures; les premiers ont en général une forme allongée, et leur diamètre est inférieur à celui du canal par lequel ils ont pénétré : ce sont ordinairement des fragments de sondes, d'instruments brise-pierres, des tiges de fer, des épingles à cheveux, etc. Les instruments que j'ai imaginés pour opérer l'extraction de ces différents corps agissent de deux manières différentes : ils ploient, en dirigeant leurs pointes en arrière, les tiges assez minces pour passer en double dans l'urètre ou dans un tube. Quant aux corps trop volumineux pour sortir ainsi ployés en deux, les instruments les saisissent, les font pivoter sur eux-mêmes, s'ils sont pris en travers, et les placent dans la direction de l'urètre qu'ils doivent parcourir. Cet effet est produit par des petites barrettes transversales semblables à de petits râteaux qui glissent sur les bords des gouttières dont sont creusées les pinces, lesquels râteaux, mus par de longues tiges, se prolongent à l'extérieur, poussent le corps jusqu'à l'extrémité de la pince dont les gouttières, coupées obliquement et échancrées d'un côté, favorisent le mouvement de bascule. Ces râteaux et cette coupe oblique des gouttières s'adaptent à toutes les pinces, mais plus particulièrement à celle en forme de brise-pierres qui est la plus usitée pour l'homme, et à la pince à anneaux qui convient pour les femmes.



J'obtiens encore le pivotement, le placement en long et la sortie des corps allongés par d'autres mécanismes. Un tube droit ou courbe est échancré en gouttière dans une certaine longueur; sur le bord de cette gouttière glisse un crochet demi-annulaire qui peut dépasser le bord du tube en obéissant à l'impulsion et au tirage d'un fil de fer. Ce demi-anneau accroche la tige à extraire, la fait basculer sur le bord de la gouttière, l'y couche et l'amène au dehors.

Je rapporte dans mon mémoire de nombreux exemples de succès obtenus avec ces divers instruments : l'un des plus remarquables est celui d'un général qui avait rompu dans sa vessie une grosse bougie de gutta-percha pour l'extraction de laquelle quarante-trois tentatives infructueuses avaient été faites par un des plus célèbres chirurgiens spécialistes. Avec mon extracteur à crochet semi-annulaire, dès la première application que j'en ai faite, j'ai retiré ce corps étranger. (Comm. : MM. Velpeau, Lallemand.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

SÉANCE DU 17 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. BACQUART.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre de l'instruction publique communique à l'Académie un mémoire de M. le docteur Grusell, médecin russe, relatif à un nouveau traitement du cancer. (Comm. des remèdes secrets ou nouveaux.)

— M. BARTHEZ, médecin en chef de l'hôpital thermal militaire de Vichy, adresse un supplément à ajouter au rapport qu'il a adressé à l'Académie le 13 décembre dernier, sur les maladies observées à l'hôpital thermal militaire de Vichy, pendant la saison de l'année 1853. (Comm. des eaux minérales.)

— M. HOURSOLLE (de Bayonne) adresse l'état des vaccinations pratiquées à Bayonne en 1853. (Comm. de vaccine.)

— M. PIORRY réclame, à l'occasion du mémoire de M. Mouriès sur l'emploi alimentaire du phosphate de chaux, et du rapport dont il a été l'objet par M. Bouchardat, la priorité de l'idée de cette médication, et se plaint que ni M. Mouriès ni M. Bouchardat n'aient fait mention de ses recherches sur ce sujet, qui remontent à plus de dix ans.

M. LONDE demande la parole, à cette occasion, pour revendiquer en faveur de M. Jules Guérin la priorité de l'emploi du phosphate de chaux comme agent utile à l'économie dans un certain nombre de maladies, priorité réclamée par M. Piorry.

EAUX MINÉRALES.

M. O. HENRY lit un rapport sur les eaux de Dammartin-sur-Tigeaux (Seine-et-Marne).

L'analyse n'ayant fait découvrir dans l'eau qui fait le sujet de ce rapport rien qui puisse justifier des propriétés médicales réelles, et aucun essai sur ces propriétés n'ayant été signalé, M. le rapporteur est d'avis de répondre au ministre que jusqu'à présent il n'y a pas lieu d'accorder l'autorisation d'exploiter cette source au point de vue médical. (Adopté.)

M. Henry lit un deuxième rapport sur de l'eau minérale de Grandif (Puy-de-Dôme).

L'analyse de cette eau a fait reconnaître qu'elle devait être considérée comme une eau acidule gazeuse carbonatée. Les propriétés de ces eaux ont été constatées depuis longtemps par différents médecins du pays; il n'y a donc aucun motif de refuser l'autorisation de l'exploiter comme eau minérale.

En conséquence, M. le rapporteur propose de déclarer qu'il y a lieu d'accorder cette autorisation. (Adopté.)

Le même rapporteur lit un rapport sur une eau découverte à Aulus (Ariége).

La composition chimique de l'eau de cette nouvelle source, qui l'assimile entièrement à celle déjà connue du même pays, la fait ranger au nombre des eaux séléniteuses-magnésiennes, dont elle partage les propriétés.

M. le rapporteur propose en conséquence de déclarer qu'il y a lieu d'en autoriser l'exploitation.

Le même rapporteur lit un quatrième rapport sur un mémoire de M. Poggiale, au sujet de l'eau ferrugineuse d'Orezza (Corse).

M. le rapporteur déclare que l'analyse de M. Poggiale est faite avec le plus grand soin. Aussi on a dû en consigner les résultats dans la portion de l'ANNUAIRE DES EAUX DE LA FRANCE qui est sous presse aujourd'hui; et il pense aussi que cette analyse mérite d'être publiée en entier dans le recueil des travaux de l'Académie. En conséquence, il demande le renvoi du mémoire de M. Poggiale au comité de publication, et propose, en outre, d'adresser des remercîments à l'auteur pour son intéressante communication. (Adopté.)

DENTIERS EN PATE MINÉRALE.

M. MALGAIGNE lit au nom de M. Oudet un rapport sur un mémoire intitulé :

DES DENTS ET DENTIERS EN PATE MINÉRALE, présenté à l'Académie par M. Didier.

M. le rapporteur résume son rapport en déclarant qu'il y a un progrès réel apporté par M. Didier dans la fabrication des dentiers en pâte minérale, et en conséquence il propose : 1° d'écrire à M. Didier une lettre de remercîments pour sa communication ; 2° de déposer honorablement son mémoire dans les archives.

Une courte discussion a lieu à la suite de la lecture de ce rapport, dans laquelle MM. Velpeau, Robinet et Londe expriment la crainte que la publicité n'abuse des conclusions de ce rapport et des phrases élogieuses qu'il renferme.

Cette discussion a pour résultat de faire modifier quelques-uns des passages du rapport, mais en en maintenant les conclusions intactes.

Ces conclusions mises aux voix sont adoptées.

GLYCÉRINE ; SES USAGES EN MÉDECINE.

M. CAP, correspondant de l'Académie, lit un mémoire sur la glycérine et ses applications aux diverses branches de l'art médical.

L'auteur, après avoir rappelé les principales propriétés physiques et chimiques de cette substance, énonce en ces termes les ressources que cette substance peut présenter à l'art médical :

La glycérine lubréfie et assouplit notablement les tissus organiques ; ajoutons qu'elle s'est montrée favorable dans la plupart des affections de la peau. C'est ce qui a été constaté récemment par une multitude de praticiens, tant en Angleterre qu'en France. Leurs observations ont montré que la glycérine pénètre facilement dans les pores de la peau, assouplit cet organe et maintient à sa surface, en vertu de sa propriété hygrométrique, une sorte d'humidité permanente très-propre à combattre la sécheresse et l'épaississement du derme. Elle cicatrise les fissures, les crevasses de la peau, lui conserve sa souplesse et en calme l'irritation.

M. le docteur Trousseau a constaté généralement les excellents effets de la glycérine dans les affections superficielles de la peau, notamment dans le prurigo qui se rattache à une affection dartreuse ; c'est ainsi qu'il se rend compte de l'efficacité reconnue de cette substance, dans certaines maladies de l'oreille qui tiennent à une irritation cutanée, prolongée de l'extérieur à l'intérieur de l'appareil auditif. La glycérine, suivant ce professeur, convient dans toutes les affections de la peau qu'irriterait l'emploi des corps gras ou les applications excitantes. Le même médecin se loue surtout de son usage dans les phlegmasies cutanées, de nature prurigineuse, qui affectent souvent, d'une manière si douloureuse et si persistante, les parties génitales, l'anus et leurs annexes. M. le docteur Bazin fait un fréquent et heureux emploi de la glycérine dans l'eczéma, le zona, l'acné, l'ichthyose, et en général dans toutes les maladies de la peau, dont le principe ne réside pas essentiellement dans l'altération des grands appareils internes. Il trouve, dans ce cas, la glycérine bien préférable aux cosmétiques irritants si préconisés, comme l'huile de cade, l'eau de goudron, et surtout aux solutions du sublimé corrosif.

La pharmacie ne pouvait rester en arrière sur un pareil sujet. La glycérine paraît à M. Cap appelée à jouer dès à présent, dans la pharmaceutique, un rôle important. Il est évident, dit-il, que son état onctueux, sa propriété légèrement hygrométrique, ses analogies avec l'eau et avec l'huile, enfin sa parfaite innocuité, rendront cette substance propre à une multitude d'emplois divers.

Elle se prête en effet avec une merveilleuse facilité à toutes les formes médicamenteuses. Elle peut s'employer pure ou unie à la plupart des autres agents thérapeutiques. Elle se mêle à toutes proportions à l'eau des bains, des injections, des fomentations, des lotions de toute nature. Appliquée sur les brûlures et autres plaies, elle les met à l'abri du contact de l'air et maintient leurs bords à l'état de souplesse. Lorsqu'on l'ajoute aux cataplasmes, elle les conserve à l'état mou, et, chose importante, elle les empêche d'adhérer par leurs bords aux surfaces qui en reçoivent l'application.

Cet ensemble de propriétés présente, comme on voit, la glycérine comme un nouvel et précieux excipient qui vient s'ajouter à la liste trop peu nombreuse des corps de cette nature dont l'art peut disposer, excipient qui semble tenir le milieu entre l'eau et l'huile ; car il participe à la plupart des propriétés de l'une et de l'autre.

La glycérine s'unit en effet aux liquides aqueux et alcooliques, comme elle s'incorpore à l'axonge, aux onguents, aux pommades, aux savons et aux savonules. Elle peut servir de base aux liniments, aux onctions, aux embrocations ; elle se mêle aux extraits, aux teintures, aux alcoolats, aux vins médicinaux, et se prête par conséquent à la plupart des emplois de la médecine et de la chirurgie, ajoutant à toutes les préparations dont elle fait partie le concours de ses propriétés lénifiantes, sédatives, assouplissant les tissus et les disposant à l'absorption des substances médicamenteuses auxquelles on l'a réunie.

En se fondant sur ces considérations, M. Cap pense qu'on pourra établir en pharmaceutique un nouvel ordre de médicaments, soit officinaux, soit magistraux, dans lesquels la glycérine jouerait le rôle d'excipient. En se conformant aux classifications et aux nomenclatures les plus rationnelles, et adoptant comme radical le mot *glycérol*, il propose de donner à cet ordre de produits le nom de *glycéroliques*, et au genre principal celui de *glycérolés*. La place de ce nouvel ordre de produits pharmaceutiques serait marquée auprès des hydrolés, des oléolés, des saccharolés et des melléolés, c'est-à-dire des médicaments dans lesquels le même rôle est rempli par l'eau, par l'huile, par le sucre ou par le miel.

La séance est levée à quatre heures et demie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE SEPTEMBRE 1853 ; par M. le docteur CHARCOT, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I.—ANATOMIE NORMALE.

1° NOTE SUR L'ANATOMIE ET LA PHYSIOLOGIE DES SUTURES, ET SUR PLUSIEURS AUTRES DÉTAILS ANATOMIQUES CONCERNANT LES OS DU CRANE HUMAIN ; par le docteur SCHOULTZ (de Saint-Pétersbourg), membre correspondant de la Société anatomique de Paris.

On adopte généralement trois espèces de sutures vraies : *sutura serrata, dentata* et *limbosa*, et deux sutures nommées fausses : ce sont les *squamosa, harmonia*.

En examinant les sutures plus attentivement, les principes d'après lesquels les os se rattachent et se lient paraissent être plus nombreux.

J'ai distingué sept nouveaux principes, dont j'ai l'honneur de vous soumettre un aperçu rapide.

1° La *diatrypèse*. On la trouve entre des os plats : c'est une série de trous dans l'un des os, par lesquels l'autre os envoie des apophyses : ce sont comme des boutons qui sont passés dans leurs boutonnières. Exemples : le frontal et le sphénoïdal, le palatin et le maxillaire, l'ethmoïdal et le frontal.

2° La *prosopothlipse*. Un os se trouve serré entre deux parties de son voisin, dont l'une est élastique et presse l'os contre l'autre partie : ainsi le lacrymal est serré dans une fissure du maxillaire. On peut voir des rapports analogues entre les os de Bertini et ses voisins.

3° L'*ankyrisme*. Un os s'accroche par une apophyse à un autre, comme l'ancre d'un navire s'accroche au sol par son chapon ; exemples : la conque et le palatin avec le maxillaire.

4° La jonction par superposition (*connexus imbricatus*). Trois os sont posés l'un sur l'autre comme des tuiles ou des écailles.

5° La suture par cellules. Deux os se lient en formant ensemble une série de cellules ; exemple : l'ethmoïde avec tous ses voisins.

6° La *scolopise*. Des chevilles mobiles joignent deux os ; exemple : entre le frontal et l'apophyse nasale du maxillaire. Les os wormiens et de Costèse agissent à peu près de la même manière.

7° La *cylindrose*. Une lame osseuse se roule sur elle-même pour former un canal, et puis une suture (connue des Arabes sous la dénomination de *mendose*).

Je passe à l'étude des lois générales qui président à la disposition des sutures :

1° La loi de l'assimilation.

Pour se rattacher entre eux, les os prennent la nature de leurs voisins. Un os épais s'amincit par exemple pour se lier à un os mince, et *vice versâ* ; ainsi l'ethmoïde est celluleux ; tous ses voisins, même les plus compactes, affectent la même disposition et présentent des cellules.

2° Chaque os du crâne possède au moins un canal ou est en rapport avec un canal.

Le cerveau, contenu dans la capsule du crâne, est mis en rapport avec les autres parties du corps par des trous, ou mieux par des canaux percés dans le crâne. On a tort de dire que les nerfs et les vaisseaux passent par les trous : ce sont les trous qui se sont formés en second lieu autour des nerfs et vaisseaux primitifs. Ainsi, dans l'espace qui sépare deux troncs nerveux sortant du crâne, un os se développe ; cet os, en se développant, arrive jusqu'au voisinage des nerfs, et là il s'arrête. Une suture s'ensuit qui se ferme peu à peu ; il ne reste en dernier lieu qu'un trou.

3° La troisième loi, ou plutôt remarque, résulte de la seconde.

Chaque trou est situé dans une suture, ou permanente ou embryonnaire.

Les os se rattachent entre eux au moins par deux apophyses. Il n'y a pas d'exemple qu'un os ne touche son congénère que sur un seul point. Ce procédé se rattache à une question purement mécanique.

Le mécanisme des sutures connues rappelle assez bien le procédé par lequel les menuisiers rapprochent des planches par des languettes et des rainures ou par des tenons.

Dans un mémoire d'où j'extrais la plupart de ces détails, j'ai en outre indiqué quelques faits nouveaux relatifs à l'anatomie normale du crâne, et que chacun peut découvrir en examinant avec soin un crâne bien développé.

Je cite, entre autres, un canal assez remarquable siégeant dans l'os occipital, et situé entre le trou déchiré postérieur et le condyle. Ce canal donne, selon moi, passage à une veine ; cependant le professeur Schelm (de Berlin), auquel j'ai montré ce canal inconnu jusqu'à présent, est porté à penser qu'il est traversé par un filet de l'hypoglosse.

Parmi les apophyses que j'ai trouvées, il faut en noter deux qui appartiennent à l'ethmoïde : l'une d'elles se dirige vers les antres du frontal ; l'autre vers l'antre du sphénoïdal.

2° SUR LA STRUCTURE DES COTYLÉDONS DE LA MUQUEUSE UTÉRINE DES RUMINANTS ; par M. CH. ROBIN, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Les recherches dont les résultats sont exposés sous forme de propositions, dans cette note, ont été faites à la prière de M. le professeur Goubaux et sur des pièces qu'il m'a remises dans le cours de l'année 1851. Ces résultats ont été communiqués à la Société de biologie pendant les mois d'avril et de mai de cette même année ; il les a consignés dans un travail qui lui est propre. Ayant eu occasion de les vérifier depuis à diverses reprises, je crois utile de les insérer dans le recueil des travaux de la Société, au sein de laquelle ils ont été discutés en premier lieu.

Outre les faits d'anatomie descriptive qui montrent que les cotylédons sont des organes particuliers annexés à la muqueuse utérine, il en est plusieurs qui sont tirés de leur structure intime et sont importants.

Déjà l'examen à l'œil nu montre (outre l'existence des cotylédons chez des bêtes n'ayant pas porté, etc.) que la muqueuse perd son aspect à la base de ces cotylédons. Cette particularité est due en grande partie à la disposition spéciale des vaisseaux dans ces organes, et, en outre, à l'existence dans leur tissu de diverses dispositions anatomiques qui seront signalées, lorsque je parlerai de chacun des éléments qui entrent dans leur structure.

Voici quelles sont les espèces d'éléments anatomiques qui constituent ces cotylédons :

1° *Vaisseaux.* Plus volumineux chez les *vêles* que chez les vaches ; plus gros encore et plus nombreux pendant la grossesse (d'où augmentation de volume du cotylédon) que dans l'état de vacuité de l'organe. Ils ne présentent rien de particulier. Nous n'y reviendrons plus ; car la différence de leur disposition dans la muqueuse et dans les cotylédons est trop frappante pour qu'il soit nécessaire d'y insister.

2° *Fibres de tissu cellulaire.* Très-peu abondantes dans les cotylédons, nombreuses dans la muqueuse ; d'où une différence de structure très-importante à prendre en considération. Elles paraissent proportionnellement moins nombreuses pendant la grossesse, vu l'augmentation du nombre des éléments dont suit l'énumération.

Les fibres dartoïques ou fibres de noyau manquent dans les cotylédons tout à fait, sauf à la base, au point de jonction à la muqueuse ; d'où on doit induire qu'elles appartiennent à cette membrane ou que celle-ci en possède, mais cependant peu, comparativement aux autres muqueuses.

3° *Éléments fibro-plastiques.* Ils sont très-nombreux ; on y trouve les trois variétés : *a* fibres fusiformes, *b* cellules sphériques, *c* noyaux libres. Ces éléments surtout les cellules, augmentent de volume, et surtout de nombre pendant la grossesse ; c'est là une cause à noter de l'augmentation de volume du cotylédon lors de l'évolution du fœtus. Ils sont bien plus nombreux dans le tissu des cotylédons que dans celui de la muqueuse, lequel en a fort peu. Je crois qu'il faut rapporter aux cellules et aux noyaux libres fibroplastiques des cellules et noyaux libres, extrêmement abondants dans les cotylédons pendant la grossesse, et manquant tout à fait dans la muqueuse, même voisine des cotylédons ; cellules qui diffèrent des cellules fibroplastiques ordinaires par des bords souvent moins réguliers, des granulations moléculaires plus grosses et plus abondantes, un noyau plus sphérique, forme que présentent aussi les noyaux libres qui les accompagnent et que nous venons de mentionner. De plus, elles présentent assez souvent deux noyaux, au lieu d'un seul qu'elles offrent dans la grande majorité des cas. Ce n'est pas ici le lieu de donner les détails descriptifs, minutieux, qu'exigent encore ces éléments pour être bien connus : ce sera l'objet d'un autre travail. Je pense que c'est simplement une variété des éléments fibroplastiques ci-dessus (cellules et noyaux libres), parce qu'on les retrouve dans les cotylédons pendant l'état de vacuité de l'utérus, mais avec un volume un peu moindre et moins de granulations. Le volume des cellules pendant la grossesse est d'environ $0^{mm},030$ à $0^{mm},040$. Les remarques relatives aux granulations de ces cellules s'appliquent aussi aux noyaux libres analogues à ceux qu'elles contiennent dans leur intérieur.

4° *Matière amorphe et granulations moléculaires.* Peu abondants pendant l'état de vacuité, ces éléments le deviennent beaucoup pendant la grossesse. A cette augmentation est due la mollesse des cotylédons de l'utérus plein, et en grande partie aussi leur volume.

Cette matière amorphe avec des granulations moléculaires est importante à prendre en considération, vu son extrême abondance dans les cotylédons, surtout pendant la grossesse, et en très-petite quantité dans la muqueuse ; quantité qui, ici, n'augmente pas d'une manière appréciable pendant la gestation.

Cette substance est, avec les éléments fibroplastiques et la disposition des vaisseaux, la cause principale de la différence de structure qui existe entre les cotylédons et la muqueuse, et fait de ces deux organes deux choses distinctes.

Ce sont des éléments importants à prendre en considération, en raison de leur abondance et surtout de leur augmentation de quantité au fur et à mesure que l'utérus se développe avec le fœtus, et *vice versâ* après le part.

5° On trouve beaucoup de petits noyaux, le plus souvent à peu près sphériques ou un peu ovoïdes, assez pâles, peu granuleux, fréquemment rangés les uns à côté des autres en plaques épithéliales. Leur diamètre est d'environ $0^{mm},005$. Le fait précédent et leur analogie avec ceux qu'on voit dans les glandes ou follicules tubuleux de l'utérus humain, ou bien qu'on extrait de ces glandes et qu'on retrouve aussi dans le mucus utérin, me font penser que c'est (comme pour l'utérus humain) l'épithélium nucléaire des follicules des cotylédons et du reste de la muqueuse. Néanmoins, le fait n'est pas directement démontré. Ils sont moins nombreux dans les cotylédons de l'utérus plein que dans ceux de l'utérus vide ; ils sont moins nombreux aussi sur les bêtes n'ayant pas porté que dans les cotylédons de celles qui ont porté.

6° L'épithélium cylindrique utérin passe de la muqueuse sur les cotylédons ; en un mot, l'épithélium cylindrique recouvre tous ces organes, sans présenter rien de spécial à noter, et il ne peut servir ici ni à établir des analogies ni à instituer des différences qui portent principalement sur la structure profonde et la disposition anatomique générale.

II. — ANATOMIE ANORMALE.

NOTE SUR UN CAS D'INVERSION COMPLÈTE DES ORGANES CHEZ UN HOMME ; par M. le Dr VULPIAN.

M. Vulpian met sous les yeux de la Société un cœur provenant d'une homme qui présentait une inversion complète de tous les organes. Cet homme est mort d'une phthisie pulmonaire, et pendant le séjour qu'il a fait à l'hôpital avant d'y mourir, il n'avait offert aucun phénomène particulier qui eût appelé l'attention, soit sur le cœur, soit sur le foie ou la rate ; de telle sorte que cette inversion avait été tout à fait méconnue pendant la vie. A l'autopsie, on trouva le foie dans l'hypocondre gauche, sa grosse extrémité était tournée à gauche et sa petite à droite. La grosse tubérosité de l'estomac regardait le côté droit, et le pylore le côté gauche. La rate était appliquée contre la grosse tubérosité de l'estomac, et par conséquent occupait une partie de l'hypocondre droit. Le cæcum était situé dans la fosse iliaque gauche, l'*S* iliaque était dans la fosse iliaque droite, et enfin le rectum avait conservé sa position normale, c'est-à-dire qu'il se dirigeait de haut en bas et de gauche à droite : cependant il n'était pas fixé dans cette position ; car il était muni d'un méso-rectum assez lâche qui lui permettait de se déplacer facilement. La direction du mésentère était complétement changée ; le bord adhérent de ce repli suivait une ligne étendue de la partie latérale droite de la seconde vertèbre lombaire à la fosse iliaque gauche ; la veine cave remontait le long du côté gauche de la colonne vertébrale, et la grande veine azygos du côté droit. Le poumon droit était formé de deux lobes seulement, le poumon gauche de trois lobes.

Le cœur était tout à fait renversé. Sa pointe était située à droite, sa base à gauche ; le ventricule droit et le ventricule gauche avaient réciproquement changé leur position normale. L'aorte et l'artère pulmonaire s'enlaçaient dans des directions inverses de celles que suivent ordinairement ces vaisseaux ; puis l'aorte gagnait la partie latérale droite de la colonne vertébrale et restait à droite pendant tout son trajet. Le tronc brachio-céphalique naissait à gauche de l'aorte, l'artère carotide et l'artère sous-clavière naissaient isolément à droite.

Dans l'état normal, le cœur est presque couché sur sa face postérieure et sur son bord droit, et la pointe du cœur se trouve à la région du mamelon gauche. Chez cet homme, le cœur était presque debout sur sa pointe, quoique un peu incliné de haut en bas, d'arrière en avant, et de gauche à droite ; la pointe du cœur ne dépassait pas le bord droit du sternum. Aussi aurait-on éprouvé une difficulté réelle à reconnaître l'inversion en examinant pendant la vie le cœur seulement.

Chez cet homme, le testicule du côté gauche descendait plus bas que celui du côté droit, comme chez les sujets conformés de la façon normale.

Il a été impossible de savoir si cet individu se servait habituellement de la main droite, ou si, au contraire, il était plus adroit de la main gauche.

I. — PHYSIOLOGIE.

NOTE SUR QUELQUES PHÉNOMÈNES DE DIGESTION SE CONTINUANT APRÈS LA MORT, ET SUR LEUR INFLUENCE SUR LA RÉUSSITE DES INJECTIONS, par M. CH. ROBIN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc.

Lorsqu'on ouvre l'estomac des squales et des raies, on le trouve toujours plein d'aliments, à quelques exceptions près ; la surface des aliments (poissons, céphalopodes, crustacés) est ramollie plus ou moins profondément. Ils sont fort acides ainsi que le liquide brunâtre, ou chyme qui résulte des aliments déjà dissous. Si l'animal est laissé sur le côté pendant vingt-quatre heures par une température de 10° à 15°, ces phénomènes de digestion se continuent, on trouve les parois de l'estomac ramollies, et non-seulement les parois stomacales, mais les parties en contact avec elles (foie, intestin grêle, etc.), souvent même l'épaisseur entière des parois abdominales se trouve digérée.

Cette acidité disparaît au niveau de l'insertion des canaux biliaires et pancréatiques. Ces animaux ont un pylore qui n'a guère plus du diamètre du canon d'une plume d'oie, et l'animal avalant des crustacés volumineux, à carapace épaisse, des poissons, etc., la colonne vertébrale, la tête des poissons, l'enveloppe des crustacés ne peuvent traverser cet orifice qu'après avoir été ramollis par cette action dissolvante énergique.

Cette observation m'avait conduit depuis longtemps à lier les vaisseaux intestinaux lorsque j'avais à faire des injections de ces animaux. Lorsque j'omettais de le faire, je voyais l'injection s'épancher dans l'estomac même quand il y avait peu d'aliments et que l'animal était mort depuis peu. Si l'estomac était très-distendu et que le poisson fût mort depuis vingt-quatre à trente-six heures, l'injection poussée dans les artères revenait par les veines ou réciproquement, dès qu'elle atteignait les vaisseaux de 1/2 millimètre ou 1/4. Ce fait tient sans doute à ce que les parois muqueuses et le tissu sous-muqueux étant ramollis, ainsi que les vaisseaux qui les parcourent, il y a passage facile de l'un dans l'autre par rupture ; rupture qui du reste survient et détermine des épanchements dans tous les organes voisins avec lesquels l'estomac a été longtemps en contact.

J'ai vu ce fait se répéter chez l'homme et autres mammifères toutes les fois que le tube digestif contenait des aliments ; il avait lieu surtout dans l'estomac et le cæcum, les deux parties du tube qui sont toujours acides. Aussi ai-je été amené à reconnaître que pour faire des injections des réseaux muqueux de l'intestin, il faut choisir des sujets sur lesquels l'estomac est vide. Autrement le li-

quide vient à poindre à la surface, et c'est sans doute ce fait qui se répète constamment quand on n'a pas pris les précautions précédentes, qui a conduit quelques auteurs à admettre que les vaisseaux avaient de petits orifices à la surface des muqueuses; mais on peut constater sur les pièces que j'ai montrées et qui sont aussi bien réussies que possible, qu'il n'y a eu aucun épanchement à la surface libre, ce que, du reste, j'ai constaté immédiatement après l'injection.

Ainsi : 1° grande acidité de l'estomac des squales et raies qui amène la liquéfaction de leurs aliments, acidité qui, persistant après la mort, ramollit à la fois les aliments, l'estomac et les tissus des organes en contact avec ce dernier viscère.

2° Il résulte de là une rupture des capillaires à la surface de la muqueuse ramollie, et une communication réciproque des injections poussées dans des vaisseaux de différents ordres qui rampent dans les tissus attaqués par contact et imbibition du suc gastrique.

3° Chez l'homme et autres mammifères, le même fait se présente à la surface de la muqueuse quand l'estomac ou autres parties de l'intestin contiennent des matières alimentaires, il manque dans le cas contraire. Sa constance a été cause probablement de ce que quelques anatomistes ont cru à des orifices absorbants à la surface des réseaux intestinaux sous-épithéliaques.

IV. — Pathologie comparée.

Dilatation de l'orifice auriculo-ventriculaire droit chez un coq; insuffisance de la valvule tricuspide; 100 grammes de sang dans l'oreillette droite; par M. Rayer.

M. Rayer, qui a constaté plusieurs fois l'existence de maladies du cœur chez les oiseaux, notamment chez le coq, en montre un exemple remarquable chez un coq de la variété connue parmi les oiseliers, sous le nom de *coq russe*. Ce coq, que M. Rayer avait chez lui depuis deux ans, n'avait paru malade que depuis quelques semaines; il paraissait avoir la respiration gênée, et sa voix, naturellement forte et grave, s'était considérablement altérée. Un matin on le trouva mort. A l'ouverture du corps, on constata que l'oreillette gauche était dilatée, et que l'oreillette droite surtout avait éprouvée une dilatation très-considérable. *L'oreillette droite contenait 100 grammes de sang*; l'oreillette gauche en contenait 16 grammes. Pour apprécier le degré de distension morbide de l'oreillette droite, on eût désiré avoir un coq russe bien portant et qui servît de point de comparaison. A défaut de cette variété, on sacrifia, par strangulation, un coq ordinaire, et on constata qu'il n'y avait dans les cavités du cœur que 3 *grammes* de sang; différence énorme que ne pouvait expliquer la différence de poids des deux oiseaux, bien qu'elle fût assez considérable (le coq russe pesait 3 kilog. 60 grammes, le coq ordinaire pesait 2 kilog. 32 grammes); chez le coq malade, l'orifice auriculo-ventriculaire droit avait une dimension insolite (2 centimètres dans son plus grand diamètre et 15 millimètres dans son plus petit), tandis que chez le coq ordinaire sain, le grand diamètre de l'orifice auriculo-ventriculaire droit n'avait que 7 millimètres et le plus petit 4 millimètres; à la surface interne de l'oreillette malade et dilatée, le réseau musculaire était beaucoup moins apparent que dans l'oreillette du coq sain. Chez le coq malade, les veines caves près de leur ouverture dans l'oreillette n'étaient pas sensiblement dilatées. Le ventricule gauche du cœur malade avait 4 centimètres de longueur, celle du ventricule gauche du coq ordinaire était de 3 centimètres 15 millimètres, différence peu remarquable si on la compare à l'énorme différence des oreillettes droites. Les orifices aortique et pulmonaire étaient sains. Le péricarde du cœur malade ne contenait point de sérosité; mais il était épaissi, d'un aspect laiteux, et adhérait en quelques points à l'oreillette droite.

Les glandes vasculaires du col étaient très-développées chez le coq mort de cette affection remarquable du cœur.

BIBLIOGRAPHIE.

Chirurgie navale, ou études cliniques sur les maladies chirurgicales que l'on observe le plus communément à bord des bâtiments de guerre; par L. J. Saurel, ex-chirurgien de seconde classe de la marine, rédacteur en chef de la Revue thérapeutique du Midi. — Un vol. in-8°. — Paris et Montpellier. — 1853.

La médecine et la chirurgie navales sont une médecine et une chirurgie spéciales. Telle est l'épigraphe de l'ouvrage dont nous avons à rendre compte. Mais cette déclaration est plutôt applicable à la médecine qu'à la chirurgie. Chaque métier, chaque profession expose à certaines lésions, mais chaque métier, chaque profession n'a point pour cela sa chirurgie spéciale; que dans telle position on soit en but surtout à des plaies contuses, dans telle autre à des plaies par instrument piquant; que tel genre de vie produise des lésions des organes pelviens, de la tête ou des membres, peu importe au fond : il ne s'agit pas moins du règne pathologique chirurgical de tout le monde, avec plus ou moins de fréquence de telle ou telle affection. Nous verrons qu'à ce titre la chirurgie navale ne mérite réellement pas l'épithète de *spéciale*. Il fallait donc avant tout rechercher ce qui peut donner ce cachet à la chirurgie de marine et le mettre bien en relief. Or c'est ce que M. Saurel nous semble avoir souvent omis de faire.

Dans son livre, il faut chercher le résultat de l'expérience que cet estimable confrère a acquise pendant sa carrière de chirurgien de marine: ce sont ses observations qu'il a réunies en un faisceau; mais il ne faut pas y chercher un livre conçu dans des principes arrêtés, pour suivre une idée et arriver à une démonstration pratique ou théorique.

Les milieux dans lesquels vivent les marins, leur régime alimentaire, les devoirs de leur profession, leur hygiène, figurent au nombre des causes qui pourraient exercer une influence marquée sur la marche et les caractères des affections chirurgicales. M. Saurel s'étend un peu sur ce sujet. Mais il est encore d'autres conditions spéciales dans lesquelles se trouve ce marin, et dont l'influence demanderait à être appréciée : il vit dans tous les pays du monde, du pôle à l'équateur, tantôt en pleine mer, tantôt en station plus ou moins prolongée sur les îles et les continents. Ne sont-ce pas là des circonstances bien favorables pour apprécier et comparer la marche des affections chirurgicales selon les climats? Notre séjour en Algérie nous a déjà montré que les lésions traumatiques s'y guérissent beaucoup plus vite, que les amputés succombent beaucoup moins souvent que sous notre ciel plus froid. L'influence des climats était certainement une étude à la fois facile, curieuse et instructive pour celui qui a parcouru tant de régions diverses. Les maladies vénériennes se comportent aussi très-différemment selon les climats, et comme elles sont très-fréquentes chez les marins, et que, d'autre part, leur courte évolution permet d'apprécier l'influence des régions dans lesquelles on séjourne, elles se présentaient naturellement à l'étude.

Mais laissons de côté ces desiderata, puisque M. Saurel nous demande, dans sa préface, de faire porter la critique sur ce qui se trouve dans son livre et non sur ce qui y manque.

Un second point qui peut spécialiser la chirurgie de marine, ce sont les conditions mêmes du bord et surtout d'un bâtiment en marche. M. Saurel a exposé ces conditions dans son chapitre II. Dans un bâtiment on est toujours à l'étroit, parce que le nombre des hommes qu'on y loge croît avec la grandeur du navire, de sorte que la place y est continuellement restreinte. Les grands bâtiments ont seuls une espèce d'infirmerie contenant un trop petit nombre de lits. Après l'insuffisance du local, vient celle du matériel et des aides. Dans les bâtiments petits ou moyens, il n'y a qu'un chirurgien, souvent fort embarrassé quand il a à faire des opérations graves ou délicates. Les mouvements et les craquements du navire en marche sont un obstacle non-seulement à l'auscultation et à la percussion, mais aussi à plusieurs procédés d'exploration, ce qui augmente les difficultés du diagnostic et fait quelquefois hésiter pour le traitement. Le couchage est plein de vices, au point de vue chirurgical. Peut-on maintenir un membre dans un hamac qui se roule autour du malade, se choque dans ses balancements contre les flancs du navire ou contre ses voisins, et qui n'offre en outre aucun point d'appui pour la contre-extension? Le mode de couchage le plus convenable serait un cadre à carcasse solide et suspendu. Le lit n'a point les avantages que nous lui trouvons en terre ferme : le malade y est ballotté, secoué, et les mouvements brusques imprimés au navire dans les fortes tempêtes peuvent même quelquefois le jeter hors de sa couche. Ces mouvements du navire, si préjudiables au blessé, ne nuisent pas moins au chirurgien : la phlébotomie même devient une opération difficile par le roulis et le tangage, et les grandes opérations sont souvent impraticables.

Or ces diverses conditions, spéciales sans contredit, me paraissent être de celles qui contribuent le plus à imprimer un cachet particulier à la chirurgie de marine. Les procédés les plus simples et les plus faciles devront être préférés, et, à ce titre, les amputations sont plutôt indiquées que les resections. Les procédés difficiles qui ont pour but de ménager la beauté des formes ne sont point de saison sur un navire ballotté par une forte houle ou manœuvrant pour présenter alternativement à l'ennemi ses batteries de bâbord et de tribord. Le peu de repos du blessé fait aussi un devoir de procéder à la ligature de vaisseaux qu'on pourrait négliger en toute autre circonstance. La réunion immédiate est certainement le mode le plus sûr en mer. Les bandages doivent être appliqués simplement et solidement. Quelquefois les pièces qui semblent indispensables dans nos hôpitaux viennent à manquer, et il faut s'ingénier à trouver à les remplacer avec les ressources du bord. L'étoupe se substituera à la charpie entre les mains du chirurgien de marine dans la pénurie, comme la bourre des capotes de soldat l'a fait dans celles du docteur Cabasse, prisonnier d'Ab-el-Kader.

La médication devra aussi être simple, facile et suffisamment éner-

gique; car le marin n'aime point les remèdes, s'astreint difficilement à être médicamenté et n'observe guère les recommandations qu'on lui fait. Il se soumet difficilement, par exemple, à avaler une pilule à intervalles prescrits. Le soldat de l'armée de terre en est, du reste, à peu près au même point : dans nos hôpitaux d'Afrique et d'Italie, nous sommes obligés de faire prendre séance tenante le sulfate de quinine, pour être sûrs de son ingestion.

La chloroformisation n'est pas toujours possible à bord. Quand il n'y a qu'un seul chirurgien et qu'il est obligé, pendant une opération, de procéder aux diverses sections et de diriger ses aides étrangers à l'art de guérir, peut-il bien s'imposer un troisième soin, celui de surveiller la chloroformisation opérée par des mains étrangères? Si les anesthésiques exigent tant de précautions quand un médecin les fait inspirer, et si, dans des mains chirurgicales, ils amènent néanmoins encore quelquefois la mort, oserait-on les confier au premier venu? Cette responsabilité paraîtra lourde, et à juste titre, à ceux qui voudront bien examiner la question.

La position la plus pénible et la plus critique sur un bord où il n'y a qu'un seul chirurgien, c'est celle de ce dernier dans le cas où il viendrait lui-même à être atteint d'une lésion qui exige de prompts secours, comme une ligature ou une opération sanglante. En Algérie, plusieurs de nos confrères isolés se sont trouvés dans la même perplexité, dans des cas de fièvre pernicieuse, de dyssenterie et de blessures diverses. On peut dire que, dans ces circonstances, on songe à la vie et à la santé de tous, excepté à celles du médecin.

Le premier chapitre de l'ouvrage de M. Saurel est consacré à des considérations sur le tempérament et le régime des marins français. L'inscription maritime fournit en général de robustes matelots, habitués à la mer dès leur enfance; leur tempérament est presque toujours exempt de lymphatisme outré, et leur constitution est généralement assez robuste. Le régime du bord est suffisant, mais les travaux sont souvent un peu durs. M. Saurel regrette que personne n'ait encore songé à faire des marins des enfants trouvés, au lieu de les laisser croupir, scrofuleux et rachitiques, dans les hospices encombrés, et de les lancer ensuite dans un monde où ils ne trouveront trop souvent que la misère et ses funestes conséquences. La France n'a que juste ce qu'il lui faut de marins; il faut songer à enrichir ces sources auxquelles elle les puise.

Passons rapidement en revue les lésions ou affections chirurgicales auxquelles M. Saurel consacre des développements, en insistant seulement sur celles qui nous semblent tirer quelques particularités de la condition de l'homme de mer. Chaque chapitre est suivi de la thérapeutique; M. Saurel discute les divers modes de traitement, et s'arrête à celui qui lui paraît présenter le plus de chances de réussite. Ces aperçus, courts, puisqu'ils doivent se renfermer dans le cadre de l'ouvrage, sont judicieux et aboutissent à une saine pratique.

Les contusions des parties superficielles et des organes profonds sont fréquentes à bord. Les plaies sont également communes. Ici ce sont des blessures que les marins se font involontairement avec le couteau pendu à leur ceinture, couteau souvent ouvert et avec lequel ils peuvent se blesser dans leurs divers mouvements. Les marins se battent très-rarement entre eux à l'arme blanche; mais les coups de couteau reçus dans les disputes de cabaret à terre sont plus communs. Ces blessures sont de divers genres, non-seulement à cause de la grande variété des instruments avec lesquels elles sont opérées, mais aussi suivant la manière de s'en servir. C'est ainsi que les habitants du Gabon, sur la côte occidentale d'Afrique, blessent en tranchant, et semblent, même dans leurs combats, dit M. Saurel, avoir moins en vue de tuer que de blesser leurs adversaires. Dans la Plata, les *gauchos* se servent, au contraire, du couteau comme d'un instrument piquant, et font des blessures incomparablement plus graves. Les Argentins ne sont pas moins cruels que les Arabes : si ces derniers détachent la tête du tronc, ces Américains font quelque chose d'équivalent : ils tranchent le pharynx, les deux carotides et tous les tissus de la partie antérieure du cou à l'aide d'un véritable procédé opératoire qui vaut bien le *scalping* des indigènes leurs voisins. Les prisonniers que faisaient les Argentins, pendant le séjour de M. Saurel sur la Plata, étaient traités selon le procédé suivant, rapporté par des hommes *compétents* dans la matière : « Le couteau saisi de la main droite, le tranchant en bas, est enfoncé horizontalement et d'un seul coup au devant de la colonne vertébrale de la victime; le tranchant de l'instrument est aussitôt retourné en avant, pendant que, d'un coup du talon de la main gauche appliqué sur le front de l'homme que l'on égorge, on éloigne en sens inverse le couteau et les tissus qui sont au devant de lui. Les deux carotides primitives étant ouvertes, la mort est presque instantanée. Je passe sous silence tous les raffinements de cruauté dont on fait précéder de pareilles scènes, lorsque c'est un ennemi prisonnier qui va être égorgé. »

Les plaies par l'herminette sont fréquentes parmi les charpentiers du bord, les piqûres par les aiguilles à voiles chez les voiliers, et chez les pêcheurs celles qui sont produites par les hameçons et par les arêtes de certains poissons. Chez les habitants des régions tropicales, ces dernières blessures sont fort redoutées, et produisent trop souvent le tétanos. Il n'en est point de même chez les marins; mais ces piqûres sont quelquefois suivies de graves angioleucites.

Les abcès froids sont rares chez les marins, ainsi qu'en général toute lésion chronique; les maladies ont le plus souvent de franches et rapides allures.

Les matelots sont fréquemment atteints d'une éruption bulleuse siégeant exclusivement aux pieds et aux jambes, et dont la cause réside dans l'immersion fréquente des pieds et des jambes dans l'eau de mer. Cette éruption n'atteint que les marins occupés au lavage du pont, opération qui se fait pieds nus, hiver comme été, dans les régions chaudes ou froides.

Les fractures sont fréquentes à bord, produites soit par des chutes du haut de la mâture, soit par la projection des hommes contre les divers objets, soit par des objets mal arrimés lancés sur eux. L'appareil amovo-inamovible semble le plus souvent indiqué dans la perpétuelle agitation du bord.

La syphilis est malheureusement très-commune parmi les équipages. Sur un équipage de 70 hommes, M. Lesson a eu à traiter 13 cas de maladie vénérienne dans l'espace de quatre ans, et M. Saurel 25 en vingt-deux mois, sur un équipage de 100 hommes. La syphilis est partout identique, dit M. Saurel, mais sa marche est différente selon la température du pays : proposition très-vraie, que nous aurions voulu voir développer davantage.

M. Saurel se range à l'opinion de ceux qui pensent que les accidents primitifs susceptibles d'engendrer des accidents constitutionnels, c'est-à-dire d'intoxiquer, sont non-seulement les chancres, mais certaines blennorrhagies virulentes ou granuleuses.

Tel est l'ouvrage de M. Saurel, fruit de son observation. Les confrères de la marine y puiseront de bons principes, et la lecture en sera également intéressante et instructive pour ceux qui pratiquent sur la terre ferme. F. J.

VARIÉTÉS.

— Par arrêté ministériel, M. Filhol, professeur de chimie à l'École de médecine, est chargé du cours de chimie à la Faculté des sciences, en remplacement de M. Boisgiraud, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

— Un concours pour *trois places* de médecins du bureau central des hôpitaux s'ouvrira le 28 janvier prochain.

— La Société de chirurgie de Paris a élu, à l'unanimité, membre correspondant, M. Bouisson, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier.

— La Société de médecine de Gand, dans sa séance du 6 courant, a nommé membre correspondant M. le docteur Louis Saurel, auteur d'un travail sur un cas de *paralysie musculaire atrophique;* elle a décidé, en outre, d'insérer ce mémoire dans le recueil de ses publications.

— Dans la dernière séance de l'Académie des sciences, M. Roux, vice-président, a annoncé la mort de M. Gaudichaud, membre de la section de botanique, qui vient de succomber aux suites d'une longue maladie.

— M. Laurencin, premier chirurgien en chef de la marine, a succombé inopinément le 7 de ce mois.

— M. Langier, docteur en médecine, ancien médecin en chef des hôpitaux civils de Toulon (Var), vient de mourir dans cette ville.

— Les journaux anglais annoncent la mort de M. le docteur James Gillkrest, inspecteur général des hôpitaux militaires, membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris, décédé à l'âge de 63 ans. M. Gillkrest a publié plusieurs ouvrages, dont un, fort estimé, sur la fièvre jaune.

— M. le docteur Phillips commencera son cours des maladies des voies urinaires, le mardi 24 janvier, à trois heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et il le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

— M. le docteur Auzoux a commencé, le dimanche 15 janvier, à une heure, son cours d'anatomie humaine et comparée, place de l'École-de-Médecine, 2.

Ce cours sera continué les dimanches suivants à la même heure.

Les jeudis à la même heure :

1° Conférences sur la leçon du dimanche;

2° Expériences chimiques et physiologiques propres à faire apprécier les conditions qui favorisent, empêchent ou modifient les fonctions par lesquelles la vie s'entretient;

3° Considérations hygiéniques et physiologiques appliquées à l'homme, au cheval, à tous les animaux domestiques.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE PAR LES VAPEURS IODÉES.

Nous nous proposions d'aborder aujourd'hui le traitement du choléra confirmé. Nous pouvons sans grand dommage profiter de la trêve qui nous est accordée par l'épidémie, et remettre à un prochain numéro de compléter nos remarques sur la thérapeutique du choléra pour nous occuper du traitement de la phthisie pulmonaire à l'aide des vapeurs iodées. Au point de vue de la gravité de la maladie et de la stérilité des efforts tentés jusqu'ici pour sa curation, la phthisie pulmonaire vaut le choléra; ajoutons que les principes qui doivent faire sortir la routine impuissante de l'ornière où elle persiste à marcher sont les mêmes pour l'une et l'autre maladie. La GAZETTE MÉDICALE ne fera donc que continuer, à l'occasion de la phthisie, l'application de principes qui n'ont pas été sans rendre quelque service à la thérapeutique du choléra.

Mais commençons par rappeler le travail qui est l'occasion et le point de départ de nos remarques. Ce travail est du fécond et infatigable professeur Piorry. Prenant la question de curabilité de la phthisie pulmonaire *ab ovo*, l'honorable académicien a successivement traité des données d'anatomo-pathologique qui font croire à la guérison spontanée de certains cas de phthisie; des analogies tirées de la guérison de localisations tuberculeuses dans les ganglions, les os; et enfin des divers cas de guérison de phthisie pulmonaire qui ont été publiés par plusieurs médecins. Cet ensemble de présomptions a conduit M. Piorry à penser qu'il ne fallait pas rester inactif en face des ravages que la phthisie pulmonaire continue à exercer; et sous l'inspiration et avec le concours d'un de ses élèves, M. Chartroule, il a soumis un grand nombre de malades à l'inhalation des vapeurs d'iode. On trouvera au compte rendu des indications suffisantes sur la méthode et la manière de l'appliquer. Mais quel a été le résultat final et positif de cette nouvelle tentative? des *améliorations* dans les 31 cas soumis à une observation régulière et traités à l'hôpital; quelques *guérisons* affirmées un peu vaguement, et qui auraient été obtenues chez des malades de la ville.

Nous le disons avec regret, le travail de M. Piorry, si intéressant par son objet, ne répond sous aucun rapport à ce qu'il était permis d'en attendre. Oui, il existe une multitude de présomptions favorables à la curabilité de la phthisie; oui, certaines analogies doivent encourager de nouvelles tentatives; oui, l'iode, en vapeur et sous d'autres formes, permet d'espérer quelque résultat plus satisfaisant; oui, enfin, les expériences et les observations rapportées par M. Piorry sont de nature à établir, sous certains rapports et dans certaines limites, l'efficacité de cette nouvelle médication. Mais, sur tous ces points, le travail de l'honorable professeur laisse dans le vague et le doute le plus décourageant. Il ne faut point parler de cette logomachie dont l'indomptable réformateur du vocabulaire médical obscurcit à plaisir tous les sujets qu'il aborde: la confusion qui règne dans son nouveau travail est encore bien plus dans les choses que dans le langage. Considérée comme œuvre scientifique, c'est vraiment une œuvre déplorable, et n'était l'importance de la question et l'immense intérêt du sujet, nous aurions laissé passer en paix cette nouvelle élucubration de notre fécond collègue, comme nous avons généralement respecté la cendre de ses aînées. Mais pour justifier en partie cette sévérité, abordons quelques-uns des points principaux de la question.

Deux mots d'abord sur les guérisons spontanées de phthisie pulmonaire. On reconnaît en effet sur certains cadavres trois sortes de faits qu'on regarde généralement comme des témoignages de guérisons spontanées: les concrétions tuberculeuses, les cavités anormales et les cicatrices. Les concrétions ne sont rien moins que probantes. On regarde généralement les concrétions solides, crétacées et autres, trouvées dans les poumons de certains vieillards, comme des tubercules indurés, solidifiés. Mais a-t-on suffisamment examiné jusqu'ici la nature de ces concrétions? les a-t-on étudiées dans leurs rapports avec les professions exercées pendant la vie des individus qui les portaient? Quelques-unes de ces concrétions ne proviendraient-elles pas plutôt de l'inhalation habituelle de certaines substances? Les professions de plâtriers, de charbonniers, de tailleurs de pierre, et une foule d'autres spécialités ouvrières ne donneraient-elles pas lieu à des dépôts de matière inhalée dans quelques vésicules pulmonaires dilatées. Avant d'admettre les concrétions pulmonaires comme preuve de la guérison spontanée de la phthisie, il eût été bon d'en discuter la valeur. M. Piorry n'y a même pas songé. Mais, à supposer que ces concrétions pulmonaires fussent des tubercules indurés, que voudraient-ils dire? Quels enseignements porteraient-ils avec eux? Ceux-ci, sans doute, que certains tubercules, non ulcérés, non exposés directement à l'air, ont pu passer à l'état de concrétions inertes. — Relativement aux cavités anormales prises pour des cavernes organisées, M. Piorry a bien fait quelques réserves au profit des dilatations des bronches terminales. Mais il y avait mieux que cette réserve vague à prendre. On pouvait examiner et comparer les caractères des cavités regardées comme d'origine tuberculeuse, avec ceux des véritables dilatations bronchiques. Un excellent travail de M. Reynaud (du Puy), lu naguère devant l'Académie, aurait été d'un grand secours dans cette comparaison. Enfin, pour ce qui est des cicatrices observées et décrites pour la première fois par Laennec, on sait qu'elles ont donné lieu, de la part de plusieurs auteurs, et en particulier de M. Fournet, à des doutes très-motivés. En admettant l'opinion de Laennec, il s'agirait de guérisons de cavernes exposées à l'air, c'est-à-dire suppurant, donnant lieu à une altération du pus et à une infection de l'économie. Ce résultat obtenu spontanément serait bien considérable. Il y avait donc lieu de l'examiner de près. Ces cicatrices ne proviendraient-elles pas de certains cas de pneumonie, de pleurésie, ou d'abcès pulmonaires? C'est ce qu'il importait de rechercher.

Les analogies tirées de ce qui se passe dans certaines tuberculisations des ganglions lymphatiques et des os n'ont pas été plus heureusement interprétées. Pour que ces analogies fussent probantes, il eût été bon de les étudier dans leurs éléments de ressemblance et de dissemblance: une caverne tuberculeuse du poumon peut-elle être comparée à un abcès ganglionnaire du cou, par exemple? Cependant, cette comparaison pouvait produire d'utiles résultats; mais présentée comme elle l'a été, elle ne saurait que conduire à l'erreur, ou encourager des illusions téméraires.

FEUILLETON.

CHRONIQUE MÉDICALE.

Retraite du choléra. — Tables tournantes et parlantes; note de M. Babinet, de l'Institut. — Banquet offert au professeur Chélius. — La vigne malade. Épidémies végétales. Succédanés du vin; prouesses de l'industrie; la chimie reine des sciences. — Séance de rentrée de l'École de médecine et de pharmacie d'Arras. — M. Alph. Sanson, contrôleur du matériel de la Faculté. — Le perruquier et le tailleur médecins. — Les élèves en pharmacie de Lille et les dragées. Les sucreries du professeur Chaussier. — Le professeur Piorry et sa nomenclature.

LA CRONIQUE, en s'apprêtant à vider sa boîte, se défie un peu cette fois de la nature du contenu. Dans ces trois dernières semaines, nous n'avons vu surgir à l'horizon médical aucun phénomène bien digne de remarque. Dans la science, dans la profession, dans la presse, calme plat partout. Le choléra lui-même, qui était depuis quatre mois notre question d'Orient, paraît devoir se retirer à petit bruit, comme il était venu. Dieu fasse que ce ne soit pas une fausse retraite! Dans le doute, il faut toujours se tenir armés. Le *si vis pacem para bellum* est un bon axiome en médecine comme en politique.

— En revanche, l'épidémie psychique, la Tablomanie, semble toujours sévir avec violence, s'il faut en juger par le déploiement des mesures préventives et curatives dont elle est l'objet. La religion, la justice, la science, combattent, chacune à sa manière, contre cet étrange mal. L'autorité épiscopale lance partout des mandements portant interdiction aux ecclésiastiques et aux fidèles de s'ingérer de Tabulomancie et même d'assister à ces pratiques. Le pape lui-même a fait récemment à ce sujet une admonition écrite à une grande dame russe, qui a rendu publique la lettre pontificale. Les considérants de ces défenses ne sont ni de notre ressort ni de notre compétence. Mais la prohibition même est fort sage. Observés sans critique et sous l'influence de la curiosité superstitieuse excitée par l'interprétation super-naturelle qu'on en donne, ces phénomènes peuvent être un spectacle dangereux pour la masse des esprits simples, qui risquent de perdre à ce jeu imprudent leur repos et même leur raison. Il n'y a que les physiciens qui puissent manier sans danger les machines électriques. Bien mal en prit à Tullus Hostilius de vouloir, sans connaissance suffisante des procédés, évoquer Jupiter *Elicius*, c'est-à-dire diriger la foudre, comme savaient le faire les prêtres initiés à la science secrète des temples. Le fluide se retourna contre l'opérateur maladroit qui périt foudroyé. De même dans l'ordre intellectuel et moral, il peut y avoir des choses qu'il n'est pas prudent de mettre entre les mains des faibles et des ignorants. Il ne serait pas bon pour beaucoup d'organisations de vivre quelque temps parmi les aliénés. Nous avons vu plus d'une fois une courte visite dans une maison de fous laisser pour longtemps dans certains esprits impressionnables des préoccupations inquiétantes. Les

Pour ce qui est de la manière d'expérimenter et d'apprécier les effets de la nouvelle méthode, M. Piorry n'a pas été plus précis ni plus rigoureux. Confondaut toutes les périodes de la maladie, n'ayaot égard qu'aux allérations organiques, ne faisant aucuoe différeoce entre les masses tuberculeuses *non exposées* et les cavernes *ouvertes*, il se borne presque exclusivement à indiquer numériquement les résultats constatés par la plessimétrie et la mensuration.

Dáos l'expérimentation clinique, M. Piorry a fait marcher de froni une foule d'aulres moyens locaux et géoéraux. La compressinn, les frictions iodées et autres, l'émétique à petites doses, les astringents, la thériaque, les opiacés, le sous-azotate de bismuth, le sulfate de quinine, l'alimentation réparatrice, etc., ont été tour à tour employés avec les vapeurs d'iode. Or sans se pronnncer sur la valeur relative de chacun de ces moyens, si on y a eu recours, c'est qu'nn a supposé qu'ils seraieot utiles; ils ont donc pu avoir une part quelconque dans les résultals obtenus. Quelle est cette part ? C'est ce que M. Piorry s'est abstenu de rechercher.

Enfin la maniére dont M. Piorry constate et apprécie les effets des vapeurs d'iode est entachée du même arbitraire et du méme défaut de précision. Pour lui la précision ne consiste pas à étudier successivement et séparément les effets de la médication sur l'*affection* constitutionnelle, sur la *maladie* locale et sur la *lésion* organique, — trois termes si importants à distinguer, — mais simplement à délimiter par la percussion les chaugements survenus dans la matité du son et les bruits respiratoires. En supposant que ces déterminations conduisissent à quelque résultat certain, ce ne serait là encore qu'uu résultat empirique dépossédé de toute sigoificalion scientifique et rationnelle. Or il eût été bien important de savoir si l'inhalation de l'iode exerce une influence générale et constitutionnelle, si elle s'attaque directement à la composition du tubercole, ou enfin si elle se borne à modifier la surface sécrétante de la caverne. Ces trois modes d'action ont leur valeur propre, et c'est de leur étude séparée qu'il eût été possible de déduire la véritable signification de l'action des vapeurs d'iode. M. Piorry a préféré s'en tenir à l'appréciation plessimétrique; c'est le fond de sa doctrine : la matière et les sens.

Nous l'avons dit précédemment, la cause que M. Piorry a prise en main est si bonne que, malgré son plaidoyer, elle ne perdra rien de sa valeur. Les inductions de chacun, les rapprochements, les analogies, les faits directs épars dans la science suppléeront à l'insuffisance du travail de M. Pinrry. Ses propres expériences et ses observations, soumises à un examen plus rigoureux, pourront suggérer des observatinns et des expériences plus précises; à ce titre, elles seront de quelque utilité à ceux qui voudront reprendre à fond la méthode des inhalations iodées contre la phthisie. Pour parvenir à quelque chose de précis, voici le programme qu'il nous paraîtrait utile d'instituer et de remplir.

La phthisie, comme le choléra, a ses prodromes, sa période d'incubation. La manifestation tuberculeuse n'en est qu'un second temps déjà avancé. Depuis plus de dix années que nous sommes imbus de cette doctrine, nous croyons en avoir retiré de très-grands bienfaits. Les anciens, qui connaissaient beaucoup moins bien que nous les signes sthétoscopiques ou ne les connaissaient pas du tout, n'attendaient pas les révélations tardives de la maladie pour se mettre en garde contre un mal dont la science moderne s'est bornée à mieux reconnaître et caractériser l'incurabilité. Ils n'avaient pas formulé nettement l'idée d'une période d'incubation de la phthisie, par la raison qu'ils n'avaient pas précisé la période d'état et différencié nettement l'une de l'autre ces deux périodes. L'arbitraire et l'exagération de l'école organique a eu précisément ce résultat. En faisant commencer la maladie à la constatation des tubercules, à la matité, à la rudesse du bruit respiratoire, à tous les phénoménes résultant de l'altération malérielle, cette école a préciséuient laissé à l'observation plus attentive et plus large un champ d'observalion tout nouveau. Les véritables observateurs savent qu'avant la manifeslation tuberculeuse pulmonaire, il y a deux ordres de phénomènes appréciables : les phéoomènes *généraux*, appartenaut à la constitution, ou pour parler plus rigoureusement, à l'affection tuberculeuse constitulionnelle, car, on le sait : la tuberculisation pulmonaire est presque toujours une localisation de l'affection générale. Le second ordre de phénomènes appartient à l'organe malade. Celui-ci, avant d'avoir été envahi par les tubercules, a déjà souffert, non de la présence des hôtes dont il u'a pas encore subi l'installation, mais des modifications de son dynamisme altéré. Le dépôt tuberculeux n'est que la conséquence de cette altération. Les douleurs erratiques du thorax, la sensibilité de certains points à la pression, la toux, l'agitation nocturne, les insomnies, préexistent souvent à toute révélation plessimétrique. L'inhalation des vapeurs d'iode est elle utile daus cette période? est-elle utile comme moyen local, ou comme désinfectant général ?

La seconde période, ou période organique, offre deux phases bien utiles à distinguer, tant sous le rapport de la gravité du mal que sous celui des indications à remplir. La tuberculisation *non ulcérée*, depuis l'état miliaire jusqu'au farcissement n'est rien en comparaison de la tuberculisatinn *ulcérée* ou *exposée*, depuis la simple caverne jusqu'à la cavernisation presque générale du poumon. Les deux états diffèrent autant l'un de l'autre qu'un abcès par congeslion fermé diffère d'un abcès par congestion ouvert et béant. C'est dans les deux cas la même différence de phénomènes et de danger. L'action de l'air, l'altération du pus, et sa résorption, jouent le même rôle dans les deux cas. Or quelle est l'utilité, le mode d'action, et quels sont les résultats de l'inhalation iodée dans ces deux phases si diverses de la maladie?

Enfin, lorsque le malade a le bonheur d'échapper aux effets de la désorganisation pulmonaire et aux suites de l'infection purulente incessante, il reste une lésion à cicatriser. Les cavernes sont des surfaces de sécrétion morbide à tarir. Ce travail de réparatinn organique, et de suppression d'une fonction pathologique est-il dévolu à une action générale ou locale de l'iode, ou doit-il être bien plutôt demandé aux bienfaits d'une nutrition plus riche, plus active et mieux dirigée?

Tel est, si nous ne nous trompons, le véritable programme à remplir si l'on veut doter la science et l'art d'une méthode utile, efficace. En restant dans le vague et l'arbitraire où M. Piorry s'est complu, en systématisant à plaisir comme il l'a fait l'observation et l'expérimentation locale et matérielle, en introduisant dans les expériences un mélange confus de moyens qui se masquent, se neutralisent ou se contredisent, on n'arrive qu'à des résultats douteux, contradictoires, ou même tout à fait négatifs, et l'on expose les meilleures médications à retomber dans le discrédit où gisent abandonnées tant de ressources

---

tables tournantes sont dangereuses au même titre. C'est donc une circonstance très-heureuse que l'autorité religieuse, dont l'empire est si étendu et qui sait se faire obéir, ait, par un motif quelconque, jugé nécessaire de condamner ces pratiques. Elle réussira probablement à enrayer beaucoup, sinon à arrêter entièrement, dans les pays catholiques, la marche de l'épidémie qui, depuis trois ans, fait tant de ravages en Amérique.

La morale publique est également intéressée dans cette question. La tabulomancie est bientôt devenue, comme la cartomancie, la sorcellerie, etc., l'occasion de scandales, de fraudes coupables. Le charlatanisme s'en est emparé partout. En Amérique, les êtres privilégiés qui prétendent être en communication immédiate avec les esprits habitants les tables, et qu'on appelle, en vertu de cette prérogative supposée, des *medium*, se sont multipliés dans une porportion gigantesque. On n'évalue pas à moins de trente mille le nombre de ces Voyants dans les divers Etats de l'Union. Le rôle de *medium* est devenu une profession régulière et fort lucrative; il en est qui réclament jusqu'à 25 dollars pour une séance. En France, ce mode de communication et de consultation par les *media* commence à s'établir, et déjà il a donné lieu à des scènes scandaleuses qui se sont dénouées devant la police correctionnelle.

Mais la justice ne peut s'enquérir que des faits matériels constituant des délits prévus par le Code; elle ne peut réprimer que quelques conséquences accidentelles de ces pratiques. C'est à la science qu'il appartient d'attaquer la question dans sa source même, en déterminant les véritables causes des phénomènes. Mais la science, on regrette d'avoir à le dire, s'est jusqu'ici récusée, ou n'a fait que balbutier quelques paroles sententieuses de dédain qui ne remédient à rien. La seule tentative un peu sérieuse d'explication ou de solution de la question, émanée d'une autorité scientifique respectable, est le petit travail de quelques pages de M. Babinet, dans la REVUE DES DEUX MONDES (n° du 15 janvier). Cet éminent physicien et géomètre a eu l'idée fort naturelle, et cependant fort peu pratiquée, d'observer d'abord lui-même. Ayant constaté par sa propre expérience le fait du tournoiement des tables par l'imposition des mains, il avait eu le courage de le certifier en pleine Académie des sciences; il essaye maintenant de l'expliquer d'après les principes de la mécanique et de la physiologie. Sa théorie est, au fond, la même que celle qu'avait mise en avant Arago, et qui a été développée par M. Faraday. Elle consiste dans la supposition de mouvements musculaires inconscients, infiniment petits, mais infiniment nombreux et rapides, qui par leur addition finissent par constituer une force capable de vaincre la résistance du poids et de l'adhérence du corps mobile, et de déterminer son déplacement dans un sens quelconque. Malgré les savants calculs et les ingénieux rapprochements analogiques de M. Babinet, cette théorie est tout à fait insuffisante; admissible en gros, pour l'explication d'un mouvement quelconque imprimé au meuble, elle ne l'est plus dès qu'il s'agit de la faire concorder avec toutes les circonstances particulières de degré, de direction de ce mouvement, circonstances indiquées par M. Babinet lui-même. Elle ne rendrait pas compte notamment d'un phénomène, négligé par M. Babinet, qui a pourtant dû l'observer, pour peu qu'il ait répété les expériences, et qui est extrêmement remarquable : c'est une espèce de trépidation, de frémissement intime de la substance ligneuse, qui est sensible à la main, et se manifeste à l'ouïe par

excellentes, sans autre valeur que celle de pouvoir servir un jour à déshériter ceux qui les réhabiliteront en les asseyant sur une démonstration sûre, en leur donnant la vie, c'est-à-dire le caractère d'une vérité constituée.

JULES GUÉRIN.

PHILOSOPHIE ZOOLOGIQUE.

HISTOIRE NATURELLE GÉNÉRALE DES RÈGNES ORGANIQUES (1); par M. ISIDORE GEOFFROY-SAINT-HILAIRE.

I. — RÉSUMÉ DE L'INTRODUCTION HISTORIQUE.

Pendant un grand nombre de siècles, l'histoire naturelle, dans sa marche inégalement progressive, nous a présenté le même caractère : l'intime union, plus exactement, la *confusion* de l'histoire naturelle avec les autres sciences. Selon l'expression dont je me suis servi, *le tronc commun des connaissances humaines n'a point encore de branches distinctes*. Le *sage* ou le *philosophe*, pour employer l'expression des anciens; le *savant*, selon l'expression des modernes, comprend dans ses larges mais vagues méditations, tous les phénomènes que les mondes extérieur et intérieur offrent à ses yeux ou à sa pensée. Ardente, avide, téméraire, comparable à un enfant dont les facultés nouvelles, dont la jeune intelligence s'exercent incessamment, sans réserve et sans choix, sur tout ce qui l'entoure (2), la science se hâte de recueillir des faits dans toutes les directions, et d'enfanter des *systèmes* pour l'explication de tous les phénomènes; mais ces faits, non soumis à l'analyse, ces systèmes, œuvres brillantes mais fragiles de l'imagination, instruisent moins l'esprit qu'ils ne lui plaisent et ne l'étonnent. La poésie s'en inspire, mais la science y cherche en vain les éléments d'une doctrine positive : elle reste débile, hésitante, incertaine; ou pour mieux dire, la vraie science n'existe pas encore.

La *confusion* des connaissances humaines est encore le caractère de la première partie des temps modernes; mais bientôt le faisceau se rompt : au dix-septième siècle la *division* du travail est déjà très-marquée; l'histoire naturelle a ses observateurs spéciaux, et l'observation, l'*analyse* se substituent aux méthodes vagues et incertaines des premiers temps. De là une précision, une rigueur jusqu'alors inconnues. Aussi la zoologie, la botanique, jusque-là sans faits bien étudiés, sans classifications rationnelles, s'enrichissent rapidement de faits authentiquement constatés, examinés avec soin dans toutes leurs circonstances, analysés dans leurs détails, ou, pour mieux dire en un mot, de faits bien observés. Dès lors, elles prennent place, elles acquièrent un rang distinct et important dans le cercle des connaissances humaines. Dans le dix-huitième siècle, la division du travail et l'analyse sont portées de plus en plus loin, et les découvertes se succèdent de plus en plus nombreuses.

Si la science s'avançait indéfiniment dans cette direction, la division du travail finirait par en devenir le morcellement, et le progrès ne consisterait que dans la perpétuelle accumulation d'inutiles matériaux. Bientôt la science ne serait plus seulement riche, elle serait encombrée. Heureusement cette même richesse de la science qui rend la coordination nécessaire, la rend possible. Le moment est venu où à l'*analyse* peut s'allier la *synthèse*. Elle apparaît, durant la seconde partie du dix-huitième siècle, mais encore complétement subordonnée à l'analyse, dans les travaux des classificateurs; elle domine à son tour, quand, au dix-neuvième, les efforts se dirigent vers la découverte et la démonstration des *lois* de la nature. L'histoire naturelle devient ainsi *une* : et par un progrès de plus, après que toutes ses branches se sont reliées entre elles, elle-même se relie avec la philosophie et les autres sciences, non pas *confondue* comme dans les premiers âges, mais *distincte, quoique unie*, en un mot, *associée*. Alors apparaissent de nouveau des conceptions aussi vastes que la création elle-même : comme à l'origine, mais avec la raison pour guide, l'imagination peut déployer ses ailes vers les sommités les plus élevées; et la poésie, effrayée un instant par les formes sévères et le langage aride de l'analyse, retrouve de sublimes inspirations dans la contemplation des harmonies de la nature et de ses éternelles lois (1).

Ainsi, dans une première période, longue enfance de l'esprit humain, *confusion* de toutes les sciences; dans une seconde, *division* du travail; dans la troisième, *association* des diverses branches de l'histoire naturelle entre elles, et de l'histoire naturelle avec les autres sciences.

Dans la première, la méthode, si ce nom peut être ici employé, c'est l'*hypothèse* vague et conjecturale; dans la seconde, c'est l'*analyse*; dans la troisième, c'est la *synthese* unie à l'analyse. Et les efforts aboutissent, dans la première, à la conception des *systèmes*; dans la seconde, à la découverte des *faits*; dans la troisième, à la création des *théories* et à la démonstration des *lois* : double progrès qui fait succéder à un faux savoir un savoir vrai mais partiel, et à celui-ci la science elle-même (2).

II. — FRAGMENT SUR HARVEY.

A l'époque de Vésale, de Gesner, de Césalpin, succède celle d'Harvey et des Bauhin.

(1) Ce fragment est emprunté au premier volume encore inédit d'une histoire naturelle générale des règnes organiques, dont M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire va commencer la publication. Les lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE se féliciteront sans doute d'avoir les prémices de cet important ouvrage. (NOTE DU RÉDACTEUR EN CHEF.)

(2) « Pour l'âge où tout est mystère, il n'y a point de mystère. » J. J. ROUSSEAU, ÉMILE, liv. IV.

(1) Sur la *division* des sciences et leur *association*, considérées comme condition nécessaire de leur progrès, *voy.* la préface de mon HISTOIRE GÉNÉRALE DES ANOMALIES, t. I, 1832, et mes ESSAIS DE ZOOLOGIE GÉNÉRALE, p. 55, 1840.

En indiquant d'une manière générale, en 1832, les trois périodes historiques des sciences d'observation, je n'ai jamais eu la pensée que toutes ces sciences dussent, à la même date, entrer dans les mêmes périodes; et je cherche en vain ce qui a pu autoriser un célèbre chimiste à m'attribuer une opinion aussi inadmissible et aussi contraire aux vues que j'ai toujours professées.

(2) La première période, pour recourir à une comparaison facile à saisir, c'est, dans la construction d'un édifice, l'échafaudage provisoirement dressé; la seconde, c'est l'apport des matériaux; la troisième est la construction elle-même de l'édifice.

---

des craquements analogues à ceux que produit accidentellement le changement de température dans les meubles et qui font dire que le *bois travaille*. Ces mouvements intérieurs et moléculaires, qu'il faut bien distinguer du mouvement mécanique, sont quelquefois assez forts, dit-on, pour briser la table.

Fautive déjà dans l'ordre très-circonscrit, et arbitrairement circonscrit, des phénomènes auxquels on l'applique, cette théorie l'est bien davantage encore en ce qu'elle laisse en dehors des faits les plus curieux, les plus importants, ceux qui, dans l'intérêt de la science et pour l'honneur de la raison, réclament le plus impérieusement une explication : par exemple, le mouvement imprimé à distance, sans contact, par la seule influence de la volonté, et la production de mouvements significatifs, et, en apparence intentionnels, intelligents, en un mot, le fait des tables obéissantes à la parole et parlantes elles-mêmes. A la vérité, M. Babinet nie ces faits ou les met hors de cause, en disant *qu'ils ne sont pas à expliquer, mais à constater*. Sans doute c'est ici, plus que jamais, le cas d'appliquer le mot de Montaigne : *le faict est-il?* Cependant au point de vue de la critique historique, la réalité du fait des tables *parlantes*, contesté par M. Babinet, n'est pas moins authentique que celui des tables *tournantes*, reconnu par lui. Ils reposent l'un et l'autre sur des témoignages de même nombre, de même poids, et pour le dire en passant, il est à peu près certain pour nous qu'ils constituent un fait unique. Si donc on admet en général, en cette matière, la preuve par témoins, il faut reconnaître que le phénomène des tables parlantes est tout aussi bien constaté que celui des tables mouvantes. Qu'il manque, à cet égard, à M. Babinet une expérience personnelle; cela peut sans doute influer beaucoup sur le degré et l'étendue de ses propres convictions, mais cela importe peu à la question générale. Un témoignage individuel de plus ou de moins ne fait rien à l'affaire. Du reste, la fin de non-recevoir mise en avant par M. Babinet est absolue. Il ne dit pas seulement que les faits en question ne sont pas valablement constatés (ce qu'il est permis de soutenir), mais même qu'ils ne sont pas constatables; ils ne sont pas constatables parce qu'ils sont impossibles, et ils sont impossibles parce qu'ils sont en contradiction avec les lois de la communication du mouvement, et en général avec les lois de la nature. La GAZETTE a eu plus d'une occasion, à propos du magnétisme animal, de signaler le vice logique de cet *à priori*. Elle a remarqué souvent que les *lois de la nature* n'étant connues que par les faits, n'étant que les faits mêmes généralisés, c'est toujours au fait qu'il faut en appeler pour établir la réalité de la loi, et jamais à la loi pour contester la possibilité du fait. En outre, admettrait-on en principe ce *non liquet* absolu à l'égard de certains faits, la science ne serait pas pour cela quitte de tout devoir. Le fait est impossible, soit; il n'est pas, il ne peut pas être tel qu'on l'expose, soit encore; mais enfin il n'est pas un pur néant, il se fonde au moins sur des apparences, sur des illusions; il a une base quelconque, matérielle, objective, psychologique. Or c'est l'obligation de la science de discerner ces apparences, de pénétrer ces illusions, de faire voir en quoi et sur quoi les témoignages des expérimentateurs sont entachés d'erreurs ou de fraude. C'est ainsi qu'ont été élucidés ici même, dans le temps, certains prétendus faits de vision somnambulique; et c'est de cette manière qu'il convient de traiter les tables tournantes et parlantes. Tant que cette analyse interprétative des faits ou plutôt des observations et expériences ne sera pas faite, la

La science avait reçu une impulsion trop vive pour que l'on ne vît pas surgir bientôt de nombreux et d'illustres disciples; les naturalistes continuent, en effet, dignement leurs maîtres; les anatomistes surpassent les leurs.

Après Vésale, Fallope avait enseigné à Padoue, et cette école était devenue, pour l'anatomie, la première de l'Italie (1) et du monde. C'est de là que se propage le mouvement nouveau de la science. Fabrice d'Aquapendente est l'élève de Fallope, et quand il a succédé à Fallope, comme celui-ci à Vésale, l'immortel Harvey est le sien. Admirable filiation de travaux et de découvertes qui rattache au plus grand anatomiste du seizième siècle le plus grand physiologiste de tous les temps! Vésale est l'ancêtre direct d'Harvey!

Fabrice n'est pas seulement le maître de l'immortel Harvey; il a la gloire plus grande d'être son précurseur dans les deux voies où celui-ci s'est avancé si loin. Fabrice reconnaît et signale la disposition des valvules des veines, toutes dirigées vers le cœur; Harvey part des observations de Fabrice, il en tire hardiment la conséquence; il découvre comme autrefois Césalpin, il démontre le premier, et par des expériences, la circulation du sang; il ouvre, par ce grand fait, l'ère nouvelle de la physiologie.

Fabrice étend ses recherches anatomiques de l'homme aux animaux, bien plus encore, de l'homme et des animaux adultes à l'homme et aux animaux en voie de formation; Harvey s'élance à sa suite dans ces études nouvelles, et ce qui pouvait sembler impossible, il s'égale lui-même: l'auteur immortel de la découverte de la circulation est aussi le créateur de l'embryogénie, dès lors assise sur ses véritables bases, l'unité originelle des divers types, et la formation successive des organes (2). Et Harvey ne s'arrête pas là: il conçoit et proclame déjà l'analogie des caractères transitoires de l'homme et des animaux supérieurs avec les caractères permanents des animaux inférieurs (3)!

Voilà ce qu'Harvey osait penser et écrire, non pour son siècle, qui ne pouvait le comprendre, mais pour le nôtre!

La vérité est lente à se faire jour. La circulation elle-même du sang, dont la démonstration était cependant aussi facile à saisir que rigoureuse, n'eut pas beaucoup plus de succès, à l'origine, que les hautes vues d'Harvey sur l'embryogénie. Dès 1619, l'auteur avait complété sa découverte, et l'enseignait publiquement; en 1628, il fit paraître son célèbre traité DE MOTU CORDIS (1), et il semblait dès lors qu'Harvey ne pût plus avoir contre lui que ceux « qui ne savent pas distinguer les raisons vraies et certaines d'avec celles qui sont fausses et incertaines (2). » Mais le nombre en fut grand. La découverte d'Harvey eut quelques défenseurs, et parmi eux Willis; mais une foule d'adversaires, et Riolan lui-même, se mit à leur tête, lui que ses contemporains appelèrent le *prince des anatomistes* (3). Au milieu du dix-septième siècle, les vieilles idées dominaient encore dans les écoles. Un professeur de Leyde ayant osé dire, en 1640, que le sang circule dans les vaisseaux et que la terre tourne autour du soleil, se vit sévèrement réprimandé; et l'autorité supérieure défendit, par un acte spécial, l'enseignement de ces dangereuses nouveautés, dont l'une pourtant datait déjà de plus de vingt ans (de soixante même, si nous remontons à Césalpin), et l'autre d'un siècle tout entier! Et c'est à peine si Harvey, après avoir employé sa jeunesse à faire sa découverte, son âge mûr à la défendre, put, durant quelques années, se reposer dans sa gloire (4).

(1) « L'Italie, cette terre si éminemment classique pour l'anatomie. » Cuvier, RAPPORT HISTORIQUE SUR LES PROGRÈS DES SCIENCES, in-8, 1810, p. 325.

(2) Voyez Serres, PRÉCIS D'ANATOMIE TRANSCENDANTE, t. I, 1842. Je citerai en particulier, parmi les nombreux passages de ce livre relatifs à Harvey et à ses travaux, le chap. IV de la première partie, intitulé: DES PRÉLIMINAIRES DU SYSTÈME DE L'ÉPIGÉNÈSE ORGANIQUE. Harvey ne me paraît nulle part mieux apprécié que dans ce chapitre, écrit de main de maître.

(3) De même que j'ai reproduit plus haut le passage, si longtemps négligé, où l'on voit Césalpin devancer Harvey de plus d'un quart de siècle, je reproduirai ici celui, encore moins connu peut-être, où l'on voit Harvey devancer *d'un siècle et demi* mon père et Meckel.

Ce passage d'Harvey, déjà cité par M. Serres, *loc. cit.*, et par moi-même, VIE, TRAVAUX ET DOCTRINE D'ÉT. GEOFFROY-SAINT-HILAIRE, p. 160, se trouve dans les EXERCITATIONES ANATOMICÆ DE MOTU CORDIS, p. 164, des édit. in-18 de Rotterdam, 1654 et 1660. L'auteur s'exprime ainsi:

« *Sic natura perfecta et divina nihil faciens frustra, nec cuipiam animali cor » addidit, ubi non erat opus, neque, priusquam esset ejus usus fecit; sed* » iisdem gradibus, in formatione cujuscunque animalis, transiens per omnium » animalium constitutiones (ut ita dicam, ovium, vermem, fœtum) perfectio» nem in singulis acquirit. *Hæc alibi in fœtus formatione, multis observatio» nibus confirmanda sunt.* »

(1) EXERCITATIO ANATOMICA DE MOTU CORDIS ET SANGUINIS IN ANIMALIBUS; in-4, Francfort.

(2) Expressions de Descartes, DE L'HOMME, in-4, 1664, p. 124. « Cela a été si » clairement prouvé par Hervæus, dit encore Descartes, qu'il ne peut plus » être mis en doute que par ceux qui sont attachés à leurs préjugés, ou..... ac» coutumés à mettre tout en dispute. »

(3) *Anatomicorum sui sæculi princeps*. Telle est l'inscription mise au bas d'un portrait de Riolan, appartenant à l'ancienne Faculté de médecine, et qui existe encore aujourd'hui.

C'est à Riolan que sont spécialement adressées les deux EXERCITATIONES ANATOMICÆ DE CIRCULATIONE SANGUINIS, publiées par Harvey en 1649.

(4) Selon Cuvier, ou du moins selon une phrase que lui attribue M. Magdeleine de Saint-Agy, *loc. cit.*, t. II, p. 53, Harvey aurait dû ce bonheur à l'adhésion donnée à sa découverte par Descartes, dans le traité DE L'HOMME. Cette adhésion est en effet des plus explicites; et Descartes a fait, comme le dit Cuvier, de la circulation du sang, l'une des bases de sa physiologie. Mais le traité DE L'HOMME ne parut que plusieurs années après la mort d'Harvey: une traduction latine fut d'abord publiée en 1662, puis le texte français en 1664. Harvey avait cessé de vivre le 3 juin 1657 (et non 1658, comme le dit Jourdain, BIOGRAPHIE MÉDICALE, t. V, p. 91, dans un article d'ailleurs généralement exact).

MÉDECINE THERMALE.

DU PHÉNOMÈNE DE L'ENDOSMOSE AU POINT DE VUE DE LA MÉDECINE THERMALE; par le docteur J. KUHN, à Niederbronn.

Le traitement thermal se compose d'une série d'éléments dont chacun a son rôle et son importance; du concours et de la combinaison

conscience et la raison publiques seront livrées à l'influence pernicieuse de cette fantasmagorie. La science, quand elle nie comme quand elle affirme, est tenue de démontrer. M. Babinet a cru pouvoir se mettre en sûreté derrière l'axiome: *in schola non recipitur*. Mais ce n'est là qu'un acte d'autorité et non de science. Que n'a-t-il essayé d'étendre à tout l'ensemble des phénomènes l'esprit d'investigation et de critique qu'il a appliqués à quelques-uns seulement? Il le fera peut-être, et nul n'en est plus capable. Nous espérons que son travail, qui n'est d'ailleurs qu'une note, en suscitera d'autres, et nous croyons savoir qu'il s'en prépare un destiné au recueil même qui a publié les ingénieuses et savantes observations de M. Babinet.

— Mais la CHRONIQUE s'aperçoit (un peu bien tard) que la discussion n'est pas de son domaine. Pendant qu'elle bavarde hors de propos sur les tables, elle oublie son rôle de nouvelliste; il lui reste à peine assez de temps pour vous dire d'abord, et entre autres choses, que nous avons eu l'honneur et le plaisir de recevoir la visite d'un confrère étranger, le docteur Chélius, professeur de clinique chirurgicale à Heidelberg. La Société de chirurgie de Paris a, dans un banquet confortable, fêté la bienvenue de cet hôte distingué. Un des plus illustres représentants et le doyen de la chirurgie française, M. Roux, s'était chargé de faire les honneurs du Paris médical au docte professeur. Dans un discours prononcé à la fin du repas, *inter pocula*, un orateur, heureusement inspiré par son sujet, a proposé de sceller l'union fraternelle de la science allemande et de la science française par la fraternisation des vins de France et des vins du Rhin. En conséquence le johannisberg et le chambertin se sont embrassés avec effusion. Le professeur Chélius est connu par un traité méthodique de chirurgie, rédigé avec l'érudition allemande, et qui expose d'une manière assez complète l'état des connaissances à l'époque où il fut composé. Il en existe une traduction française dont notre littérature chirurgicale, si riche en produits originaux et en excellents traités classiques, aurait pu peut-être se passer. Nous ne sachions pas que le nom du savant professeur d'Heidelberg soit attaché à quelque idée nouvelle, à quelque découverte, à quelque progrès important de la pathologie chirurgicale ou de médecine opératoire. Cette brillante réception montrera à l'Allemagne savante le bon vouloir général dont nous sommes animés à son endroit; elle jugera par là à quel degré pourrait monter notre enthousiasme si quelqu'une des grandes illustrations qu'elle possède dans toutes les spécialités scientifiques, et particulièrement en médecine, venait s'asseoir à nos foyers. Nos cœurs et nos vins déborderaient, et le bruit des toasts irait retentir jusqu'au delà du Rhin.

— Hélas! ces bons vins de France ou de Germanie, d'Italie et d'Espagne et de tant d'autres lieux favorisés du ciel, dont on a réjoui le palais du grave docteur Chélius, combien de temps encore pourrons-nous en remplir un rouge bord en compagnie de bons amis? *L'oïdium Tuckeri* étend indéfiniment son affreuse lèpre sur nos treilles, et il n'y aura peut-être, dans vingt ans, pas un cep de vigne qui ne soit contaminé. N'avez-vous pas remarqué la coïncidence de cette épidémie végétale avec l'épidémie cholérique? N'y aurait-il pas quelque rapport secret entre ces grandes manifestations pathologiques? Il y a aussi des prix pour les inventeurs d'un remède? Nous savons que dans le département seul de Seine-et-Oise, il s'est présenté déjà à l'heure qu'il est

bien entendue de ces éléments dépend le succès des cures. Ces éléments sont :

1° La température des eaux;

2° Leur composition chimique;

3° Leur densité ou le degré de concentration de leurs principes constituants;

4° La méthode et les procédés dans l'application;

Et 5° les conditions hygiéniques dans lesquelles se trouve placé le malade.

On ne s'est guère occupé dans ces derniers temps que de l'élément chimique, et l'on a trop perdu de vue les autres facteurs dont l'importance n'est cependant pas moins réelle. Cette tendance exclusive a failli faire prédominer le chimisme dans le domaine de l'hydrologie, bien que le caractère chimique ne forme qu'un des éléments (quelquefois même secondaires) de l'action thermale.

Dans un premier article, nous avons essayé de bien préciser le rôle qui est dévolu à l'élément température (1). Aujourd'hui nous touchons à une question plus compliquée, à celle de la densité des eaux ou de leur degré de saturation.

Il est reconnu que des solutions salines de même nature présentent de notables différences dans leur manière d'agir selon qu'elles sont fortement ou faiblement saturées, ou selon qu'elles diffèrent en plus ou en moins du degré de saturation des sels contenus dans le sang. Cette circonstance a fait penser avec raison que les lois de l'*endosmose* ou de la *diffusion* pouvaient être en jeu dans l'action thermale. Mais jusqu'où va le pouvoir endosmotique? Est-il absolu dans l'organisme vivant, ou est-il restreint dans ses effets par les forces vitales? C'est ce qui reste à éclaircir. Cette question, déjà débattue dans la science, n'a pas reçu jusqu'à présent de solution bien satisfaisante. Si nous l'abordons, ce n'est pas que nous ayons la prétention de trancher toutes les difficultés, mais simplement parce que nous avons l'espoir de faire luire quelques nouveaux rayons sur une matière encore trop obscure, bien que digne du plus haut intérêt.

Pour l'intelligence du sujet, il sera nécessaire que nous commencions par jeter un coup d'œil sur le phénomène de l'endosmose considéré en lui-même; ce sera l'objet d'un premier paragraphe. Dans un autre paragraphe nous parlerons de l'endosmose considérée dans son application à l'organisme vivant et à la médecine thermale.

§ I. — DU PHÉNOMÈNE DE L'ENDOSMOSE CONSIDÉRÉ EN LUI-MÊME.

Pour qu'il y ait absorption, a dit Matteuci (2), il faut deux fluides susceptibles de se mêler et séparés par une membrane capable d'imbibition.

L'imbibition doit s'entendre de l'attraction moléculaire des membranes animales pour un liquide ou une solution.

Les membranes n'ont pas le même degré d'affinité pour tous les sels ou pour toutes les solutions, et *vice versâ*, les solutions n'ont pas le même degré d'affinité pour toutes les membranes (3). Mais en général les membranes ont plus d'affinité pour l'eau pure que pour l'eau tenant des substances salines ou autres en dissolution, plus pour une solution faible que pour une solution concentrée (1).

Si l'on place une membrane préalablement séchée à l'air dans une solution saline concentrée, et que l'on ferme hermétiquement le vase, la membrane soutire tellement d'eau à la solution que des cristaux ne tardent pas à se déposer (2). Ce n'est donc pas la solution qui est attirée par la membrane, mais l'eau simplement. Les membranes s'imprègnent aussi d'une moindre quantité d'eau saléeque d'eau pure. Preuve : si l'on met du sel en contact avec une membrane humide, celle-ci laisse tomber des gouttes d'eau, dès que le sel a pu se fondre et pénétrer le tissu membraneux. (Liebig, *ibid.*)

Ainsi les membranes animales ont plus d'affinité pour l'eau simple que pour les solutions salines, plus pour une solution faible que pour une solution forte; elles s'imbibent plus volontiers de certaines solutions que de certaines autres. De tous les sels, le chlorure de sodium est celui dont elles s'imprègnent le plus facilement, et Cloetta (*ibid.*) a fait la remarque que si l'on se sert d'une solution contenant du sel de Glauber et du sel commun, ce dernier passe d'abord et entrave momentanément l'absorption du sel de Glauber.

L'endosmose se fait en raison de l'imbibition ou de l'attraction moléculaire de la membrane pour le liquide ou la solution (3); mais elle n'entre en jeu que quand il y a différence de saturation entre les liquides que sépare la membrane; elle cesse naturellement si les deux solutions sont au même degré de saturation (4).

S'il y a différence de saturation, la solution la plus concentrée gagne en volume et perd en poids spécifique, et la solution la moins concentrée perd en volume et gagne en poids spécifique (5).

Il s'opère par conséquent dans le phénomène de l'endosmose un mouvement de diffusion ou d'équilibration; la solution la plus étendue cède de son eau, et la solution la plus concentrée cède de ses sels, de son albumine, de sa gomme, etc., selon ce qu'elle contient.

L'activité de l'endosmose est toujours en raison de la différence de saturation des deux liquides (Dutrochet, Jolly et autres); ou bien, si l'un des liquides est de l'eau et l'autre une solution saline, la quantité de matière saline que la solution cède à l'eau, est proportionnelle à la concentration de cette solution (6).

Sont susceptibles d'endosmose toutes les solutions salines, les solutions d'albumine, de gomme, de sucre, et en général tous les fluides animaux. Les gaz sont susceptibles d'endosmose comme les liquides; le gaz acide carbonique est celui qui montre le plus d'affinité pour les membranes animales et qui les traverse le plus facilement (7). Le gaz sulfhydrique, au contraire, semble enrayer l'endosmose et rend inapte

(1) Voy. la GAZETTE MÉDICALE du 5 mars 1853.

(2) LEÇONS SUR LES PHÉNOMÈNES PHYSIQUES DES CORPS VIVANTS.

(3) Voy. Olechnowitz, EXPERIMENTA QUÆDAM DE ENDOSMOSI. Dorpat, 1851.

(1) Voy. Cloetta, DIFFUSIONS-VERSUCHE. Zurich, 1851. — Voy. aussi Liebig, UNTERSUCHUNGEN UBER SÆFTEBEWEGUNG. Braunschweig, 1848.

(2) Voy. Ludwig, HÆNLE U. PFEUFFER'S ZEITSCHR., t. VIII.

(3) Voy. Jolly, CAUSTATT'S JAHRESBERICHT. 1848, p. 103.

(4) Voy. Vierordt, PHYSIK DES ORGANISCHEN STOFFWECHSELS, et Rob. Willis, THE AMERICAN JOURNAL. 1843.

(5) Voy. Brücke, DISSERT. DE DIFFUSIONE HUMORUM. Berol., 1842.

(6) Voy. Vierordt, *loc. cit.*

(7) Voy. Edwin Faust, BULLET. DES SC. MÉD., 1831, p. 303, et Rainey. UBER DIE WAHRE URSACHE DER ENDOSMOSE. Froriep's Notiz, 1846.

360 concurrents? S'il y a le même zèle partout, ce sera un concours bien difficile à juger. Il y faudrait un demi-siècle au moins d'expériences et de discussion; avant d'arriver à la conclusion, nous aurons depuis longtemps vidé notre dernière bouteille. On nous console, il est vrai, en nous apprenant que pour faire du vin il n'est pas à la rigueur nécessaire d'avoir du raisin, ni par conséquent des vignes. On vient d'inventer le vin de betterave. On faisait déjà de l'alcool avec cette racine; un mauvais alcool, âcre et nauséabond. On nous assure que le vin sera excellent. On en fabriquera de toutes les espèces au choix des consommateurs. D'autres proposent des décoctions alcooliques, des haricots, des figues gâtées, des poires pourries et en général des fruits avariés de toute nature. C'est dans le même esprit que travaillait ce charcutier non patenté de Ménilmontant, surpris ces jours derniers par la police, fabriquant des saucissons avec la chair putréfiée des chevaux abattus à Montfaucon. Tel est le génie de l'industrie moderne. Elle tend à substituer aux produits naturels en tout genre, une fabrication artificielle; avant peu il y aura des manufactures d'aliments et de boissons, comme il y a des fabriques de bas et de chapeaux. Les chimistes ne connaissent aucune difficulté. Tout récemment un jeune médecin, porteur d'un nom illustre, annonçait à l'Académie la composition nouvelle de certains *nutriments* qui, confiés à la circulation par une voie quelconque, nous substanteraient très-bien, sans qu'on eût la peine de les mâcher, de les avaler et de les digérer. La chimie, répétons-le, est capable de tout en ce genre; et c'est à elle probablement qu'écherra dans l'avenir la tâche de faire boire et manger le genre humain.

— Cette prépondérance de la chimie se montre en toute occasion. Elle envahit les autres sciences, et principalement la médecine, et tient partout le haut du pavé. Dans la séance de rentrée de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Arras, c'est le professeur de chimie qui a porté la parole, et le sujet de son discours a été l'éloge historique de la chimie et des chimistes morts et vivants. M. le recteur de l'Académie du Pas-de-Calais, parlant à son tour, a repris le même texte et n'en est pas sorti. De la médecine et des sciences médicales, pas un mot. Il serait cependant assez à propos de parler un peu médecine dans une école de médecine!

— On vient de créer, à la Faculté de médecine, une place de CONTRÔLEUR DU MATÉRIEL. Les devoirs de cette charge consistent à veiller, sous l'autorité du doyen, à la tenue régulière des inventaires, ainsi qu'à la vérification et réintégration dans les collections des objets mis à la disposition des professeurs et des élèves. M. Alphonse Sanson, nommé à cet emploi, a dû être étonné d'entrer tout le premier à la Faculté par cette porte, lui qui, dans de brillants concours, a frappé tant de fois à une autre. Un homme de sa valeur saura donner un caractère scientifique à des fonctions qui, aux termes de l'arrêté, se réduiraient, ce semble, à un contrôle et une surveillance purement administratives. Les inventaires seront bientôt entre ses mains des catalogues, et les précieuses collections de la Faculté des objets d'étude, plus que de garde.

— De temps immémorial, les médecins ont eu pour concurrents, surtout dans les campagnes, le rebouteur en titre, tenant sa maîtrise de son père ou grand-père, instruits eux-mêmes à la même école, le maréchal ferrant, et le bourreau. Mais d'autres encore s'en mêlent quelquefois, et pas plus tard que

à ce phénomène tous les liquides auxquels il se trouve mêlé (Dutrochet). L'acide sulfurique ne produit point d'endosmose non plus, et enlève également la propriété endosmotique aux autres liquides (Dutrochet); c'est probablement parce qu'il attaque le tissu membraneux; il faut en général, pour que la diffusion s'opère régulièrement, qu'aucun des deux liquides n'exerce d'action destructive sur la membrane, comme le ferait, par exemple, un liquide caustique ou un liquide d'une température trop élevée; il ne faut pas non plus que la membrane ait éprouvé un commencement d'altération putride.

Le procédé diffusionnel doit se concevoir de la manière suivante: les deux liquides étant de part et d'autre en contact intime avec la membrane, il s'établit un courant intermédiaire dans le tissu membraneux; si les liquides sont l'un de l'eau et l'autre une solution saline, le courant en question porte les molécules de l'eau du côté de la solution, et les molécules salines du côté de l'eau; ce n'est pas la solution qui passe, mais seulement ses particules salines. Si les deux liquides sont des solutions de nature et de densité différentes, la plus étendue cède de son eau, et les molécules salines de l'une sont échangées contre celles de l'autre, de telle sorte cependant que l'échange tourne toujours au profit de la solution la plus faible (Brücke, Ludwig, Jolly, Liebig, etc.).

La diffusion est toujours favorisée par le mouvement ou la circulation de l'un des deux liquides (1); elle est en raison de ce mouvement; aussi l'absorption s'opère-t-elle plus lentement par les lymphatiques que par les veines (Matteuci). Lorsqu'on prend à l'intérieur des solutions purgatives, le mouvement exosmotique se fait d'autant plus vite dans l'intestin que la solution saline est plus fréquemment renouvelée ou qu'elle se trouve davantage sans mélange (Matteuci).

Ces différents corollaires peuvent se résumer de la manière suivante:

Pour qu'il y ait endosmose ou diffusion, il faut que la membrane qui sépare les deux liquides soit apte à s'imbiber d'eux ou de l'un d'eux au moins; il faut, en outre, que les deux liquides soient de nature à pouvoir se mélanger, et qu'il existe entre eux une certaine différence qui les sollicite à s'équilibrer; car aucune diffusion n'a lieu si les liquides sont semblables et d'égale densité. Plus la différence est grande, et plus l'endosmose est active; elle se trouve encore favorisée par le mouvement ou la circulation des liquides.

L'endosmose est par conséquent un procédé d'équilibration entre deux fluides, procédé qui s'accomplit par l'intermédiaire des membranes animales.

La différence de saturation est, comme on voit, la principale cause provocatrice du phénomène. Ce n'est cependant pas la seule; il en existe plusieurs autres, mais moins puissantes. Ainsi la différence de composition chimique peut suffire, d'après Berzélius (2), pour produire un mouvement de diffusion plus ou moins sensible entre deux solutions d'une concentration à peu près égale. La pression exercée sur l'un des deux liquides peut être considérée comme une autre cause; elle détermine ou accélère le mouvement endosmotique. Enfin nous nous sommes convaincu, par des expériences directes, que la différence de température doit également être comptée parmi les causes accélératrices du phénomène de l'endosmose.

(1) Voy. Bacchetti, Jahresb. v. Caustatt; 1846, t. I, p. 138.
(2) Traité de chimie, t. VII, p. 133.

§ II. — Du phénomène de l'endosmose considéré dans ses applications.

En faisant maintenant l'application de ces différentes lois à l'économie vivante, nous trouvons également deux sortes de liquides séparés par une membrane. La membrane, c'est la peau et sa continuation, la muqueuse digestive. Des deux liquides, l'un est interne: c'est le fluide vital, le sang, qui a une densité déterminée ou circonscrite, du moins dans de certaines limites; l'autre est externe, ce sont les eaux minérales, c'est-à-dire des solutions plus ou moins saturées de sels et de gaz. En vertu de la force endosmotique, ces deux liquides, séparés par une membrane, doivent être sollicités à la diffusion, s'il y a des différences de saturation ou autres à égaliser. Ainsi si le liquide minéral est d'une densité inférieure à celle du sang, il doit, d'après la théorie de l'endosmose, céder de son eau à la masse sanguine, et gagner du sel dans l'échange des molécules salines; s'il est, au contraire, plus saturé que le sang, celui-ci doit céder de son eau et recevoir la plus grande part dans l'échange des matières salines.

Mais, encore une fois, les lois de l'endosmose sont-elles admissibles en physiologie, et les choses se passent-elles dans l'organisme vivant comme dans la nature morte? Absolument, non; et si l'on n'a pas encore pu arriver à une solution quelque peu satisfaisante, c'est que l'on a toujours été trop exclusif. Tandis que les uns, parmi lesquels nous citerons Bœcker, considèrent la force endosmotique comme ne trouvant aucune application dans l'économie vivante et produisent des expériences à l'appui de leur assertion, les autres font jouer à cette force un rôle très-important et la regardent comme l'agent immédiat du mouvement vital (1). De part et d'autre, on est allé trop loin, et ici, comme en bien d'autres choses, la vérité tient le milieu. Il n'y a aucun doute que l'endosmose ne trouve son application dans le corps vivant, et son influence, bien que subordonnée ou neutralisée dans certaines circonstances, ne saurait être contestée dans d'autres. Exemples:

1° L'eau fraîche, introduite dans l'estomac, est immédiatement portée par l'absorption intestinale dans le torrent circulatoire, pour reparaître, si la quantité a été un peu notable, dans les urines ou dans les sueurs.

2° Un bain d'eau commune, de basse température, détermine une forte absorption cutanée, prouvée par l'augmentation du poids du corps à la suite du bain (Kahtlor). Dans l'un et l'autre cas, le liquide le moins dense (l'eau) est porté, ainsi que le veulent les lois de la diffusion, vers le liquide le plus dense ou le sang.

3° L'eau chargée de 2, 3 ou 4 parties p. 100 de substances salines (sel commun, sulfate de soude ou de magnésie, etc.) provoque, si elle est ingérée à une certaine dose, non-seulement une sécrétion plus abondante des glandes du tube digestif, mais encore un mouvement exosmotique tout le long de la muqueuse de ce canal, et c'est cet afflux considérable de matières séro-muqueuses qui détermine la pur-

(1) Voy. à ce sujet Schmitt's Jahrb, 1850, n° 8.

la semaine dernière, et pas plus loin de Paris que le village de Montreuil, fameux par ses pêches, deux Esculapes sans diplôme, un tailleur et un perruquier, se disputaient le droit de guérir un enfant de 4 ans horriblement brûlé. Tous deux avaient le don de guérir les brûlures par l'attouchement; tous deux imposèrent les mains sur l'enfant en marmottant des paroles sacramentelles. Plusieurs heures se passèrent sans autres soins. L'état du malade empira rapidement. Un médecin appelé vers le soir déclara qu'il n'y avait plus de ressource. Alors la foule s'ameute: les uns vont chez le barbier, les autres chez le tailleur, pour leur demander raison de l'inefficacité de leur cure; des cris de malédiction et de menace se font entendre; mais tous deux, sans avoir lu la fable de La Fontaine, se tirent admirablement du mauvais pas, le tailleur en rejetant la responsabilité du cas sur le barbier, qui avait neutralisé l'effet de son traitement par son intervention inopportune; le perruquier, sur le tailleur, qui, par ses premières manœuvres, avait empêché le succès du sien. Nos deux hommes se traitaient, comme on voit, en bons confrères. *Quid rides? de te fabula narratur.*

— On lit dans le Constitutionnel: « Il paraîtrait qu'à une époque ignorée, l'un des jeunes élèves venus à Lille pour se faire recevoir pharmacien, eut l'idée d'offrir à chacun des sept membres du jury un volumineux cornet de bonbons. Les membres du jury acceptèrent le présent avec tant de bonne grâce que les camarades se hâtèrent de courir à leur tour chez le marchand de dragées. Depuis lors cette offrande est devenue un usage souvent onéreux, et dernièrement un pauvre élève a dû emprunter vingt francs pour cette offrande. » Ceci remémore à la Chronique, qui, hélas! se souvient de loin, que le professeur Chaussier, aussi connu par les excentricités humoristiques, pas toujours agréables, de son caractère, que par sa science, avait l'habitude, dans les examens de pharmacie, d'indiquer aux candidats, comme épreuve de leur habileté manipulatoire, la confection de pâtes pectorales parfumées, de bonbons édulcorés, de caramels fondants, et autres sucreries. Inutile d'ajouter que ces pièces probantes du talent des concurrents passaient du bureau dans la poche de l'examinateur, qui les croquait ensuite à loisir.

— Dans sa dernière séance, l'Académie de médecine a reçu la première visite des deux membres associés libres, récemment élus ou plutôt acclamés (car les formes ordinaires de l'élection n'ont pas été rigoureusement suivies dans cette circonstance): MM. Milne Edwards, déjà membre de l'Académie des sciences, et M. Davenne, directeur de l'assistance publique. Ils ont l'un et l'autre remercié en quelques mots l'Académie de l'honneur qu'elle leur a fait: ce qui est, sauf erreur, contre l'usage, quoique très-conforme à la politesse.

Cette même séance a failli être troublée par un incident gros de tempêtes, qui, heureusement, n'ont pas éclaté. A la suite d'une lecture de M. le professeur Piorry sur le traitement de la phthisie pulmonaire par les inspirations des vapeurs iodées, M. Moreau, dont certains termes techniques, à euphonie un peu barbaresque, avaient, à ce qu'il paraît, choqué l'oreille, s'est avisé de donner à l'auteur le conseil amical de retrancher de son mémoire ces mots hétéroclites qui, à son sens, le déparent. Un frisson a couru dans l'Académie. On s'attendait à une explosion terrible. Il n'y a en qu'une réplique calme, solennelle et d'une froideur acérée. M. Piorry a fait

gation. Ici encore, comme on voit, c'est le liquide le plus saturé qui enlève les parties aqueuses au moins saturé (car le sang ne contient pas même 1 p. 100 de matières salines). Voilà pour l'eau. Quant aux sels, le sang doit en gagner une certaine proportion, si la théorie est exacte. Or des expériences directes, faites par le docteur Aubert (1), ont démontré que si l'on administre des solutions purgatives de sel amer, de sel de Glauber ou de phosphate de soude, une certaine proportion de ces sels se retrouve dans les urines, bien que la majeure partie soit immédiatement emportée par le cours des matières alvines. Ici, comme dans les deux cas qui précèdent, le phénomène de la diffusion ne saurait être contesté; l'observation est partout en parfait accord avec la théorie.

Mais si l'endosmose se prête à l'explication des faits qui viennent d'être relatés, il est des circonstances dans lesquelles ses lois paraissent en défaut. Nous allons donc passer en revue les différents cas qui semblent infirmer le principe de la diffusion, rechercher sous quelle influence ces cas se produisent, et déterminer les lois d'après lesquelles les divergences qui peuvent avoir lieu se manifestent.

Obs. I. — L'eau fraîche introduite dans l'estomac est, ainsi que nous l'avons déjà dit, rapidement portée par l'endosmose dans le torrent circulatoire; mais l'absorption se ralentit à mesure que la fraîcheur du liquide diminue. Si l'eau est prise à la température tiède ou indifférente, elle est mal supportée; l'estomac se refuse plus ou moins à l'absorber, et la rejette pour peu qu'elle soit ingérée en quantité un peu notable. Prise à une température plus élevée, à une température chaude (50°—60° centigr.), elle est de nouveau mieux supportée et cause moins de nausées, parce qu'elle devient stimulante par son calorique. Ici nous voyons le même liquide perdre de sa force endosmotique ou en gagner, selon qu'il a telle ou telle température. La température indifférente ne sollicite pas ou ne sollicite que faiblement l'endosmose, tandis que les températures extrêmes, fraîche ou chaude, mais surtout la première, la sollicitent vivement. La température est donc le grand modificateur de la force endosmotique dans le cas présent, et l'on voit que, pour être dans des conditions tout à fait favorables, la diffusion exige la différence de température des deux liquides autant que leur différence de densité.

Obs. II. — Nous venons de dire qu'un bain d'eau commune, de basse température, détermine une forte absorption cutanée, ainsi que le veut la théorie de la diffusion; mais si la température du bain s'élève, l'absorption diminue en proportion. Elle devient très-faible ou à peu près nulle si la température est portée au degré indifférent (voy. les expériences de Kahtlor). Ici, comme on voit, la force de diffusion se trouve encore entravée par des influences de température, et le degré de l'indifférence amortit l'endosmose de l'eau, ainsi que nous l'avons vu pour le cas précédent.

Obs. III. — Un bain chaud d'eau commune ou un bain d'une température qui dépasse plus ou moins l'indifférente détermine l'exosmose cutanée, tandis qu'en théorie ce devrait être l'endosmose. Il est prouvé, en effet, que si le corps est plongé pendant quelque temps dans un bain chaud, il y perd de son poids et il se manifeste de la soif, parce que le sang cède une partie de ses principes aqueux pour subvenir aux fortes exhalations de toute la périphérie. L'expérience du bain chaud est donc en contradiction directe avec les lois de la diffusion, et l'on voit que c'est uniquement la température élevée de l'eau qui produit ce résultat, qu'on s'explique facilement d'ailleurs par les efforts conservateurs de la nature. On sait que de tous les milieux ambiants dans lesquels le corps de l'homme peut être placé, l'eau est celui dont la température se transmet avec plus de promptitude et d'énergie, et il est prouvé qu'à égalité de température elle communique à l'organisme beaucoup plus de calorique que la vapeur ou l'air sec : ainsi un bain chaud de 45° centigr. donne autant de calorique qu'un bain de vapeurs de 63°—69°, ou de l'air sec d'un degré thermométrique encore plus élevé (voy. les expériences de Lemonnier, Berger, Delaroche et autres). Si donc le corps est plongé dans un bain d'une température supérieure à l'indifférente (46°—50° centigr.), le calorique de l'eau tend à envahir l'organisme avec une énergie d'autant plus marquée que l'eau est elle-même plus chaude. Cette accumulation de calorique porterait immédiatement la température du sang au delà de son terme physiologique et compromettrait l'existence de l'individu, si la nature n'avait à sa disposition le moyen de rétablir l'équilibre en réagissant vigoureusement contre le danger par une exhalation plus ou moins active de toute la périphérie. Cette exhalation est en raison de la température du liquide; elle a pour dernière limite la vésication, comme on sait. Par la perte de calorique qu'elle entraîne, l'exhalation contre-balance l'effet du bain chaud et empêche la rupture de l'équilibre, au moins pendant quelque temps. Dans ce troisième cas, il y a, comme on voit, un mouvement de réaction qui empêche l'endosmose de suivre son cours, et comme la réaction a lieu en sens inverse du mouvement diffusionnel, celui-ci se trouve par cela même entravé ou annulé.

Ces différents faits nous autorisent à conclure *que le phénomène de la diffusion ou de l'endosmose s'observe dans le domaine de la physiologie comme dans la nature morte, mais qu'il y a des circonstances de température qui activent ou qui neutralisent son influence; que par conséquent les forces qui président au maintien de la température du sang l'emportent sur la force endosmotique, et ne laissent de libre cours à celle-ci qu'autant qu'elle ne contrarie pas les exigences de la calorification.*

(La suite au prochain numéro.)

(1) Duc untne salia alvum vi endosmotica? Bérol. 1850.

URÉTROTOMIE.

DE L'URÉTROTOMIE EXTERNE OU PÉRINÉALE (OPÉRATION DE LA BOUTONNIÈRE), COMME MÉTHODE DE TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENTS ORGANIQUES DE L'URÈTRE; par le professeur C. Sédillot. (Mémoire présenté à l'Académie des sciences.)

(Suite. — Voir les nos 2 et 3.)

D. — Rétrécissements infranchissables.

C'est presque une témérité ou un aveu d'impuissance que de reconnaître des rétrécissements infranchissables, en présence du grand nombre d'hommes de l'art qui proclament hautement n'en avoir jamais rencontré. Avec de la patience et de l'adresse, on finit toujours, dit-on, par surmonter les obstacles. On pose encore la question d'une autre manière : L'urine s'écoule goutte à goutte ou par un jet. Il y a donc un pertuis, une ouverture. C'est ce pertuis qu'il faut trouver, et on doit y parvenir. Je doute beaucoup que ces assertions soient l'expression d'une expérience suffisante, et la fréquence des réussites fait probablement oublier quelques rares insuccès. Que faut-il entendre, d'ailleurs, par ce terme d'*infranchissables?* Tel chirurgien qui déclare traverser tous les rétrécissements a cité un malade près duquel il resta trois

---

observer à son critique : 1° qu'ayant rempli cinq à six volumes de mots du même genre, il lui était bien permis d'en semer une demi-douzaine dans un mémoire destiné à l'Académie; 2° que cette nomenclature, que M. Moreau prétend ne pas comprendre, est parfaitement comprise et couramment parlée par les élèves de sa clinique et de son hôpital; 3° qu'en particulier, la composition des mots phymo-pneumonie et pneumo-phymie, que M. Moreau trouve étrange, a un sens profond : le premier, indiquant que c'est le tubercule (*phyma*), qui a produit la phlegmasie pulmonaire, et le second, que c'est la pneumonie qui a développé le tubercule; 4° et enfin qu'il ne croyait pas s'exposer à n'être pas compris en se servant de termes dérivés du grec au sein d'une compagnie si savante, et surtout de termes qui, comme le *phyma*, objet de l'animadversion de M. Moreau, sont dans Hippocrate.

Après cette réplique écrasante, il n'y avait plus qu'à clore au plus tôt la discussion, et c'est ce que le président s'est hâté de faire. On craint cependant qu'elle ne recommence mardi prochain. Et puis qu'on vienne nous dire que les mots ne sont rien.

— Par arrêté du 3 janvier 1854, M. le préfet de police a nommé, sur la présentation du conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, M. Payen, président, et M. Trébuchet, secrétaire de ce conseil pour l'année 1854.

— M. le docteur Baschet, médecin du bureau de bienfaisance, chirurgien adjoint de l'Hôtel-Dieu de Blois, vient d'être promu au titre de chirurgien en chef de ce bel établissement.

— Le roi de Hollande vient de nommer M. Leroy-d'Etiolles commandeur de l'ordre de la Couronne de chêne.

— L'assemblée générale annuelle de l'Association des médecins du département de la Seine aura lieu dimanche 29 janvier, à deux heures très-précises, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Adelon, vice-président.

Cette assemblée a pour objet :

1° Le tirage au sort de la moitié de la commission générale et des suppléants qui doivent entrer en fonctions (on n'admettra que ceux des sociétaires présents à l'assemblée qui déclareront accepter ces fonctions);

2° Le compte rendu de l'année 1853 par le secrétaire général;

3° L'élection : d'un président, de deux vice-présidents, d'un secrétaire général (les fonctions du secrétaire général actuel, M. le docteur Perdrix, étant expirées).

Candidats proposés aux suffrages de l'assemblée par la commission générale :

Président, M. Paul Dubois, doyen de la Faculté; vice-présidents, MM. Adelon et Bérard; secrétaire général, M. le docteur Cabanellas.

Nota. M. le docteur Perdrix, secrétaire général depuis dix ans, a fait connaître à la commission générale le regret qu'il éprouve de ne pouvoir remplir plus longtemps ces fonctions.

mois sans pouvoir faire pénétrer dans l'urètre les plus fines bougies, malgré ses tentatives journalières. Que serait-il advenu s'il y avait eu danger imminent de mort?

Un illustre professeur, qui m'avait affirmé avoir constamment guéri tous les rétrécissements par le simple usage des bougies de cire graduées, me disait plus tard, et par oubli sans doute de ses premières assertions, qu'il avait eu plusieurs fois recours à l'opération de la boutonnière.

Un homme de grande bonne foi et qui avait acquis une habileté remarquable dans le traitement des maladies des voies urinaires, Pasquier, croyait aussi avoir franchi tous les rétrécissements, et les chirurgiens de son service hospitalier citaient des faits opposés.

Personne n'était plus affirmatif que Desault sur cette question, et pour confirmer son opinion, il avait inventé la sonde conique, avec laquelle il arrivait infailliblement dans la vessie. Mais le problème restait entier : le rétrécissement avait-il été franchi? On sait ce que les nécropsies révèlent de fausses routes, et nous avons cité un cas où un dilatateur avait été introduit à côté de la coarctation et avait rompu l'urètre, sans atteindre le rétrécissement.

Nous ne nions pas la possibilité de passer une bougie au travers d'obstacles insurmontables à d'autres opérateurs, ou à des époques différentes. Un peu de gonflement inflammatoire, un refoulement trop brusque de la muqueuse, une énergique contraction des fibres musculaires, un cul-de-sac latéral produit par une pression mal dirigée, déterminent quelquefois des empêchements momentanés dont on triomphera plus tard.

Les bougies tordues de M. Leroy-d'Étiolles, les injections forcées, la cautérisation, particulièrement l'introduction simultanée de plusieurs bougies, un repos de quelques jours, les antiphlogistiques, le chloroforme, le contact permanent de l'extrémité de la sonde contre le rétrécissement, etc., sont, dans beaucoup de cas, de précieuses ressources, mais peuvent aussi rester sans succès.

Voici un exemple recueilli à ma clinique par M. le docteur Weiss (GAZ. MED. DE STRASBOURG, 1849), qui prouve suffisamment les difficultés opposées au passage des instruments pour certains rétrécissements.

OBS. — Un malade âgé de 33 ans était atteint d'un rétrécissement de l'urètre ancien. Le cathétérisme, la dilatation, la cautérisation, avaient été essayés dans plusieurs hôpitaux sans succès. Plusieurs inflammations urétro-vésicales avaient eu lieu. La constitution était affaiblie, et un catarrhe pulmonaire chronique minait la santé du malade.

Le jet d'urine était filiforme, mais assez facile, et il n'y avait aucune menace de rétention.

M. Sédillot chercha à porter une bougie dans la vessie pour reconnaître le nombre, l'étendue et la nature des obstacles, mais il n'y put parvenir. Qu'il se servit de cathéters métalliques de diamètres très-faibles ou plus considérables, qu'il employât des bougies en cire ou en gomme élastique de toutes les dimensions, qu'il les conduisît isolément ou réunies, pour que l'une d'elles au moins franchît l'obstacle, toutes ces tentatives furent inutiles, et il fut impossible d'arriver dans la vessie.

La mort étant survenue par suite de causes étrangères à l'affection de l'urètre, on saisit cette occasion de constater avec soin les dispositions morbides. Le canal de l'urètre n'était dans aucun point ni perforé ni même enflammé. Deux infundibulum, de 3 à 4 centimètres de profondeur, existaient dans l'urètre, l'un en arrière et l'autre en avant de la symphyse; tous deux avaient un orifice aussi large que le diamètre normal du canal; tous deux se terminaient par une extrémité en cul-de-sac dont l'étroitesse allait successivement en augmentant. C'était dans cet infundibulum que tous les instruments s'engageaient, pénétrant dans le second s'ils avaient par hasard évité le premier.

Au niveau et un peu en arrière de la symphyse pubienne, l'urètre normal était cloisonné transversalement par une sorte de septum membraneux, dans lequel existaient deux petites ouvertures de la grandeur d'une tête d'épingle fine. C'était par ces orifices que le malade avait continué à uriner jusqu'à la mort.

Dans la portion prostatique enfin, près du col de la vessie, se trouvait un troisième cul-de-sac plus grand que les deux premiers, et dans lequel les sondes se fussent encore engagées, en supposant qu'elles eussent franchi les premiers obstacles.

La prostate était abcédée; les foyers purulents étaient logés dans les parois fortement épaissies de la vessie. Les uretères et les reins étaient très-dilatés et comme macérés par l'urine.

L'observation que nous venons de rapporter n'est pas unique, et une étude un peu attentive des beaux musées anatomo-pathologiques de l'Europe, et particulièrement de ceux de Londres, en fait découvrir un assez grand nombre. Chopart a cité le fait d'un malade atteint de fistules urinaires, dont le canal de l'urètre s'était complétement oblitéré. J'ai connu un homme jeune encore qui se trouvait dans le même cas, et il m'est arrivé, comme je l'ai dit, de rencontrer des rétrécissements infranchissables.

Lorsque les douleurs sont incessantes et que l'état du malade fait redouter une terminaison funeste, quelle conduite faut-il adopter? On n'a le choix qu'entre deux opérations : 1° le cathétérisme forcé, 2° ou l'urétrotomie périnéale. Il ne saurait être question de la ponction vésicale, excellente sans doute et sans aucun danger dans les cas de rétentions urinaires aiguës, mais absolument inapplicable aux cas dont nous nous occupons, puisque la nature du rétrécissement ne serait pas modifiée par la nouvelle voie donnée aux urines, et que le problème de la guérison se représenterait un peu plus tard sans le moindre changement (1).

(La suite au prochain numéro.)

(1) Ce n'est pas sans étonnement que nous avons lu dans l'ouvrage de M. Raybard le jugement défavorable que cet auteur porte sur la ponction de la vessie dans les cas de rétention d'urine amenée par un rétrécissement urétral. M. Reybard dit que « la ponction de la vessie est dangereuse et même » la plus dangereuse des opérations proposées contre la rétention urinaire » qui a pour cause un rétrécissement. » Aussi estime-t-il qu'il serait préférable de recourir, comme l'a proposé, dit-il, M. Velpeau, à l'opération de la boutonnière, et dans le cas où il faudrait recourir à la ponction, par suite de fausses routes, par exemple, on devrait adopter la ponction périnéale. Ces idées nous paraissent contraires à l'expérience et complétement erronées. La ponction hypogastrique de la vessie est une des opérations les plus simples et la plus innocentes de la chirurgie, et elle l'emporte de beaucoup sur la ponction périnéale, qui ménage moins l'urètre et le col de la vessie. Toutes les fois qu'une rétention d'urine compliquée de rétrécissement se déclare et qu'il est impossible de pratiquer le cathétérisme, la véritable indication est de recourir à la ponction vésicale hypogastrique. Les accidents cèdent immédiatement, l'urine recommence à passer par le canal au bout de trois ou quatre jours, et le chirurgien se trouve dans des conditions très-bonnes pour aviser au traitement de la coarctation. Nous nous sommes toujours conduit d'après ces principes, et jusqu'à ce jour nous n'avons pas encore été témoin d'un seul accident résultant de la ponction de la vessie. Je ne rappellerai pas tous les faits de ce genre que j'ai observés, je me bornerai à citer deux cas récents que j'ai encore sous les yeux et qui me conduiront à élever quelques objections contre le fond même des assertions doctrinales émises par M. Reybard.

Un militaire entre à l'hôpital dans la nuit du 10 octobre 1853, pour une rétention d'urine datant de vingt-quatre heures et ayant pour cause un ancien rétrécissement urétral. D'infructueuses tentatives de cathétérisme ont été faites, et je les renouvelle inutilement. Le canal a été déchiré et est le siége d'un écoulement de sang assez abondant. J'ai immédiatement recours à la ponction hypogastrique de la vessie; l'urine est évacuée; le soulagement est complet et j'assujettis dans la poche urinaire la canule courbe du trocart. Le quatrième jour, l'inflammation du canal commence à disparaître, et quelques gouttes d'urine le traversent. J'introduis le lendemain, sans beaucoup de difficultés, une fine bougie dans la vessie, où je la laisse à demeure. Je renouvelle la bougie quelques jours plus tard, en la remplaçant par un instrument plus volumineux. Le douzième jour, je parviens à traverser le canal avec une sonde creuse de deux millimètres de diamètre. J'éprouve les sensations de plusieurs saillies et chapelet, constituant le rétrécissement. L'urine coule bien par la sonde, et je n'ai pas provoqué l'écoulement d'une seule goutte de sang. A partir de ce moment, les sondes ont été rendues de plus en plus volumineuses, sans avoir jamais été difficiles à placer en raison de leur graduation. Jamais il n'y a eu de violence ni de traces de sang, et les sondes ont été portées nuit et jour pendant plus de deux mois; les dernières dépassaient un centimètre de diamètre. La dilatation et la fonte du rétrécissement ont marché lentement, mais d'une manière continue et appréciable. La plaie hypogastrique était fermée peu de jours après l'extraction de la canule du trocart. On a essayé de faire uriner le malade sans sonde, et la miction était libre et facile. On a placé les sondes seulement pendant la nuit, puis pendant quelques heures du jour, et trois mois plus tard le malade fut en état de reprendre son service, et a été débarrassé du suintement séro-purulent dont il était précédemment affecté.

Cette observation est en désaccord, sous plusieurs rapports, avec les idées de M. Reybard, et nous nous y arrêterons un instant.

Est-il vrai, comme l'admet le chirurgien de Lyon, que tous les rétrécissements ont pour cause un même tissu membraneux cicatriciel, qui s'étend rarement au delà de la muqueuse, et qui a pour principaux caractères une tendance incessante à la rétractilité avec élasticité ou inextensibilité?

Cette théorie des rétrécissements ne nous paraît nullement démontrée; et les faits cités par M. Reybard sont ou contraires ou insuffisants. J'ai dernièrement rencontré dans la portion membraneuse de l'urètre une coarctation infranchissable par une sonde Mayor, n° 12 et au-dessus. Les tissus indurés jusqu'auprès du vérumontanum, offraient plus d'un centimètre d'épaisseur et ressemblaient à du fibro-cartilage. Les sondes introduites par la vessie ou par le gland étaient absolument arrêtées et rendaient nuls tous les efforts d'introduction. Le malade, vieillard de 70 ans, avait succombé à la clinique civile à une cystite chronique, avec altération profonde de la vessie, développée probablement sous l'influence de cet ancien rétrécissement.

La théorie des rétrécissements, les uns élastiques, les autres inextensibles, soulève encore plus d'objections. Le tissu inodulaire ou cicatriciel est en général essentiellement réfractaire à l'extensibilité. On ne comprend guère

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION DE CARIE SCROFULEUSE DE L'OS TEMPORAL GAUCHE, ACCOMPAGNÉE D'UNE DIMINUTION DE LA SENSIBILITÉ TACTILE ET GUSTATIVE DE LA MOITIÉ CORRESPONDANTE DE LA LANGUE ; due à la Société de biologie, en novembre 1853, par M. le docteur FANO.

OBS. — La nommée Parean, âgée de 23 ans, exerçant la profession de couturière, se trouve, au moment où nous rédigeons cette note, à l'hôpital Saint-Louis, salle Henri IV, n° 74, dans le service de M. Hardy. C'est une femme d'une constitution moyenne, ayant les apparences du tempérament lymphatique; réglée à 16 ans, ayant toujours eu une menstruation régulière, mariée, sans enfants ; elle nous affirme qu'elle n'a pas été sujette à cette série d'affections qui frappent de préférence les sujets scrofuleux; pas de maux d'yeux, pas d'abcès sur aucune partie du corps, etc., etc.

A l'âge de 14 ans, la femme Parean a fait une chute sur le côté gauche de la tête, chute qui n'a pas été accompagnée de perte de connaissance. Dans la nuit qui suivit l'accident, elle éprouva de vives douleurs dans l'oreille du côté gauche; mais ces phénomènes n'eurent qu'une courte durée, et le rétablissement fut des plus prompts.

Quatre ans après cet accident, conséquemment à l'âge de 18 ans, la malade se frappe violemment la tête contre une poutre; quelques jours après, une grosseur commence à se développer derrière l'oreille gauche; cette tumeur augmente rapidement, bientôt il se forme des abcès qui s'ouvrent spontanément, des ulcères fistuleux s'établissent, des portions d'os sont éliminées.

Tels sont les renseignements fournis par la malade; quelque incomplets qu'ils puissent paraître au premier abord, ils donnent cependant une idée générale du mode de développement de la maladie actuelle sur laquelle nous avons recueilli des documents plus étendus.

État actuel.— En arrière du pavillon de l'oreille du côté gauche, existe une tumeur qui occupe la région mastoïdienne, la portion écailleuse du temporal, et qui s'étend jusqu'au niveau du plan de réunion de la tête et du cou. Confondue de toutes parts avec les os du crâne, la tumeur est mal circonscrite, et il est facile de reconnaître qu'elle a son siége dans l'épaisseur même des os, ou plutôt qu'elle est constituée par ces derniers. Elle est très-dure, très-résistante, n'offre pas la moindre fluctuation, et présente dans tous les points une consistance égale. A la surface de la tumeur existent deux ulcères fistuleux, dont l'un en occupe la partie supérieure et antérieure, l'autre la partie postérieure et inférieure. Un stylet de trousse, introduit par chacune des ouvertures, pénètre à une profondeur d'environ quatre centimètres; l'extrémité de l'instrument rencontre une surface osseuse dénudée.

Lorsque la malade ferme l'orifice antérieur des fosses nasales, en pinçant le nez entre les doigts, et qu'elle exécute une forte expiration, il sort par les ouvertures fistuleuses un liquide purulent mélangé de bulles d'air. Cette expulsion s'accomplit avec un bruit très-appréciable.

La tumeur n'est le siége d'aucune douleur, si ce n'est lorsque le pus ne se fraye pas un passage au dehors, ce qui arrive toutes les fois que les ulcères fistuleux se cicatrisent momentanément. Dans ces circonstances, il survient un autre phénomène : l'orifice antérieur des fosses nasales étant fermé, comme dans l'expérience précédente, et la malade exécutant une forte expiration, du pus s'écoule dans la gorge.

La langue présente une altération remarquable de la sensibilité tactile et de la sensibilité gustative, que nous avons reconnue à l'aide d'expériences variées.

Dans toute la moitié *droite* de la langue, une piqûre superficielle, pratiquée avec une aiguille, est très-bien sentie. Dans toute la moitié *gauche*, la sensation de piqûre va en s'affaiblissant, à mesure que l'on s'éloigne de la ligne médiane et qu'on se rapproche du bord de la langue. En arrière, la sensation est plus directement perçue qu'en avant.

En frottant légèrement avec un morceau de sucre le bord droit de la langue, la malade perçoit nettement une saveur sucrée. En répétant la même manœuvre sur le bord *gauche* de l'organe, la femme Parean accuse une sensation de contact, mais elle ne distingue aucune saveur. En se rapprochant, toujours à gauche, de la base de la langue, elle perçoit faiblement la saveur sucrée.

Un grain de sel est appliqué sur le côté *gauche* de la langue, vers la partie antérieure; la malade n'accuse aucune sensation; en arrière et du même côté, c'est-à-dire vers la base de la langue, il n'y a qu'une sensation vague. Vient-on à faire la même expérience sur la moitié droite de la langue, la sensation est très-bien perçue.

Les expériences précédentes ont été répétées avec du vin de gentiane; les résultats ont été conformes à ceux que nous venons de rapporter.

La langue conserve l'intégrité de tous les mouvements; il n'y a aucun signe de paralysie faciale, c'est-à-dire de paralysie de la portion dure du nerf de la septième paire. En effet, les muscles sous-cutanés de la face ont conservé leur contractilité volontaire. Le sommet de la luette est un peu dévié à gauche; mais pendant les mouvements de déglutition, les deux moitiés du voile du palais s'élèvent également. La vue est également bonne des deux côtés, l'odorat s'exerce aussi bien par l'une que par l'autre narine. L'état général, enfin, est très-satisfaisant; toutes les grandes fonctions de l'économie paraissent être dans leur intégrité.

Il était intéressant de rechercher si la membrane du tympan est intacte; l'examen du fond du conduit auditif externe étant rendu impossible par le fait de la déviation et de l'aplatissement que les parois de ce conduit ont subi, ce n'est que par des signes rationnels qu'il est possible de juger cette question. Lorsque la malade fait une forte expiration et qu'on a soin de fermer les ulcères fistuleux qui existent à la surface de la tumeur, on constate la sortie de l'air par le conduit auditif; il faut donc admettre que la continuité de la membrane du tympan est interrompue.

Le caractère le plus saillant de l'observation précédente est une diminution de la sensibilité tactile et gustative d'une des moitiés de la langue, coïncidant avec une carie de l'os temporal. On sait que ce dernier os est parcouru par un canal inflexe que l'on appelle aqueduc de Fallope, canal destiné à loger le nerf facial. Il résulte de cette disposition que si, par le fait d'une lésion traumatique ou spontanée, la portion de l'os temporal qui recèle le nerf facial est altérée, cette lésion retentira sur le nerf facial lui-même, et conséquemment sur les branches terminales de ce nerf; de là une paralysie de tout un côté de la face dans certains cas de fracture du rocher, etc., etc. L'os temporal n'est pas seulement en rapport intime avec le nerf facial; il a des connexions non moins importantes avec un filet nerveux qui émane du nerf facial et que l'on désigne sous le nom de *corde du tympan*. On connaît le trajet décrit par cette branche nerveuse ; qu'il nous suffise de rappeler qu'elle se met en rapport immédiat avec la face postérieure de la membrane du tympan contre laquelle elle est accolée, et qu'après sa sortie du rocher par une rigole spéciale, elle se confond avec le nerf lingual pour se distribuer comme ce dernier à la muqueuse linguale.

Les fonctions dévolues à la corde du tympan ont été pour les physiologistes un sujet fécond de recherches et de discussions. Il résulte cependant d'expériences nombreuses que la corde du tympan exerce une certaine influence sur les fonctions gustatives de la langue. Un grand nombre d'observateurs, et en particulier M. Cl. Bernard, ont noté chez l'homme la coïncidence de l'altération du goût avec la paralysie du nerf de la septième paire. Mais s'il règne aujourd'hui même un sentiment presque unanime sur le rôle que la corde du tympan remplit relativement à la sensibilité gustative de la langue, il n'en est plus de même quand on cherche à pénétrer le mode d'action de ce filet

---

comment ce même tissu, développé dans l'urètre, jouirait de cette remarquable propriété. Nous constaterons en outre que dans les nécropsies citées par M. Reybard, il est bien fait mention de l'inextensibilité, mais qu'on ne trouve pas d'exemples tranchés de rétrécissement extensible.

Si le tissu cicatriciel est constant, de nature identique, d'où proviennent ces différences d'extensibilité ou d'inextensibilité? Les explications de M. Reybard ne nous ont pas paru éclaircir ce point culminant de la question. Nous ne croyons pas, en conséquence, qu'il y ait lieu à adopter la doctrine de notre ingénieux confrère, et nous sommes loin d'en accepter toutes les déductions.

Voici un second exemple de ponction de la vessie qui est très-curieux, en raison des phénomènes de contractilité musculaire qui y ont été constatés. M. B***, capitaine d'état major, souffrant depuis vingt ans d'un rétrécissement et d'un écoulement séro-purulent de l'urètre, est pris tout à coup de rétention d'urine au commencement du mois de décembre 1853. On le sonde inutilement, les douleurs deviennent intolérables, et il se fait transporter chez moi pour réclamer du secours. Le canal saigne et l'introduction de sonde est impossible, je décide le malade à entrer à l'hôpital, où je pratique sur-le-champ la ponction hypogastrique de la vessie.

Les jours suivants, j'essaye en vain de placer dans l'urètre une sonde creuse: toutes mes tentatives restent infructueuses pendant quinze jours, quoique continuellement répétées et variées de mille manières. Je réussis à faire pénétrer de fines bougies de moins d'un millimètre de diamètre, mais il m'est complétement impossible d'en introduire d'un plus gros volume. La situation devenait embarrassante et il fallait en sortir. Le malade ne pouvait toujours uriner par la canule du trocart qui se serait incrustée, et il y avait lieu peut-être à pratiquer l'urétrotomie périnéale. Je réunis en consultation tous les médecins militaires de la garnison, et l'un d'eux M. le docteur Soubaut, s'appuya sur plusieurs faits de ma clinique pour recommander l'emploi du chloroforme. Nous y eûmes recours, et sous l'influence d'une résolution anesthésique profonde, nous engageâmes assez aisément dans la vessie une sonde en caoutchouc de plus de quatre millimètres de diamètre. Nous eûmes, en pénétrant au travers de la coarctation, la sensation très-distincte de saillies ou nodosités en chapelet, se succédant dans une longueur de trois centimètres. La canule du trocart fut retirée, et la plaie hypogastrique promptement cicatrisée. Au bout de huit jours je retirai la sonde, et je voulus en remettre une autre d'un plus fort diamètre. Vains efforts: je ne parvins même pas à réintroduire la première sonde. Je chloroformai le malade, et le cathétérisme redevint facile. Les mêmes phénomènes se représentèrent à chaque changement d'instrument, mais à un moindre degré. L'urètre reprit de la souplesse, les saillies en chapelet s'affaissèrent, des sondes d'un centimètre d'épaisseur furent mises en usage, l'extrême contractilité du canal se dissipa, et la guérison obtenue servira certainement à préserver le capitaine B*** de toute complication ultérieure du côté de la vessie.

nerveux. Admettra-t-on, avec Bellingeri, que la corde du tympan est un rameau sensitif du facial? ou bien se ralliera-t-on à l'hypothèse émise récemment par M. Duchenne, à savoir que la corde du tympan est un nerf de sensibilité, recevant cette dernière propriété du nerf intermédiaire de Wrisberg? Si quelques recherches purement anatomiques semblent favorables à cette manière de voir, nous devons néanmoins convenir que leur exactitude est loin d'être complétement démontrée. Si donc nous reconnaissons que la corde du tympan émanant du nerf facial partage les propriétés motrices de ce dernier nerf, il reste à se rendre compte de l'influence exercée sur le goût par l'une des deux hypothèses suivantes : ou bien on admettra, avec MM. Longet et Arnold, que la corde du tympan agit sur l'excrétion de la salive par les filets nerveux qu'elle envoie au ganglion sous-maxillaire et par l'intermédiaire de ce dernier au canal de Warthon; ou bien on dira, avec M. Cl. Bernard, que la corde du tympan est chargée par son action sur le tissu papillaire lingual de régulariser et de rendre instantané le transport de l'excitant sapide sur le nerf sensoriel qui l'apprécie; que la corde du tympan agit en redressant les papilles de la langue pour la perception des saveurs.

Quoi qu'il en soit de ces diverses interprétations, il n'en reste pas moins démontré que la corde du tympan exerce une influence sur la sensibilité gustative de la langue. A ce titre, l'observation que nous avons rapportée offre un certain intérêt. Tous les signes notés plus haut démontrent qu'il existe chez la malade une altération de l'os temporal et une extension de cette altération à l'oreille moyenne. Il est donc très-probable que la corde du tympan est comprise dans la lésion; ce qu'il y a surtout de remarquable dans ce fait, c'est que le tronc même du nerf facial est resté étranger à cette maladie, ainsi que le démontre l'intégrité de fonction des muscles sous-cutanés de la face. Cette observation réaliserait donc une des prévisions émises par M. Cl. Bernard et formulées par lui dans les termes suivants : « Par cela même que le rameau tympanique est libre et isolé à son passage dans la caisse du tympan, on conçoit à la rigueur que certaines causes traumatiques ou autres venant à détruire isolément ce filet nerveux, produiraient seulement une perversion gustative, tandis que tous les autres symptômes de l'hémiplégie faciale manqueraient. »

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX AMÉRICAINS

(Suite.)

III. THE CHARLESTON MEDICAL JOURNAL AND REVIEW ;

Par les docteurs Cain et Porcher.

Les numéros de novembre 1852, janvier, juillet, septembre et novembre 1853 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Observations et réflexions sur les épidémies de fièvres qui ont eu lieu pendant cinq ou six ans dans le district de Sumter (Caroline du Sud)*; par le docteur Fulder. (Description vague de quelques maladies fébriles, sans résumé, sans diagnostic précis.) 2° *De quelques opinions qui ont cours parmi les médecins*; par le docteur Harris. (De quelques symptômes de la fièvre puerpérale, du traitement de l'éclampsie, etc.) 3° *Observations sur quelques points de pratique obstétricale*; par le docteur Wragg. (Trocart pour la perforation du crâne dans les cas d'hydrocéphale; détachement complet du placenta dans les cas d'insertion de cet organe sur le col pour éviter les hémorrhagies graves, souvent mortelles.) 4° *Du* veratrum viride *(hellébore américain)*; par le docteur Norwood. (Emploie la teinture alcoolique préparée avec la racine sèche; comme tonique et stimulant, ce médicament conviendrait dans les maladies asthéniques; comme calmant de la circulation, il serait indiqué dans les affections inflammatoires.) 5° *Observation de pratique obstétricale*; par le docteur Harris. (A. Placenta prævia, prolapsus du cordon, présentation de l'épaule. B. Fœtus mort porté à terme avec un enfant vivant.) 6° *Observation d'hydrocéphale*; par le docteur Byrd. (Enfant de 6 mois, 21 pouces et demi de circonférence, 14 pouces et demi de diamètre bipariétal, écartement énorme des os du crâne, deux ponctions amenant l'une 350 grammes de sérosité, l'autre 150 grammes; mort.) 7° *Observation de déchirure du périnée pendant le coït*; par le docteur Carsten. (Pénis disproportionné, lacération du périnée et de la paroi postérieure du vagin dans l'étendue d'un pouce.) 8° *Tétanos traumatique suite de contusions, traité par le carbonate d'ammoniaque*; par le docteur Adamson. (On a eu affaire dans le cas en question, non pas à un tétonos, mais simplement à un accès épileptiforme.) 9° *De l'emploi du nitrate d'argent dans les cas d'ulcérations intestinales*; par le docteur Reynalson Curtis. (Symptômes mal définis, observation sans valeur.) 10° *De quelques points de jurisprudence médicale dans les cas de plaies d'armes à feu.* 11° *Rapport du comité médical sur les maladies endémiques de Newbery.* (Le comité insiste sur le rôle des émanations des sols humides marécageux, et sur l'importance des conditions de propreté, de ventilation, de salubrité des habitations; il recommande en outre certaines précautions bien connues contre l'air des marais et les dangers du travail des champs avant ou après le coucher du soleil.) 12° *Rétrécissement fibreux, non extensible, de l'urètre; incision*; par le docteur Wragg. 13° *Remarques sur les connexions pathologiques et étiologiques qu'on a supposé exister entre la pneumonie et les fièvres d'accès*; par le docteur La Roche. 14° *Observations d'inflammation et d'ulcération du col utérin*; par le docteur James Green. 15° *Observations météorologiques sur les causes de la fièvre jaune à Charleston en 1852*; par le docteur Hume. 16° *Adhésion du placenta*; par le docteur Douglass. (Détachement forcé de cet organe. 17° *Blessure par arme à feu du thorax; absence des symptômes ordinaires : la toux, le crachement de sang*; par le docteur Kinloch. (La balle avait traversé le poumon de part en part d'avant en arrière et de haut en bas; mort trois jours après l'accident.) 18° *Ablution de la glande parotide*; par le docteur Toland. (Pour une tumeur volumineuse de la région.) 19° *Atrésie du vagin, suite d'accouchement, opérée sans succès par la ponction et la dilatation*; par le docteur Ewart. 20° *Observation de tumeur de l'ovaire*; par le docteur Gaston. 21° *Blessure de l'intestin; guérison*; par le docteur Chisholm. 22° *De l'application thérapeutique de l'électro-magnétisme dans un cas de choléra*; par le docteur Byrd. (Période de collapsus très-avancée, rétablissement des mouvements respiratoires et du pouls, amélioration marquée, mais de courte durée.) 23° *De l'usage de l'acide hydracyanique dans le traitement de la pneumonie et de la phthisie*; par le docteur Joseph Johnson. (Simple mention des bons effets obtenus par quelques praticiens dans le traitement de ces maladies par l'acide hydrocyanique, l'huile essentielle d'amandes amères, la décoction de feuilles de pêcher.) 24° *Opération à pratiquer dans les cas d'immobilité de la mâchoire inférieure par rétraction du tissu cicatriciel dans les ulcérations de la bouche*; par le docteur Gaston. (Incision et excision de la cicatrice, écartement forcé des mâchoires à l'aide d'un levier à écrou.) 25° *Deux cas de trismus nascentium; bons effets du* cannabis indica; par les docteurs Gaillard et de Saussure. 26° *Conception dans un cas d'occlusion du vagin*; par le docteur Ogier. (Occlusion survenue à la suite d'un accouchement laborieux laissant un pertuis fistuleux du diamètre d'un cathéter ordinaire.)

DE QUELQUES POINTS DE JURISPRUDENCE MÉDICALE DANS LES CAS DE PLAIES D'ARMES A FEU; par le docteur R.-A. Kinloch, professeur de chirurgie à l'Institut médical de Charleston.

Une balle de pistolet était entrée dans l'abdomen, deux pouces au-dessus de l'ouverture externe du canal inguinal du côté droit, en faisant une plaie arrondie à circonférence un peu irrégulière, à bords renversés de dehors en dedans. A la mort du sujet, on trouva l'intestin grêle perforé dans deux endroits, et un épanchement des matières fécales dans le péritoine. La balle, libre dans la cavité pelvienne, à droite du rectum, était irrégulièrement aplatie. La première question qui pouvait se présenter dans ce cas était de savoir dans quelle direction la balle avait traversé l'abdomen. Le professeur Kinloch fait justement remarquer à ce sujet que le peu d'épaisseur de la paroi abdominale antérieure ne permet pas, dans les cas analogues, de juger de la direction d'après le trajet de la balle; les blessures de l'intestin grêle ne sont aussi d'aucun secours pour établir cette indication, à cause de la mobilité de l'intestin. Alors, quand le projectile est resté dans la cavité péritoniale, il est impossible à l'homme de l'art de donner un avis décisif. L'observation citée contenait une difficulté de plus : la balle ayant été trouvée aplatie, cet aplatissement résultait-il d'un choc du projectile contre les os de la colonne vertébrale, le sacrum, par exemple, ou bien avait-elle pénétré l'abdomen, ainsi déformée? On comprend que les difficultés qui entourent la solution générale des questions relatives aux orifices d'entrée ou de sortie des plaies d'armes à feu rendaient, dans l'observation citée, le problème tout à fait insoluble, d'autant plus que l'autopsie n'avait révélé aucune trace de contusion du péritoine, des tissus fibreux ou des os.

REMARQUES SUR LES CONNEXIONS PATHOLOGIQUES ET ÉTIOLOGIQUES QU'ON A SUPPOSÉ EXISTER ENTRE LA PNEUMONIE ET LES FIÈVRES D'ACCÈS; par le docteur LA ROCHE.

Le docteur La Roche, dont nous avons analysé récemment un important travail sur le développement spontané de la fièvre jaune (AMERICAN JOURNAL), publiait presque en même temps, dans le journal de Charleston, une série d'articles sur les rapports de la pneumonie et des fièvres intermittentes. Comme on sera sans doute étonné de ce rapprochement, il importe de dire que l'auteur de ce travail s'élève justement contre les relations étiologiques que quelques médecins des États-Unis avaient voulu établir entre ces deux maladies; pour lui, des différences étiologiques et pathologiques profondes les séparent. Avouons que l'opinion contraire bouleverserait totalement les idées généralement répandues sur la nature de ces maladies. Ce qui semblerait une question facile à décider pour la plupart des médecins de notre pays est, à ce qu'il paraît, sujet à contestation en Amérique, et le docteur La Roche a jugé nécessaire de traiter au long de l'étiologie de ces affections. Nous regrettons que ce travail étendu se borne plutôt à rappeler les opinions des écrivains antérieurs qu'à apporter de nouveaux faits sur l'étiologie des fièvres palustres, qui préoccupe, avec juste raison en ce moment, des esprits distingués. A défaut d'observations originales, le docteur La Roche aurait rendu un service signalé en soumettant les faits connus à une critique détaillée. Laissant de côté les détails purement bibliographiques, nous n'insisterons ici que sur les points qui nous paraissent le mieux résumer les conclusions à tirer de ce travail : « L'expérience montre que quoiqu'il ne soit pas possible, dans tous les cas de pneumonie, de déterminer la cause précise de la maladie, cependant, dans le plus grand nombre des observations, les causes dont l'influence est démontrée sont d'une nature tout à fait différente de celles qui produisent la fièvre jaune et les fièvres rémittentes ou intermittentes... La pneumonie épidémique ne sévit pas comme les fièvres que nous venons de nommer, uniquement dans certaines localités, sur certains sols; elle parcourt de grandes étendues de pays, se montre aux bords de la mer ou le long des rivières comme sur les hauteurs, et se développe même en mer; de plus la pneumonie est plus fréquente sous les latitudes élevées et en hiver, époque ou disparaissent les fièvres périodiques; elle attaque plus fréquemment les noirs que les blancs, ce qui est le contraire de la fièvre intermittente. Il y a plus : ces deux affections peuvent se montrer à la fois sur le même individu, se compliquant l'une l'autre. Enfin le traitement qui convient aux fièvres intermittentes à tous leurs degrés, n'est jamais le même que celui qui s'applique avec succès à la pneumonie. »

OBSERVATIONS MÉTÉOROLOGIQUES SUR LES CAUSES DE LA FIÈVRE JAUNE A CHARLESTON; par le docteur WILLIAM HUME.

Ces observations portent sur une période de huit années, de 1845 à 1852, pendant lesquelles la fièvre jaune s'est montrée régulièrement, à l'exception de 1850 et de 1851.

L'auteur conclut, des faits qu'il expose, que la fièvre jaune peut se montrer également pendant les années de sécheresse et pendant celles de pluie et d'humidité; les étés les plus secs sont ceux qui ont fourni le moins de cas.

La fièvre janne s'est constamment montrée à l'époque des pluies, mais toutes les années la maladie ne sévit pas, bien qu'il y ait beaucoup d'eau.

De ces faits, il faudrait conclure, d'après le docteur Hume, que le meilleur moyen d'empêcher le développement de la fièvre jaune à Charleston serait de faciliter l'écoulement des eaux sur le sol à l'aide de nombreux canaux, et d'aider au dessèchement du sous-sol à l'aide d'un système de drainage bien établi.

IV. AMERICAN JOURNAL OF INSANITY.

Les 4 numéros de ce journal pour l'année 1853 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Histoire de l'hospice des aliénés de Pensylvanie;* par le docteur G.-B. Wood. 2° *Question médico-légale de la séquestration des aliénés;* par le docteur J.-M. Galt. 3° *Des établissements existant en Prusse, en Autriche et en Allemagne pour les aliénés;* par le docteur Pliny Earle. 4° *Projet d'un hospice d'aliénés pour l'armée et la flotte dans le district de Colombie.* 5° *De l'organisation des hôpitaux d'aliénés.* 6° *De l'emploi des infirmiers dans les salles d'aliénées femmes.* 7° *De l'hospice d'aliénés de l'État de Missouri.* 8° *Procès de Farbusch; homicide; allégation d'aliénation mentale.*

HISTOIRE DE L'HOSPICE DES ALIÉNÉS DE PENSYLVANIE; par le docteur WOOD.

Cet hôpital, situé aux environs de Philadelphie, a été ouvert aux malades dans les premiers jours de l'année 1841. A la fin de l'année 1851, on y avait reçu 1,878 malades, dont 1,412 payants, 1,037 hommes et 841 femmes.

Sur le nombre total des malades, il y a eu 875 guérisons, 140 améliorations très-prononcées, 241 améliorations, 211 états stationnaires, 181 décès, et 230 malades restant en traitement.

DES ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS EXISTANT EN PRUSSE, EN AUTRICHE ET EN ALLEMAGNE; par le docteur PLINY EARLE (de New-York).

Les établissements passés en revue par le docteur Earle, sont :

Dans les **Provinces rhénanes**, l'hôpital de Siegburg, connu des aliénistes par les écrits de son directeur, le docteur Max. Jacobi; l'asile des incurables d'Andernach, celui de Dusseldorf et celui d'Aix-la-Chapelle, de Trèves, d'Endenich. En **Westphalie**, l'établissement de Marsberg à Marsbourg, l'asile de Gesecke. Dans la **Prusse saxonne**, l'établissement de Halle. En **Poméranie**, celui de Giefswald et les asiles de Stralsund et de Rugenwald. Dans le **Brandebourg**, l'hôpital de la Charité à Berlin, où les aliénés sont traités par le docteur Ideler, deux établissements appartenant à des particuliers, l'institution de Neu-Ruppin dans la province de Kurmack et l'asile de Sorau. Les établissements publics qui existent en **Silésie** sont ceux de Leubus, de Brieg et de Plagowitz. Dans le duché de **Posen**, on cite l'établissement d'Owinsk, au voisinage de la ville. Dans la **Prusse orientale** et la **Lithuanie**, où, d'après le recensement de 1847, sur 1,480,308 habitants, on comptait 822 aliénés ou idiots, on trouve l'établissement de Kœnigsberg et celui de Peterswald. Dans la Prusse occidentale, sur 1,019,105 habitants, on comptait en 1842, 383 aliénés ou idiots; en 1848, il n'existait pas encore d'institution spéciale pour le traitement de l'aliénation.

Dans la **basse-Autriche**, on compte les hôpitaux suivants : à Vienne, le *Narrenthurm*, fondé en 1784 et qui, d'après le docteur Viszanik, serait la première institution de ce genre fondée en Europe, l'asile d'Ybbs. En **Bohême**, l'établissement de Prague; dans le **Tyrol**, l'institution de Hall; à Salzbourg, l'asile de ce nom. Dans la **Saxe**, l'hospice de sonnenstein, sur l'Elbe, au voisinage de Dresde; l'asile des incurables de Colditz, l'asile de Leipsick, celui d'Hubertusburg, les établissements particuliers de Thonberg et de Lindenhof. En **Bavière**, l'institution d'Erlangen, celle de Baireuth, les asiles d'Irrsee, de Giesing, de Bomberg, de Wurtzbourg, de Frankenthal.

Dans le **Wurtemberg**, l'hôpital royal de Winnenthal, à Winnenden, près de Stuttgard, l'asile de Zwiefalten pour les incurables, l'établissement particulier d'Heimbach. Dans le **Hanovre**, l'asile royal des aliénés de Hildenshcim et deux hospices d'incurables. Dans le **grand-duché de Bade**, l'hôpital d'Illenau. Dans le **Mecklenbourg-Schwerin**, l'établissement de Sachsenberg, fondé en 1830. Dans le duché d'**Oldenbourg**, l'asile de Blankenbourg. Dans la **Hesse-Darmstadt**, l'établissement d'Hofheim. Dans le duché de **Saxe-Weimar**, l'institution de Iena. Dans le duché de **Brunswick**, l'asile de ce nom. Dans le duché de **Nassau**, l'établissement fondé au monastère d'Eberbach. Dans l'électorat de **Hesse-Cassel**, l'asile de Maina et celui de Merxhausen. Dans la principauté de **Lippe-Detmold**, l'institution de Brake. Dans les **villes libres**, l'asile de Francfort sur le Mein, les établissements particuliers d'Oberneuland et de Rockwinkel, l'hôpital de Hambourg. Dans le **Schleswig-Holstein**, l'hospice de Schleswig, et l'établissement fondé par le professeur Jessen aux environs de Kiel, sous le nom d'Hornheim.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 16 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. ROUX.

RECHERCHE DE L'IODE DANS L'AIR, LES EAUX, LE SOL ET LES PRODUITS ALIMENTAIRES DU JURA, DU VALAIS, DE LA LOMBARDIE, DE L'ALLEMAGNE ET DE LA BELGIQUE.

M. AD. CHATIN résume en ces termes les dernières recherches sur l'iode qu'il vient de communiquer à l'Académie :

« Dans le but, dit-il, de rendre plus complètes mes recherches sur l'iode, tant au point de vue de la statistique chimique qu'à celui de l'hygiène, j'ai exploré en 1852, le Jura, le Valais, la Lombardie et l'Allemagne.

» Après avoir parcouru l'Italie septentrionale, de Domo-d'Ossola et de Côme à Venise, complétant ainsi, à travers la presqu'île italienne, la ligne que j'avais suivie, l'année précédente, par Aoste, Ivrée, Turin, Alexandrie et Gênes, j'ai visité Trieste, d'où je me suis avancé jusqu'à Hambourg, en passant par Laybach, Graetz, Bruck, Vienne, Brunn, Austerlitz, Prague, Dresde et Berlin. Les points autour desquels ont porté mes études, en rentrant de Hambourg à Paris, sont : Hanovre, Minden, Münster, Dusseldof, Cologne, Aix-la-Chapelle, Bruxelles, Arras et Amiens. On comprend que cet itinéraire m'ait permis de tracer, sur la carte de l'Europe, une de ces grandes lignes de la distribution réciproque de l'iode et du goître qui devront être un jour complétées.

» Mes observations se partagent en deux groupes, suivant qu'elles se rapportent à des faits généraux ou à des faits spéciaux.

» Faits généraux. — A Auxonne et à Dôle, la proportion de l'iode commence a s'abaisser au-dessous de celle observée à Dijon, et quelques cas de goître se montrent. Dans le Jura, les petites vallées groupées de Lons-le-Saulnier à Salins ont des eaux calco-magnésiennes pauvres en iode et un nombre de goîtreux assez considérable; le contraire a lieu sur les plateaux élevés. La proportion de l'iode va en s'abaissant à Genève, à Thonon, à Evian, à Monthey, à Martigny, à Sion, à Brigue, et des différences à peu près correspondantes se montrent dans la population, chez laquelle des crétins s'ajoutent aux goîtreux.

» Pavie, Milan, Bergame, Lodi, Crémone, Mantoue, Brescia, Peschiera, Vérone, Padoue et Vicence ont une atmosphère et un sol plus iodurés que la vallée du Rhône; mais les eaux y sont à peine meilleures, et l'on peut dire que le goître y atteint encore, en moyenne, un cinquième des femmes. Cependant, à en croire les assurances données par beaucoup d'habitants, les goîtreux seraient étrangers à la population propre à chacune de ces villes : les Milanais disent que leurs goîtreux sont des Bergamasques, et Vérone assure que les siens viennent de Milan.

» Inconnu à Venise, le goître se montre assez fréquent à Trieste, qui reçoit les eaux peu iodurées de la montagne. Cette maladie devient très-commune à Laybach, frappe presque toutes les femme de la belle ville de Graetz, qu'on peut regarder comme étant le quartier général des goîtreux de l'Allemagne, diminue à Bruck, à Vienne, où l'on compte cependant encore beaucoup de personnes atteintes, malgré que la ville, située dans la grande plaine sèche et à peine ondulée du Danube, soit admirablement percée. Brunn et Prague ne sont pas mieux partagées que Vienne. Les goîtreux, encore assez communs à Dresde, deviennent plus rares à Berlin et disparaissent à Hambourg; de cette ville à Paris, on n'en trouve presque aucun.

» Presque partout, après avoir fait la part de quelques conditions générales et surtout de l'humidité des lieux, on arrive à ce résultat, qu'il y a correspondance, parallélisme entre l'état d'ioduration de l'air, des eaux, du sol et de ses produits, et le chiffre des individus atteints par le goître.

» Cependant j'ai cru reconnaître qu'à la latitude correspond un ensemble de conditions agissant dans le même sens que l'altitude; de telle sorte qu'à altitude et à ioduration pareilles, il y aurait moins de goîtreux au nord qu'au midi. C'est un point à vérifier par des observations faites, les unes plus au nord, les autres plus au sud que celles auxquelles je me suis livré jusqu'à ce jour.

» Faits spéciaux. — Les faits observés dans ce voyage sont au nombre de trois :

» 1° Saint-Maurice en Valais contraste, par le petit nombre de ses goîtreux, avec Monthey en aval, Martigny en amont et Lavey en face; cependant il est dans la partie la plus encaissée et la plus étroite de la vallée du Rhône. Cet état coïncide avec cette circonstance, que Saint-Maurice boit des eaux de puits, qui se sont chargées d'assez d'iode dans une roche calcaire ferrugineuse.

» 2° Venise ne ressemble en rien, par sa population sèche et nerveuse, aux contrées qui l'entourent; mais Venise, qui respire, au milieu de l'Adriatique, une atmosphère assez iodurée, est heureusement contrainte de s'alimenter d'eaux pluviales, et consomme beaucoup de poisson de mer.

» 3° Le fait le plus remarquable est celui relatif à Fully et à Saillon, communes du Valais, dont j'ai déjà exposé séparément l'histoire (Comptes rend., t. XXXVI, p. 652).

» De l'ensemble de mes observations, dont un grand nombre ont porté sur les eaux minérales, résulte la confirmation de ces faits :

» L'insuffisance de la proportion d'iode qui entre dans le régime des habitants est la cause principale du goître et du crétinisme; il sera quelquefois facile d'approprier aux besoins des populations les eaux minérales iodurées qui, par une circonstance providentielle, jaillissent en grand nombre des contrées où les eaux potables sont le moins chargées d'iode. »

(Commissaires : MM. Thénard, Magendie, Dumas, Élie de Beaumont, Regnault, Bussy.)

— M. Burin du Buisson communique un mémoire intitulé : Du meilleur mode de préparation pour le perchlorure de fer liquide qui s'emploie dans le traitement des varices, des hémorrhagies et des anévrismes, que nous publierons textuellement.

— M. le docteur E. Brown-Séquard lit l'extrait d'un mémoire très-étendu intitulé : Sur les résultats de la section et de la galvanisation du nerf grand sympathique au cou, dont il dépose l'original sur le bureau. (Nous avons publié cet extrait dans notre dernier numéro, page 30.)

— M. Doyère lit un mémoire sur la respiration et la chaleur moyenne dans le choléra. Ce travail très-étendu, et qui fait suite aux recherches que l'auteur a précédemment soumises au jugement de l'Académie, doit être prochainement l'objet d'un rapport.

Séance du 23 janvier.

M. Brown-Sequard présente un mémoire intitulé : Expériences prouvant qu'un simple afflux de sang à la tête peut être suivi d'effets semblables à ceux de la section du nerf grand sympathique, que nous reproduisons textuellement :

« Dans le mémoire, dit l'auteur, que j'ai lu lundi dernier à l'Académie (1), j'ai rapporté tous les phénomènes découverts par moi ou par d'autres physiologistes, après la section ou la galvanisation du nerf grand sympathique au cou, et j'ai annoncé que les résultats alors obtenus ne dépendaient pas de propriétés spéciales à ce nerf. Je viens aujourd'hui faire voir qu'un simple afflux de sang à la tête, occasionné par une cause tout autre que la section de ce nerf, y est suivie des mêmes effets.

» Après la section du nerf grand sympathique, au-dessus du ganglion cervical supérieur, la portion périphérique de ce nerf (ainsi qu'il arrive pour tous les nerfs) perd ses propriétés vitales. Les effets durables qu'on observe après cette opération sont donc les conséquences de la paralysie ou cessation d'action de ce nerf. Cette paralysie existant, il est tout simple que les vaisseaux sanguins que le nerf animait soient paralysés, et conséquemment qu'ils se dilatent. Leur dilatation ouvrant une plus large voie au sang, celui-ci y circule en plus grande abondance, et par suite on observe, dans les parties alors abreuvées de suc nourricier, une augmentation notable de vitalité. C'est par la même raison que, dans les expériences que je vais rapporter, un afflux de sang, dû à une cause purement physique, est suivi des mêmes effets.

» Si l'on prend un animal (surtout un lapin) par les deux membres postérieurs et qu'on le tienne suspendu, la tête en bas, on observe une série de phénomènes presque identiques à ceux qui suivent la section du grand sympathique au cou.

» 1° La pupille se resserre presque autant qu'après la section de ce nerf ou même qu'après l'ablation du ganglion cervical supérieur. Le resserrement s'opère d'abord très-vite, après le commencement de la suspension; et après deux ou trois minutes, il s'augmente très-lentement et atteint son maximum vers la huitième minute. Dans quelques cas, je l'ai trouvé, à ce moment, aussi considérable, sinon plus, qu'après l'ablation du ganglion cervical supérieur chez les lapins. Si cette ablation a été faite avant la suspension, la pupille déjà resserrée se resserre encore davantage lorsqu'on suspend l'animal, et elle arrive à un degré excessif détroitesse. J'ai trouvé qu'après l'arrachement du nerf facial, chez les lapins, la pupille se resserre un peu, et j'ai vu que si, dans cette condition, l'animal est tenu la tête en bas, le resserrement de la pupille devient très-considérable.

» Si l'on fait contracter les vaisseaux de la conjonctive et de l'iris par l'application de la belladone (2), que le grand sympathique soit coupé ou non, la pupille se dilate, mais plus vite cependant dans ce dernier cas que dans l'autre. Si, après que cette dilatation s'est opérée, on tient l'animal suspendu, la tête en bas, dans les deux cas, la pupille ne se resserre pas d'une manière manifeste.

2° Les muscles droit interne, droit inférieur et oblique inférieur se contractent, et le globe oculaire est tiré en dedans et en bas. De plus, par l'action de l'oblique inférieur, il roule autour de son axe médian (du centre de la cornée au centre de la rétine). Quelquefois la troisième paupière fait saillie jusque sur la cornée, par suite de la rétraction du globe oculaire. Les paupières se ferment à demi ou aux trois quarts, ordinairement un peu plus qu'après la section du grand sympathique. Les muscles des lèvres et des narines sont aussi contractés; quelquefois ils sont le siége de tremblements plus ou moins forts.

» 3° Un larmoiement manifeste existe, comme après la section du sympathique.

» 4° Les vaisseaux sanguins (les artères comme les veines) se dilatent notablement.

» 5° La température des narines, de la bouche et surtout des oreilles s'augmente notablement. Dans un cas j'ai vu, après dix minutes de suspension, la température de l'oreille d'un lapin s'élever de 26° 1/2 à 37° centig., l'air ambiant étant à 9° centig. Sur un autre lapin, chez lequel le ganglion cervical supérieur, du côté droit, avait été extirpé, j'avais trouvé, avant de suspendre l'animal, 35° centig. dans l'oreille droite et 27° dans l'oreille gauche; après dix ou douze minutes de suspension, je trouvai 38° dans l'oreille droite et 33° dans l'oreille gauche. Cinq minutes plus tard, cette dernière oreille avait gagné 2° 1/2, l'autre était stationnaire. Dans une autre expérience, sur un lapin très-vigoureux, sur lequel j'avais arraché le nerf facial du côté droit,

(1) Voyez la Gazette médicale, n° 3, p, 30, 1854.

(2) J'ai trouvé que l'atropine, en outre de l'action particulière qu'elle a sur le système nerveux, agit comme un excitant sur les vaisseaux sanguins : elle les fait se contracter par places, irrégulièrement, mais énergiquement. Ainsi, après avoir arraché les poils de l'oreille sur un lapin, si l'on en lave une petite partie avec une dissolution alcoolique d'atropine, on trouve que les vaisseaux, dans quelques points, se contractent et se vident entièrement. Cette contraction dure très-long temps. La contractilité est extrême dans les vaisseaux de l'oreille chez le lapin : on les voit se contracter d'une manière manifeste pour peu qu'on les ait comprimés un peu fortement. Cette expérience réussit très-bien, même sur les grosses veines de l'oreille. Celles-ci sont plus contractiles que les veines de la main chez l'homme, où cependant, ainsi que l'a montré le docteur Gubler, des contractions peuvent être produites par une excitation mécanique.

l'oreille paralysée était à 34° centig., et l'oreille saine à 30° seulement. Après dix minutes de suspension, l'oreille paralysée était à 38° 1/2, et l'oreille saine à 36°. L'air ambiant était à 14° centig., et la température de l'animal, prise dans le rectum, était à 39° 1/2.

» En général, la suspension est suivie, en huit ou dix minutes, d'une augmentation de température aussi grande que celle qui suit l'ablation du ganglion cervical supérieur.

» 6° La sensibilité de la face et des oreilles s'augmente manifestement. Il paraît en être de même de la sensibilité de la rétine et de la sensibilité auditive. Cependant l'état d'émotion de l'animal, pendant la suspension et aussitôt après, ne me permet pas de décider positivement s'il en est ainsi à l'égard de la sensibilité auditive; mais quant à la rétine, il paraît certain qu'elle devient plus sensible, car, si on tue l'animal, on voit que les mouvements de l'iris, consécutifs à l'excitation de cette membrane nerveuse, par une vive lumière, durent plus longtemps qu'à l'ordinaire.

» 7° Si l'on asphyxie deux animaux aussi semblables que possible l'un à l'autre, l'un d'eux ayant été tenu suspendu pendant un quart d'heure, l'autre n'ayant point été suspendu, on trouve que les mouvements volontaires, respiratoires, convulsifs et réflexes cessent plus tard chez le premier que chez le second. Il en est de même quant à la durée des propriétés vitales de l'iris, des muscles et des nerfs moteurs de la tête; mais c'est surtout l'irritabilité musculaire qui dure notablement plus chez l'animal qui a été suspendu. J'ai vu dans un cas cette propriété vitale durer une heure de plus après la mort chez un lapin qui avait été suspendu vingt minutes que chez un autre qui n'avait point été suspendu.

» 8° La rigidité cadavérique se montre plus tard et dure plus longtemps dans les muscles de la tête chez les animaux tués après avoir été suspendus de dix à vingt minutes que chez les animaux tués sans avoir été suspendus. De plus, la putréfaction, comme la rigidité, survient aussi plus tard et paraît être plus lente à s'achever.

» Ces résultats d'un simple afflux de sang à la tête, produit par une cause purement physique, ressemblent tellement à ceux qu'on observe après la section du grand sympathique au cou, que je crois pouvoir conclure que les effets de cette section sur l'iris et sur la température de la tête ne dépendent pas des causes qu'on leur a assignées. Ces effets, de même que les autres (1), paraissent dépendre directement ou indirectement de la quantité de sang qui circule dans la tête. Dans un autre mémoire, je donnerai de nouvelles preuves à l'appui de cette conclusion. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 24 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. BACQUART.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre de l'instruction publique envoie l'ampliation d'un décret en date du 19 de ce mois, par lequel l'empereur a, sur son rapport, approuvé l'élection faite par l'Académie de médecine, dans la séance du 10 courant, de M. Davenne et de M. Milne-Edwards, pour remplir les places d'associés libres vacantes par suite des décès de M. Benjamin Delessert et de M. Gay-Lussac.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL donne lecture de ce décret.

Après la lecture du décret, M. le président invite MM. Davenne et Milne-Edwards à signer la feuille de présence et à prendre place parmi leurs collègues.

MM. DAVENNE et MILNE-EDWARDS adressent quelques paroles de remercîment à l'Académie.

M. le ministre du commerce transmet des rapports : de M. le docteur Pagès, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Alais (Gard), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné depuis le mois de juillet jusqu'au mois de novembre, dans la commune de Barjac;

De M. le docteur Bourgeois, médecin des épidémies pour l'arrondissement d'Étampes, sur une épidémie de dyssenterie qui a régné dans plusieurs communes de la vallée d'Essonne, depuis le mois de juillet jusqu'au mois d'octobre dernier;

De M. Scelles Montdéseri, médecin des épidémies pour la section nord de l'arrondissement de Saint-Lô, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné depuis le commencement du mois d'août jusqu'à la fin du mois de décembre dernier dans la commune de Carantan (Manche);

De M. le docteur Piffart, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Brignolles, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné depuis le mois d'août jusqu'au mois de novembre, dans les communes de Pontaves et d'Artigues, et sur une épidémie de variole qui a sévi depuis le mois de juillet jusqu'au mois d'octobre, dans les communes de Varages et de Sainte-Zacharie;

De M. le docteur Billot, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Poligny, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Foncine-le-Haut (Jura), pendant les mois de septembre, octobre et novembre 1853;

De M. le docteur Boireaux, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Mantes, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné depuis le mois de février 1853 jusqu'au mois d'août suivant, dans les communes de Montreuil, Boinville et Bourdonné. (Comm. des épidémies.)

Le même ministre transmet, avec demande d'avis, un mémoire de M. le docteur Caussé (d'Albi), sur le danger de l'empoisonnement par les allumettes chimiques. (Comm. : M. Chevallier.)

Le même ministre transmet plusieurs lettres relatives à des remèdes secrets.

Le ministre de l'instruction publique adresse un mémoire sur les causes et le traitement du choléra, par M. Billiard, médecin à Corbigny (Nièvre).

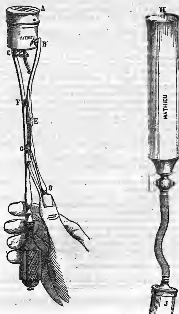
— M. HARREAUX (de Grouville-Saint-Léger) (Eure-et-Loir) adresse une note sur la reproduction des sangsues dans les bassins de Grouville. (Commiss. : MM. Desportes, Chevallier, Adelon, Brichetean, Soubeyran.)

SCARIFICATEUR-VENTOUSE DU MUSEAU DE TANCHE.

M. le docteur ALEX. MAYER adresse un instrument de son invention, qu'il nomme *scarificateur-ventouse du museau de tanche*. A cet envoi est jointe la note suivante :

Les praticiens savent combien sont fréquentes, dans les affections de l'utérus et du col, les indications des déplétions sanguines locales. Je ne veux pas rechercher ici quels sont les cas qui réclament cette médication, à laquelle nulle autre ne saurait être substituée avantageusement; mais ce que je tiens à constater, c'est qu'on a renoncé à en faire usage dans un grand nombre de circonstances où, cependant, son efficacité serait incontestable, à cause de la difficulté de son application. En effet, le seul moyen dont la thérapeutique a disposé jusqu'à ce moment, pour dégorger directement la matrice et le col utérin, ce sont les sangsues. Le premier, je crois avoir préconisé les *scarifications multiples* dans une brochure que j'ai publiée en 1852. Or, il n'est pas facile d'appliquer des sangsues au fond du vagin. C'est une opération toujours longue, pénible et souvent imparfaite, en ce sens qu'il faut se contenter du nombre de celles qui veulent bien prendre, sans égard pour le nombre prescrit. De là il résulte que la quantité de sang tiré est arbitraire et aucunement en rapport avec le besoin actuel. Ce sont ces motifs qui m'ont engagé, depuis plusieurs années, à remplacer les sangsues par les scarifications du museau de tanche, à l'aide d'un instrument très-simple que j'ai imaginé, et dont je me suis servi un très-grand nombre de fois avec un succès qui mérite de fixer l'attention des médecins. J'ai rapporté quelques-unes de mes observations dans le travail dont j'ai parlé plus haut, et j'en ai recueilli depuis lors une longue série d'autres qui ne sont pas moins concluantes.

On conçoit que le principal élément de réussite consiste dans l'exactitude



(1) Il faut probablement en excepter la contraction du muscle oblique inférieur, qui paraît dépendre d'une autre cause.

du diagnostic et la légitimité de l'indication de la saignée locale. Je ne pourrais, sans dépasser les limites de cette note, énumérer seulement, sans même les discuter, toutes les variétés morbides dans lesquelles il est utile de recourir à la médiation dont je m'occupe. Quoi qu'il en soit, je suppose que l'indication ait été reconnue et qu'il n'y ait plus qu'à la remplir.

Voici la description des figures représentant l'instrument dont je me sers, et le procédé opératoire, aussi simple que sûr, pour obtenir exactement la quantité de sang qu'on se propose de tirer.

Je dois dire, au préalable, que l'appareil que j'ai l'honneur de soumettre à l'Académie est beaucoup mieux approprié au but que je voulais atteindre que le premier dont j'ai fait usage, grâce aux perfectionnements que lui a fait subir, sous ma direction, M. Mathieu, auquel la chirurgie doit déjà de si ingénieuses inventions.

Description. — *A*. Couvercle du scarificateur sans parties saillantes, afin de permettre son introduction dans le spéculum.

B. Tige ou palette articulée, s'abaissant par l'appui du pouce sur le levier.

C. Tenon fenêtré, destiné à recevoir le crochet du porte-scarificateur.

D. Levier brisé et à ressort, sur lequel s'appuie le pouce pour faire partir le scarificateur.

E. Point auquel cette tige s'articule avec un prolongement, pour la transmission du mouvement imprimé en *D*.

FG. Charnières sur lesquelles se meut le levier brisé *D*.

H. Ventouse cylindrique en verre, pouvant s'introduire dans le même spéculum que le scarificateur, et dans laquelle on fait le vide au moyen d'une pompe ordinaire, dont l'extrémité est figurée en *J*.

Le scarificateur, qui diffère complètement par son mécanisme de ceux dont on s'est servi jusqu'à ce jour, peut également s'appliquer aux scarifications de la peau. Il en est de même du spéculum et de la pompe, qui peuvent être employés aux usages habituels. De sorte que l'acquisition de mon appareil n'occasionnera au praticien aucun surcroît de dépenses.

Procédé opératoire. — On prend un spéculum plein, dont l'orifice utérin soit assez grand pour laisser passer le scarificateur; on l'applique et l'on a soin de bien embrasser le col. On le fixe de la main gauche, et avec la droite on embrasse le porte-scarificateur. Il va sans dire qu'on a eu le soin d'y adapter préalablement le scarificateur. On porte celui-ci dans la cavité du spéculum, jusqu'au col utérin. On appuie avec un certain degré de force, et l'on presse avec le pouce sur le levier du porte-scarificateur. Le ressort part, et la scarification est produite par les six lamelles que contient l'instrument. On retire aussitôt le scarificateur, en maintenant toujours en place le spéculum qui va servir à l'introduction de la ventouse. Dès que celle-ci est parvenue sur la surface scarifiée, on retire par-dessus le spéculum, et on confie la ventouse à un aide, qui peut être la première personne venue. On visse alors la pompe à la ventouse et on fait le vide, lentement et avec précaution, jusqu'à ce qu'on ait retiré la dose de sang voulue, ce dont on peut juger à travers les parois de verre de la ventouse.

Je puis affirmer que les deux temps de cette opération s'exécutent en quelques secondes et sans aucune douleur pour la malade.

(Renvoyé à une commission dont M. Hervez de Chégoin est rapporteur.)

— M. Bertherand, aide-major, a appris, par les comptes rendus de l'Académie, que M. le docteur Kuhn a adressé une communication sur les avantages de l'administration du sulfate de quinine en injections dans le gros intestin. M. Bertherand rappelle à cette occasion que, dès 1849, dans un mémoire sur le traitement des fièvres intermittentes en Algérie, il a rendu compte d'expériences et de résultats analogues. Il lui est arrivé, étant appelé au début d'un accès, de faire immédiatement ingérer par le rectum une certaine dose de quinine, dans la crainte d'une aggravation de l'état du malade, que certains symptômes donnaient droit de pressentir, et il dit s'en être toujours bien trouvé, modifiant cependant sa manière de faire, d'après son observation, que : 1° donné par la bouche pendant la période de froid, le sel de quinine réussit moins bien que s'il est administré durant l'un des stades suivants; 2° introduit dans le rectum pendant le premier stade, il agit aussi efficacement que possible.

— M. le docteur Giusti (de Beyrouth) adresse une lettre sur la peste et sur les mesures sanitaires récemment mises en œuvre en Orient contre les progrès de cette maladie.

L'auteur paraît penser que ces mesures n'ont eu jusqu'à présent aucun des résultats qu'on en attendait.

— M. Requin, au nom de la commission des onze, appelée à se prononcer sur une déclaration de vacance, propose de déclarer qu'il y a vacance dans la section d'anatomie pathologique.

Cette proposition est mise aux voix et adoptée.

M. le Président, considérant que la section d'anatomie pathologique est en ce moment composée de moins de cinq membres, par suite de l'absence de l'un d'entre eux, propose, aux termes de l'art. 43 du règlement, de procéder dans la prochaine séance à la nomination d'un membre qui devra être momentanément adjoint à cette commission. (Adopté.)

La parole est à M. Piorry pour une lecture.

Traitement de la phthisie par les inspirations de vapeur d'iode dosée à l'aide d'un appareil spécial.

M. Piorry lit sur ce sujet un mémoire étendu dont nous extrayons ce qui suit :

La plupart des moyens employés jusqu'à ces derniers temps contre la phthisie ont été à peu près inutiles. Il n'est peut-être pas un seul des agents médicamenteux qui n'ait été proposé et prôné comme un remède efficace contre la phthisie, puis, bientôt après, oublié et abandonné. Sans remonter bien haut dans l'histoire de la thérapeutique, on verrait que, depuis vingt ans, le chlore, les eaux hydrosulfureuses, le tartrate antimonié de potasse ont été considérés comme des moyens curatifs, et que bientôt l'expérience a dû faire renoncer à leur usage.

En sera-t-il ainsi de l'iode et des préparations iodées? Il y a lieu d'espérer qu'il n'en sera pas de même, et la suite de ce mémoire contiendra des faits qui autorisent à concevoir cette espérance.

Voici dans quelles circonstances j'ai été conduit à employer l'iode et les vapeurs d'iode dans la curation de la phthisie pulmonaire. Comme on avait constaté que l'iodure de potassium, administré à la dose de 1 à 4 grammes par jour, avait une efficacité curative réelle et même prompte, soit dans les tumeurs ganglionnaires dites scrofuleuses, soit dans les ostéites et dans les périostites à marche chronique, en un mot, dans beaucoup d'affections qui se rapportaient plus ou moins aux tubercules, M. Deyne, qui était alors interne dans le service, et moi-même, nous pensâmes que ce médicament présenterait quelque utilité dans les cas de pneumophymie. L'iode fut donc administré dans ces proportions à plusieurs malades. Une amélioration marquée en fut ordinairement la conséquence, quelques phthisiques même guérirent, et si bien que sur quelques-uns de ceux dont il est fait mention dans le Traité de médecine pratique, il en est trois ou quatre qui sont encore dans un très-bon état de santé.

Après les succès obtenus dans l'hydrocèle et dans les foyers tuberculeux des testicules, il était tout naturel de rechercher si l'on ne pouvait pas obtenir des résultats du même genre dans les cavernes pulmonaires; il eût été très-difficile, si ce n'est impossible, et à coup sûr tout à fait téméraire, d'injecter de la teinture d'iode étendue d'une certaine quantité d'eau dans les voies aériennes : dès lors on dut songer aux vapeurs d'iode.

D'abord on se servit de la teinture, puis de l'iode lui-même. M. Chartroule, qui suivait alors le service de la Pitié, me proposa de substituer à la teinture *l'iode pur tout en le dosant*. A partir de ce moment, on employa la vapeur d'iode d'une manière générale, et à cet effet M. Chartroule fit confectionner des cigarettes que les malades devaient fumer, contenant chacune une quantité d'iode déterminée, dont la composition et l'usage rappellent les cigarettes de datura stramonium, et qui avaient l'avantage de permettre aux malades de pratiquer fréquemment les inspirations d'iode.

Dans la pratique des hôpitaux, on a dû rechercher les moyens les plus simples pour faire respirer l'iode. On dépose dans un bocal de la capacité d'un litre, et à très-large ouverture, 1 ou 2 grammes d'iode; il se dégage alors de ce vase des vapeurs iodées dont les proportions varient en raison du degré de chaleur et d'humidité que contient l'atmosphère.

Quand on veut se servir de la teinture d'iode, on en verse aussi de 30 à 100 grammes dans un bocal, et on les chauffe suffisamment pour qu'il se dégage des vapeurs d'alcool et d'iode.

Or c'est cet air contenu dans ces récipients et ainsi chargé de vapeurs iodées, ou à la fois iodées et alcoolisées, que les malades respirent. On ne doit, en général, faire faire d'un coup qu'une seule inspiration, mais elle doit être profonde et semblable à celle qu'exige le soupir. Pratiquée de cette façon, elle irrite peu le conduit aérien. S'il arrivait que plusieurs de ces aspirations fussent faites à la suite les unes des autres, il en résulterait une véritable souffrance du larynx et des bronches, de la toux, et peut-être des accidents en seraient-ils la suite. Du reste, cette inspiration simple doit être pratiquée très-fréquemment, cent, deux cents fois par jour et même davantage.

On cherche à faire en sorte que, même pendant son sommeil, le malade respire de l'iode, et pour cela on place autour de son lit, sur le sol, du côté de la tête, trois ou quatre soucoupes contenant chacune 1 gramme d'iode. A l'hôpital, on attache au barreau de fer du lit, qui supporte le sommier, plusieurs petites fioles qui renferment aussi de l'iode. La vaporisation de celui-ci est prompte, et l'air de l'appartement ou de la salle est tellement chargé du médicament que les rideaux contenant de l'amidon se colorent en bleu, et que le fer des serrures et de l'appartement prend diverses colorations en rapport avec l'action de l'iode.

Si l'on vient à interposer un papier amidonné et humide entre le bocal contenant de l'iode et la bouche qui aspire, à l'instant même le papier bleuit. Si l'on vient à faire passer, au moyen de l'expiration, le même air (qui alors a passé dans les poumons) sur un autre papier amidonné, ce dernier ne se colore en aucune façon. La conséquence directe de ce fait, que j'ai répété un grand nombre de fois, est que l'iode contenu dans les voies respiratoires doit y être absorbé, pendant le séjour de très-peu de durée qu'il fait dans les vésicules pulmonaires.

Sur le plus grand nombre des malades soumis à l'emploi des vapeurs ou de teinture d'iode, on a administré à la Pitié, à la Charité et en ville, de 1 à 3 grammes d'iodure de potassium. Ce moyen avait même été mis en usage quatre ou cinq ans avant que l'on ait eu recours aux aspirations de vapeurs d'iode.

Dans tous les cas où l'étendue et la gravité de la lésion portaient à croire qu'il existait entre la surface pulmonaire et les parois costales, soit des adhérences, soit cette circulation supplémentaire si remarquable et si bien étudiée par M. le docteur Natalis Guillot, ou a eu recours à des frictions sur les points affectés, avec la teinture d'iode étendue de 19 à 39 parties d'eau.

Les pneumophymiques soumis au traitement par l'iode ont aussi été soumis en même temps à quelques autres moyens de traitement :

1° A l'emploi du tartrate antimonié de potasse pris à petites doses (1 centig. par exemple). Ce remède héroïque a été principalement administré quand des liquides muqueux, puriformes ou purulents, se trouvaient contenus dans les bronches et ajoutaient ainsi aux dangers de la phymopneumonie ceux de la présence, dans les voies aériennes, d'obstacles à l'entrée de l'air, obstacles qui pouvaient aussi donner lien à des degrés divers d'asphyxie, ou mieux, d'hypoxémie.

2° A des médicaments variés dits *astringents* et supposés propres à calmer ou à suspendre les évacuations plus ou moins abondantes dont l'intestin était parfois le siége.

Dans ce nombre figurent principalement l'albumine, la thériaque et d'autres préparations opiacées; le phosphate de chaux, le sous-azotate de bismuth, etc.; mais l'administration de ces moyens n'était que momentanée et cessait tout aussitôt que l'enterozhée était dissipée.

3° A du sulfate de quinine à hautes doses, prescrit alors que la rate était volumineuse, simplement hypérémiée, et à faibles doses quand il existait seulement des redoublements fébriles nocturnes, dus à la pénétration dans le sang du pus ou de matière tuberculeuse ramollie.

4° A un régime généralement réparateur; et c'est là un point capital à noter, car il me paraît très-utile d'y avoir recours, et certes, si j'avais à faire choix dans la curation de la pneumophymie, entre l'ensemble des moyens hygiéniques réparateurs et les médicaments autres que l'iode, à coup sûr ce serait aux ressources de l'hygiène que je donnerais la préférence.

5° Très-rarement pour calmer les accidents, a-t-on employé de l'opium, de la belladone ou d'autres narcotiques.

6° Des lochs, des médicaments dits béchiques on pectoraux, n'ont été employés que pour calmer la toux;

7° Les cas qui se sont présentés dans le service n'ont pas paru exiger l'emploi d'exutoires, de moxas, de vésicatoires à demeure, etc., et je n'ai pas vu que ces lésions artificielles et pyogéniques aient été de quelque utilité dans le traitement d'états organopathiques, dont l'un des plus fâcheux accidents est la formation du pus;

8° Dans presque tous les cas observés, les malades sont restés à Paris ou dans les campagnes environnantes. On ne les a pas envoyés résider à Nice ou dans les autres parties de l'Italie, pays où, quoi qu'on en ait dit, les phthisiques venus du nord ne guérissent pas plus vite ni mieux qu'ailleurs.

C'est à l'ensemble des moyens précédents, souvent assez incomplétement employés à l'hôpital, surtout sous le rapport des aliments réparateurs, que, depuis près de deux années 31 phthisiques ont été soumis.

Lors de leur entrée, ils présentaient tous, à des degrés divers, les symptômes généralement attribués à la phthisie pulmonaire, c'est-à-dire de la toux, des crachats puriformes, de la fièvre hectique, de l'amaigrissement; le plus grand nombre d'entre eux était atteint d'évacuations alvines liquides et abondantes, probablement liées à des ulcérations tuberculeuses; le larynx paraissait aussi être frappé de lésions phymiques; des crachements de sang, dus à des pneumorrhémies, avaient aussi eu lieu chez un grand nombre de ces malades.

Tous ces tuberculeux présentaient de la matité à la partie supérieure des poumons, soit en avant, soit au niveau de l'omoplate en arrière. Le plus souvent ces parties donnaient une résistance marquée, une dureté très-appréciable au doigt. Le plus ordinairement aussi il était possible de limiter en avant l'étendue de la matité et la circonscription nette et précise qui la séparait des portions du poumon restées saines on moins malades que le sommet. Il était possible et même facile de distinguer, par les sensations tactiles et auditives, les points où la résistance était très-marquée et ceux où il n'y avait qu'une simple obscurité de son. Sur quelques-uns d'entre eux, un bruit hydraérique se faisait entendre.

Sur tous ces malades, les caractères stéthoscopiques étaient non moins évidents que ceux auxquels donnait lieu le plessimétrisme. La plupart présentaient, au niveau des points où l'on rencontrait la matité et la résistance, une respiration dure, tubaire, une voix retentissant avec plus ou moins de force. De vastes cavernes étaient souvent rendues évidentes par les ronclus très-larges, par la respiration caverneuse, et par la netteté dans l'articulation des sons vocaux.

Tous les malades dont il vient d'être parlé expectoraient des crachats épais, opaques, phyoïdes, arrondis et déchiquetés, et dont l'abondance correspondait au nombre et à l'étendue des désordres que les autres moyens de diagnose permettaient de constater.

Désirant bien apprécier les effets de l'iode, je ne voulus pas m'en rapporter seulement à l'examen des symptômes, ni même à des indications vagues de caractères plessimétriques dans les états pathologiques présentés par ces malades. Des dessins exacts des parties indurées et des signes représentant toutes les modifications de sons indiqués par la plessimétrie, ont été recueillis jour par jour. En jetant les yeux sur ces dessins, on peut voir qu'après quatre, six, quinze, trente jours, six semaines, deux ou trois mois de traitement par l'iode, il y avait presque constamment une diminution de 1, de 2, de 3 centimètres dans l'étendue de la surface où existaient primitivement l'obscurité du son, la matité, la résistance au doigt, etc.; qu'en même temps, les signes stéthoscopiques révélaient fréquemment une amélioration sensible dans l'état des masses indurées : la respiration, par exemple, devenait meilleure où les ronchus étaient moins longs et moins abondants. Et ce n'est pas seulement sur quelques malades et chez ceux qui étaient le moins gravement affectés, qu'il en arrivait ainsi, mais sur la presque totalité : un assez grand nombre de phthisiques avec cavernes ont parus guéris. Voici les résultats définitifs obtenus :

Amélioration marquée dans les caractères anatomiques et dans les symptômes	20 cas
Disparition des caractères anatomiques appréciables et de la plupart des symptômes	7
Morts, avec ou sans amélioration positive	4
Total	34

Il faut noter que l'amélioration dans l'état normal des malades correspondait à une modification avantageuse survenue dans les symptômes fonctionnels, tels que la toux, l'abondance et l'aspect des matières expectorées, les phénomènes dits fièvre hectique, etc. Il est même arrivé que plusieurs femmes qui, sous l'influence du mal, avaient perdu une grande quantité de sang et dont les menstrues n'avaient plus lieu, on vit, après quelques semaines, reparaître ces hémorrhagies physiologiques.

M. Piorry, après quelques considérations sur le mécanisme possible par lequel agit l'iode dans la curation de la phthisie, termine par les propositions suivantes :

De l'ensemble de ce travail, il résulte :

1° Que les aspirations de vapeurs et de teinture d'iode peuvent être utiles dans la curation de la pneumophymie;

2° Que, dans un grand nombre de cas, elles sont suivies d'une diminution dans l'étendue des parties indurées qui entourent les tubercules, et d'une amélioration dans les symptômes généraux;

3° Qu'il n'est pas probable que les phymies elles-mêmes disparaissent sous l'influence de l'iode aspiré;

4° Que les aspirations de vapeurs de teinture d'iode peuvent contribuer à la curation des cavernes pulmonaires dues à des tubercules ramollis;

5° Que, dans les cas de ramollissement de la matière tuberculeuse dans les poumons, il peut arriver que la caverne qui en résulte se cicatrise spontanément;

6° Que la compression thoracique, dirigée par une diagnose plessimétrique et stéthoscopique très-sévère, peut contribuer à la curation du mal local, et, par suite, des accidents de pyémie;

7° Que l'iodure de potassium à l'intérieur, les frictions avec la teinture d'ode étendue de 19/20ᵉˢ d'eau, et faites sur les parties du poumon malades et adhérentes, peuvent avoir aussi beaucoup d'utilité.

Permettez-moi, enfin, pour terminer ce travail, de vous faire observer que si quelques conséquences utiles à la thérapeutique sont ressorties des faits précédents, c'est au progrès et à la certitude de la diagnose que la science et l'humanité en seront redevables.

M. Londe approuve l'excellente voie d'expérimentation dans laquelle est entré M. Piorry, mais tout en le louant des heureux résultats constatés dans ce mémoire, il pense qu'il ne faudrait pas laisser croire que le moyen préconisé par M. Piorry soit le seul qui puisse produire de bons effets. Il est d'autres moyens qui ont donné aussi des succès très-réels. Il a obtenu lui-même un résultat des plus avantageux par l'emploi de l'inhalation de vapeurs d'arséniate de soude chez un phthisique dont l'état avait été préalablement bien constaté, et qui était malade depuis très-longtemps déjà. Sans doute ce malade n'est pas radicalement guéri, mais il est dans un état d'amélioration des plus satisfaisants, il a engraissé, repris des forces, éprouve un bien-être qu'il n'avait pas senti depuis longtemps, en un mot, il se porte bien, sauf la persistance des tubercules.

M. Piorry n'a nullement eu l'intention d'être exclusif en préconisant les vapeurs d'iode; il ne méconnaît point l'action également favorable d'autres agents, mais il a cru utile d'ajouter un moyen de plus et dont il a pu personnellement vérifier les bons effets aux moyens déjà connus. Le sulfate de quinine n'est pas le seul moyen qui guérisse les engorgements de la rate, on les guérit également bien avec le sel marin, ainsi qu'il l'a constaté lui-même. On peut donc obtenir le même résultat par des moyens différents.

M. Moreau regrette que M. Piorry ait cru devoir se servir d'un langage tout autre que le langage scientifique ordinaire; il résulte des mots de *phymie*, de *pneumophymie*, *phymopneumonie*, etc., qu'il emploie alternativement avec les mots *tubercule*, *phthisie*, *pneumonie tuberculeuse*, etc., une regrettable confusion dans l'esprit de l'auditeur. Pourquoi surcharger ainsi le langage de nouveaux néologismes, lorsqu'il y a des mots consacrés pour désigner chaque fait?

M. Piorry : Lorsqu'on a publié un ouvrage en huit volumes qui est devenu classique, on a le droit de se servir de la nomenclature sur laquelle est fondé cet ouvrage. M. Moreau, d'ailleurs, ne peut ignorer que le mot *phymie* dont je me suis servi a été employé par Hippocrate. Il serait bien malheureux que, dans une assemblée comme l'Académie, on ne fût pas compris lorsqu'on emploie des mots qui ont leur racine dans la langue grecque.

M. Robinet : Il est question, dans le mémoire de M. Piorry, de quatre cas terminés d'une manière funeste. M. Piorry a-t-il saisi cette occasion pour vérifier l'exactitude des dessins qu'il pratique sur les malades pour en délimiter les organes?

Autre question : Puisqu'il est mort quatre sujets de ceux qui ont été traités par le moyen en question, M. Piorry doit avoir constaté s'il y avait chez ces sujets un commencement de travail de cicatrisation indiquant l'influence du médicament.

M. Bricheteau : M. Piorry dit, en parlant de divers moyens employés dans le traitement de la phthisie pulmonaire, et en particulier du tartre stibié, que

ces moyens ont été abandonnés comme infidèles et insignifiants. M. Piorry aurait pu faire une exception, dans cette sorte de proscription, en faveur du tartre stibié qui, administré dans certaines circonstances, m'a paru donner de très-bons résultats, ainsi que je l'ai consigné dans l'ouvrage que j'ai publié récemment sur les maladies de la poitrine. Le tartre stibié est un très-bon médicament qui peut rendre de grands services dans le traitement de la phthisie pulmonaire ; il est donc au moins inexact de dire qu'il a été abandonné. La phthisie est une maladie encore mal connue, surtout dans son développement, tout porte à croire que c'est une maladie très-générale et contre laquelle il n'y a pas un seul traitement, mais un grand nombre de moyens qu'on peut employer avec avantage. M. Piorry devrait en conséquence modifier le passage de son mémoire où se trouve cette appréciation.

M. Piorry s'excuse de n'avoir pas cité l'excellent ouvrage de M. Bricheteau. Quant au tartre stibié, il n'a pas dit précisément qu'il eût été abandonné, il a rappelé l'usage qu'en avait fait Lanthois, et le jugement que cet auteur en a porté dans son ouvrage. Il répète d'ailleurs qu'il n'a pas proposé de substituer l'usage des vapeurs d'iode à tous les autres moyens comme étant le meilleur, mais qu'il a voulu seulement établir l'efficacité de ce moyen, sans en exclure aucun autre.

Quant aux questions de M. Robinet, M. Piorry n'a à répondre qu'une chose, c'est que les occupations d'un chef de service ne lui permettent pas toujours de procéder lui-même aux autopsies, et que la vérification qu'il demande a été faite si souvent d'ailleurs qu'il n'est plus besoin de nouvelles épreuves. C'est là un point sur lequel il est suffisamment fixé.

M. Caventou, au sujet de l'observation faite par M. Londe, relativement à l'emploi de vapeurs d'arséniate de soude en fumigations, déclare ne pas trop comprendre comment ces fumigations ont été faites avec un corps qui n'est pas volatilisable. Il faut qu'on lui ait fait subir une opération qui l'aura décomposé, et alors ce n'est plus de la vapeur d'arséniate de soude qui est respirée, mais de la vapeur d'acide arsénieux. Il est bon qu'on soit prévenu de cette circonstance quand on a recours à ce mode d'administration des sels arsenicaux.

M. Chatin : Suivant une théorie en faveur auprès de quelques médecins allemands, il y aurait antagonisme entre le goître et la phthisie pulmonaire. Il est connu que l'iode est en quelque sorte le remède spécifique du goître, il résulterait donc de là que le remède qui guérit le goître guérirait aussi la phthisie qui est en antagonisme avec lui ; cela pourrait paraître douteux. C'est peut-être une objection qu'on pourrait faire à M. Piorry. D'un autre côté, il existe des faits d'une autre nature dont M. Piorry pourra au contraire tirer parti en faveur de sa thèse. Suivant un médecin italien, la phthisie serait très-fréquemment une des terminaisons du goître.

SUR LE DIAGNOSTIC ET LA VALEUR DU BRUIT DE SOUFFLE OMBILICAL.

M. Devilliers lit un travail intitulé : Recherches sur le diagnostic et la valeur du bruit de souffle ombilical.

Des faits et réflexions contenus dans ce mémoire, l'auteur croit devoir conclure que :

1° Le bruit de souffle ombilical se laisse distinguer des autres bruits que l'on perçoit pendant le travail de l'accouchement, et surtout de ceux qui sont propres au cœur du fœtus par certains caractères particuliers ;

2° Sa situation est aussi variable que celle des circonvolutions du cordon, et par conséquent ne suit pas aussi exactement qu'on l'a pensé le mode de présentation du fœtus ; elle indiquerait mieux à la rigueur sa position ;

3° Le bruit de souffle ombilical résulte de la compression du cordon que favorisent certaines dispositions soit de ce cordon lui-même, soit des parties fœtales, soit des parois utérines et abdominales ;

4° Toutes les fois qu'on l'entend, on doit soupçonner ou l'interposition du cordon entre les parois utérines et les parties fœtales, ou l'existence de ses circonvolutions autour de celles-ci, et par conséquent, dans quelques cas, celle d'une brièveté accidentelle du cordon, et se tenir en garde contre les conséquences possibles de ces accidents ;

5° Cependant si le souffle ombilical accompagne quelquefois les circonvolutions du cordon, plus fréquemment encore celles-ci existent sans qu'il se produise ou sans qu'il se trouve dans des conditions permettant de le discerner ;

6° On peut au contraire, dans certains cas, se rendre compte de la présence du bruit de souffle ombilical, bien qu'au moment de la naissance il y ait absence de circonvolutions du cordon, ces dernières étant, ainsi que l'observation le démontre, susceptibles de se déplacer ou de se dérouler pendant les diverses phases du travail ;

7° Quelque rare que paraisse être le bruit de souffle ombilical, il conserve donc en pratique une valeur très-importante.

(Commissaires : MM. Depaul, Danyau.)

La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

Séance du 29 octobre. — Présidence de M. Vleminckx.

La séance est ouverte par l'installation du nouveau bureau.

MM. les pharmaciens de Bruges transmettent à l'Académie une requête de leurs collègues des villes d'Ypres et de Poperinghe, relative à une des dispositions de l'avant-projet de loi sur l'art de guérir.

M. le docteur Van Berchem adresse une brochure ayant pour objet d'appuyer la requête des médecins de campagne réunis à Gand pour l'examen des questions que soulève la révision de la législation sur l'exercice de l'art de guérir.

Ces deux pièces sont renvoyées à l'examen de la commission de législation médicale.

— M. le docteur Hannon exprime le désir d'obtenir le titre de membre correspondant.

— M. le docteur Willems (de Hasselt) transmet la nouvelle brochure qu'il vient de publier sur l'inoculation de la pleuropneumonie bovine.

— La Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles envoie un exemplaire du mémoire de M. le docteur Bernard sur le forceps assemblé.

ESSAI DE MÉDECINE ÉTIOLOGIQUE.

M. Fallot lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur J. Fineschi (de Sienne), intitulé : Essai de médecine étiologique, aphorisme.

Le travail de M. le docteur Fineschi repose tout entier sur l'admission d'une entité, fluide vital, fluide nerveux, ou électrique naturel, qui est le centre des rapports extérieurs et intérieurs du corps animal, et dont l'auteur fixe le siége et détermine les fonctions.

Ce travail se réduisant à des allégations qui, par leur nature, ne sont susceptibles d'aucune vérification positive, ni par la même d'aucune application pratique, M. le rapporteur croit, en conséquence, devoir s'abstenir de tout jugement définitif, et propose pour conclusions d'adresser des remercîments à l'auteur et de déposer son travail aux archives. (Adopté.)

SUR LES DENTS ŒILLÈRES. — DE L'EMPLOI DE L'IODURE DE POTASSIUM DANS LES MALADIES SATURNINES.

M. Harrion lit un rapport sur deux mémoires de M. le docteur Decaisne, l'un sur les dents œillères, l'autre sur l'emploi de l'iodure de potassium dans les maladies saturnines accompagnées de rétraction des doigts.

Le but du premier de ces travaux est de faire ressortir les rapports pathologiques des dents canines et des petites molaires supérieures avec l'appareil visuel.

Les maladies du système dentaire peuvent réagir sur l'appareil de la vision de deux manières, par continuité de tissu et par l'intermédiaire du système nerveux ; les maladies qui en résultent pour l'œil sont matérielles dans le premier cas, dynamiques dans le second.

Les lésions de l'appareil dentaire qui se développent à la suite de l'extraction des dents et qui s'étendent successivement et par voie de continuité, de l'alvéole au périoste, au tissu cellulaire de l'orbite, à l'œil lui-même, n'ont rien qui doive étonner, et aucun praticien n'a pu mettre en doute, ainsi que semble l'insinuer M. Decaisne, la possibilité de semblables complications.

Au contraire, les lésions dynamiques, les troubles fonctionnels de l'organe de la vue qui surviennent parfois à l'occasion de quelque affection de l'appareil dentaire, présentent le plus vif intérêt et soulèvent des questions de la plus haute importance sous les rapports physiologiques et pathologiques.

Le travail de M. le docteur Decaisne renferme cinq observations ; quatre sont relatives à des altérations matérielles de l'orbite ou de l'œil survenues à la suite de l'extraction de dents ; la cinquième a rapport à une lésion traumatique de l'orbite qui fut suivie de mort.

Dans la première observation, il s'agit d'un jeune homme de 23 ans, qui se fit extraire, le 22 juin 1851, la première molaire supérieure du côté droit. Immédiatement après l'opération, la joue se gonfla ; le lendemain le gonflement avait atteint la paupière ; ces symptômes allant en s'aggravant, le malade entra à l'hôpital le 1er juillet, dans l'état suivant : la figure offre un fort gonflement, les paupières sont œdématiées ; l'œil est fortement poussé en avant, saillant, tendu, dur, et un chémosis séreux très-considérable empêche absolument de distinguer la cornée. Il y a en même temps une vive réaction. Un traitement énergique (une forte saignée générale et plusieurs applications successives de sangsues aux tempes et à la paupière inférieure ; purgatifs réitérés, frictions locales d'onguent mercuriel belladoné) parvint à conjurer les accidents qui menaçaient l'existence de l'œil.

Le 6, une collection purulente, formée à la partie inférieure de l'orbite, est ouverte et donne issue à une grande quantité d'un pus jaune, louable, de bonne nature. A dater de ce moment les symptômes vont rapidement en décroissant ; vers la fin du mois d'août, le malade sort de l'hôpital parfaitement rétabli.

La deuxième observation est relative à un jeune garçon de 14 ans, qui, au commencement du mois de novembre 1850, se fit extirper la seconde molaire droite de la mâchoire supérieure. Le lendemain, la joue est très-gonflée, le malade ressent une assez forte douleur à la tempe et derrière l'oreille du même côté, et on voit de plus l'œil droit proéminent.

Le 2 juillet suivant, ce jeune malade se trouvait dans l'état suivant : la tête est penchée à droite, la joue de ce côté est encore un peu gonflée, la paupière inférieure est tiraillée en bas et en dehors, il dit éprouver de la douleur de ce côté de la tête chaque fois qu'il se baisse. L'œil est intact, la vue assez bonne, mais le malade assure qu'elle n'est pas aussi forte que du côté gauche, et qu'elle n'est plus aussi bonne qu'avant l'extirpation de sa dent.

Dans la troisième observation, un jeune homme se fait arracher la dernière molaire inférieure droite le 13 janvier 1851 ; à la suite de cette opération,

qui donne lieu à une hémorrhagie abondante, il survient un léger gonflement de tout ce côté de la face accompagné d'une vive sensibilité.

Le lendemain, ces symptômes augmentent, des douleurs se manifestent au fond de la cavité orbitaire, et la conjonctive s'enflamme. Une application de douze sangsues derrière l'oreille, un collyre astringent, un purgatif et la diète combattent ces accidents en quelques jours.

Dans la quatrième observation, il s'agit d'une cataracte capsulo-lenticulaire qui serait survenue à l'œil droit à la suite de l'extraction de la deuxième grosse molaire de la mâchoire supérieure du même côté. Un jeune homme de 22 ans ne voit plus de l'œil droit, et c'est à la suite de l'extraction de la seconde grosse molaire de ce côté qu'il a vu se former un abcès à la joue de ce côté. Cet abcès a laissé deux cicatrices adhérentes à l'os de la pommette, et l'œil offre en ce moment une cataracte capsulo-lenticulaire très-bien formée, qui, au dire du malade, s'est déclarée à la suite de l'extraction de la dent, et pendant la durée de l'abcès molaire, qui est resté quatre mois avant de guérir complétement. La contraction de l'iris se fait régulièrement, et pas la moindre injection ou autre altération n'a atteint cet œil, qui n'a jamais été malade qu'au moment de l'extraction de la dent. Aucune lésion n'existe à l'œil gauche et personne de la famille de ce jeune homme n'a été affecté de maladies oculaires.

L'auteur termine son travail par une cinquième et dernière observation qui se rattache à son sujet par la maladie oculaire dont le malade a été atteint, et qu'il croit intéressante par la mort qui en a été la conséquence. Il s'agit d'un soldat qui fut frappé à la partie inférieure de l'angle interne de l'œil droit par une baguette de fusil. Cet accident, arrivé le 31 mai 1847, donna lieu d'abord à l'ecchymose de l'œil et à une petite plaie répondant au point qui a été frappé; le blessé ne se plaignait pas d'ailleurs et se rendit à pied à l'hôpital. Quarante-huit heures après, il expirait au milieu des symptômes d'une violente inflammation du cerveau.

A l'autopsie, on trouva que la baguette avait traversé le tissu cellulaire de l'orbite, fracturé le plancher supérieur de cette cavité, perforé les membranes et labouré la substance cérébrale jusqu'au ventricule latéral.

—Dans son second mémoire, M. Decaisne, après avoir rappelé l'importance de la découverte de MM. Melsens et Natalis Guillot, sur la possibilité d'éliminer de l'économie, à l'aide de l'iodure de potassium, le mercure et le plomb qui s'y trouvent introduits, dit qu'il a eu de nombreuses occasions de faire avec le plus grand succès l'application de ce traitement aux maladies saturnines. Il cite le fait suivant :

Le nommé B....., âgé de 59 ans, employé depuis plusieurs années à une fabrique de céruse, fut atteint d'un tremblement aux bras qui s'étendit aux jambes et bientôt à tout le corps. En même temps les doigts étaient si fortement rétractés sur la paume de la main, que le malade, dans l'impossibilité de s'en servir, fut obligé de quitter la fabrique.

Après plusieurs traitements infructueux suivis pendant plus de trois mois, il s'adressa, au commencement de mai 1851, à M. Decaisne, qui lui prescrivit un purgatif et le mit ensuite à l'usage de l'iodure de potassium à faible dose d'abord (une cuillerée tous les soirs d'une potion composée d'un gros d'iodure de potassium dans 4 onces d'eau), qu'il augmenta progressivement de manière à arriver à la fin du traitement à t gros et demi et même plus par jour.

A la fin de juillet, B..... pouvait faire un complet usage de ses mains; ses mouvements étaient parfaitement libres, et on ne remarquait plus chez lui le moindre tremblement. M. Decaisne eut l'occasion de le revoir à plusieurs reprises et de constater la confirmation de sa guérison.

La commission propose :

1° D'adresser des remercîments à l'auteur;

2° De déposer honorablement son travail dans les archives de la compagnie.

M. Decaisne déclare qu'en adressant à l'Académie ses observations sur les dents œillères, son but a été d'appeler l'attention sur des faits qui tendent à démontrer que d'autres nerfs que le nerf optique exercent une influence sur l'acte de la vision. L'appareil nerveux visuel ne se compose pas seulement, en effet, de la rétine, du nerf optique et d'une certaine portion du cerveau, mais d'autres nerfs encore, le grand sympathique, les nerfs de la troisième paire, ceux de la cinquième surtout. On doit donc, à son avis, tenir compte des observations qui prouvent que la cécité immédiate, ou des accidents fâcheux surviennent parfois à la suite d'une lésion des nerfs sourciliers, frontaux ou sous-orbitaires. Il en est de même pour la troisième paire dont la paralysie peut être consécutive à celle de la cinquième, qui exerce une influence si remarquable sur l'organe de la vision. Les faits pathologiques rappelés dans ce travail établissent que l'amaurose survient à la suite de lésions de nerfs distincts du nerf optique lui-même.

M. Fossion : L'amaurose peut naître d'autres causes que d'une lésion du nerf optique ou de la rétine; cela est incontestable. Mais induire de ce fait qu'il y aurait d'autres nerfs que le nerf optique qui présideraient à la vision, ce serait une erreur en contradiction avec toutes les lois de la science. Il n'y a rien de mieux établi aujourd'hui que la spécificité des sensations. Il est certain que le nerf optique est le nerf spécial de la vision; aucun autre que lui ne peut présider à cette fonction. L'amaurose peut certainement dépendre d'une lésion du nerf de la cinquième paire, parce que la branche de ce nerf préside à la nutrition et à la sécrétion de l'œil. Il est certain que si une plaie est faite au nerf susorbitaire, cette plaie peut déterminer une irritation dans la branche de la cinquième paire, et cette irritation amener dans le ganglion ophthalmique des modifications. Mais on ne peut induire de ce fait que le nerf optique ne préside pas exclusivement à la vision; seulement ici la maladie qui porte obstacle à cette fonction est le résultat de la lésion d'un nerf qui préside à la sécrétion de l'œil ou de la lésion d'un autre nerf.

M. Hairion : La question n'est pas de savoir si le nerf optique préside ou non à la vision. M. Decaisne n'a point mis ce point en doute. La question est de savoir quelle est l'influence de la cinquième paire sur les fonctions visuelles et particulièrement sur le développement de l'amaurose. Or M. Hairion nie qu'il y ait un seul fait dans la science qui prouve positivement que le nerf de la cinquième paire ait une influence directe sur la rétine. A la suite des lésions du nerf frontal, on a il est vrai observé des altérations de la vue, des amauroses; mais ces lésions avaient été produites par des causes susceptibles d'ébranler la rétine, d'en déterminer la commotion ou la paralysie, ou même de produire la commotion cérébrale et par suite la perte de la vue. D'un autre côté, si des altérations pathologiques de ce même nerf ou sa section dans l'intérieur du crâne ont donné lieu à la perte de la vue, c'est, ainsi que l'a dit M. Fossion, par suite d'altérations matérielles survenues dans les humeurs et les tissus de l'œil, et non par le fait de l'interruption d'une influence directe de ce nerf sur la rétine.

M. Decaisne est donc allé trop loin en considérant comme un fait démontré l'influence directe du nerf de la cinquième paire dans la production de l'amaurose. Mais lorsqu'il considère les lésions du nerf de la troisième paire comme pouvant donner lieu à l'amaurose, il commet évidemment une erreur. En effet ce nerf, exclusivement moteur, se distribue au muscle releveur de la paupière supérieure, aux muscles droits interne, supérieur, inférieur et petit oblique, ainsi qu'au muscle constricteur de la pupille, et sa paralysie amène du côté correspondant le prolapsus de la paupière supérieure, la déviation de l'œil en dehors, l'abolition des mouvements alternatifs de rotation du globe oculaire autour de son axe antéro-postérieur, la dilatation de la pupille, et, par suite, un trouble de la vue de ce côté, etc.; mais ces troubles de la vue ne constituent nullement l'amaurose.

M. Lombard : Rien de plus commun que les lésions du nerf de la cinquième paire. La névralgie faciale se rencontre tous les jours. Il semble donc que ces lésions ont peu d'effet sur la rétine et sur l'appareil visuel. On a cité un fait, mais il peut s'expliquer autrement qu'on ne l'a fait. M. Decaisne a pensé que, parce qu'un coup avait été reçu sur l'arcade orbitaire, il s'en était suivi immédiatement une amaurose. Les explications de M. Fossion ne s'appliquent pas au fait cité : ce n'est pas longtemps après, c'est immédiatement que l'amaurose s'est déclarée. Mais un coup reçu sur l'orbite peut agir sur le nerf sus-orbitaire. Ne peut-il aussi y avoir, par suite de ce coup, un épanchement, un dérangement du nerf optique ou de la rétine?

M. Decaisne : Ce n'est pas par suite d'épanchement que l'amaurose s'est produite, puisqu'elle s'est manifestée immédiatement.

M. Hairion : On vient de voir que la cécité qui accompagne certaines altérations pathologiques du nerf de la troisième paire, ou la section de ce nerf dans l'intérieur du crâne, est la conséquence des troubles matériels qui surviennent dans les humeurs et les tissus de l'œil et n'ont rien de commun avec l'amaurose. On a vu également que la perte immédiate de la vue, qui s'observe quelquefois à la suite des lésions traumatiques des filets périphériques de la branche ophthalmique, s'expliquait par la commotion cérébrale ou rétinienne, ou par l'une ou l'autre à la fois. Mais les annales de la science possèdent des faits relatifs à certains troubles de la vue qui ne peuvent s'expliquer de cette manière. Ainsi on a vu des tumeurs siégeant au sourcil, au cuir chevelu, sur le trajet de quelques filets de la branche frontale de ce nerf, donner lieu à des troubles de la vue, et ces troubles se dissiper plus ou moins immédiatement après l'extirpation de ces tumeurs. On a vu aussi les lésions de ces mêmes filets nerveux être accompagnées d'altérations graves dans la nutrition de l'œil correspondant. Voici l'explication qu'on peut donner de ces faits.

On sait que le ganglion semi-lunaire reçoit un filet nerveux du ganglion cervical supérieur du grand sympathique; que l'irritation de ce filet produit la dilatation de la pupille, tandis que sa section amène le rétrécissement de cette ouverture et des altérations de nutrition dans l'œil correspondant; il est reconnu, d'un autre côté, que les ganglions jouissent d'un pouvoir réflexe comparable à celui de l'axe cérébro-spinal. Ceci étant admis, ne peut-on pas dire que l'irritation des filets périphériques de la branche ophthalmique de la cinquième paire, étant transmise au ganglion semi-lunaire, réagit par son intermédiaire sur le filet du grand sympathique, et produit, tantôt des troubles dans la nutrition de l'œil, tantôt la dilatation de la pupille, suivant que le mouvement réflexe s'opère sur les fibres grises ou sur les fibres motrices de ce filet nerveux?

M. Lombard demande s'il y a des moyens certains de diagnostiquer ces commotions, ces congestions de la rétine dont on parle. Pour lui, il s'avoue incapable de faire un pareil diagnostic; il désirerait savoir de M. Hairion comment il a constaté ces lésions.

M. Lebeau craint que la discussion ne roule sur un malentendu. L'observation de M. Decaisne lui paraît parfaitement exacte. Il s'agit simplement du sens du mot *amaurose*; il y a altération non de l'organe qui voit, mais de l'instrument qui sert à voir. Cette distinction est très-importante, car on voit où cela conduit. S'agit-il d'un coup si fort qu'il y a amaurose immédiate, le médecin dira : Il y a autre chose qu'une lésion extérieure; il y a une altération plus profonde soit du nerf sous-orbitaire, soit de l'organe visuel. Dans ce cas, le médecin prescrira une médication plus active, tandis que si l'on admet que la lésion amène l'amaurose, on sera moins porté à agir. En y réfléchissant, M. Decaisne se convaincra que, pour qu'il y ait amaurose, il faut que le nerf optique ait été impressionné. Cela bien entendu, les observations des divers membres auront leur valeur.

M. Hairion répond à M. Lombard que l'ébranlement communiqué à une partie quelconque du système nerveux se traduit par les effets propres à chacune de ces parties, ou par la paralysie de celle-ci, suivant le degré d'ébranlement qu'elles ont subi, effets qui, dans aucun cas, ne s'accompagnent de lésion matérielle. La commotion de la rétine se reconnaît à des signes analogues à ceux qui font reconnaître à tout médecin une commotion cérébrale.

M. Lombard propose de modifier les conclusions du rapport en ordonnant la publication du travail de M. Decaisne au Bulletin.

La première partie des conclusions du rapport est adoptée.

La proposition de M. Lombard est adoptée. En conséquence, l'Académie ordonne l'insertion de la communication de M. Decaisne au Bulletin.

Cas remarquable d'helminthiase.

M. Van Coetsem lit une note relative à un cas remarquable d'helminthiase, recueilli à la clinique interne de l'hôpital civil de Gand. Il est question d'une femme de 35 ans en proie depuis dix ans à tous les accidents que produit habituellement la présence du ténia, dont de nombreux fragments avaient été rendus à divers intervalles depuis cette époque et qui avait en même temps des ascarides lombricoïdes. Après un traitement consistant dans l'emploi d'un infuso-décocté de fleurs de kousso additionné de sirop d'écorce d'orange et de purgatifs huileux, et plus tard de la tisane de spigelia anthelmintica, puis du protoxyde de mercure, traitement qui a duré près d'un mois, cette malade a complétement guéri.

Ce fait offre, dit M. Van Coetsem, un grand intérêt sous le double rapport de la science nosographique et de la thérapeutique. Après avoir établi par de nombreux exemples qu'en général l'association du ténia et de l'ascaride lombricoïde est un phénomène peu commun, ou, en d'autres termes, qu'il est rare de voir vivre ensemble des helminthes de genres et d'espèces si différents, l'un indépendamment de l'autre, s'y développer et s'y propager, chacun dans les limites des lois d'organogénésie connues, et qu'il n'existe aucun symptôme propre à révéler au praticien cette coexistence, M. Van Coetsem signale l'observation qu'il vient de rapporter comme digne de l'attention des médecins, en ce qu'elle tend à résoudre un problème qui présente deux éléments thérapeutiques distincts, intimement liés à la présence de deux cérastoïdes de genres et d'espèces différents et qui, néanmoins, se sont trouvés ensemble, dans le même intestin, chez le même malade. Il résulte, en outre, de la relation de ce fait clinique, que la fleur de kousso est sans valeur thérapeutique contre l'ascaride lombricoïde, car pour détruire ce dernier entozoaire, il a fallu recourir à la tisane de spigelia anthelmintica et ensuite au protoxyde de mercure donné à une dose élevée.

Ce fait tendrait donc à prouver que les maladies vermineuses en général ne cèdent pas aux vermifuges appliqués indistinctement, et que le médecin doit savoir faire un choix de celle de ces substances thérapeutiques que l'observation lui indique comme la plus efficace contre l'espèce d'helminthe reconnu par ses caractères zoologiques différentiels; ce qui est un motif de plus pour s'attacher à l'étude du diagnostic de l'helminthiase moins avancée que celle de la thérapie.

M. François prend la parole pour combattre certaines opinions émises par M. Van Coetsem, notamment en ce qui concerne la rareté de la coexistence du ténia et des ascarides lombricoïdes dans le tube digestif, rareté que M. François conteste et dont il trouverait d'ailleurs la raison dans d'autres conditions que celle d'une sorte d'antagonisme entre ces deux espèces d'helminthes; et il expose à l'égard du développement du ténia une théorie qui consiste à dire que ce parasite fait partie de ce qu'on nomme aujourd'hui les générations alternantes; qu'avant de devenir ténia tel que le connaissent les médecins, il doit subir une série de métamorphoses; que les œufs dont le ténia regorge ne peuvent éclore et se développer en cet état, comme œufs, dans le tube digestif de l'homme, sans avoir préalablement passé dans un antre animal, particulièrement le porc, chez qui l'éclosion et la première métamorphose s'opèrent surtout; qu'enfin le ténia n'est pas un être isolé, complet, mais un être composé, une longue série d'individualités particulières, dont la première, ce qu'on désigne pour être ordinairement la tête, diffère totalement des segments qui les suivent.

- M. François résume son argumentation en disant que la coexistence des lombrics et du ténia dans le canal digestif de l'homme est chose assez fréquente, mais qui n'attire généralement pas l'attention.

M. Lombard, depuis près de quarante ans, n'a jamais administré de vermifuge; on peut s'en passer parfaitement, suivant lui. Le ténia, comme maladie, est un rêve, et la malade traitée par M. Van Coetsem n'était pas malade, à moins qu'on ne veuille la considérer comme atteinte d'helminthomanie. Il a vu beaucoup de cas semblables, et il s'est convaincu qu'il n'y a pas un seul des symptômes attribués à la présence des vers qui ne soit imaginaire. Il est arrivé à penser, comme Brown, qu'on a des vers parce qu'on est malade, et non qu'on est malade parce qu'on a des vers.

M. Mareska trouve l'opinion de M. Lombard beaucoup trop exclusive. Il a rencontré des malades qui, quoique affectés du ver solitaire, n'éprouvaient, en effet, aucun dérangement de fonctions; mais par contre il en a vu qui, après avoir couru après les médecins, pendant des années, pour des maux réels dont ils ignoraient la cause, ont été guéris dès que l'existence du ténia a été reconnue et qu'il a été éliminé. Il pense donc que le ténia peut exister sans faire éprouver des symptômes fonctionnels prononcés, mais que, dans beaucoup de cas, il produit des maux bien réels.

En ce qui concerne la première proposition qui ressort du travail de M. Van Coetsem, savoir l'existence simultanée du ver solitaire et des vers lombricoïdes et la rareté de cette coexistence, M. Mareska pense qu'on doit admettre, avec M. François, qu'il n'y a pas de raisons connues pour considérer comme incompatible la coexistence de ces deux espèces de parasites.

Quant à l'efficacité du kousso contre le ténia, elle ne lui paraît pas douteuse, il n'a également fait usage de ce remède et avec un plein succès dès la première dose.

M. Van Coetsem maintient l'opinion soutenue dans son mémoire et appuyée d'ailleurs par des faits, que les fleurs de kousso tuent le ver solitaire, et que lorsqu'on laisse subsister ces vers chez des malades tels que ceux qu'il a traités, sans employer aucun moyen thérapeutique pour les tuer et les faire évacuer, les malades devront nécessairement périr.

M. François émet sur ce sujet de nouvelles considérations, desquelles il conclut, comme M. Lombard, qu'on peut se dispenser d'administrer des remèdes aux personnes atteintes de ténia. Mais il n'en est pas de même à l'égard des ascarides lombricoïdes; il pense, d'après les faits qu'il a vus, qu'il y aurait danger à ne les point expulser.

M. Lequeau, pour démontrer ce qu'il y a de trop absolu dans la proposition de M. Lombard, cite un fait qui indique que la présence du ténia dans les entrailles peut occasionner des accidents.

M. Pétry rapporte également des faits qui tendent à infirmer l'opinion de M. Lombard, et qui conduisent à penser que dans certains cas la présence des vers ne saurait être considérée comme innocente.

M. Lombard insiste de nouveau sur son opinion à laquelle il donne de nouveaux développements, et qui est, suivant lui, l'expression d'une vérité qui finira par être reconnue par tous les observateurs.

La discussion est close.

Restauration du périnée chez la femme, à la suite d'une rupture complète ancienne de cette partie.

M. Verhagne, chirurgien de l'hôpital civil d'Ostende, communique sous ce titre une observation, qui est la quatrième de ce genre qu'il a recueillie depuis un an et demi, et qui prouvera une fois de plus, suivant lui, que, grâce aux efforts des chirurgiens modernes, la périnéo-plastie peut être entreprise avec autant de chances de succès que s'il s'agissait d'une opération autoplastique ordinaire.

La malade qui fait le sujet de cette observation est une dame de 30 ans, d'une excellente santé, mariée depuis trois ans. Elle accoucha pour la première fois le 19 juillet 1851, et quoique l'accouchement ne présentât rien de particulier, le périnée se déchira dans toute son étendue. On ne s'aperçut pas d'abord de cet accident, et ce ne fut qu'à l'époque où la nouvelle accouchée commença à se lever, qu'elle remarqua que les gaz intestinaux s'échappaient involontairement. Les matières fécales s'échappaient aussi de temps en temps, malgré tous ses efforts pour les retenir. Une seconde grossesse survint, et cette fois l'accouchement, qui eut lieu le 16 décembre 1852, fut rendu laborieux par suite d'une présentation du bras qui nécessita la version. Cette opération eut pour conséquence d'aggraver la position de cette dame.

M. Verhagne consulté trouva les parties dans l'état suivant : En écartant les grandes lèvres, on voyait la vulve se prolonger en arrière jusqu'à l'anus, dont la demi-circonférence antérieure était entièrement détruite. Les grandes lèvres étaient comme rétractées vers l'anus, et l'on voyait entre elles et cet orifice les traces de la cicatrisation des plaies produites par la rupture du périnée. La lésion s'était étendue jusqu'à la cloison recto-vaginale, dont le bord inférieur, formant le bord antérieur de l'anus, avait la forme d'un croissant à concavité inférieure. La rupture qui avait intéressé cette partie avait environ 5 ou 6 lignes d'étendue.

L'opération fut pratiquée le 26 avril dernier. Le premier temps, qui consiste à aviver le bord inférieur de la cloison recto-vaginale, fut exécuté promptement par quelques coups de ciseaux, pendant que ce bord était tendu transversalement au moyen de deux pinces à dents de souris.

Le second temps, formation d'un petit lambeau de membrane muqueuse détaché de la face antérieure de la cloison, n'offrait aucun obstacle imprévu, et fut exécuté tout aussi rapidement que la délicatesse de cette partie de l'opération le permettait. L'état d'hypertrophie, provoqué par l'irritation presque continuelle à laquelle la cloison était exposée par suite du contact des matières qui inondaient à chaque instant le vagin, prêtait ici singulièrement à la dissection du lambeau.

L'avivement des deux lèvres de la division, qui forme le troisième temps, fut opéré en enlevant de chaque côté un lambeau oblong, très-mince, du tissu muqueux. L'opérateur s'était servi pour cela d'un bistouri et d'une pince à dents. Comme il restait encore dans le fond de la division anormale, près de l'anus, quelques points qui avaient échappé à l'instrument tranchant, le tissu muqueux y fut successivement soulevé par la pince et excisé au moyen de ciseaux courbes sur le plat.

L'écoulement sanguin avait été extrêmement modéré, et n'avait exigé d'autre moyen hémostatique que le contact répété d'une éponge trempée dans l'eau froide.

Quatre points de suture entrecoupée et une épingle de suture entortillée réunirent les deux lèvres de la division sur la ligne médiane; avant de serrer ces liens, le lambeau emprunté à la cloison avait été fixé dans la partie antérieure des parties latérales avivées, au moyen de cinq points de suture entrecoupée.

Enfin les incisions semi-lunaires, dites de Dieffenbach, une de chaque côté du nouveau périnée, terminèrent l'opération, qui avait duré vingt minutes en tout.

Le pansement consista en compresses trempées dans de l'eau à la glace placées contre les parties et renouvelées toutes les cinq minutes.

L'opérée fut placée dans son lit sur le dos, le sacrum et les fesses reposant sur un coussin hydrostatique. Le cathétérisme fut pratiqué toutes les quatre heures. Des injections vaginales avec une infusion de camomille tiède furent faites à chaque nouvelle introduction de la sonde. Un grain et demi d'extrait d'opium fut donné en trois fois afin de favoriser la constipation.

Le lendemain, l'état général était très-favorable. Les lèvres de la réunion n'étaient ni rouges ni gonflées, et la peau, dans l'intervalle des points de suture, avait un aspect normal.

Le quatrième jour l'épingle et l'une des sutures principales furent enlevées. La réunion paraissait déjà parfaite. Le septième jour les derniers liens furent enlevés, et l'on put alors se convaincre que la réunion était parfaite dans toute l'étendue du nouveau périnée. La commissure postérieure de la vulve était parfaitement reconstituée. Les fils qui fixaient le lambeau de la cloison furent abandonnés à eux-mêmes; ils se détachèrent spontanément au bout de quelque temps. La guérison était complète le onzième jour.

Une des particularités les plus dignes de remarque dans cette observation, est la promptitude avec laquelle s'est opérée la réunion par première intention dans toute l'étendue des parties avivées. M. Verhaghe ne met pas en doute que l'action hyposthénisante de l'eau à la glace, en maintenant les parties fraîchement réunies dans des conditions favorables, ait singulièrement contribué à rendre le travail adhésif rapide. Une autre raison de cette réunion est dans le peu de volume donné aux fils des sutures aplatis en forme de rubans. Enfin une autre source de réussite a été l'emploi de procédé opératoire de M. Langenbeck, savoir: la fonction à laquelle est destiné le lambeau pris à la cloison recto-vaginale et qui vient si ingénieusement convrir, à l'instar d'une voûte, les deux lèvres de la division en les mettant à l'abri du contact des liquides sécrétés dans le vagin. Les incisions semi-lunaires faites de chaque côté du nouveau périnée ont eu peur but de soustraire les parties fraîchement réunies à une trop forte tension et à toute espèce de tiraillement. Ce but a été atteint dans les diverses opérations qu'a pratiquées M. Verhaghe.

— M. Leroy (d'Étioles), membre correspondant à Paris, lit un mémoire sur les moyens d'extraire de la vessie les corps étrangers autres que les pierres et leurs débris.

M. Leroy (d'Étioles) communique ensuite, au nom de M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie à Paris, un appareil destiné à faciliter la transfusion du sang, et surtout à prévenir la coagulation de ce liquide pendant l'opération.

La séance est levée à trois heures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS D'OCTOBRE; par M. le docteur Le Bret.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — Micrographie.

SUR UN NOUVEAU MICROSCOPE APPROPRIÉ AUX BESOINS DES DÉMONSTRATIONS ANATOMIQUES, ET PERMETTANT A PLUSIEURS PERSONNES D'OBSERVER ENSEMBLE; par M. Nachet. (Rapport de M. Charles Robin, au nom d'une commission.)

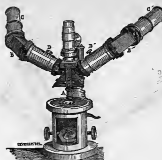
On sait combien il est pénible et difficile de montrer à plusieurs personnes un objet quelconque situé dans le champ d'un microscope, d'abord parce qu'à chaque instant il faut se déranger, ensuite parce que le champ étant le plus souvent rempli d'objets divers qui se décomposent, voyagent, changent de forme, etc., il devient impossible de donner des détails sur sa nature, sa position, etc.

On avait essayé de remédier au premier cas, dans les démonstrations, par des projections lumineuses, qui auraient l'avantage de montrer à un nombre illimité de personnes les objets microscopiques; mais outre qu'elles ne donnent jamais l'apparence véritablement semblable à celle du microscope, elles ne permettent pas l'emploi de très-forts grossissements. Il faut donc en revenir au microscope ordinaire pour la démonstration.

Nous ne décrirons pas ici tous les appareils plus ou moins ingénieux qui ont été construits, dans le but de préciser la position d'un objet et de le faire trouver dans le champ de l'instrument : index transparents et mobiles dans l'oculaire, chariots pour ramener les corps flottants, etc., etc. Tous ces appareils obligeaient toujours les observateurs à se succéder dans la vision des objets, ce qui produisait une perte de temps considérable, et bien souvent une impossibilité d'observer, comme dans le cas d'études sur les infusoires, dont les formes changent si rapidement.

Pour les dissections, un inconvénient encore plus grand s'attache au microscope ordinaire : là il est, en effet, impossible de montrer la marche à suivre; on doit se contenter de présenter le résultat. Il importerait cependant, dans certains cas, de faire suivre l'opération depuis le commencement et sans avoir besoin pour cela de s'arrêter.

La question était donc en général de permettre à deux ou plusieurs personnes de regarder *en même temps le même objet*. Cette question a été complétement résolue par la construction du microscope représenté fig. 1.



Comme on le voit, deux personnes, en regardant par les oculaires CC' de cet instrument, observeront le même objet. La disposition optique donnant ce résultat est très-simple : au-dessus de l'objectif est placé un prisme dont la section verticale est un triangle équilatéral; on sait que ce prisme jouit de la propriété de faire émerger normalement de chaque côté l'image réfléchie sur la surface opposée à celle d'émergence : on aura donc avec ce prisme deux images réfléchies d'un même objet, l'une à droite, l'autre à gauche; mais ces images, puisqu'elles sont réfléchies, sont redressées dans un sens. Il ne resterait donc plus, pour faire un microscope dans lequel les objets seraient vus dans leur position naturelle, qu'à redresser l'image dans un plan perpendiculaire au premier redressement : ceci est obtenu en plaçant sur le trajet des rayons les prismes BB', semblables pour la forme au prisme central, et dont les arêtes, et conséquemment le plan de réflexion, sont perpendiculaires à celui du prisme séparateur. En même temps qu'il y a érection complète de l'image, il y a infléchissement et rapprochement sur le même plan des oculaires, ce qui permet à deux observateurs placés du même côté d'une table qui porterait le microscope d'observer un objet dans sa situation naturelle, de le disséquer, de le séparer sans fatigue ni difficulté.

Maintenant un inconvénient se présente immédiatement : deux observateurs, par suite des différences de vues, n'ont jamais la même distance focale; il en résulte que lorsque l'un des deux serait au foyer, l'autre aurait une vision imparfaite.

MM. Nachet ont remédié à cet inconvénient d'une manière très-simple. Tous les micrographes savent que lorsqu'on fait varier la distance de l'oculaire à l'objectif, la distance focale totale varie aussi en proportion. Il est à remarquer que si ce n'était le changement de grossissement qui en résulte, ce serait certainement le meilleur moyen d'ajuster au foyer. Ce procédé est appliqué ici sans inconvénient, puisqu'il ne sert que de correctif à la vision : ainsi, quand un observateur en C a mis l'objet au foyer avec les mouvements rapides et lents, celui en C' ajuste en éloignant ou rapprochant l'oculaire du prisme, et par conséquent des lentilles objectives.

Une disposition très-curieuse de ce prisme est celle où, au moyen des boutons de pression DD', on ramène les oculaires dans une situation verticale et parallèle à l'axe du microscope; alors les prismes BB' étant parallèles au prisme central, détruisent le premier redressement opéré par celui-ci, et conséquemment produisent l'objet renversé comme il l'est habituellement dans les microscopes composés. Si, laissant un corps C dans la position oblique ou inclinée et redressant le corps C', on aura en C une image redressée et en C' la même image renversée.

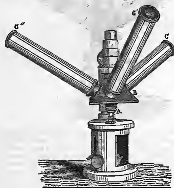


Lorsque les corps sont dans le plan vertical et parallèles entre eux, si on les rapproche assez du prisme central pour être situés à une distance l'un de l'autre égale à l'écartement des yeux, on aura une vision double et superposée de l'objet. Cette disposition est représentée (fig. 2); elle a pour avantage de donner beaucoup plus de relief aux objets que par la vision simple, et pourra conséquemment être utile dans certains cas d'études sur les cristaux ou autres corps transparents et épais et sur les couleurs complémentaires des objets vus dans la lumière polarisée. L'écartement des oculaires peut varier au moyen des vis représentées en VV'.

Une extension du principe de séparation est placée sous vos yeux : c'est un autre microscope, dans lequel trois personnes peuvent regarder le même

objet. L'image est divisée au-dessus de l'objectif par trois prismes placés sur le même plan, et dont les faces réfléchissantes et rapprochées les unes des autres forment une pyramide triangulaire divisant l'image en trois faisceaux égaux et semblables. Ces images sont aussi redressées d'un côté, de sorte qu'en plaçant sur leur trajet un prisme perpendiculaire au premier, on obtient une image redressée complétement. Ainsi, dans ce microscope, deux personnes peuvent *assister* à une dissection opérée par un troisième observateur.

Cette construction est représentée fig. 3. A est l'objectif; au-dessous, dans la boîte B, sont renfermés les trois prismes faisant émerger l'image dans les trois corps C. C', C''.



II. — Anatomie pathologique et pathologie de l'homme.

1° Note sur l'amputation des doigts surnuméraires; par M. le professeur C. Sédillot.

Il existe deux espèces de doigts surnuméraires : les uns complets et libres, ayant trois phalanges et un métacarpien distinct; les autres incomplets, offrant seulement trois phalanges pour les doigts, deux pour le pouce, dont la première est unie par une articulation commune au métacarpien correspondant. Les doigts sont par conséquent doubles et réunis latéralement par les téguments. Cette dernière sorte de difformité est beaucoup plus fréquente que la première, et s'observe plus particulièrement au pouce, à l'indicateur et à l'auriculaire.

M. le professeur Chélins a proposé de conserver les doigts surnuméraires libres et complets et de n'enlever que les doigts doublés, qui constituent une plus notable difformité.

Je crois l'opération applicable aux deux cas; car peu de personnes seraient flattées d'avoir six doigts distincts, et de devenir ainsi un objet de curiosité. Les conditions sociales qu'occupent les intéressés doivent, au reste, être prises en grande considération pour la décision à conseiller.

Quant aux doigts phalangiens surnuméraires, on paraît jusqu'à ce jour les avoir désarticulés, et je me suis conduit deux fois de la même manière, sur un enfant de 3 ans et sur un autre de 5 mois, qui avaient un double pouce (phalanges) réuni par un tégument commun. Une seule incision longitudinale externe, partant de la tête du premier métacarpien, fut continuée jusqu'au milieu de la dernière phalange et fut bifurquée en V pour circonscrire l'angle du doigt surnuméraire. La peau disséquée et renversée de chaque côté, le doigt fut détaché du métacarpien, en ouvrant nécessairement l'articulation commune à cet os et aux deux premières phalanges correspondantes. Il y eut un assez grand gonflement inflammatoire étendu à l'éminence thénar, qui fit échouer la réunion immédiate; mais la plaie se cicatrisa par seconde intention, et les malades guérirent en présentant une assez grande tendance au renversement en dehors du pouce conservé, ce qu'explique facilement la disposition articulaire, puisque l'extrémité supérieure de la phalange ne se trouvait pas au centre du métacarpien et en occupait seulement la moitié interne. Un anneau métallique assujetti à la main remédia à la difformité, mais dut être porté plusieurs années par le plus âgé de nos malades.

MM. Champion, Velpeau, etc., paraissent s'être conduits d'après les mêmes errements, et je me suis convaincu par l'expérience et la réflexion que nous avions tous adopté une mauvaise méthode, à laquelle il fallait complétement renoncer.

La désarticulation met à nu et divise largement la synoviale de la jointure métacarpo-phalangienne du doigt que l'on conserve, et expose ainsi le malade au danger si grave des plaies pénétrantes des articulations : inflammations suppuratives diffuses, carie, ankylose, etc. La phalange métacarpienne tend forcément à s'incliner du côté où elle n'est plus soutenue et à des mouvements moins réguliers et moins puissants, sans compter la difformité.

Ce sont là de graves inconvénients, qu'il est très-facile de prévenir en laissant l'articulation métacarpo-phalangienne intacte, et en coupant obliquement de haut en bas la première phalange surnuméraire, à quelque doigt qu'elle appartienne, au delà de la jointure.

On enlèverait le doigt surnuméraire le plus faible, le moins développé, celui dont l'extraction causerait le moins de difformité, et l'on serait à l'abri des accidents des plaies pénétrantes articulaires.

L'opération, réduite à l'amputation de la continuité d'une phalange, pourrait être entreprise dès l'âge le plus tendre et exécutée avec de simples pinces incisives, en ayant la précaution de conserver assez de peau pour obtenir une cicatrice régulière. L'os, divisé de dehors en dedans et de bas en haut pour l'indicateur et le pouce et de dedans en dehors pour l'auriculaire, se continuerait sans saillie appareute avec la phalange juxtaposée, dont la rectitude, la force et la mobilité seraient assurées par l'intégrité de l'articulation métacarpo-phalangienne.

2° Cas de ligature de l'artère sous-clavière; par M. Dominique Caccioppoli (de Naples).

La ligature de l'artère sous-clavière a été pratiquée par M. Dominique Caccioppoli, le 13 février 1853, dans l'hôpital des Incurables, sur un chanteur âgé de 33 ans et affecté d'un très-volumineux et très-douloureux anévrisme spontané, siégeant dans l'aisselle gauche. Comme tous les moyens ordinaires avaient échoué, on pratiqua l'électro-puncture à huit reprises, en employant successivement chacun des procédés usités en pareil cas; ce fut sans résultat.

L'anévrisme menaçait de s'étendre au-dessus de la clavicule, et dans ce moment on considéra l'opération comme la seule chance de salut. On pratiqua une incision transversale au-dessus de la clavicule, et après avoir découvert l'artère à sa sortie des muscles scalènes, on passa au-dessous d'elle une aiguille courbe et obtuse, armée d'un fil destiné à opérer la ligature permanente de Scarpa. Toute pulsation cessa aussitôt dans la tumeur, comme aussi dans l'artère radiale; mais au bout de vingt-quatre heures les pulsations reparurent dans la tumeur.

L'opérateur soupçonnant que la ligature ne serrait plus suffisamment, eut l'idée de serrer de nouveau l'artère sans élargir la plaie et sans appliquer une nouvelle ligature. Pour arriver à ce but, il introduisit prudemment avec le guide du lien une petite canule d'ivoire qui fut poussée jusqu'au-dessus de la ligature. On put alors serrer l'artère à volonté.

La canule resta en place pendant soixante-dix heures; après quoi elle fut enlevée. Le lien est tombé depuis dix-neuf jours, et depuis quarante jours, le malade est considéré comme guéri. Le 3 avril, il sortait de l'hôpital. Le bras gauche conservait sa sensibilité, sa température et sa force habituelles.

3° Note sur des masses cancéreuses enflammées; grossesse; péritonite; mort; par M. Ch. Bernard.

M. Ch. Bernard présente l'estomac et le diaphragme d'une femme dont l'observation a offert, pendant la vie et après la mort, des particularités intéressantes.

Entrée dans le service de M. Legendre (hôpital Sainte-Marguerite, le 22 septembre 1853, cette femme, âgée de 42 ans, présentait une tumeur considérable située à la région épigastrique, et qui fut considérée comme formée par un cancer de l'estomac ou du foie. Depuis trois mois, les règles s'étaient arrêtées; il y avait eu de fréquents vomissements sanguins, qui cessèrent au moment de l'admission de la malade à l'hôpital. D'un autre côté, on constata que l'utérus était volumineux et que les seins avaient conservé un développement qui contrastait avec l'amaigrissement général. On crut à une grossesse que vint confirmer l'expulsion d'un fœtus de trois mois environ, qui eut lieu trois jours avant la mort. Cette dernière fut due à une péritonite.

A l'autopsie, on trouva une masse considérable occupant l'épigastre et formée par une réunion de ganglions dégénérés et par un épaississement et une tumeur siégeant à la surface interne de l'estomac. Cette tumeur, qui occupait la paroi inférieure de l'organe, à deux travers de doigt du pylore, avait la forme d'un champignon, une consistance un peu molle, et renfermait une certaine quantité de sang. Les ganglions contenaient une matière de consistance et d'aspect différents : ici blanche, laiteuse et infiltrée d'un peu de sang, ressemblant assez bien à de l'encéphaloïde ramolli; là ayant la consistance et l'aspect du mastic ou mieux de la matière tuberculeuse.

Ces caractères variés se retrouvaient dans toutes les masses de nouvelle formation, soit qu'elles occupassent l'épaisseur des organes, soit qu'elles eussent envahi les ganglions mésentériques. Outre l'estomac, le foie, le pancréas et la rate renfermaient des tumeurs de même nature et dont nous ne dirons rien.

Mais nous signalerons d'une façon particulière la présence de masses analogues pour la composition et l'apparence, et qui se trouvaient agglomérées sur la face inférieure du diaphragme dans sa moitié droite.

D'autres tumeurs plus consistantes et plus blanches existaient à la face postérieure de l'utérus, au-dessous de la tunique péritonéale.

L'utérus très-développé, comme à la suite d'un avortement récent, était parfaitement sain, n'offrait aucune trace d'inflammation et ne renfermait aucune tumeur cancéreuse.

Le péritoine présentait une injection générale, finement arborisée et plus marquée vers la région épigastrique que partout ailleurs. Il n'y avait d'ailleurs ni sérosité ni pus épanché dans la cavité.

L'examen microscopique n'a fait découvrir dans les différentes tumeurs

dont nous venons de parler que des noyaux cancéreux; on n'y a point aperçu de cellules cancéreuses, non plus que l'élément du tubercule.

De ces faits sommairement énoncés, nous sommes porté à conclure que toutes ces tumeurs, quoique d'aspect différent, étaient au fond de même nature, cancéreuses, que ces masses se sont enflammées, comme l'a déjà signalé M. Cruveilhier, et que peut-être il faut rapporter à l'avortement la péritonite et la mort à l'ouverture dans le péritoine d'une des nombreuses tumeurs épigastriques.

III. — Pathologie comparée.

Tumeur de l'ovaire chez une perche; par M. Faivre.

Dans un moment où on se préoccupe de la fécondation artificielle des poissons, il n'est peut-être pas sans intérêt de rechercher quelles affections morbides peuvent rendre impossible la reproduction de ces animaux.

Le hasard nous a fait découvrir dans la perche commune une affection des ovaires sur laquelle il nous semble intéressant d'appeler l'attention des observateurs.

Une rapide description de l'ovaire des perches nous servira à mieux comprendre la nature de l'altération qu'a subie l'organe malade.

Comme on le sait, les organes de la génération du perchet femelle ont une composition très-simple. L'ovaire se termine par un oviducte qui reçoit le canal urinaire et va s'ouvrir par un orifice très-rétréci à côté du rectum.

Chez une perche de 0,18 de long examinée au mois de septembre, c'est-à-dire cinq mois après l'époque de la fécondation, l'ovaire se présente sous forme d'un ovoïde dont le grand diamètre est de 0,034, la circonférence de 0,025. Cet organe est situé au-dessous de la vessie natatoire, au-dessus du rectum, en arrière du rein, de l'uretère de la vessie urinaire. Il est maintenu par le péritoine dans une position assez fixe par rapport aux organes qui l'avoisinent. Sa structure est fort simple : c'est un sac membraneux ouvert à sa partie inférieure et se continuant avec l'oviducte; de sa face interne partent des prolongements qui donnent attache à une multitude de petits œufs blanchâtres, réduits, à l'époque où nous les avons examinés, à des sphères vitellines.

L'ovaire malade dont nous allons maintenant donner la description présente des caractères bien différents : il forme dans l'abdomen une vaste tumeur, très-dure, se déplaçant facilement sous les doigts qui la pressent. En ouvrant l'abdomen, nous avons constaté le volume de la tumeur. Elle est ovoïde, arrondie, d'un diamètre de 0,34 millim. de long, et d'une circonférence de 0,060 millim. L'ovaire a donc plus que doublé de volume. Il a conservé ses rapports; seulement la pression constante qu'il exerce sur l'intestin a déterminé déjà dans cet organe un commencement d'atrophie.

La structure de l'ovaire offre de l'intérêt : il se compose de deux membranes, d'un liquide intermédiaire et d'une masse inférieure.

La membrane extérieure, épaisse et blanche, s'énucléé facilement; elle se compose d'un tissu cellulaire ferme; au-dessous d'elle, une couche de liquide de 2 centimètres d'épaisseur occupe l'espace qui sépare la membrane interne de l'extérieur.

Dans le liquide nagent un grand nombre d'œufs blanchâtres composés de vésicules placées les unes à côté des autres. Le liquide lui-même, examiné au microscope, présente un grand nombre de globules du sang et de globules graisseux.

La seconde membrane est mince, villeuse à sa face interne et donnant attache à des œufs colorés en jaune. C'est après l'avoir enlevée qu'on trouve la masse centrale de la tumeur. Celle-ci paraît formée d'une multitude d'œufs transformés et durcis, agglutinés entre eux par une matière grasse. En coupant la tumeur, on distingue facilement trois lignes jaunes concentriques qui en divisent la masse en trois zones distinctes.

La présence d'une grande quantité de graisse est facile à constater, par la pression qui fait sourdre des surfaces coupées les éléments gras, par l'eau qui en fait facilement reconnaître les globules, et surtout par l'examen microscopique. A un grossissement de 500 diamètres, nous avons facilement distingué du tissu cellulaire, de la graisse et de nombreux cristaux; ceux-ci affectent des formes diverses; les plus fréquentes sont des lames rhomboïdales se recouvrant l'une et l'autre. Nous pensons que ces lames ne sont autre chose que la cholestérine.

Nous devons ajouter que la tumeur est pourvue de vaisseaux qui l'alimentent, comme nous l'avons pu distinguer à la coupe.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de la contagion, pour servir a l'histoire des maladies contagieuses et des épidémies; par le docteur Charles Anglada, professeur agrégé et bibliothécaire adjoint de la Faculté de médecine de Montpellier. — Paris 1853.

Il faut lire ce livre, non pas pour y chercher des idées nouvelles ou des faits d'un ordre particulier, mais pour y trouver une classification et une exposition des matériaux nombreux que la science possède sur le sujet si vaste des contagions et des épidémies. S'il était besoin, pour exposer d'une manière didactique cette partie de la pathologie générale, d'apporter encore aujourd'hui des observations personnelles, il faudrait en quelque sorte désespérer de la solution de questions sur lesquelles on a publié tant de documents, fait tant d'enquêtes et entrepris depuis si longtemps des recherches laborieuses et multipliées. Les éléments des problèmes ne manquent pas; ce qui fait défaut, ce n'est ni le nombre des observations, ni la sagacité des observateurs, ni la critique ou le contrôle des faits; c'est une méthode compréhensive qui embrasse toutes les observations, tienne compte de toutes les différences, explique toutes les opinions. Ce système, qui, au lieu de voir dans les faits analogues leurs oppositions, les rapproche au contraire par leurs analogies, les ramène à une même loi, a été bien rarement appliqué à l'étude de la contagion. On a eu surtout en vue, dans la plupart de ces recherches, la négation de certains faits, la critique de certaines opinions. De là l'obscurité qui couvre encore ce sujet, l'un des plus curieux et l'un des plus négligés de la pathologie.

L'étude critique et historique de la contagion était faite à peu près; M. Anglada nous en donne aujourd'hui une excellente étude didactique; quant à la contagion envisagée au point de vue purement scientifique et progressif, elle attend encore son historien.

Cette distinction entre le côté didactique et le côté purement scientifique d'une question médicale ne doit pas laisser croire que le travail que nous analysons aujourd'hui ne soit point une œuvre scientifique. Nous disons que l'œuvre de M. Anglada est didactique parce qu'elle concilie, rassemble et expose avec art les différentes opinions. A ce point de vue elle comble une des lacunes de la pathologie générale, dont les traités classiques sont pleins d'incertitudes sur cette matière; elle s'adresse aux praticiens et aux étudiants désireux de connaître les parties obscures de la science et de sortir du cercle étroit dans lequel se renferme quelquefois l'enseignement médical officiel. Elle pourra aussi apprendre aux médecins qui se sont occupés spécialement de ce sujet quel est le côté faible des différentes doctrines et les prémunir en même temps contre les entraînements de telle ou telle théorie. — Ce jugement indique que nous ne différons pas au fond de manière de voir et de penser avec l'auteur du livre de la contagion. Tout au plus trouverons-nous qu'il aurait pu être plus concis et se renfermer davantage dans son sujet; qu'il aurait peut-être dû renoncer à quelques formules ou expressions de langage empruntées à l'école de Montpellier et qui ne sont pas généralement adoptées ailleurs. A part ces divergences, qui portent sur des points généraux, nous n'avons plus à signaler que des différences d'appréciation sur quelques points particuliers, et cela rentre dans l'exposé du plan de l'ouvrage, de la méthode suivie et des opinions particulières adoptées par l'auteur. Nous suivrons pour cela l'ordre de la table des matières.

Le tome premier se divise en deux parties, comprenant chacune un certain nombre de chapitres, dont voici les titres : Première partie : Chap. I. « Idée générale de la contagion. » — Chap. II. « De l'infection dans ses rapports avec la contagion. » — Chap. III. « De la spontanéité des affections contagieuses. » — Chap. IV. « Des rapports de la contagion avec les affections morbides. » — Seconde partie (section première) : Chap. I. « Des virus. » — Chap. II. « Nombre, forme, odeur, caractères chimiques et microscopiques, parasitisme des virus. » — Chap. III. « Siége, voies et modes de transmission, incubation, absorption, persistance posthume et simultanéité d'action des virus. » — (Section deuxième) : Chap. I. « De la prédisposition générale ou locale dans ses rapports avec l'action des virus. » — Chap. II. « Des conditions qui influent sur le degré ou le mode des prédispositions (influence des qualités de l'atmosphère, de l'âge, des états morbides antécédents ou actuels).

Le tome second contient dans une première partie : Chap. I, II, III. « L'étude de la peste, du choléra-morbus, de la fièvre jaune au point de vue de la contagion. » — La seconde partie traite « de la contagion au point de vue de la physiologie, de la pathologie et de l'hygiène comparées. » Elle comprend : Chap. I. « La contagion considérée comme une loi zoonomique et l'action comparée des virus sur l'homme et les diverses espèces d'animaux. » — Chap. II. « Les affections contagieuses observées sur certaines classes d'animaux. » — Chap. III. « Le développement spontané des affections contagieuses chez certaines espèces d'animaux, et les considérations pratiques qui s'y rattachent. » — Chap. IV. « La transmissibilité de certaines affections contagieuses des animaux par l'usage alimentaire de leur chair ou de leur lait, et la manipulation de leurs dépouilles dans certaines industries. » — La troisième partie traite « de la prophylaxie générale de la contagion. » Elle comprend : 1° « la prophylaxie de la contagion dans ses rapports avec les masses; 2° la prophylaxie de la contagion dans ses rapports avec les individus. » — Une quatrième et dernière partie

donne « le texte des lois et règlements sanitaires de la France depuis 1683 jusqu'en 1851. »

L'analyse bibliographique ne saurait rendre compte des matières contenues sous chacun de ces titres; sa mission se bornera ici à signaler les parties qui prêtent le plus à la critique, à des appréciations de fond, ou qui peuvent donner une idée exacte du style de l'auteur. Nous choisirons en premier lieu, pour citer le texte même de M. Anglada, la question de l'infection dans ses rapports avec la contagion et celle du développement spontané des affections contagieuses.

« Dans son acception médicale, l'*infection* désigne l'action morbide que produit sur un sujet sain l'air imprégné de certains principes hétérogènes. Ces principes, dont la présence dans une étendue limitée de l'atmosphère forme ce qu'on appelle des foyers d'infection, appartiennent aux trois catégories suivantes : 1° des *effluves* qui s'exhalent des marais; 2° des *émanations putrides* qui se dégagent des substances animales en décomposition; 3° des *miasmes* qui rayonnent du corps de l'homme sain ou malade dans des espaces clos.....

» Les *miasmes* et les *effluves* diffèrent des *virus* en ce qu'ils ne sont jamais le produit d'un acte morbide spécifique. La distinction est évidente s'il s'agit de l'origine de ces principes dégagés des matières animales ou végétales en décomposition. Quand les miasmes s'échappent des individus sains ou malades placés dans certaines circonstances, ils constituent des foyers d'infections comparables à tous les autres, pouvant provoquer certaines maladies chez les individus placés dans le rayon de leur activité. Mais si, en vertu des actes pathologiques intimes, ils s'exhalent du corps des malades avec des qualités particulières qui les rendent propres à faire naître chez les individus sains qu'ils atteignent, une affection morbide pareille à celle qui les a engendrés, il n'y a plus ici de foyer d'infection proprement dit : la contagion reprend tous ses droits.

» Cette distinction, qui est fondamentale dans la doctrine et qui permet seule de caractériser les maladies *par infection* et les maladies *par contagion*, a été bientôt effacée par une synonymie vicieuse qui a introduit dans la science une erreur contre laquelle elle doit se mettre en garde.

» On sait que les virus affectent quelquefois la forme volatile ou, comme on dit, *halitueuse*, et imprègnent l'atmosphère qui entoure les malades. Ce phénomène s'observe principalement dans les fièvres contagieuses. — Trompés par ces apparences, et oublant cette règle de la philosophie des sciences qui prescrit de ne jamais séparer les faits identiques par leur nature, lorsque leurs différences superficielles ne tiennent qu'à quelque circonstance accessoire de leur forme, des médecins ont cru retrouver l'infection proprement dite dans la transmission des maladies par des principes virulents disséminés dans l'air, comme si toutes les conditions constitutives du mode contagieux n'étaient pas ici réunies... »

Dans le chapitre suivant, l'auteur admet la spontanéité des affections contagieuses : « Quand on dit qu'une maladie contagieuse a été spontanée, on veut faire entendre seulement que le virus qu'elle élabore s'est formé sans l'intervention spécifique d'un virus excitateur, quelle que soit d'ailleurs la cause qui en a provoqué le développement. D'où il suit, par exemple, que s'il s'agit d'une maladie primitivement *infectionnelle*, dont on a pu parfaitement déterminer les conditions étiologiques, son aptitude contagieuse consécutive n'en sera pas moins déclarée *spontanée*, puisqu'elle n'a pas été déterminée par l'action d'un germe virulent. La désignation conviendra également, soit aux maladies *habituellement* contagieuses qu'on verra éclater sans le concours antécédent d'un virus, soit à celles qui se seront *accidentellement* associé le mode virulent. Dans les deux cas, et pour éclaircir ma pensée par une comparaison empruntée aux faits chimiques, la fermentation se sera produite sans l'accession préalable d'un ferment externe. »

Ces questions forment les prémisses indispensables du problème de la contagion. Suivant qu'on les résout dans tel ou tel sens, elles lui donnent des solutions affirmatives ou négatives. L'auteur a donc eu raison de les poser au commencement de son ouvrage et de les élucider tout d'abord. La confusion singulière introduite dans ces dernières années entre la contagion et l'infection tient à un oubli des principes les plus élémentaires de la logique et de la pathologie générale. Quel que soit le mode suivant lequel les maladies contagieuses se transmettent et se multiplient, que ce soit par le contact direct, ou par l'intermédiaire d'un fluide interposé, ou par une action inconnue à distance, il y a là toujours la contagion s'exerçant par des voies différentes le plus souvent inconnues et difficiles à préciser, mais constituant une classe distincte de causes morbides. Cet ordre de causes a cela de spécial que nous comprenons mieux comment les maladies spécifiques s'engendrent par son intermédiaire que par les autres actions morbifiques. L'hypothèse des germes morbides comme agent de propagation et de multiplication des maladies est en effet l'hypothèse la plus simple et celle qui s'appuie sur les plus fortes analogies. Le malheur est que ce qu'on appelle germe morbide ne se sent, ne se voit ni ne se touche, et que beaucoup d'esprits croient devoir pousser la réserve et le doute scientifiques à n'admettre que les causes palpables. « On raisonne sur les contagions, a dit Fr. Bérard, dans son discours sur le génie de la médecine, avec des idées aussi absolues, aussi positives que s'il était question des effets de la poudre à canon ou de tout autre effet mécanique. Il n'est pas étonnant qu'à raisonner ainsi on ne soit porté à nier toute contagion; sur ce pied-là on nierait la médecine tout entière. »

Mais tout en admettant la contagion de certaines maladies, admettra-t-on que dans des circonstances particulières les mêmes affections puissent se développer spontanément? On s'est appuyé sur des faits semblables pour combattre la contagion de la fièvre jaune, de la peste, du choléra, et on a écrit sur cette thèse de longues dissertations. Qu'est-ce à dire, sinon qu'une maladie contagieuse est tenue de ne se propager partout et toujours que par contagion? En raisonnant d'une manière analogue, quelques écrivains sont arrivés à vouloir que les maladies contagieuses se propagent toujours et se multiplient indéfiniment tant que tous les sujets aptes à contracter la maladie n'en auront pas subi l'influence. Heureusement la contagion n'a pas cette puissance illimitée; elle constitue une des conditions importantes du développement des maladies, mais elle est soumise elle-même à son tour, dans son développement, à certaines lois qui la dominent et en limitent la durée : la résistance idiosyncrasique de quelques personnes, les âges, le sexe, la température, le genre de vie, l'habitation, etc. Chacune de ces circonstances, et d'autres encore plus difficiles à préciser, peuvent annihiler les effets de la contagion ou les rendre plus saillants.

M. Anglada apprécie bien en général le rôle de la *prédisposition*, et il raisonne sur ce sujet, qui termine son premier volume, avec une saine logique et une connaissance complète des points principaux de la question. Vient ensuite, dans le second volume, l'application de toutes ces données à l'étude de la contagion de la fièvre jaune, de la peste et du choléra. On voit d'avance quelles seront les conclusions de ce livre, elles sont dictées par le même esprit d'appréciation sérieuse. Également éloigné des systèmes exclusifs de la contagion et de l'anticontagion, M. Anglada reste quelquefois dans ce doute, qui est de rigueur quand il s'agit de la santé publique. C'est ainsi qu'au sujet de la fièvre jaune, de la peste et du choléra, après avoir démontré que ces maladies sont susceptibles d'importation et de transmission par voie de contagion, il n'affirme pas qu'il en soit toujours ainsi, il ne nie pas le développement épidémique spontané. Cette réserve, fondée sur quelques faits positifs, étendue par l'induction aux autres faits analogues, permet de rendre compte de la plupart des observations qui ont été invoquées dans ces dernières années contre la contagion de ces maladies. L'hypothèse du développement spontané une fois admis, et il est impossible de ne pas l'admettre, même pour les affections les plus contagieuses, la rougeole, la variole, la scarlatine, la question principale du problème de la contagion se réduit à ceci : démontrer par des faits probants que, dans certains cas, la fièvre jaune, la peste, le choléra se sont transmis d'individus infectés à des individus sains. C'est sous cette forme la plus simple que cette proposition mérite d'être considérée aujourd'hui. Mais ici nous sortons déjà en quelque sorte du domaine didactique. Les travaux qui se préparent à l'heure actuelle, pour répondre à ces tendances de la science que reflète le traité de la contagion, diront sans doute jusqu'à quel point le développement spontané est plus rare ou plus fréquent dans telle ou telle circonstance que le développement par voie de contagion, ce qui différencie, sous ce rapport, les grandes épidémies des petites, et les conditions qui favorisent l'un ou l'autre de ces moyens de multiplication des maladies.

THOLOZAN.

— Du 16 au 22 janvier, on a observé 4 nouveaux cas de choléra dans les hôpitaux de Paris, dont 2 déclarés dans l'intérieur de ces établissements.

Dans cette semaine il est sorti 16 malades guéris, et il en est mort 5.

— L'Académie des sciences tiendra sa séance annuelle le lundi 30 janvier, à deux heures. M. Flourens, secrétaire perpétuel, y lira l'éloge historique de M. de Blainville.

— La commission de l'Académie chargée de proposer dans quelle section aura lieu la première déclaration de vacance, a décidé qu'elle proposerait cette vacance dans la section d'anatomie pathologique.

Le rédacteur en chef, JULES GUERIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DES SCIENCES : SÉANCE ANNUELLE. — PRIX DÉCERNÉS. — DÉVELOPPEMENT COMPARATIF DES VERTÉBRÉS ET DES INVERTÉBRÉS. — ÉVOLUTION ET DÉGRADATION SUCCESSIVES DES VERS INTESTINAUX. — PORTION CERVICALE DU GRAND SYMPATHIQUE, AGENT DE CALORIFICATION. — ALCOOLISME. — OEDÈME DE LA GLOTTE — ENCOURAGEMENTS DIVERS. — DOCTRINES.

L'Académie des sciences se sert avec une grande libéralite des moyens d'encouragement mis entre ses mains. Cette année, comme l'année dernière, elle a distribué des sommes considérables en prix, récompenses et encouragements ; et, comme toujours, c'est la médecine, ce sont les sciences médicales qui se sont assises à ce splendide festin. Si, au point de vue de son extrême libéralité, l'Académie des sciences ne mérite que des éloges, en est-il de même de la manière dont elle distribue ses largesses, des motifs de ses préférences, des tendances qu'elle encourage, de celles qu'elle éloigne ou exclut ? C'est ce qu'il est au moins permis d'examiner ; car les décisions de l'Académie, quelque respectables qu'elles soient, n'ont pas cessé d'être tributaires du libre examen.

On peut dire en général que l'Académie, très-solre, comme c'est sa tradition, d'encouragements pour tout ce qui est général et doctrinal, se complaît surtout dans ce qui est fait, et fait matériel sensible. Elle aime plus ce qui se voit, se touche, que ce qui se pense et s'induit. L'Académie a pour bannière l'expérience et plus particulièrement l'expérimentation. Elle est bien plus disposée à considérer les instruments et les méthodes que ceux qui s'en servent ; et pour elle, tout produit de l'expérience a infiniment plus de charmes qu'une vérité de l'ordre philosophique. Parmi les motifs dont s'inspire l'Académie, on ne veut tenir compte que de la prudence, et il est de fait qu'elle a moins de chances de se tromper et de se tromper d'une façon moins compromettante dans un cas que dans l'autre. Mais les Académies, comme les individus, s'élèvent suivant l'ordre de facultés qu'elles manifestent ; peut-être ne serait-il pas mal qu'elles essayassent de marcher à la tête des idées au lieu de se placer à leur suite. Voilà ce qu'il est impossible de ne pas répéter chaque année en présence des jugements rendus par l'Académie des sciences. Les hommes éminents qu'elle renferme semblent se dissimuler dans leur personnalité muette comme derrière un rideau épais, pour ne laisser poindre qu'un esprit de corps traditionnel sans impulsion ni originalité. Il serait à désirer qu'un génie ardent et vigoureux tentât de révolutionner cette indifférence en matière scientifique ; qu'il synthétisât et galvanisât tous ces débris épars en vue du vrai dogme scientifique, de la véritable autorité, du vrai progrès. L'Académie attendra longtemps encore ce messie, et il est à présumer qu'elle ne fera jamais grand effort pour favoriser son avénement. Mais ce qui parait difficile, sinon impossible, pour l'ensemble, le serait peut-être moins pour le particulier. Il ne serait pas impossible, par exemple, que dans chacune des branches qui la composent, une certaine pensée doctrinale se fît jour : cela lui donnerait quelque peu l'initiative du progrès. Non-seulement la tendance scientifique générale de l'Académie s'en dessinerait mieux, mais le corps entier en acquerrait un nouveau lustre. Plus loin, après l'énumération des prix et encouragements accordés à notre spécialité, nous essayerons de rendre notre pensée plus claire, de la motiver mieux.

Nous ne ferons que mentionner, en passant, l'encouragement de 2,000 fr. accordé à M. le professeur Lereboullet pour ses recherches sur le développement comparatif de l'embryon dans deux espèces animales. Ce qui a manqué, dit le rapport, au travail de notre collaborateur, c'est de n'avoir pas assez fait ressortir les ressemblances et les dissemblances dans le développement comparé des vertébrés et des invertébrés. La question a été maintenue au concours. Que M. Lereboullet pense un peu plus et regarde moins, et il atteindra le but.

M. Van Beneden (de Louvain) a été plus heureux : il y a deux ans, le prix de physiologie lui avait échappé ; il a obtenu cette année le grand prix des sciences physiques, sur la question spéciale du développement des *vers intestinaux*, mise au concours. Les vues de l'auteur et les résultats auxquels il est arrivé sont de ceux qui ont toutes nos sympathies. M. Van Beneden, fécondant et généralisant quelques aperçus épars dans la science sur le développement successif et les métamorphoses des vers intestinaux, est parvenu à relier en un seul corps de doctrine cette vérité, qu'une multitude d'espèces, considérées jusqu'ici séparément, ne sont que des formes transitoires et accidentelles du développement ou de la caducité de certaines espèces déterminées. Ce double fait de l'évolution et de la dégradation successive du même individu, sous des formes qui l'avaient fait considérer comme une collection d'êtres différents, est d'un très-grand intérêt zoologique et philosophique. M. Van Beneden l'a observé, décrit et systématisé avec la précision de l'anatomiste consommé et l'élévation d'idée du véritable savant.

Les recherches qui ont valu cette année à M. Cl. Bernard le prix de physiologie ont un tout autre caractère. La GAZETTE MÉDICALE a déjà eu occasion d'apprécier les expériences de l'auteur sur la section des filets cervicaux du grand sympathique ou l'extirpation du ganglion cervical. L'augmentation de chaleur qui suit ces lésions et l'afflux du sang vers les vaisseaux plus apparents et plus dilatés, sont des phénomènes dignes d'intérêt ; mais la signification que leur donne l'auteur, « *que la portion cervicale du grand sympathique exerce une influence* MANIFESTE *sur la température des parties*, est au moins très-vague, sinon contraire au véritable fait qu'elle exprime. A l'appui de nos précédentes remarques, M. Brown-Séquard a justement fait valoir que si la section ou l'ablation d'un agent sont suivies du développement de la chaleur, il serait plus logique de conclure que cet agent, dans l'intégrité de son influence, s'oppose à la manifestation exagérée dont sa destruction est la conséquence. Du reste, le même auteur a communiqué, à la dernière séance de l'Académie, des expériences desquelles il résultérait que le simple afflux du sang vers la tête provoqué par la position déclive de celle-ci, suffit pour produire tous les effets observés à la suite de la section de la portion cervicale du grand sympathique. L'influence induite des expériences de M. Bernard ne serait donc qu'une influence négative. Mais nous soupçonnons fort que là n'est pas le vrai sens de l'expérience de ce physiologiste. En tant qu'expérience, elle a, ou elle aura sa valeur ; il eût été prudent

FEUILLETON.

ACADÉMIE DES SCIENCES; SÉANCE ANNUELLE; ÉLOGE DE M. DE BLAINVILLE PAR M. FLOURENS.

Le jour de leur séance publique annuelle est pour les Académies de l'Institut, comme pour notre Académie de médecine, un jour de fête et de représentation. Le local se pare de tentures ; les officiers de l'Académie endossent l'habit à la française, ornent leurs chemises d'un jabot, leurs mains de gants jaunes et ceignent en guise d'écharpe leur chaine d'argent ; les académiciens, du moins quelques-uns, endossent le frac à broderies vertes et le claque à plumes, et font leur entrée au roulement du tambour ; une garde d'honneur leur porte les armes lorsqu'ils passent ; une foule empressée assiége de bonne heure les portes ; sur les doubles et triples rangs de banquettes supplémentaires, fraichement époussetées, commencent à apparaitre quelques habits noirs ; bientôt délogés par les dames et repoussés de banc en banc jusque dans les combles par la galanterie impitoyable du maître des cérémonies ; les organes mêmes de la presse scientifique, pourvus en temps ordinaires de places privilégiées et traités en amis de la maison, errent de banquette en banquette comme des âmes en peine, et sont forcés à la fin de se blottir dans quelque coin. Mauvaise politique ! car un critique mal assis ou qui pis est debout, pourrait bien n'être guère disposé à trouver bon un discours académique. Mais il paraît que, dans ces occasions, les applaudissements du moment sont plus recherchés que ceux du lendemain, qui, du reste, ne manquent pas non plus.

On conçoit que cette pompe décorative et tout l'appareil de représentation déployé dans ces circonstances ne se bornent pas à l'extérieur. Les discours doivent aussi se mettre en toilette. L'austère Académie des sciences est tenue comme les autres de faire ces jours-là quelques frais d'esprit, d'élégance et de beau langage. Parlant dans un salon, il lui faut en prendre les grâces, les formes, les manières, et aussi un peu la superficialité. La science doit se présenter sous les dehors de la littérature et du bel esprit. L'Académie des sciences n'est certes pas embarrassée de ce rôle. Elle l'a de tout temps rempli avec une convenance parfaite et un brillant succès, et comment n'y aurait-elle pas réussi, ayant eu la bonne fortune d'avoir successivement et presque sans interruption, pour interprètes des Fontenelle, des d'Alembert, des Condorcet, des Cuvier, des Arago ? Tous, sauf le dernier, savants lettrés, hommes d'école et du monde, et qui pouvaient, comme plusieurs le firent en effet, primer à la fois comme écrivains à l'Académie française et comme savants à celle des sciences.

C'est à M. Flourens que revenait cette fois la tâche de faire les honneurs de la séance publique annuelle. Le texte choisi par l'éminent secrétaire perpétuel était l'*éloge* de Blainville. Ce sujet était difficile. L'illustre mort s'était fait dans l'Académie, dans l'Université, dans la société, plus encore que dans

d'en circonscrire provisoirement le mérite à son caractère purement objectif.

Le mouvement imprimé par Bichat à l'étude histologique des organes se continue à l'étude des tissus et des liquides, avec les avantages et les inconvénients inhérents au point de vue du réformateur. Ce genre d'étude, en effet, se résout, d'une part, dans une forme plus ténue et plus délicate du matérialisme physiologique et pathologique, mais c'est toujours le matérialisme ou l'organicisme; d'autre part, il favorise cette accumulation d'observations et de faits de détail qui, de la part de ceux qui n'aperçoivent pas bien les phases d'évolution et les filons de continuité des formes différentes d'un même fait, sont la source de méprises et d'erreurs analogues à celles qu'est venu dissiper M. Van Beneden à l'endroit des vers intestinaux. C'était le cas pour l'Académie de citer comme exemple, à ceux qu'elle n'a fait que récompenser, les tendances plus utiles et plus fécondes de l'auteur qu'elle a couronné. Que M. Kœlliker (de Wurtzbourg) ait très-bien décrit les tubes nerveux, les cellules de la substance grise, les caractères de la substance nerveuse centrale et des nerfs périphériques, la conformation particulière des ganglions; qu'il ait ajouté à ces descriptions plus précises de ce que d'autres avaient déjà figuré, la description de *fibres musculaires cellules*, dont il a démontré l'existence dans un grand nombre d'organes, cela est très-méritoire sans doute; mais tout cela n'aurait-il pas gagné à être assaisonné d'un quart ou d'un cinquième d'idée, et l'Académie n'aurait-elle pas pu, en rendant justice au scalpel et au microscope de l'auteur, lui témoigner le regret de le voir tant donner aux sens et si peu à l'esprit?

Non-seulement la docte compagnie ne paraît pas trop se préoccuper du manque d'originalité dans les recherches, mais, par un motif de circonspection exagéré sans doute, elle semble esquiver toute occasion de servir de porte-voix à quiconque se présente à elle sous le costume de novateur. Bien plus, chez ceux-là même dont elle encourage les travaux, elle écarte avec soin tout ce qui a l'apparence d'une prétention doctrinale, pour se renfermer exclusivement dans les faits. Le traité de chimie anatomique et physiologique de MM. Robin et Verdeil est un exemple frappant dans ce genre. La Gazette Médicale a exposé avec quelque détail le point de vue nouveau sous lequel les auteurs ont envisagé l'application de la chimie à la physiologie et à la pathologie. Ce point de vue a valu aux auteurs l'honneur d'attaques violentes et réitérées en Allemagne; le rapport de la commission académique n'en dit mot; en revanche, il signale « une description très-exacte de lotoconie dans le labyrinthe membraneux, et de la distribution de cette poussière formée de cristaux microscopiques réguliers de carbonate de chaux le long des canaux demi-circulaires. » Pour l'acquit de notre conscience, nous devons ajouter que le rapport signale plusieurs autres découvertes de la même importance.

Nous ne ferons que citer les noms de MM. Becquerel et Vernois, Reynoso, Lecanu et Mouriès: le *Compte rendu* motivera suffisamment les encouragements qu'ils ont obtenus; mais nous nous arrêterons un peu plus sur l'*alcoolisme chronique* de M. Magnus Huss (de Stockholm). Cet ouvrage, suffisamment connu par l'excellente analyse qu'en a donnée M. Lebert, dans la Gazette Médicale, a obtenu une récompense de 2,000 fr. A côte d'autres récompenses du même chiffre, les recherches du professeur suédois auraient peut-être mérité davantage. Ici, c'est le point de vue étiologique et pathologique. Que l'auteur soit resté dans l'étude nosologique des formes de l'alcoolisme, qu'il n'ait pas approfondi les effets physiologiques de l'abus de l'alcool, qu'il n'ait pas tiré de cette page de physiologie pathologique tous les enseignements qu'elle renferme, enfin que son traité ne soit point semé de ces vues générales qui sont comme autant d'échelons pour s'élever à une notion plus complète de la pathogénie de l'alcoolisme, cela nous paraît résulter et de l'analyse de la Gazette Médicale et du rapport à l'Académie. Mais c'est une œuvre d'un ordre positif; c'est une monographie sérieuse, approfondie; au point de vue nosographique, c'est de la médecine d'observation utile, sinon élevée. La commission aurait pu le faire comprendre davantage, tout en signalant les considérations dont l'absence fait du traité de M. Magnus Huss plus un ouvrage pratique que scientifique.

L'espace nous manque pour apprécier comme ils le mériteraient les autres travaux récompensés ou encouragés: les recherches de M. Sestier sur l'*œdème de la glotte*, étude de diagnostic et de physiologie pathologique très-remarquable; le traité des *hydropisies* et des *kystes* de M. Abeille, où l'on est heureux de constater des résultats précieux d'un bon esprit qui a su observer en dehors des sentiers de la routine et de l'école: les *maladies des nouveau-nés* de M. Bouchut, où l'esprit scientifique et le sens pratique se rencontrent en proportions égales; *le bouton d'Alep*, de M. Willemin, point d'après nature avec l'exactitude et la sûreté de vue qui caractérisent l'auteur.

Les maladies syphilitiques ont eu l'honneur d'obtenir, dans le rapport de la commission, un chapitre à part. En effet, elles ont fait beaucoup de bruit depuis quelques années, principalement à l'endroit de la transmissibilité des accidents secondaires et des formes que peuvent offrir les accidents tertiaires.

Relativement au premier point de vue, M. Vidal s'est distingué par la fermeté de ses convictions et la précision des faits qu'il a rapportés pour les établir. C'est un pas dans l'histoire phénoménale de la maladie. Il ne manque plus à ce chapitre que d'y joindre la détermination des conditions qui décident de la transmissibilité des accidents syphilitiques secondaires, de la part de celui qui les donne et de la part de celui qui les prend.

Dans un mémoire publié par la Gazette Médicale, *sur une nouvelle affection du foie liée à la syphilis héréditaire chez les enfants du premier âge*, M. Gubler a suivi et retrouvé des traces manifestes de l'influence syphilitique sur les organes internes: idée féconde, qui ouvre une nouvelle voie à l'observation. Les recherches de M. Bassereau sur la transmission des accidents syphilitiques, étudiée jusqu'au dixième individu, offrent un intérêt du même genre, et ajoutent une nouvelle page à l'histoire des métamorphoses de la maladie.

Le rapport de la commission se termine par des récompenses accordées à M. Guibourt, à feu Reveillé-Parise, notre collaborateur et ami tant regretté, et à un autre ami, M. Fontan, qui vit encore et se porte heureusement très-bien, à la satisfaction de la science et des nombreux visiteurs de Bagnères-de-Luchon.

Ce tableau abrégé des travaux qui ont mérité d'être distingués cette année offre cette particularité, qu'ils ne se tiennent par aucun lien, qu'ils n'expriment aucun ordre d'idées communes. En pourrait-il être autrement à une époque où il n'existe aucune foi scientifique, où au-

---

la science, une position exceptionnelle d'isolement et d'indépendance dont il était le seul à sentir les avantages et surtout l'agrément. Peu d'hommes ont, sous ce rapport, joui d'une réputation aussi incontestée, et, à ce qu'il semble, aussi bien méritée. La physionomie morale de cet intraitable humoriste se résume dans ce mot de Cuvier: « Demandez à M. de Blainville son opinion sur quoi que ce soit, ou même dites lui seulement *bonjour*, il vous répondra: *non.* » Ces propriétés de son caractère paraissent avoir fait plus d'impression sur ceux qui l'approchaient que les qualités de son esprit, qui exigeraient pour être appréciées une étude plus longue. Cette impression a dû être bien forte, puisqu'elle subsiste encore après plusieurs années; elle s'est imposée même à son panégyriste, qui a dû pourtant chercher à s'y soustraire, ou du moins à la dissimuler, et qui n'y a pas peut-être assez réussi. L'*éloge* a gagné par là un certain piquant que le genre ne comporte guère; cette manière de louer est avantageuse pour l'orateur, mais aucun académicien vivant, et le savant secrétaire perpétuel tout le premier, ne seraient pas probablement très-aises qu'on en usât pour eux-mêmes. A l'Académie française, un de nos grands maîtres de style et de bel esprit manie avec la plus agréable perfidie cette forme d'éloge épigrammatique. Il ne fait pas bon passer par ses mains, fût-ce même comme lauréat d'un prix de vertu. Ses plus aimables caresses finissent inévitablement par une égratigoure, toujours faite, bien entendu, par mégarde, par pure maladresse. M. Flourens, qui aime tous les exercices d'esprit, a dû souvent admirer ces jeux de main dont on a dit qu'ils ne plaisent qu'à ceux qui les font.

Il y avait cependant un côté plus sérieux à aborder dans ce remarquable personnage scientifique. Personne n'était plus capable que M. Flourens de soumettre les travaux et les idées de cet esprit original et vigoureux à un examen critique approfondi. Il le fera quelque jour sans doute, comme il l'a fait pour Cuvier. Obéissant au besoin d'être court, mérite qu'il recherche en tous ses écrits et qu'il possède, séduit en outre peut-être par le désir, bien naturel, de profiter de l'avantage que lui offrait, devant un public étranger aux recherches et à la langue de la science, le portrait moral de l'homme, il s'est borné, dans l'exposition de sa pensée scientifique, à quelques généralités sommaires, nécessairement insuffisantes pour en bien marquer la portée et le caractère. « Avec son Anatomie comparée (1822), dit M. Flourens, parut une doctrine nouvelle. » En quoi consistait cette nouveauté? Dans la méthode d'investigation. « Cuvier avait traité l'anatomie comparative par la méthode expérimentale qui va des faits aux idées; M. de Blainville prit la méthode opposée, » qui apparemment va des idées aux faits. Mais est-ce bien là le caractère différentiel des méthodes ou plutôt de la doctrine zoologique de ces deux naturalistes? Est-il même bien certain qu'il existe pour l'esprit humain deux procédés logiques ainsi opposés? L'est-il surtout que l'un de ces procédés puisse être suivi indépendamment et même à l'exclusion de l'autre? L'est-il enfin que la différence de ces procédés consiste en ce que l'un va exclusivement des faits aux idées et l'autre des idées aux faits? Tout cela est bien sujet à révision ou du moins à explication; on se sert cependant de cette formule en toute occasion avec une assurance bien faite pour étonner quand on sait combien elle est obscure et confuse. La logique étant aujourd'hui en grand honneur dans l'enseignement universitaire, il faut espérer que quel-

cun homme n'est assez puissant par son génie et par sa position pour diriger l'activité commune? Mais ce que ne peut faire un seul, l'Académie des sciences, et sa section médicale en particulier, pourraient le faire. Son autorité et l'attrait des récompenses dont elle dispose suppléeraient au défaut d'influence personnelle qui fait défaut à l'Académie comme ailleurs. C'est avec regret que l'on constate dans le rapport l'absence de toute pensée dans cette direction. La commission s'est bornée à cataloguer, à énumérer les objets de ses récompenses : de critique, de conseils, de vœux, pas l'ombre. Elle se borne chaque année à répéter au commencement de son programme qu'elle *veut des découvertes* et des découvertes bien déterminées. C'est très-édifiant. Mais n'y aurait-il pas moyen de favoriser et d'encourager ceux qui les font ou qui pourraient les faire, autrement que par cette distribution un peu communiste entre tous les travailleurs? Les hommes éminents qui représentent la médecine à l'Académie sont comme aux avant-postes de la science; ne pourraient-ils pas marquer avec plus de décision les voies du progrès, et surtout détourner de celles qui ne peuvent aboutir qu'à des impasses? Cette tendance à perpétuer l'étude de la matière inerte dans ses derniers linéaments, ce *caput mortuum* des doctrines de Bichat, ne sont-ils pas bientôt venus à leur dernier mot? Il serait bien que l'Académie des sciences aidât notre génération à sortir de cette ornière. Le moment est venu de mettre, comme objet et comme moyen d'étude, à la place de la *matière* et des *sens*, les *forces* et l'*esprit* : ce serait une nouvelle façon d'imiter les sciences physiques, car malgré l'espèce de fétichisme que l'Académie professe pour l'expérience, elle a prouvé et elle prouve encore tous les jours que les grandes conceptions ne se trouvent ni au bout du scalpel ni sur le porte-objet.

J. GUÉRIN.

ANATOMIE PHYSIOLOGIQUE.

ESSAI SUR UNE NOUVELLE ÉTUDE COMPARATIVE DES SQUELETTES DE LA MAIN ET DU PIED; par M. GIRAUD TEULON, D M. P. à Nice, ancien élève de l'École polytechnique.

Les anatomistes ont, à toutes les époques, aimé à faire ressortir, dans l'étude du corps humain, les points de vue philosophiques que leur offre à chaque pas l'investigation des phénomènes de la nature. Il n'est pas besoin d'une vaste érudition pour trouver de cette tendance de bien nombreux exemples. Les ouvrages classiques élémentaires, et en particulier celui qui à guidé la génération médicale la plus nouvelle et l'a initiée aux études anatomiques, le savant traité de M. le professeur Cruveilhier, sont riches en aperçus de ce genre. Entre autres aspects saillants, je dois citer en première ligne un chapitre important dont la lecture nous a conduit à quelques considérations nouvelles qui ne nous furent pas sans utilité lors de nos épreuves universitaires. Je veux parler d'un chapitre emprunté en grande partie, suivant l'honorable auteur, aux travaux des anatomistes les plus célèbres, et qui a pour titre : PARALLÈLE DES OS DU CARPE ET DU TARSE (1er vol., p. 344).

Quelque peu rebuté par les difficultés qu'éprouvait une mémoire ingrate dans la conservation du butin à recueillir dans des travaux exclusivement descriptifs, nous saisissions avec avidité toutes les occasions qui se présentaient de relier entre eux les éléments de l'anatomie par leurs relations avec les sciences collatérales.

C'est ainsi que la considération des analogies déjà reconnues entre le membre supérieur et le membre abdominal, développées dans le chapitre précité, nous conduisit à quelques détails empruntés au même ordre d'idées et qui nous facilitèrent beaucoup, comme moyen mnémotechnique, l'étude et le souvenir de ces régions compliquées. Ayant observé d'ailleurs le bon accueil fait ordinairement aux recherches entreprises dans cet esprit, j'ose présenter ici, en quelques pages, l'aspect aisé à embrasser, simple à retenir, sous lequel il nous paraît que l'on pourrait avec avantage *décrire* les extrémités des membres thoraciques et abdominaux.

Au tarse, ainsi qu'au carpe, deux rangées d'os nous apparaissent, non pas *arbitrairement* déterminées pour la facilité quasi-numérique de la description, mais *dépendant*, bien au contraire, de la destination fonctionnelle du rôle physiologique de ces os.

Pour exposer les termes de cette analogie nouvelle, nous nous écarterons ici de l'usage habituel, qui veut que l'on étudie le membre supérieur dans la supination. C'est en maintenant sur la même ligne interne, le pouce à la main, et le gros orteil au pied, que nous pourrons rencontrer le plus de similitudes entre ces deux organes. Mais pour cet objet, nous ne prenons pas, comme Vicq-d'Azyr, notre point de comparaison entre le membre thoracique droit et le membre abdominal gauche, ou inversement, ce procédé nous paraissant plus arbitraire que philosophique. Nous ferons choix, au contraire, d'une hypothèse qui se liera elle-même à notre point de vue final.

Dans son remarquable TRAITÉ D'ANATOMIE (Voir 1er vol. p. 88; 2e vol., p. 323, etc.), le professeur Cruveilhier ne laisse échapper en aucune occasion les analogies observables entre les différentes parties du corps humain. On peut se rappeler à cet égard les efforts couronnés de succès que fait cet anatomiste pour démontrer la prédestination de l'homme à l'attitude bipède. Ces efforts peuvent être compris, à la vérité, plutôt comme émanant d'un désir naturel à l'auteur de démontrer la remarquable logique qui préside à la distribution de tous nos organes dans leurs parties constitutives, et leur synergie réciproque dans leur conception génésique, que comme un essai tendant à prouver que, dans le principe (*in principio*) l'homme ait marché debout et non à quatre pattes. Si cette recherche a cependant eu lieu, si elle a exigé des développements, c'est bien certainement parce que l'analogie des membres supérieur et inférieur, a dû donner à penser sur le rôle de quadrupède qu'aurait pu jouer l'homme à son apparition sur la terre, après le quatorzième soulèvement. Or, dans la discussion qui va suivre, nous allons partir d'une supposition qui sera, nous l'espérons, acceptée par toutes les opinions, en ce qu'elle n'empêchera pas de regarder comme bipède l'homme primitif, tout en lui attribuant, pour la facilité de nos recherches, une origine quadrupède sur le terrain de la spéculation.

Nous supposerons donc qu'au moment où l'homme touche la terre avec ses pieds de derrière, une idée heureuse pour l'avenir industriel de l'humanité porta son auteur à modifier ses membres antérieurs de façon à en faire des organes de préhension et non d'appui sur le sol.

---

qu'un de nos maîtres éclaircira ce point. C'est aussi par la divergence supposée des méthodes caractérisées de la même manière, et avec aussi peu de justesse, qu'on a opposé Geoffroy Saint-Hilaire et Cuvier. Nous aurions aimé que M. Flourens, qui nous assure que la doctrine anatomique de Blainville est nouvelle, nous eût dit en même temps si elle est vraie ou fausse : c'est ce qu'il est intéressant d'apprendre à l'égard d'une doctrine scientifique, et non de savoir si elle est un produit de la méthode expérimentale ou de la méthode non expérimentale.

Même incertitude de critique, même insuffisance d'exposition au sujet de l'ÉCHELLE DES ÊTRES, qui, admise par tous les naturalistes du dix-huitième siècle, puis ruinée par Cuvier, qui ne vent voir dans le règne animal ni *continuité* ni *suite*, aurait été réhabilitée par Blainville. Est-ce bien là le *lien philosophique de l'ensemble des idées* de Blainville?

De même encore pour l'idée de l'*unité* du règne animal, que Blainville aurait découverte, dans un éclair de génie, et de plus démontrée, en retrouvant dans la nature fossile les êtres qui manquent à la nature vivante, et comblant par leur moyen les *vides* et les lacunes qu'offrait la série animale. Cette intercalation est en effet très-ingénieuse, et pouvait donner de l'humeur à Cuvier, pour qui ces espèces avaient une autre signification ; mais le principe de l'*unité* de règne, quelle que soit sa valeur, n'avait pas besoin de cette démonstration; admis par tous les philosophes et par tous les naturalistes depuis Aristote, il n'était pas davantage à découvrir, Cuvier lui-même ne niait pas cette unité essentielle de règne; ses quatre grandes coupes ne la détruisent pas plus que la diversité des races humaines ne détruit l'unité de l'espèce.

En général, dans cet éloge, il y a une tendance à représenter Blainville comme un simple contradicteur de Cuvier. Blainville n'aurait pas accepté cette position, qui impliquerait une sorte de dépendance intellectuelle. Le véritable antagoniste de Cuvier, au point de vue théorique, était Geoffroy-Saint-Hilaire. Blainville se frayait une route, non point entre eux deux, mais à part. Moins zoologiste que l'on et que l'autre, il était plus physiologiste. La classification des êtres l'intéressait moins, ce semble, que leur mode de formation et que le mécanisme de leurs fonctions vitales. De là peut-être sa partialité pour de Lamarck, qui lui aussi étudiait la nature dans le même esprit.

Le discours de M. Flourens a été très-applaudi. A chaque moment, dans le cours de sa lecture, les mouvements de l'auditoire ont pu lui apprendre qu'un de ses traits avait atteint le but. Il n'a donc pas trompé l'espoir de ceux qui ne venaient que pour jouir d'une œuvre d'esprit d'un ordre élevé et délicat; mais ceux qui seraient venus pour entendre l'Éloge scientifique de Ducrotay de Blainville auront pu se retirer désappointés.

L. P.

— M. le docteur Herrgott, médecin en chef de l'hôpital civil de Belfort, vient d'être nommé, à la suite d'un brillant concours, agrégé de chirurgie auprès de la Faculté de Strasbourg.

Armé de cette hypothèse, nous allons faire dériver le membre supérieur de l'inférieur, en imposant à ce dernier certaines modifications en rapport avec la différence des destinations relatives.

Nous admettons ainsi, avec M. Cruveilhier, « que l'extrémité supérieure du tibia est représentée par la moitié supérieure du cubitus, » et la moitié inférieure du tibia par la moitié inférieure du radius, » tandis que le péroné est représenté par la moitié supérieure du radius et la moitié inférieure du cubitus (1er vol., p. 342). » (Idée tout à fait en harmonie avec ce que l'on peut voir en anatomie comparée.)

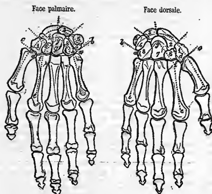
Cette méthode nous donnera l'avantage de réunir les deux idées mères de Vicq-d'Azyr et de M. de Blainville, tenant compte avec le premier de la position, au côté interne, du gros orteil et du pouce, et avec le second, du rôle et de la situation des mortaises articulaires. On a saisi depuis longtemps l'analogie frappante du fémur avec l'humérus; on peut admettre sans effort celle que nous venons de formuler des extrémités supérieure et inférieure de l'avant-bras avec leurs homologues à la jambe (ces deux parties ne différant essentiellement que dans leur région moyenne, siége de la torsion qui préside au changement de but fonctionnel), nous allons essayer de compléter ce tableau en poursuivant la série de ces similitudes au pied et à la main.

Prenant un carpe articulé et l'examinant dans la *pronation*, nous remarquons d'abord une première rangée osseuse dont la forme est en arc de cercle, le plan vertical, le sens transversal, et qui comprend de dedans en dehors :

Le trapèze, — le scaphoïde, — le semi-lunaire, — le pyramidal et le pisiforme.

Faisant abstraction de tous les autres os qui constituent le squelette de la main, nous trouvons dans cette rangée une grande ressemblance avec une *petite voûte en arc de cercle* composée de quatre voussoirs : ses joints de naissance (1) seraient représentés (Voir a la fig. 1 les plans

Fig. I. — Squelette de la main.



1. Le trapèze. — 2. Le scaphoïde. — 3. Le semi-lunaire. — 4. Le pyramidal. — 5. Le pisiforme. — 6. Le trapézoïde. — 7. Le grand os. — 8. L'os crochu.

passant par *ab, cd*), *en dedans* par la face articulaire métacarpienne du trapèze, *en dehors* par la face inférieure du pyramidal.

La surface supérieure ou extra-dos de cette voûte pénètre dans la mortaise radio-cubitale, moulée en quelque façon sur elle : sa forme convexe en arc de cercle dans le sens transversal lui donne, dans la mortaise, un jeu très-prononcé dans les deux sens de latéralité. En outre, cette même convexité, arrondie dans le sens antéro-postérieur, lui permet aussi des mouvements bien marqués en avant et en arrière.

La ressemblance avec une voûte est complétée dans cette rangée osseuse par cette observation : que les surfaces articulaires réciproques des os qui la composent sont des surfaces à très-peu près planes, et représentant ainsi parfaitement les joints plans d'une voûte à éléments solidaires (1).

Pour terminer ce qui se rapporte à cette première rangée osseuse, ajoutons que le premier métacarpien et les phalanges du pouce qui lui sont surajoutées forment au métacarpe et à la main le prolongement linéaire de cette première série d'os, prolongement tout à fait indépendant des autres éléments de la main, et qui peut figurer ici un des piliers de notre voûte circulaire, comme nous le verrons dans l'étude du tarse.

Quant à la seconde rangée, son rôle et sa description sont de la plus grande simplicité.

Elle représente une petite pyramide ou plutôt une sorte de prisme triangulaire très-aplati dans le sens de ses arêtes, et surmontant, pour les terminer en forme de coin, les quatre métacarpiens qui supportent les doigts. Cette série comprend trois os :

Le trapézoïde, — le grand os, — l'os crochu.

Elle pénètre dans l'intra-dos de la voûte offerte par la première rangée, pour en remplir le vide, et joue dans son intérieur le même rôle que la première série accomplit elle-même dans la mortaise antibrachiale. Ainsi elle peut accomplir, comme elle, des mouvements étendus dans les deux sens antéro-postérieurs; mais se trouve privée, comme nous allons le voir, des mouvements de latéralité. Les facettes articulaires réciproques des os qui constituent cette rangée sont planes : ce sont les deux faces latérales du grand os et celles qui s'y trouvent juxtaposées. Il en est presque de même encore des faces articulaires extrêmes de la même rangée avec les faces intérieures des deux os extrêmes de la première rangée (retombées de la voûte supérieure).

Cette disposition établit entre tous les éléments de la série une telle solidarité, que si, d'autre part, on remarque la même juxtaposition arthrodiale (par surfaces planes) des têtes des quatre derniers métacarpiens entre elles et avec ces trois os, on sera conduit à considérer cette seconde série comme le sommet articulaire d'une pyramide (Voir fig. 1, pyramide *e, f, g, h, i*) parfaitement définie et formée du système solidaire des quatre derniers métacarpiens et des doigts qui en font la suite. Cette pyramide pénètre comme un coin dans la voûte offerte par la première rangée, et se meut tout d'une pièce dans sa cavité. Ce mouvement, qui n'est ici réalisable que d'avant en arrière, a lieu presque exclusivement sur la tête de l'os médian de cette rangée, le grand os, lequel dépasse les deux autres et complète ainsi l'assimilation que nous avons faite de cet ensemble à une pyramide ou à un coin.

L'étude du squelette carpien sera complète si nous ajoutons à ces observations l'examen de la face palmaire de cet organe. Les os que nous venons d'énumérer présentent, sur cette face, plusieurs apophyses destinées au maintien des nombreux tendons des fléchisseurs, ainsi qu'à l'insertion des muscles intrinsèques de la main. L'os piliforme, qui ne joue aucun rôle dans la solidité de la première rangée, peut lui-même être considéré comme une simple épiphyse du pyramidal, trace de ce qui s'observera au pied.

Les considérations physiologiques propres à cette région justifient pleinement cette description du carpe; elles concordent méthodiquement avec elle, et, par la vue du but fonctionnel, viennent en aide au travail de la mémoire.

(1) On appelle la naissance de la voûte les points où sa courbe commence et finit, sa jonction avec les pieds-droits.

(1) Depuis que ce travail est terminé (il a été médité en 1844), nous avons rencontré dans le remarquable TRAITÉ DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE de M. Nélaton, l'idée-mère qui a présidé aux développements que nous présentons ici sur les analogies du pied avec la main, à savoir : la conception de la voûte offerte par la rangée antibrachiale du carpe. Nous ferons observer cependant qu'en se bornant à composer cette voûte de la seule première rangée des auteurs et négligeant d'y adjoindre le trapèze, toutes les conséquences qui assimilent le carpe au tarse restent dans l'obscurité, ainsi que la conclusion finale applicable à la médecine opératoire. Nous énonçons cette réflexion pour écarter de notre travail l'apparence d'un plagiat inconvenant ou d'une insignifiante paraphrase. (Voy. PAT. CHIR. de M. Nélaton, t. I, p. 741.)

(La fin au prochain numéro.)

CHIRURGIE PRATIQUE.

DE L'EMPLOI DE SERRES-PLATES POUR ARRÊTER LES PETITES HÉMORRHAGIES, ET EN PARTICULIER CELLES PROVENANT DES PIQURES DE SANGSUES ; par M. DELIOUX, médecin en chef de la marine à Cherbourg.

Les moyens hémostatiques ordinairement employés contre les hémorrhagies capillaires suffisent, dans la généralité des cas, à suspendre l'écoulement de sang produit par les piqûres de sangsues. Cependant chez les enfants et quelquefois même chez les adultes, cet écoulement peut prendre des proportions inquiétantes; les absorbants, les astringents, les caustiques, etc., ne parviennent pas toujours à les arrêter. Depuis plusieurs années, c'était à une compression par pincement que j'avais recours contre cet accident, et voici de quelle façon je procédais :

On prend un petit bâtonnet de bois un peu vert, de 5 à 6 centim. de longueur, et on le fend sur la moitié de cette longueur; on forme ensuite un pli cutané dont la piqûre de sangsue occupe le sommet, on le pince entre les branches du bâtonnet, et sur l'extrémité fendue de celui-ci on jette quelques anses de fil que l'on assujettit avec un double nœud pour resserrer ainsi les mors de cette pince improvisée et la maintenir en place; une demi-heure, une heure, rarement plus, suffisent pour arrêter complétement l'écoulement du sang. Ce procédé m'a constamment réussi. Mais cette pince en bois, très-imparfaite, est sujette à se déplacer, et il est difficile de la maintenir ou même de l'appliquer, pour peu que le malade soit agité ou indocile.

Tout en conservant le principe de la compression, si efficace comme moyen hémostatique, je conçus l'idée d'un instrument plus régulier et encore assez simple dans sa composition. Je fis fabriquer par un bon ouvrier de province une petite pince en acier, courbe afin qu'elle pût reposer sur les téguments et offrir moins de chances de déplacement; un ressort à crémaillère permettait d'en rapprocher les branches à la distance voulue; les branches s'élargissaient à leur extrémité libre, et là à leur face interne, striée de fines cannelures, elles présentaient chacune deux petites dents aiguës. Cette pince, à l'aide de son ressort, comprimait parfaitement un pli cutané, et à l'aide de ses dents s'y attachait d'une manière assez solide.

Je communiquai cet instrument à l'honorable M. Charrière, et sur le conseil de cet habile fabricant, je le remplaçai par une petite pince à mors croisés, qui est une imitation de la serre-fine de M. Vidal (de Cassis). M. Charrière a d'ailleurs, le premier et plusieurs fois, fait une heureuse application de ce système de croisement à plusieurs instruments de chirurgie.

L'instrument compresseur auquel je me suis décidément arrêté est une petite pince, en fil d'argent ou d'acier, à mors croisés, coudée à angle droit tout près du mors. Celui-ci est constitué par deux petits anneaux quadrilatères à angles arrondis; à la face interne de ces anneaux est appliquée une plaque d'acier semi-lunaire, terminée à son bord droit et libre par une rangée de petites dents triangulaires, obliques en dedans et s'encastrant avec celles du côté opposé quand la pince est fermée. En appliquant des deux côtés d'un pli fait à la peau les mors de cet instrument, le ressort donne aux disques une force compressive assez considérable en même temps que les dents *accrochent* de façon à maintenir très-solidement l'instrument à son point d'application. Et même dans les endroits où la peau a une certaine laxité, il n'est pas rigoureusement nécessaire d'y faire un pli préalable; il suffit de présenter la pince ouverte perpendiculairement à la surface de la peau, et de l'abandonner ensuite à l'action du ressort; les bords dentés *ramassent* d'eux-mêmes la peau, font leur pli et s'y accrochent.

Par comparaison avec l'ingénieux instrument de M. Vidal (de Cassis), on pourrait appeler celui-ci *serre-plate*.

Depuis neuf mois j'ai employé les serres-plates avec un succès constant pour réprimer les hémorrhagies produites par les piqûres de sangsues. Quand l'instrument est bien placé, c'est-à-dire de manière à intercepter un pli cutané dont la piqûre de sangsue occupe le sommet, l'arrêt du sang est instantané; on l'enlève au bout d'une, deux, trois, quatre heures, quand on croit, en un mot, qu'il n'est plus utile, sauf à le réappliquer immédiatement, bien entendu, si le sang se reprend à couler encore. Son application détermine à peine de prime abord une légère douleur, et au bout de peu d'instants elle n'est même plus sentie, ce qui n'a rien d'étonnant, toute pression continuée émoussant la sensibilité. Si les enfants, par exemple, au moment où les dents mordent, s'agitent et poussent quelques cris, la sensation qui les a excités n'étant point durable, ils se calment très-promptement. Il est bon sans doute de s'opposer aux manœuvres qui auraient pour but de détacher la serre-plate; mais comme en tirant sur elle on réveille la douleur, ils renoncent bientôt à des efforts qui ont ou outre le désagrément d'être infructueux, le mécanisme de pression et le mode d'ouverture de la serre-plate étant l'inverse de ceux que l'on est familiarisé à rencontrer dans les pinces ordinaires.

En raison de sa petitesse et de sa forme coudée, la serre-plate fait très-peu de saillie au-dessus des téguments; après l'avoir entourée de charpie ou d'ouate, on peut recouvrir les parties. Quel que soit le temps pendant lequel elle est restée en place, je n'en ai vu résulter aucun inconvénient; il m'est arrivé, après l'avoir appliquée le soir, de l'abandonner toute la nuit sur de petits malades; c'est à peine si l'ecchymose qui circonscrit la piqûre de sangsue était plus étendue ou plus foncée que de coutume.

Je n'ai point eu occasion d'employer la serre-plate dans d'autres hémorrhagies que celle provenant de la morsure des sangsues; mais il me semble, par induction, qu'elle pourrait agir avec le même résultat sur toute plaie peu étendue qui donnerait lieu à un écoulement abondant de sang capillaire; peut-être même dans de petites plaies où se trouveraient intéressées des artérioles, pourrait-elle être employée avec avantage, sinon comme moyen définitif, du moins comme procédé d'attente. Enfin ne serait-il pas possible de l'utiliser aussi dans le traitement des plaies comme agent de réunion? — Mais je ne veux point exagérer l'importance de cette modeste innovation; si mes confrères veulent bien la mettre à l'épreuve, leur expérience nous apprendra ultérieurement dans quelles circonstances il serait profitable d'y avoir recours. Les serres-plates ne seraient-elles utiles que pour réprimer les hémorrhagies des piqûres de sangsues, leur efficacité dans ce cas est si prompte, si réelle, si facile à constater, qu'elles m'ont paru devoir être mentionnées comme capables au moins de rendre ce bon service dans la pratique médico-chirurgicale.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

THE EDINBURGH MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

Les numéros de juillet et d'octobre 1853 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *De l'influence du système nerveux sur les mouvements de l'iris*; par Julius Budge (de Bonn). (Traduit en anglais du JOURNAL FUR PHYSIOLOGISCHE HEILKUNDE.) 2° *Observations sur la non-identité de la syphilis et de la gonorrhée*; par le docteur J.-J. Kelso. 3° *Du climat et des maladies de la ville de Cork*; par J. Popham. (Reproduit du journal trimestriel de Dublin, que nous analyserons dans un prochain numéro.) 4° *Statistique de la mortalité par naufrages dans la marine britannique*, de 1793 à 1849; par le docteur E. Stratton. 5° *Nouvelles vues sur la physiologie et la pathologie des artères*; par J.-M. Cottle. 6° *Remarques sur les hémorrhagies qui se montrent après l'accouchement*; par J. Bremser. 7° *Résumé statistique des maladies du cœur observées à l'hôpital Saint-Georges, et considérées surtout dans leurs rapports avec le rhumatisme et l'albuminurie*; par le docteur Barclay. (Reproduit du 35° volume des TRANSACTIONS MÉDICO-CHIRURGICALES de Londres.) 8° *Des principaux effets résultant du détachement des dépôts fibrineux de l'intérieur du cœur, et de leur circulation avec le sang*; par le docteur W. S. Kirkes. (Reproduit aussi des TRANSACT. MED. CHIR. de Londres.) 9° *Rapport sur quelques expériences et observations faites sur le corps d'un guillotiné*; par A. Kolliker. (Extrait des ANNALES D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE de Coodsir.) 10° *Observations sur la structure et le développement des os*; par J. Tomes. (Extrait des TRANSACTIONS PHILOSOPHIQUES de 1853.) 11° *De la cure radicale des hernies réductibles*; par le docteur B. Hayward (de Boston). (Mémoire présenté à l'Association médicale américaine, en mai 1852.) 12° *De l'état actuel des connaissances acquises en hématologie, et des conséquences pratiques qui en découlent*; par le docteur Tholozan. (Traduction d'une thèse de concours pour l'agrégation à la Faculté de médecine de Paris.) 13° *Observations sur les effets des médicaments cholagogues, et remarques sur les altérations de structure du foie désignées sous les noms de foie gras, foie lardacé, cirrhose, etc.*; par Handfield Jones. (Extrait des TRANSACTIONS.) 14° *Examen des différentes opinions sur la valeur du climat de Madère sur les affections du poumon*; par le docteur B. Lund. (Extrait du JOURNAL DE L'ASSOCIATION MÉDICALE DES PROVINCES, 1853.) 15° *Rapport sur une épidémie de cho-*

léra observée dans la prison centrale d'Agra, en 1851; par le docteur J. Murray.

Nous ne rendrons compte que de quelques-uns de ces mémoires; les autres devront être analysés avec les journaux allemands ou les journaux anglais dans lesquels ils ont paru pour la première fois.

Observations sur la non-identité de la syphilis et de la gonorrhée, indiquant les signes caractéristiques de ces deux affections; par le docteur John Johnston Kelso.

Ce n'est qu'un demi-siècle après l'époque du développement de la syphilis en Europe que les auteurs, et Fallope le premier, décrivent d'une manière positive la blennorrhagie. Doit-on penser, d'après ce fait, que cette affection ait pris à cette époque une extension et une intensité nouvelles, ou bien faut-il croire que les affections des organes génitaux, étant mieux étudiées et préoccupant davantage les malades, on a été porté par cela même à mieux dégager cette affection, et quon a eu de plus fréquentes occasions de la rencontrer? Le docteur Kelso ne cherche point à résoudre cette difficulté, laissant bientôt de côté la question historique, il fait observer que les différences radicales des deux maladies doivent se trouver dans leur mode d'action sur l'économie et dans les phénomènes de leur évolution et de leur localisation. La présence simultanée de ces deux maladies sur le même individu prouve seulement la coexistence possible de deux virus tout à fait différents au fond. En vain Baumès en France, Wallace et quelques autres en Angleterre, renouvelant l'hypothèse de Hunter, de Sawrey, de Swediaur, d'Adams, ont prétendu que l'affection blennorrhagique et la syphilis ne différaient que par l'intensité et par la forme, l'immense majorité des praticiens de ces deux pays s'accordent à penser aujourd'hui que ces deux affections sont de nature tout à fait différente et réclament chacune des médications d'un ordre particulier. D'après l'auteur, les différences des deux maladies pourraient se définir ainsi: les premiers effets de la syphilis sont une désorganisation des tissus; dans la blennorrhagie, au contraire, il y a d'abord augmentation d'action ou perversion des sécrétions. Dans le premier cas, il n'y aurait pas d'inflammation locale, tout au plus de la congestion; dans le second, il y aurait une inflammation manifeste. Le premier virus produirait en seconde ligne des effets caractéristiques sur différents organes, « phénomènes secondaires, » tandis que la blennorrhagie ne donnerait lieu à rien de semblable.

Tels sont les principaux faits sur lesquels est bâti ce mémoire du docteur Kelso, qui n'apporte du reste aucune considération nouvelle, aucun fait plus positif sur une question où la science n'a pas encore prononcé en dernier ressort.

Résumé statistique des maladies du cœur observées a l'hôpital Saint-Georges, et considérées surtout dans leurs rapports avec le rhumatisme et l'albuminurie; par le docteur Barclay, registrar medical.

On ne peut hésiter à reconnaître les immenses avantages qui résultent pour la clinique et la pathologie de l'examen détaillé des lésions que présentent après la mort des sujets observés et interrogés avec soin pendant la vie dans les salles de grands hôpitaux. L'institution de ce moyen de recherches est fondée en Angleterre d'une manière peut-être plus large et plus libérale qu'en France, en ce sens que chaque hôpital consacré à l'enseignement conserve avec soin dans ses archives l'histoire de la plupart des malades, et enregistre soigneusement les relations nécroscopiques. Le docteur Barclay a ainsi déjà pu extraire des archives de l'hôpital Saint-George les matériaux d'un rapport intéressant sur les lésions valvulaires du cœur; on le trouve au XXXI[e] volume des Transactions de la Société medico-chirurgicale de Londres.

Le mémoire actuel comprend: 1° *Des observations de rhumatismes aigus terminés d'une manière fatale pendant la durée même du rhumatisme.* L'auteur en cite 8 cas, dont 2 présentaient de la suppuration dans les articulations ou à leur pourtour; dans l'une de ces observations, le péricarde présentait un commencement d'inflammation; dans l'autre, les valvules aortiques et mitrales étaient opaques. Dans 5 cas où l'on observait la forme ordinaire de la péricardite rhumatismale, une fois le malade, bien qu'ausculté avec soin pendant la vie, n'avait présenté aucun bruit de frottement péricarditique, et l'on trouva à l'autopsie le péricarde rempli d'une lymphe de nouvelle formation et les deux feuillets adhérents seulement par places. Trois fois on remarqua des traces de péricardite ancienne à côté des produits de nouvelle formation. Trois fois aussi, dans ces 5 cas de péricardite, on observa des traces d'endocardite récente; deux fois elles s'accompagnaient des lésions de l'endocardite ancienne, et dans le seul cas où l'on trouva des dépôts fibrineux valvulaires après une première attaque de rhumatisme, ces dépôts étaient bornés seulement à la valvule mitrale. — Quant à la fréquence relative de la péricardite et de l'endocardite, le docteur Barclay fait observer à ce sujet avec juste raison que, bien que la péricardite ait été observée plus fréquemment que l'endocardite, il ne faudrait pas en conclure qu'il en soit ainsi nécessairement pendant la vie dans les cas non mortels. Ces faits prouveraient seulement, d'après lui, que la péricardite est une complication plus grave, entraînant la mort par suite de la gêne de la circulation.

La dernière observation surtout est digne d'intérêt; on entendit dès le début du rhumatisme, à la base du cœur, un souffle systolique marqué; l'autopsie ne révéla point de traces d'altération valvulaire. L'auteur tire de ce fait cette conclusion importante qu'au début du rhumatisme, il peut y avoir une altération telle des propriétés physiques du sang qu'un bruit de souffle se produise en dehors de toute condition d'anémie ou de chloro-anémie sans altération appréciable du péricarde ou de l'endocarde.

2° La seconde catégorie de faits comprend: *Les péricardites récentes indépendantes d'affections rhumatismales récentes.* Le tableau statistique contient 16 observations, dont 4 avec des traces de maladie ancienne. Deux fois l'inflammation a paru s'étendre du péritoine au péricarde à travers le diaphragme; dans ces 2 cas, la péritonite était traumatique; une fois il y avait avec la péricardite une pleurésie très-grave. Aucun de ces cas n'avait été précédé ou accompagné de rhumatisme. Dans 6 cas, la péricardite survint peu de temps avant la mort chez des sujets cachectiques porteurs d'affections chroniques des reins, et dont 2 seulement avaient eu un rhumatisme. Une fois il n'y avait eu ni rhumatisme, ni péricardite, mais il y avait un vice de conformation du cœur, et conséquemment une gêne de la circulation.

3° La troisième section, qui se rapporte à des *endocardites récentes indépendantes de rhumatismes récents*, comprend: *a.* quatre observations dans lesquelles, sans signes préalable d'inflammation du cœur, on a trouvé des dépôts fibrineux sur les valvules, avec une déformation des valvules de l'aorte, une maladie de reins, ou l'existence antérieure d'un rhumatisme; *b.* sept cas où l'on a trouvé sur des valvules précédemment altérées des dépôts fibrineux récents. Un seul de ces sujets avait été exempt de rhumatisme.

4° Cette catégorie de faits comprend les *péricardites anciennes.* Dans un très-grand nombre de nos autopsies, dit l'auteur, nous avons rencontré dans le péricarde des traces d'inflammation ancienne; quelquefois les deux feuillets de cette membrane étaient partout adhérents; quelquefois ces adhérences étaient plus ou moins limitées, ou bien on observait à la surface de la séreuse des plaques laiteuses. Dans la plupart de ces cas, l'histoire de la maladie qui a déterminé la mort ou bien celle des maladies antérieures ne put jeter aucun jour sur l'origine de ces inflammations; tout ce qu'on a pu faire se réduit à noter la relation de ces faits avec le rhumatisme et l'albuminurie, en se rappelant toutefois qu'alors même que ces maladies coexistent ou se sont montrées antérieurement à la péricardite, elles n'en sont pas pour cela toujours la cause efficiente. Sur 12 sujets qui avaient eu des attaques de rhumatisme aigu, 11 fois on rencontra sur le péricarde des restes d'inflammation; dans tous ces cas, la péricardite paraissait avoir eu une intensité très-grande, à en juger par l'étendue des lésions; 6 fois le péricarde présentait des adhérences générales anciennes, et dans ces observations 4 fois les sujets n'avaient jamais eu de rhumatisme.

5° Nous arrivons maintenant aux « lésions valvulaires. » S'il est vrai qu'un grand nombre de péricardites ne peuvent pas être attribuées au rhumatisme aigu, le même fait ressort plus clairement encore de l'histoire des lésions valvulaires du cœur. Sur 46 cas d'altérations semblables, 20 fois il y avait eu un rhumatisme et 26 fois pas d'affection rhumatismale. Chacune de ces catégories des cas nous donne les résultats suivants:

	Cas à rhum. antérieur.	Cas sans rhumatisme.
Maladies des deux valvules. . .	12	10
Maladies de la valvule mitrale.	7	11
Maladies de la valvule aortique.	1	5

Ces chiffres sembleraient montrer que, dans les cas attribuables au rhumatisme, il y a une plus grande tendance à la lésion simultanée des deux valvules et une fréquence plus marquée des maladies de la valvule mitrale.

Le tableau suivant exprime les rapports trouvés entre l'albuminurie et les lésions valvulaires:

Dans 61 cas, 22 fois maladie des reins avec urine albumineuse.
26 fois pas de maladie des reins.
13 fois traces de maladies de ces organe, plus ou moins obscure.

6° *L'hypertrophie et la dilatation* forment le dernier paragraphe, fondé sur l'anatomie pathologique. Il faut remarquer à ce sujet que le docteur Barclay a trouvé, dans tous les cas où il y avait des lésions anciennes des valvules ou du péricarde, des changements dans l'épaisseur des parois du cœur ou dans les dimensions des cavités de cet organe. Ce ne sont pas pourtant les seules causes d'hypertrophie ou de dilatation : les dégénérescences athéromateuses des tuniques artérielles exercent une influence considérable; l'albuminurie produit l'hypertrophie par un mécanisme qui n'est pas encore bien apprécié, mais qui est positif, puisque, dans 141 cas de maladie des reins observés à l'hôpital Saint-Georges, 55 fois on a rencontré l'hypertrophie du cœur et 36 fois la dilatation de cet organe, simultanément ou séparément, sur 63 sujets, ce qui donne seulement un peu plus de la moitié pour les cas dans lesquels le cœur avait conservé ses dimensions normales.

Dans une seconde partie du mémoire, l'auteur compulse un grand nombre d'observations prises d'une manière très-circonstanciée au lit des malades, et arrive, par l'analyse de ces documents, aux conclusions suivantes : Dans le plus grand nombre des cas, le rhumatisme aigu se montre avant l'âge de 25 ans, et le plus grand nombre des inflammations du cœur ont lieu entre 10 et 15 ans. Les femmes sont un peu plus sujettes au rhumatisme que les hommes, ainsi qu'aux complications cardiaques. D'un autre côté, il y a plus d'hommes que de femmes qui se sont présentés avec des maladies du cœur confirmées; cette différence est moindre lorsque la maladie est d'origine rhumatismale. Dans l'enfance et l'adolescence, presque tous les cas de maladie du cœur confirmée relèvent du rhumatisme aigu. A un âge avancé, le rhumatisme cesse presque d'être compté parmi les causes.

Nous avons voulu rapporter les principales conclusions de ce travail, qui a trait à l'une des questions les plus controversées de la médecine moderne : l'étiologie des maladies du cœur, sur laquelle l'auteur fournit quelques indications importantes, surtout au point de vue de l'influence du rhumatisme et de l'albuminurie.

DES PRINCIPAUX EFFETS QUI RÉSULTENT DU DÉTACHEMENT DES DÉPÔTS FIBRINEUX DE L'INTÉRIEUR DU CŒUR, ET DE LEUR MÉLANGE AVEC LE SANG EN CIRCULATION; par W. S. KIRKES, professeur à l'hôpital Saint-Barthélemy de Londres.

Nous rappellerons d'abord les conclusions de ce travail : 1° « Les concrétions fibrineuses des valvules ou des cavités du cœur peuvent être facilement détachées pendant la vie et mêlées au sang. 2° Quand elles sont volumineuses, elles peuvent, étant poussées avec le sang, boucher subitement une grosse artère et empêcher ainsi l'arrivée du sang à une partie importante. Quand elles sont petites, elles peuvent s'arrêter dans les vaisseaux d'un petit calibre et donner naissance, dans les organes internes, à différentes apparences morbides. Dans d'autres cas, les particules mêlées au sang peuvent être extrêmement menues, consister en des débris de fibrine ramollie et cependant en quantité suffisante pour produire un état d'*empoisonnement* du sang qui se manifeste par la production de symptômes typhoïdes ou par des phlébites. 3° Les effets produits dans ces différents cas et les organes affectés varient suivant le côté du cœur qui a fourni les concrétions fibrineuses. Si c'est le cœur droit, on trouvera dans les poumons des altérations consistant en coagula dans les artères pulmonaires et en différentes infiltrations du tissu pulmonaire. Si, comme il est le plus fréquent de l'observer, ce sont les valvules du cœur gauche qui ont fourni les concrétions, celles-ci peuvent se disperser dans un grand nombre d'organes, surtout dans ceux qui, comme le cerveau, la rate et les reins, reçoivent directement une grande quantité de sang.

On savait bien d'une manière générale que les concrétions fibrineuses qui se déposent dans les valvules du cœur dans différentes conditions morbides de l'économie, et surtout dans l'endocardite, peuvent se détacher, circuler avec le sang et s'arrêter dans les artères, mais on n'avait pas défini d'une manière exacte les phénomènes pathologiques auxquels donnent lieu ces accidents.

Les trois premières observations ont trait à des ramollissements du cerveau survenues à la suite de l'oblitération d'une des principales artères de la base du crâne par des productions fibrineuses détachées de végétations verruqueuses des valvules du cœur gauche. Deux fois l'auteur trouva en même temps des coagula dans les artères iliaques et fémorales, une fois dans l'artère rénale. Il importe de noter que les tuniques artérielles étaient saines dans toute leur étendue et même aux points où s'étaient arrêtés les coagula, tandis que les valvules aortiques étaient en partie détruites et ulcérées, et que leurs bords donnaient naissance à des excroissances molles et vasculaires. Quelque fois on trouve des coagula volumineux formés de l'adjonction de plusieurs petites masses; cet accroissement de volume a lieu alors sur place, de nouvelles concrétions étant souvent poussées vers les points où se sont arrêtées les anciennes.

On trouve assez souvent dans la rate, les reins et d'autres organes des dépôts jaunâtres d'apparence fibrineuse dont la formation n'est pas suffisamment expliquée. Sur 21 observations semblables, le docteur Kirkes a trouvé qu'il y avait dix-neuf fois maladie du cœur gauche, une fois un anévrisme de l'aorte. Ces dépôts fibrineux, attribués quelquefois à des phlébites capillaires des organes internes, étant, dans presque tous les cas accompagnés de maladie des valvules et les sujets n'ayant présenté aucun des symptômes caractéristiques de la phlébite, il y a lieu de penser que l'obstruction capillaire et l'infiltration de fibrine sont dues, dans ces cas aussi, à la maladie du cœur. Comme il s'agit ici d'un fait d'une certaine importance pathologique, rappelons que le mémoire que nous analysons a été lu à la Société médicale et chirurgicale de Londres le 25 mai 1852, et que, d'autre part, bien avant cette époque, Rokitansky et Hasse avaient insisté sur les rapports qui existent entre l'endocardite et les dépôts fibrineux. Ces pathologistes pensaient que, dans ces cas, l'endocardite agissait par les produits d'exsudation de l'endocarde qui, mêlés au sang, le rendaient plus facilement coagulable, et que cette coagulation avait lieu dans des points du système capillaire où le cours du sang était naturellement ralenti. Le docteur Kirkes pense que, dans ces cas, des noyaux fibrineux très-menus se sont arrêtés dans les capillaires et en ont causé l'obstruction. Suivant lui, la maladie procéderait, dans ces cas, comme lorsqu'on injecte dans le sang des matériaux pulvérulents qui s'arrêtent dans les poumons, la rate et d'autres organes, et produisent sur place quelquefois de petites pétéchies, quelquefois des ecchymoses plus considérables.

Viennent ensuite des cas d'un autre ordre, dans lesquels des symptômes typhoïdes, analogues à ceux de l'infection purulente, ont été observés pendant la vie concurremment avec des endocardites simples ou rhumatismales. On peut en quelque sorte établir entre ces observations et les faits précédents quelque rapprochement. Sans doute que les matières dissoutes, demi-liquides ou tout à fait désagrégées qui se mêlent au sang au début ou à la fin de certaines endocardites, peuvent donner à ce liquide une constitution qui le rapproche de l'état qu'il présente dans l'infection purulente; mais nous ferons observer que ce n'est là qu'une vue de l'esprit, et que les faits de ce genre n'ont pas encore reçu leur consécration expérimentale.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 30 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

M. ÉLIE DE BEAUMONT, secrétaire perpétuel pour les sciences mathématiques, a lu le programme des prix accordés pour l'année 1853 et des prix à décerner en 1854 et 1855.

M. COMBES, président, a ensuite pris la parole pour rappeler les pertes sensibles qu'a essuyées l'Académie dans le cours de cette année, et il a particulièrement payé un tribut de regrets à la mémoire de MM. A. de Jussieu et Arago.

La parole a été donnée ensuite à M. FLOURENS pour la lecture de l'éloge de M. de Blainville.

Voici le programme des prix décernés pour l'année 1853 et un extrait des rapports dont ils ont été l'objet.

PRIX DE STATISTIQUE.

Sur la proposition de la commission de statistique, l'Académie n'a pas décerné de prix cette année-ci ; mais elle a accordé :

Une médaille d'encouragement de la valeur de 300 fr. à M. Gustave Hubbard, auteur d'un mémoire intitulé : DE L'ORGANISATION DES SOCIÉTÉS DE PRÉVOYANCE OU DE SECOURS MUTUELS ET DES BASES SCIENTIFIQUES SUR LESQUELLES ELLES DOIVENT ÊTRE ÉTABLIES, avec une table de mortalité et une table des maladies dressées sur des documents spéciaux;

Une seconde médaille, de la valeur de 200 fr., à M. A. Lachèse, docteur en médecine à Angers, pour son ouvrage intitulé : RÉSUMÉ STATISTIQUE ET MÉ-

dical des décisions prises par le conseil de révision du département de Maine-et-Loire de 1847 a 1850;

Une mention honorable à M. Ad. Bérigny pour ses Recherches statistiques sur les conceptions et les naissances a Versailles, considérées dans leur rapport avec la population et les sexes, les années, les mois, les heures et les saisons météorologiques, et à M. le docteur F. Roubaud pour sa Statistique médicale de la France.

Grand prix des sciences physiques (proposé en 1847 pour 1849; remis au concours pour 1853 et de nouveau pour 1856.)

« Établir, par l'étude du développement de l'embryon dans deux espèces, » prises, l'une dans l'embranchement des vertébrés, et l'autre soit dans l'em- « branchement des mollusques, soit dans celui des articulés, des bases pour » l'embryologie comparée. »

L'Académie, tout en maintenant la question au concours, a accordé à M. Lereboullet une récompense de 2,000 fr. pour ses deux monographies, l'une sur le développement du brochet et de la perche, l'autre sur le développement de l'écrevisse.

L'Académie avait remis au concours, pour le grand prix des sciences physiques à décerner en 1853, la question suivante :

« Faire connaître, par des observations directes et des expériences, le mode » de développement des vers intestinaux et celui de leur transmission d'un » animal à l'autre; appliquer à la détermination de leurs affinités naturelles les » faits anatomiques et physiologiques ainsi constatés. »

L'Académie a décerné :

1° Le prix à M. J. Van Beneden, professeur à l'Université de Louvain;

2° Une mention honorable à M. Frédéric Kuechenmeister, à Zittau (Saxe), à laquelle elle joint une médaille de 1,500 fr.

3° Elle a décidé en outre que le mémoire de M. Van Beneden serait imprimé aux frais de l'Académie.

Prix de physiologie expérimentale.

Dans son rapport sur le prix de physiologie de l'année dernière, la commission faisait remarquer qu'il existe encore un certain nombre d'organes et même de systèmes d'organes dont les usages sont tout à fait ignorés ou à peine entrevus; que, dans cet état de choses, son devoir était d'encourager tous les travaux de nature à éclairer, ne fût-ce que d'une manière partielle, ces obscurités de la science.

Un motif aussi puissant détermina votre commission de 1852 à décerner le prix de physiologie aux recherches de MM. Budge et Waller sur un point particulier de l'histoire du nerf grand sympathique.

De semblables considérations ont engagé votre commission de 1853 à accorder le prix de physiologie expérimentale à M. Cl. Bernard pour des expériences qui mettent en lumière une autre propriété entièrement inconnue du système ganglionnaire.

Cette découverte consiste à démontrer, par des expériences qui ont été répétées sous les yeux de la commission, que « la portion cervicale du grand » sympathique exerce une influence manifeste sur la température des par- » ties auxquelles ses filets se distribuent en accompagnant les vaisseaux arté- » riels. »

En effet, si, après avoir vérifié au thermomètre ou par la simple application de la main la similitude de température des deux côtés de la tête d'un animal, on coupe l'un des filets cervicaux du sympathique, on constate immédiatement une élévation très-notable de température du côté de la tête où le filet a été coupé.

Cet accroissement subit de température, facile à constater dans l'oreille où il peut être de 10 à 11 degrés centigrades, persiste pendant plusieurs semaines et même pendant plusieurs mois, si, au lieu de se contenter de couper le filet, on a extirpé le ganglion cervical. L'augmentation de chaleur n'est pas limitée à la surface : elle s'étend aux parties profondes; M. Bernard l'a reconnue dans les narines, les seins, les tissus sous-cutanés et jusque dans la substance cérébrale.

Ajoutons, comme circonstance importante et liée sans doute à la production du phénomène, qu'au moment où la température s'élève dans les organes, leurs vaisseaux sanguins deviennent beaucoup plus apparents et sont évidemment dilatés par un afflux considérable de sang. Toutefois cet état des vaisseaux, très-manifeste au moment de l'opération, est loin de persister à l'égal de l'élévation de température; car dès le lendemain ou le surlendemain, ces vaisseaux se rapprochent de leur état normal, et la circulation paraît y avoir repris son cours habituel.

Telle est dans sa simplicité le fait nouveau auquel la commission a cru devoir décerner le prix de physiologie expérimentale pour l'année 1853. Ce fait, qui semble s'éloigner de tout ce qui était précédemment connu sur les sources de la calorification chez les animaux, ne nous paraît pas pour le moment susceptible d'une interprétation satisfaisante; mais on ne saurait contester que, par son caractère imprévu et son importance, il ne soit appelé à ouvrir une voie nouvelle à des recherches physiologiques qui sans doute viendront, dans un avenir plus ou moins prochain, éclairer la théorie de la chaleur animale.

Prix de médecine et de chirurgie.

Anatomie et physiologie.

L'heureuse révolution que l'histologie de Bichat introduisit dans les applications de l'anatomie à la médecine et à l'anatomie pathologique, fut le résultat de l'étude de la structure des parties, ajoutée à celle de leur forme, qui jusque-là avait trop exclusivement occupé les anatomistes. Cette étude sur l'organisation intime des organes, en donnant aux médecins un point de comparaison pris dans l'état normal, rendit plus exactes et plus précises les recherches sur les altérations dont ils sont susceptibles par suite des maladies.

Dans ces derniers temps, un pas de plus a été fait dans cette direction : des organes, on a passé à la structure des tissus et à la composition des liquides, et c'est sur des travaux de cet ordre, exécutés par MM. Kœlliker, Ch. Robin et Verdeil, Vernois et Becquerel, que la commission vient d'abord appeler l'attention de l'Académie.

Deux ouvrages de M. A. Kœlliker, professeur d'anatomie et de physiologie à l'Université de Wurtzbourg, l'Anatomie microscopique, ou l'anatomie des tissus de l'homme, et le Manuel de l'anatomie générale de l'homme, ont fixé d'une manière toute particulière l'attention de la commission.

Ce qui distingue ces travaux de M. Kœlliker, ce sont l'exactitude et la clarté des descriptions, la netteté et la solidité des discussions scientifiques. Après un aperçu général des tissus, l'auteur passe à leur étude spéciale : la peau et ses parties accessoires, les cheveux, les ongles, les glandes sudorifères, cérumineuses et sébacées, l'organisation des muscles des os, de la substance nerveuse, sont étudiées et décrites avec tout le développement que comporte l'état actuel de la science anatomique.

Dans aucun ouvrage, la structure intime du système nerveux n'est exposée d'une manière aussi nette et aussi complète : les tubes nerveux, les cellules de la substance grise, les caractères de la substance nerveuse centrale et des nerfs périphériques, la conformation particulière des ganglions encéphaliques et celle des ganglions périphériques, toutes ces parties ont été décrites avec un talent remarquable. Mais ce qui recommande plus particulièrement les travaux de M. Kœlliker à l'attention de l'Académie, ce sont ses observations originales et ses découvertes anatomiques.

Une d'elles a rendu le nom de M. Kœlliker célèbre parmi les anatomistes : nous voulons parler de la découverte d'une espèce particulière de fibres musculaires, les *fibres-cellules*, dont il a démontré l'existence dans un très-grand nombre d'organes. Ces fibres musculaires particulières, qui sont lisses et pourvues d'un noyau, existent dans le tube digestif, dans les bronches, dans les voies biliaires, dans la peau, à la base et autour des bulbes pileux, au pourtour des glandes sudorifères, dans les papilles de la bouche et de la langue, dans les villosités intestinales. M. Kœlliker a démontré aussi leur existence dans la rate, chez l'homme. Ces fibres musculaires spéciales forment même, chez plusieurs animaux, une enveloppe complète autour de cet organe. M. Kœlliker a encore constaté la présence de ces fibres musculaires dans les artères et dans les grosses veines.

Enfin M. Kœlliker a fait une série d'études très-intéressantes sur les glandes du tube digestif, sur les follicules de Lieberkuhn, sur les follicules clos et sur les organes complexes, généralement connus sous le nom de glandes de Peyer.

En résumé, à côté d'observations nouvelles et propres à l'auteur, on trouve dans les ouvrages de M. Kœlliker l'exposé le plus complet des travaux histologiques faits dans ces derniers temps.

Le Traité de chimie anatomique et physiologique de MM. Charles Robin et Verdeil appartient essentiellement à la science médicale. Cet ouvrage montre, avec tous les détails nécessaires, les nombreuses applications de la chimie à l'étude et à la connaissance des faits qui intéressent l'anatomie, la physiologie et la pathologie. Il suffit de jeter un coup d'œil sur l'ensemble de cet ouvrage et sur l'atlas qui l'accompagne, pour se convaincre combien il est aujourd'hui nécessaire d'allier la connaissance de la chimie à celle de l'anatomie et de la physiologie pour donner ensuite à la pathologie médicale le cachet scientifique dont chaque jour elle tend à s'empreindre de plus en plus.

Placés à ce point de vue, les auteurs exposent de la manière la plus complète l'état actuel de la science sur la constitution chimique des humeurs et des tissus, et font connaître quelques faits nouveaux qui leur sont propres. On leur doit une description très-exacte de l'otoconie dans le labyrinthe membraneux et de la distribution de cette poussière formée de cristaux microscopiques réguliers de carbonate de chaux, te long des canaux demi-circulaires.

Ils ont constaté que le phosphate acide de soude était une des principales causes des variations d'acidité de l'urine. Ils ont extrait des poumons un principe acide nouveau cristallisable (acide pneumique) auquel ils font jouer un rôle important dans la respiration. D'un autre côté, tout ce qui a trait à la structure et à la composition chimique des muscles, des cartilages, des os, du tissu élastique, est exposé de manière à donner les notions les plus précises sur chacun de ces tissus. Les auteurs ont en outre démontré l'existence d'une matière grasse, d'une couleur spéciale, dans la constitution des corps jaunes de l'ovaire, et ils ont éclairci plusieurs faits obscurs d'anatomie patho-

logique relatifs aux fausses membranes des membranes muqueuses et des membranes séreuses.

La recherche de la matière colorante de la bile, poursuivie dans toutes les humeurs où elle se rencontre normalement ou pathologiquement, a montré aux auteurs que cette matière pouvait, dans certains cas, devenir la cause de colorations accidentelles, rares, de la couleur bleue de quelques suppurations, par exemple. On doit encore aux auteurs des recherches intéressantes sur la pénétration dans les voies de la circulation des poussières de charbon et d'autres corps solides ingérés avec des aliments, et de nouvelles observations sur la matière noire charbonneuse des poumons, sur son origine, son accumulation, etc. MM. Charles Robin et Verdeil ont étudié avec soin la composition des calculs vésicaux, et ont démontré la présence de l'urate de magnésie dans plusieurs de ces productions morbides.

Enfin ils ont exposé, avec de nouveaux développements, un point très-important de pathologie, à savoir que, dans certaines maladies générales, les altérations du sang consistent beaucoup moins dans une variation en poids de ses principes constituants que dans une modification qualitative, se manifestant par un mode spécial de coagulation, et quelquefois par la possibilité de transmettre, par simple contact, ces altérations à des substances organiques normales.

D'après ce court exposé, on voit que l'ouvrage de MM. Charles Robin et Verdeil renferme des recherches et des études d'un ordre très-important pour la médecine scientifique, et d'une utilité incontestable pour la médecine pratique.

MM. Vernois et Becquerel, dans un travail sur la COMPOSITION DU LAIT CHEZ LA FEMME DANS L'ÉTAT DE SANTÉ ET DE MALADIE, ont examiné un grand nombre de questions du plus haut intérêt, au point de vue de l'alimentation des enfants du premier âge : ainsi ils ont étudié les diverses influences qui modifient plus ou moins la composition du lait, telles que l'âge du lait, la constitution de la nourrice, son état de primi ou de multiparité. Ils ont aussi étudié l'influence de la gestation, celle du développement des mamelles, celle des traites, de la menstruation, de la couleur des cheveux bruns ou blonds, de la bonne ou de la médiocre alimentation.

Ils ont porté leur attention sur l'état de la santé des nourrissons, suivant que la femme a beaucoup ou peu de lait, et ils ont suivi ces études chez les nourrices saines et malades ; enfin ils ont terminé leur travail par une étude générale du lait, et par l'indication des caractères qui peuvent diriger dans le choix d'une nourrice.

Cette énumération montre que les auteurs ont compris toute l'importance du sujet qu'ils se sont proposé de traiter ; mais le nombre de questions qu'ils ont embrassées dans leurs recherches est si considérable qu'ils n'ont pu présenter sur beaucoup de points que des résultats insuffisants, le nombre de cas comparables sur lesquels ont porté leurs analyses étant souvent trop petit pour qu'il soit permis d'en tirer des conclusions satisfaisantes. Ainsi il est diverses questions très-intéressantes dont la solution ne repose que sur une seule analyse du lait et même sur un lait ne provenant que d'une seule traite. D'après ces considérations, la commission engage les auteurs à continuer leurs recherches et à compléter leur travail, tout en reconnaissant l'importance des résultats qu'ils ont déjà obtenus.

Il en est de même de M. Lecanu, qui, depuis un grand nombre d'années, s'est occupé, avec autant de zèle que de succès, de l'analyse de différents liquides animaux, et spécialement du sang et de l'urine. M. Lecanu a le mérite incontestable d'avoir montré un des premiers, de quelle importance était ce genre de recherches pour éclairer la physiologie et la pathologie ; en s'y livrant, il a trouvé plusieurs faits inconnus avant lui, qui depuis sont devenus le point de départ d'autres recherches. Dans le cours de l'année qui vient de s'écouler, M. Lecanu a présenté à l'Académie un nouveau travail sur le sang, dans lequel il a fait connaître des résultats dignes d'attention, sur la composition et l'isolement des globules. Il a constaté expérimentalement, dans ces petits corps, l'existence de l'eau, qu'on n'y avait admise que par induction et indépendamment de l'hématosine, deux matières analogues, l'une à la fibrine et l'autre à l'albumine, mais qui diffèrent sensiblement de la fibrine et de l'albumine que l'on trouve dans le sérum.

Parmi les principes minéraux que l'homme et les animaux empruntent journellement au monde extérieur, pour entretenir le jeu des phénomènes de la vie, il en est qui ont plus d'importance les uns que les autres. M. Mouriès s'est occupé du phosphate calcaire, dont l'étude est très-intéressante, à ce point de vue. Après avoir calculé, d'après un grand nombre d'expériences (dont les unes existaient déjà dans la science et dont les autres lui appartiennent), les quantités de phosphate calcaire contenues dans le sang de divers animaux et les proportions de ce sel qui leur sont nécessaires pour vivre et se développer dans un état de santé parfaite, M. Mouriès arrive à cette conclusion, que le sang contient d'autant plus de phosphate de chaux qu'il appartient à des animaux chez lesquels les fonctions nutritives offrent une plus grande activité. Partant de cette donnée, M. Mouriès a été conduit à penser que le phosphate de chaux, indépendamment de son rôle dans le développement du système osseux, était un excitant de la vie générale.

M. Mouriès cherche en outre à prouver que, dans les villes, beaucoup de femmes enceintes ne trouvent pas dans les aliments la dose de phosphate de chaux nécessaire ; que le lait des nourrices des villes est moins riche en phosphate de chaux que celui des femmes de la campagne, et qu'il devient nécessaire d'introduire dans leur alimentation une certaine quantité de phosphate de chaux pour assurer le développement régulier du système osseux des enfants à la mamelle et prévenir certaines maladies du premier âge.

Les faits contenus dans le travail de M. Mouriès, bien qu'intéressants en eux-mêmes, étant limités à l'étude d'un seul des principes du sang et du lait (le phosphate de chaux), sont insuffisants pour justifier les vues qu'il a émises sur les qualités relatives du lait des nourrices des villes et des campagnes, ainsi que pour résoudre les questions difficiles et très-importantes que soulèvent les maladies des enfants du premier âge.

Toutefois, la commission a pensé que des recherches faites sur le phosphate de chaux, dans cette direction, et dans ses rapports avec les autres principes du sang et du lait, pourraient éclairer l'étiologie d'un certain nombre de maladies des enfants.

Les inspirations d'éther et de chloroforme ne se bornent pas seulement à produire des phénomènes d'insensibilité chez l'homme et les animaux ; elles peuvent encore donner lieu à d'autres modifications de l'organisme, parmi lesquelles se trouve l'apparition singulière du sucre dans l'urine. Ce fait, dont on doit la connaissance à M. Reynoso, se réalise facilement chez les animaux soumis à l'action du chloroforme. M. Reynoso a vu le même phénomène se produire chez l'homme bien portant, soumis à l'action du chloroforme.

Cette présence du sucre dans l'urine, produite par l'action du chloroforme, n'est pas un effet aussi constant de cet agent que le phénomène de l'insensibilité. Dans quelques cas, le sucre ne se montre pas dans la sécrétion urinaire, bien que les animaux soumis à l'action de l'éther ou du chloroforme éprouvent les mêmes effets anesthésiques que d'ordinaire. Ces exceptions, que l'auteur reconnaît, montrent qu'il y a encore des conditions du phénomène à étudier ; mais ces exceptions n'ôtent rien de l'intérêt très-grand qui s'attache à cette expérience.

D'après ces considérations, la commission propose d'accorder à M. Kœlliker une récompense de 2,000 fr. ; à MM. Robin et Verdeil une récompense de 2,000 fr. ; à MM. Becquerel et Vernois un encouragement de 1,200 fr. ; à M. Reynoso un encouragement de 500 fr. ; à M. Lecanu un encouragement de 500 fr., et à M. Mouriès un encouragement également de 500 fr.

PATHOLOGIE INTERNE.

L'ouvrage que M. Magnus Huss, membre de l'Académie des sciences de Stockholm, a publié en 1852, sur l'ALCOOLISME CHRONIQUE, présente le tableau effrayant des désordres graves causés par l'abus, longtemps prolongé, des liqueurs spiritueuses.

On sait jusqu'à quel point est porté l'abus des boissons alcooliques dans les régions septentrionales de l'Europe, et particulièrement en Suède. Placé depuis longtemps à la tête du plus grand hôpital de Stockholm et chargé de l'enseignement clinique, M. Magnus Huss a pu rassembler un grand nombre de faits sur l'alcoolisme chronique, qu'on observe beaucoup plus rarement en France.

Dans la première partie de son ouvrage, M. le docteur Huss expose l'ensemble des accidents produits par les liqueurs alcooliques. Il fait suivre cet exposé d'une série d'observations qui représentent très-fidèlement les formes principales et les degrés variés de l'alcoolisme chronique. Ces observations, au nombre de cinquante, et qui n'occupent pas moins de 250 pages in-8°, sont analysées par l'auteur avec une sagacité très-remarquable. Elles montrent que, sous l'influence de l'abus prolongé des liqueurs spiritueuses, l'homme peut éprouver les désordres les plus variés et les plus graves, dans l'appareil digestif, dans les reins, et surtout dans le système nerveux. Sous cette influence déplorable, l'homme prend à peine quelques aliments solides ; un tremblement se manifeste dans les mains, surtout le matin, ou lorsque le malade fait un effort ; puis surviennent des étourdissements passagers, la sensation d'un nuage ou d'un trouble momentané de la vue, souvent un peu de tremblement de la langue et d'hésitation dans la parole. Le sommeil est troublé par des rêves ; des fourmillements se manifestent dans les membres, surtout le soir ; la marche devient vacillante, et les forces musculaires diminuent d'une manière très-sensible ; surviennent ensuite de l'anesthésie, qui s'étend à des surfaces de plus en plus considérables et de véritables hallucinations. A ce degré de l'alcoolisme chronique, si le malade renonce à ses funestes habitudes, les accidents graves peuvent diminuer et même cesser entièrement : s'il y persiste, au contraire, des nausées et des vomissements se déclarent ; l'amaigrissement fait des progrès ; des convulsions passagères se manifestent ; les hallucinations deviennent plus fréquentes, les forces diminuent de plus en plus, et le malade finit par succomber.

M. Magnus Huss étudie, avec le plus grand soin, chacun des symptômes les plus ordinaires de l'*alcoolisme chronique*, qui se montrent rarement dans leur ensemble, chez un même individu. L'affaiblissement des forces musculaires atteint d'abord les doigts et de préférence le pouce, l'index et le médius. Le tremblement des mains et celui des autres parties du corps ont un caractère particulier. Les convulsions débutent ordinairement dans une jambe ou dans un bras et deviennent quelquefois épileptiformes.

M. Huss étudie, avec une sagacité remarquable, l'hyperesthésie qu'on observe dans l'alcoolisme chronique, et s'attache à la distinguer de celle qui survient dans d'autres conditions morbides du système nerveux. Elle peut être si vive à la peau, que le malade pousse des cris au plus léger contact ; d'autres fois, l'exagération de la sensibilité a lieu dans les parties profondes. L'anesthésie de l'alcoolisme débute généralement aux doigts, d'où elle peut se propager à toute l'étendue des membres ; elle présente cela de remarquable, qu'elle persiste plus longtemps que la plupart des autres accidents.

L'auteur s'attache ensuite à caractériser les troubles de la vue, de l'ouïe,

du goût, de la parole, qu'on observe dans l'*alcoolisme chronique*. Il s'efforce aussi de distinguer, par une savante analyse comparative, les hallucinations, les diverses formes de monomanie, suicide ou homicide, la stupidité et la démence produites par l'abus des liqueurs spiritueuses, des phénomènes et des maladies analogues, déterminés par des causes étrangères à l'ivrognerie.

Enfin il démontre, par de nouvelles observations, l'influence de l'alcoolisme sur la production des inflammations des organes digestifs, de la cirrhose et de la maladie de Bright (néphrite albumineuse chronique).

Des faits funestes de l'alcoolisme chronique, nous passons à l'ouvrage sur l'aliénation mentale de M. le docteur Morel, médecin de l'asile public de Maréville, dans le département de la Meurthe.

Dans ce traité, qui est un traité théorique et pratique des maladies mentales, l'auteur expose avec netteté et précision l'état présent de la science sur les aberrations de l'intelligence.

Tout en faisant une part large à la psychologie, M. Morel place la question des aliénations sur le terrain de la physiologie, et arrive, par une analyse judicieuse des faits, à cette idée qui domine tout son livre, savoir, que *l'aliénation est une maladie et n'est pas toujours le produit de l'exagération de la passion*.

L'application qu'il fait de cette vue fondamentale à la monomanie, mérite au plus haut degré de fixer l'attention des médecins et des magistrats.

Il en est de même de la démence paralytique, qui réclame plus que jamais l'attention des observateurs, afin de faire rentrer cette affection déplorable dans les cadres des maladies organiques de l'axe cérébro-spinal du système nerveux.

Mais ce qui a surtout frappé votre commission, c'est la *suppression des loges* dans un établissement qui renferme *mille* aliénés. L'auteur est arrivé à cette réforme, si utile pour les malheureux aliénés, en plaçant le malade dans un milieu où l'*irritabilité nerveuse*, qui fait la base de son état pathologique, peut être calmée et modifiée.

La fureur maniaque, qui était considérée comme un état typique, n'existe plus, dit l'auteur, à l'asile de Maréville.

L'angine laryngée œdémateuse, décrite, ou plutôt indiquée pour la première fois par Bayle, sous le nom d'*œdème de la glotte*, a été pour le docteur Sestier l'objet d'un travail sérieux, qui a fixé d'une manière toute particulière l'attention de la commission.

En rassemblant tous les faits relatifs à cette maladie, jusque-là disséminés et restés sans valeur, en y ajoutant un certain nombre d'autres faits encore inédits, M. Sestier a donné à leur ensemble une importance qu'on n'aurait pas soupçonnée; il en a tiré des conséquences que leur isolement ne permettait pas d'entrevoir, et il est ainsi parvenu à composer une monographie pleine d'intérêt scientifique et d'une grande utilité pratique dans laquelle il trace une histoire véritablement nouvelle de l'angine laryngée œdémateuse, maladie sur laquelle, avant le travail de M. Sestier, on ne possédait que des notions confuses et incomplètes. La commission a particulièrement remarqué, dans cet ouvrage, la description que donne l'auteur, des altérations qui, sur le cadavre, caractérisent ou accompagnent l'œdème de la glotte, l'indication des maladies diverses dans le cours desquelles il s'est montré, une appréciation rigoureuse de ses symptômes, ainsi que des différents traitements qu'on peut lui opposer, et spécialement des chances de succès que présente, en pareil cas, l'opération de la trachéotomie.

M. Abeille a fait pour les hydropisies et les kystes un travail analogue à celui de M. Sestier sur l'angine laryngée œdémateuse. Dans cet ouvrage, qui est une monographie complète, l'auteur donne une histoire exacte et détaillée de toutes les espèces d'hydropisies, soit internes, soit externes ; il étudie ces maladies dans les cavités séreuses naturelles, comme dans les cavités closes accidentelles, dans les parenchymes comme dans le tissu cellulaire, et partout il ajoute à l'expérience d'autrui le fruit de ses propres recherches, de son expérience personnelle. Ce qu'il dit de l'anémie albumineuse et de la cachexie paludéenne, comme cause d'hydropisie en particulier, nous a paru digne d'être pris en grande considération. Nous en dirons autant du chapitre relatif à l'origine des kystes et de l'état des viscères dans les hydropisies en général.

La thérapeutique de ces affections n'a été traitée nulle part avec autant de précision. M. Abeille étudie avec un soin extrême, dans son livre, l'action des injections iodées, et montre comment cette médication, qui a pris une si grande extension depuis dix ans, doit être conduite pour rendre les services dont elle est susceptible. L'emploi qu'il a fait de la gomme-gutte lui a permis de distinguer, dans cette résine, deux propriétés assez distinctes, qui la rendent précieuse dans le traitement des épanchements séreux.

La commission a également remarqué le traité de M. le docteur Bouchut sur les maladies des nouveau-nés. Ce traité contient un assez grand nombre de résultats nouveaux qu'il a obtenus en se livrant à des recherches assidues sur ces maladies pendant plusieurs années.

Nous citerons en particulier : 1° ses observations sur la pneumonie des nouveau-nés, où il montre l'importance qu'il y a à étudier, dans cette maladie, la manière dont se fait l'expiration ; 2° une séméiologie complète de la méningite granuleuse, ainsi que des faits nouveaux relatifs à l'influence des maladies sur la croissance des enfants, et réciproquement à l'influence de la croissance sur la production des maladies ; 3° des recherches sur la syphilis héréditaire chez les nouveau-nés, sur la transmission des accidents secondaires de cette maladie des enfants à leurs nourrices, et sur l'infection générale qui en résulte ultérieurement pour celles-ci ; 4° des exemples, chez les nouveau-nés, de la phthisie granuleuse de Bayle, où l'auteur a trouvé, à l'aide du microscope, que certaines granulations miliaires du poumon sont exclusivement composées de cellules épithéliales et d'éléments fibro-plastiques, sans qu'on puisse y trouver les éléments du tubercule.

Nous signalerons encore un travail rempli de faits peu connus, sur la fièvre intermittente des jeunes enfants, que ce travail apprend à diagnostiquer d'une manière plus sûre; enfin, de nouvelles recherches sur le muguet, et sur l'hémorrhagie intestinale des nouveau-nés.

Le *bouton d'Alep* est une affection peu connue en Europe; M. le docteur Willemin, qui pendant plusieurs années a rempli en Orient les fonctions de médecin sanitaire, a profité de son séjour dans cette contrée pour l'étudier avec soin, et il a adressé à l'Académie une excellente monographie sur cette maladie. A la description très-exacte qu'il en a faite, l'auteur a joint un ensemble de dessins qui mettent en lumière ses différents degrés, ainsi que les caractères particuliers qui la distinguent.

En conséquence, et d'après les considérations précédemment exposées, la commission propose d'accorder à M. Magnus Huss une récompense de 2,000 fr.; à M. Morel, une récompense de 2,000 fr.; à M. Sestier, 2,000 fr.; à M. Abeille, 2,000 fr.; et à MM. Bouchut et Willemin, une récompense de 1,000 fr. à chacun d'eux.

MALADIES SYPHILITIQUES.

Trois ouvrages relatifs aux maladies syphilitiques ont fixé, d'une manière spéciale, l'attention de vos commissaires.

De ces trois ouvrages, le premier, qui embrasse dans son ensemble tout cet ordre de maladies, est dû à M. le docteur Vidal (de Cassis); le second, qui ouvre une étude nouvelle sur l'influence du virus syphilitique dans les organes internes, appartient à M. le docteur Gubler, et dans le troisième, M. le docteur Bassereau ramène les observations sur des vues anciennes, relatives à la transmissibilité de ces affections.

Attaché successivement, comme chirurgien, à deux hôpitaux spécialement consacrés au traitement des maladies vénériennes, M. Vidal (de Cassis), éclairé par une longue expérience, parfaitement instruit des découvertes de ses devanciers et de ses contemporains, a exposé avec beaucoup de talent, dans un traité *ex professo*, les faits, les pratiques, les théories mêmes dont se compose aujourd'hui le domaine de la syphiliographie.

L'auteur a décrit avec une exactitude remarquable les accidents primitifs et les accidents secondaires de la syphilis, et les formes si nombreuses et si variées qu'ils présentent. Le mode particulier d'évolution de ces diverses affections, leurs caractères spéciaux, leur gravité relative, les méthodes de traitement les plus accréditées, applicables à chacune d'elles, tous ces points ont été traités avec une netteté et une précision dignes d'éloges. Aucun fait important n'a été négligé, et les recherches les plus récentes sur les affections syphilitiques des viscères ont été signalées avec la réserve que commandent de premières observations, de premiers aperçus.

Enfin, les observations de l'auteur ont contribué fortement à résoudre, dans le sens des contagionistes, la question si grave et si vivement controversée de la transmissibilité des accidents secondaires.

Lors de l'invasion de la syphilis en Europe, ce fut une opinion assez générale, que cette maladie pouvait déterminer des lésions plus ou moins graves dans les viscères. Cette opinion ne comptait plus qu'un petit nombre de partisans au commencement du dix-neuvième siècle; mais, dans ces derniers temps, les recherches d'anatomie pathologique s'étant multipliées, des observations assez nombreuses sont venues témoigner de l'existence de certaines lésions du foie, du thymus, des poumons, du cœur, du cerveau, chez des individus atteints de syphilis constitutionnelle.

Les recherches de M. Gubler, SUR UNE NOUVELLE AFFECTION DU FOIE LIÉE A LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE CHEZ LES ENFANTS DU PREMIER AGE, ont contribué à rappeler l'attention des observateurs sur une des questions les plus graves de la pathologie. L'altération du foie qu'il a rencontrée et étudiée chez les jeunes enfants syphilitiques, est caractérisée par la présence d'éléments fibro-plastiques et d'un liquide albumineux analogue au sérum du sang, substances qui infiltrent le parenchyme du foie, dont ils dissocient et atrophient même les éléments propres. Cette altération peut être générale, ou peut n'occuper qu'une portion très-restreinte du foie. Dans le tissu altéré, on découvre une quantité considérable, quelquefois énorme, d'éléments fibro-plastiques, à tous les degrés d'évolution, au milieu desquels les cellules du parenchyme sont dispersées et, pour ainsi dire, noyées. La proportion de ces éléments fibro-plastiques par rapport à ceux du tissu propre de l'organe varie suivant que l'altération est plus ou moins avancée. Par suite de la production de ces éléments de nouvelle formation, les portions envahies acquièrent une consistance et une élasticité remarquables et une teinte jaunâtre qui les distinguent au premier abord des parties restées saines. M. Gubler a pu constater que les vaisseaux de ces parties altérées se rétrécissent et deviennent imperméables aux injections les plus fines.

Malheureusement il est impossible aujourd'hui d'indiquer des signes positifs à l'aide desquels on puisse reconnaître pendant la vie l'affection du foie des jeunes enfants syphilitiques, condition indispensable pour la combattre à l'aide d'un traitement efficace; néanmoins son existence peut être regardée comme très-probable, lorsqu'on trouve réunis des troubles graves des fonctions digestives avec une chloro-anémie bien caractérisée et une augmentation du volume et de la consistance du foie chez un jeune enfant qui offre à l'extérieur des traces de syphilis.

M. Bassereau, dans son TRAITÉ DES AFFECTIONS DE LA PEAU SYMPTOMATIQUES

DE LA SYPHILIS, a exposé comment il a été amené, par de nombreuses observations cliniques, à envisager d'une manière particulière certaines manifestations de la syphilis. M. Bassereau a cherché à établir qu'il y avait *deux espèces* d'ulcères vénériens : dans l'une, le mal reste constamment local, chez tous les individus qui le contractent successivement les uns des autres ; dans l'autre, au contraire, le mal est constamment ou presque constamment suivi d'accidents secondaires, et cela chez tous les individus qui se le sont successivement communiqué. M. Bassereau assure avoir pu suivre de ces maladies, transmises avec leurs caractères spéciaux, jusqu'au huitième et au dixième individu. L'auteur affirme en outre que tous les enfants observés par lui, et qui offraient des symptômes syphilitiques précoces, descendaient de parents atteints, au moment où les enfants furent conçus, des symptômes d'une syphilis récente, et que les enfants atteints, peu de temps après leur naissance, de syphilides profondes ou d'exostoses, étaient issus d'un père ou d'une mère affectés de syphilis invétérée, et il en conclut que les parents infectés transmettent à leurs enfants des accidents syphilitiques du même ordre que ceux dont ils sont atteints.

Quoique les résultats obtenus et signalés par M. Bassereau ne puissent être admis sans de nouvelles études, néanmoins ils méritent l'attention des observateurs, et nous invitons l'auteur à en poursuivre la vérification.

En conséquence, la commission propose d'accorder à M. Vidal (de Cassis) une récompense de 2,000 fr., et un encouragement de 1,000 fr. à MM. Gubler et Bassereau.

PATHOLOGIE EXTERNE.

A l'aide de recherches spéciales et d'observations exactes, M. Giraldès a introduit dans la science un fait nouveau. Cet anatomiste distingué a effectivement démontré que la maladie communément admise sous le titre d'*hydropisie du sinus maxillaire* est le plus souvent, si ce n'est toujours, constituée par un ou plusieurs kystes ayant des follicules muqueux pour point de départ.

Étudiant les suites de l'opération de la cataracte par abaissement, au point de vue de l'anatomie pathologique, M. Gosselin a montré et décrit, mieux qu'on ne l'avait fait jusque-là, les désordres et les changements, soit médiats, soit immédiats, qui s'opèrent dans l'œil des malades soumis à l'action de l'aiguille dans l'opération de la cataracte.

D'après ces considérations, nous proposons à l'Académie d'accorder à M. Giraldès une récompense de 1,500 fr., et un encouragement de 1,000 fr. à M. Gosselin.

HYGIÈNE ET MATIÈRE MÉDICALE.

Sous le titre modeste d'HISTOIRE NATURELLE DES DROGUES SIMPLES, M. Guibourt a publié un excellent ouvrage en 4 volumes, qui renferme les notions les plus précises sur l'état présent de nos connaissances sur cette branche de la matière médicale.

C'est sur les matières mêmes et sur leur application à la médecine que l'auteur a recueilli les renseignements les plus exacts sur la véritable nature et la provenance réelle, trop souvent erronée, des substances qu'il a parfaitement caractérisées. Ses recherches consciencieuses ont été éclairées par ses visites et ses correspondances avec les principaux droguistes de l'Europe et les négociants des ports de mer.

C'est un ouvrage très-utile à la médecine et qui fait honneur à la science française.

Dans un traité complet de la vieillesse, feu M. Reveillé-Parise examine successivement cette époque de la vie sous les rapports *physiologique, pathologique* et *hygiénique*.

Dans la partie physiologique, il y a une étude remarquable des âges, sujet dont on s'est beaucoup occupé anciennement, mais qui a été très-négligé de nos jours, et qui avait besoin d'être revu.

A propos de la constitution physiologique de la vieillesse, l'auteur a une opinion particulière. Il pense que « le déclin général commence par le déclin » du poumon, de l'appareil de la respiration, de l'hématose, et que c'est là » l'origine première, le point de départ de la vieillesse. »

Cette opinion ne paraît point admissible. La vieillesse est un phénomène général, qui atteint l'ensemble de nos organes, qui, selon la constitution individuelle, se fait sentir plus tôt ou plus tard sur les différents organes.

La partie hygiénique est remplie de conseils dictés par une longue et judicieuse expérience, et rappelle l'excellent livre de l'auteur sur l'HYGIÈNE DES GENS DE LETTRES.

M. Reveillé-Parise était à la fois un médecin, un savant, un homme de lettres. Il a laissé plusieurs écrits remarquables, dont celui-ci est peut-être le plus utile.

Enfin, les recherches sur les eaux minérales des Pyrénées, par M. Fontan, ont appelé l'attention de votre commission par l'importance des questions qu'elles soulèvent, et l'intérêt des faits qui y sont indiqués. Ce travail, d'ailleurs, est déjà connu de l'Académie, par un rapport favorable qui lui a été fait par une commission nommée dans son sein, et qui a engagé l'auteur à continuer ses recherches.

En conséquence, nous proposons d'accorder à M. Guibourt une récompense de 2,000 fr.; à feu M. Reveillé-Parise et à M. Fontan une récompense de 1,000 fr. à chacun d'eux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

SÉANCE DU 31 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. BACQUART.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Trois rapports du médecin des épidémies de l'arrondissement de Melun, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans les communes de Chaumes, Crisenoy et le Châtelet, depuis le mois de mai jusqu'au mois d'octobre dernier.

2° Un rapport de M. le docteur Johert (de Guyonvelle) sur une épidémie de fièvre catarrhale muqueuse qui a régné dans la commune de Chezeaux pendant les mois de mars et d'avril 1853.

3° Un rapport de M. le docteur Zambert sur les eaux minérales de Guillon (Doubs), pour l'année 1853.

4° Diverses lettres relatives à des remèdes secrets.

— M. BONNAL, médecin aide-major à l'hôpital militaire de Toulon, soumet à l'Académie un nouveau procédé de ligature artérielle du tronc thoraco-brachial. (Comm. : MM. Malgaigne, Jobert.)

— M. MOURIÈS, à propos de la réclamation de M. Piorry contre l'oubli dont il s'est rendu coupable, en ne citant pas ses travaux sur le phosphate de chaux employé en médecine, fait observer que s'il n'a pas mentionné ces travaux dans son travail, c'est que n'ayant ni le désir ni la possibilité d'étudier ce sel dans ses rapports avec la pathologie et la thérapeutique, il est exclusivement resté dans le domaine de la physiologie et de l'alimentation à l'état normal. C'est cette même raison qui lui a fait aussi passer sous silence les travaux de M. J. Guérin.

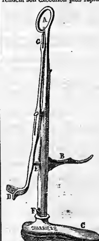
— M. DUROY demande qu'on renvoie à la commission qui s'occupe en ce moment de son travail sur l'iode, la petite note ci-incluse sur un procédé pour l'inhalation de l'iode. (Comm. nommée.)

— M. BARTH se porte candidat à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

NOTE SUR UN NOUVEL AMYGDALOTOME FONCTIONNANT A L'AIDE D'UNE SEULE MAIN.

M. MAISONNEUVE lit la note suivante :

Entre les mains les plus habiles, l'amputation des amygdales est souvent une opération délicate, surtout quand les malades ne s'y prêtent qu'avec répugnance ; aussi depuis longtemps a-t-on senti l'utilité des instruments qui rendent son exécution plus rapide et plus simple.



L'amygdalotome de Fanestock a, sans ce rapport, rendu d'éminents services ; malheureusement il exige pour la manœuvre l'emploi simultané des deux mains, de sorte que le chirurgien éprouve souvent de l'embarras à s'en servir quand le malade oppose la moindre résistance.

Nous avons pensé qu'on pourrait obvier à cet inconvénient en combinant le mécanisme de l'amygdalotome, de manière à ce qu'une seule main pût le manœuvrer facilement ; pour résoudre ce problème, nous avons fait appel à l'habileté de M. Charrière fils, qui, digne héritier du génie inventif de son père, a su réaliser notre pensée de la manière la plus simple et la plus ingénieuse.

Cet instrument se compose :

1° D'une tige cylindrique longue de 30 centimètres terminée en avant par un anneau ovoïde de 4 centimètres d'ouverture ; cette tige et cet anneau sont horizontalement fendus dans toute leur longueur, en deux parties égales. Dans leur intervalle glisse une autre tige plate terminée d'un côté par un anneau A tranchant dans sa concavité ; de l'autre par une forte languette verticale B. Un manche volumineux C l'articule par un cliquet F à la tige cylindrique.

2° A la face supérieure de l'instrument est adapté une tige accessoire dont l'extrémité antérieure G se bifurque en forme de fourchette, et la postérieure recourbée en haut présente un demi-anneau D à surface rugueuse.

3° Enfin, à la face inférieure de cette même tige existe une languette verticale E, longue d'un centimètre, qui glisse dans une rainure correspondante creusée sur la face supérieure du corps de l'instrument.

Pour se servir de cet instrument, le chirurgien le saisit de manière que

son manche C appuie dans la paume de la main, où le fixent les deux derniers doigts. En même temps, l'index et le médius sont allongés pour saisir la languette ou détente verticale B, tandis que le pouce, fortement fléchi, appuie par son extrémité sur le demi-anneau D de la tige accessoire.

Dans cette position, l'instrument est porté dans la bouche, et par son anneau A embrasse l'amygdale malade. Alors, en allongeant le pouce, le chirurgien fait glisser en avant la tige accessoire dont la fourchette G embroche la glande et l'écarte par un mouvement de bascule, pendant que l'anneau tranchant devenu libre est entraîné en arrière par la pression que les doigts index et médius exercent sur la détente verticale B, et coupe d'un trait l'amygdale à sa base.

Outre la facilité de la manœuvre, cet instrument a l'avantage de se démonter avec la plus grande facilité.

— M. le Président annonce à l'Académie qu'elle vient de faire une nouvelle perte dans la personne de M. Héricart de Tury, l'un de ses membres associés libres.

VARIÉTÉ SPÉCIALE DE FOLIE A DOUBLE FORME, CARACTÉRISÉE PAR DEUX PÉRIODES RÉGULIÈRES, L'UNE D'EXCITATION, L'AUTRE DE DÉPRESSION.

M. Baillarger lit un mémoire sur une variété spéciale de folie qu'il propose de désigner sous la dénomination de folie à double forme. Elle est caractérisée par deux périodes régulières, l'une d'excitation et l'autre de dépression.

Cette maladie se reproduit le plus souvent d'une manière intermittente. La durée des accès est extrêmement variable. Il en est qui parcourent leurs deux périodes en huit jours, six jours, ou même en deux jours; d'autres fois l'accès se prolonge deux, trois, quatre mois. Les cas les plus nombreux sont peut-être ceux dont la durée est d'une année. Le malade passe alors six mois dans la dépression mélancolique et six mois dans l'excitation maniaque.

La transition d'une période à l'autre est brusque et rapide dans les accès courts. Elle a lieu ordinairement pendant le sommeil.

Dans les accès qui durent une année, la transformation des deux états se fait très-lentement et par degrés insensibles. Il arrive même un moment où une sorte d'équilibre s'établit dans l'exercice des facultés intellectuelles, et le malade semble entrer en convalescence. Cependant si le délire proprement dit a disparu, le retour à l'état antérieur est encore loin d'être complet. Quinze jours ou un mois plus tard, la seconde période éclate. Plus d'une fois, quand il s'agissait d'un premier accès, on a pris pour une convalescence réelle cet état de transition.

Entre les deux périodes, les malades sortis des hospices ont été presque immédiatement ramenés, en proie à une violente agitation maniaque. M. Baillarger signale plusieurs erreurs de ce genre, car on manque encore d'éléments certains de diagnostic pour prévoir la seconde période, quand il s'agit d'un premier accès.

La durée des intermittences est très-variable; elle peut être de quelques jours ou de plusieurs mois; quelquefois les malades n'ont eu qu'une sept ou huit accès dans l'espace de dix ou douze ans.

Quelquefois il n'y a pas d'intermittence et les accès se succèdent sans interruption. La maladie peut alors être comparée à une longue chaîne dont chaque accès formerait un des anneaux.

Les malades passent leur vie dans des alternatives régulières d'excitation et de pression, de tristesse et de gaieté, sans jamais s'arrêter à l'état d'équilibre qui constitue la santé.

Ce qui caractérise surtout la folie à double forme, ce qui sert à la distinguer des agitations irrégulières observées quelquefois au début, à la fin ou dans le cours de la mélancolie, ce sont les rapports d'intensité et de durée qu'on constate entre les deux périodes.

L'excitation maniaque est en effet d'autant plus violente que la dépression mélancolique a été plus profonde.

Dans les accès très-courts, la durée de chaque période est égale. Le même rapport existe encore avec une légère différence dans les accès qui se prolongent plusieurs mois ou même une année.

Les symptômes dans la période maniaque consistent bien plus souvent en des impulsions instinctives qu'en des conceptions délirantes proprement dites; on observe la nymphomanie, le satyriasis, la dypsomanie, des impulsions continuelles à des actes de méchanceté.

Quant au traitement, M. Baillarger cite un cas dans lequel la saignée pratiquée plusieurs mois de suite au milieu des intervalles menstruels a fait cesser chez une jeune fille la période maniaque, encore la période mélancolique a persisté et revient par accès.

CAS DE MORT SURVENU A LA SUITE DU CATHÉTÉRISME UTÉRIN.

M. Paul Broca lit une note sur un cas de mort survenue à la suite du cathétérisme utérin.

Séduit comme tant d'autres par les dehors brillants de la nouvelle méthode, M. Broca crut devoir y recourir trois fois. Plusieurs de ses malades présentaient des déviations utérines et la plupart n'en souffraient pas; mais chez trois d'entre elles il y avait un cortége de symptômes assez sérieux pour légitimer l'intervention de l'art. Il résolut de faire profiter ces trois malades des bienfaits de la méthode Simpson, dont les succès nombreux n'étaient encore, à sa connaissance, contre-balancés par aucun revers.

Sur ses deux premières malades, il ne survint aucun accident. L'une d'elles était atteinte d'antéversion et l'autre de rétroflexion. Au bout d'une semaine leur état n'avait encore subi aucune amélioration importante. M. Broca ne peut dire ce qui serait advenu plus tard, car le traitement fut interrompu, les accidents développés sur sa troisième malade ayant brusquement diminué la confiance que lui inspirait la nouvelle méthode.

M. Broca rapporte ici en détail l'histoire de cette troisième malade. Il s'agit d'un cas d'antéversion chez une femme qui avait eu jadis des accidents de péritonite. M. Broca ayant fait l'application de la sonde utérine réitérée chaque jour pendant cinq minutes, le cinquième jour il survint une péritonite, puis un étranglement interne suivi de mort.

Des détails d'anatomie pathologique exposés par M. Broca, il résulte qu'il y a eu deux péritonites, l'une ancienne remontant à une époque inconnue, l'autre récente, provoquée, selon toutes probabilités, par les cathétérismes pratiqués sur l'utérus quinze jours avant la mort. Cherchant ensuite à préciser le rôle de ces deux péritonites et des adhérences qu'elles ont déterminées dans la production de l'étranglement interne qui a entraîné la malade au tombeau, M. Broca résume en ces termes la discussion à laquelle il se livre à cet égard:

La sonde utérine introduite quatre fois en cinq jours et maintenue en place cinq minutes chaque fois détermine sans aucune action traumatique, par le simple contact de l'instrument, une métrite qui débute le 11 octobre. L'inflammation semble avoir pris naissance au niveau de l'angle droit de l'utérus. Le lendemain elle a déjà gagné le péritoine. Cette péritonite, combattue dès son début, cède promptement. Les phénomènes inflammatoires disparaissent le 15 octobre, et tout permet de croire que le danger est passé. Mais bientôt de nouveaux accidents débutent. La péritonite est guérie, mais elle laisse des adhérences, et celles-ci gênent d'une manière croissante la circulation des matières fécales. L'obstruction intestinale qui a déterminé la mort a donc été favorisée par une lésion ancienne; mais on ne saurait méconnaître dans sa production l'influence de l'inflammation péritonéale provoquée par le cathétérisme utérin. On peut être tenté de dire que le fait précédent, quelque malheureux qu'il soit, ne dépose pas contre la méthode nouvelle de redressement intra-utérin; qu'en définitive la péritonite provoquée par l'opération a été bien légère, puisqu'elle a promptement cédé à un traitement convenable.

J'accorde, ajoute M. Broca, qu'en effet dans le cas actuel la péritonite a été légère; mais il suffit qu'il y ait eu péritonite pour qu'on doive cesser de considérer le cathétérisme utérin comme un moyen inoffensif.

Ce fait, malgré les circonstances atténuantes qui l'accompagnent, me semble de nature à faire faire sur l'opération nouvelle de sérieuses réflexions. L'autopsie a prouvé que la muqueuse utérine était entièrement intacte, et que sans la moindre déchirure, sans la moindre lésion de cette membrane, l'inflammation pourrait être le résultat du simple contact des instruments et gagner de là le péritoine.

D'autres faits analogues ont été recueillis. Je suis autorisé à annoncer ici que MM. Aran et Nélaton ont perdu chacun une malade à la suite de l'application du redresseur, et que M. Cruveilhier a observé un troisième fait qui s'est également terminé par la mort. Dans ces trois cas, les malades ont succombé à une péritonite aiguë. Ces accidents sont-ils les seuls qui aient été observés? Il est permis de croire que non, et j'espère qu'à l'avenir les chirurgiens, prévenus de la possibilité de pareils accidents, ne se décideront qu'avec la plus grande réserve à employer un moyen qui donne de semblables déceptions.

(Commissaire: MM. Robert, Huguier, Depaul.)

M. Velpeau demande la parole à l'occasion de la communication de M. Broca.

M. Velpeau rappelle qu'il a eu jadis aussi l'idée de chercher à redresser l'utérus au moyen du cathétérisme, et qu'il a mis cette idée en pratique il y a de cela quinze à vingt ans; et c'est précisément parce qu'il a employé ce moyen qu'il est en mesure de dire aujourd'hui là-dessus son opinion. Or il résulte des essais qu'il a faits à cette époque, essais qu'il a renouvelés depuis, à l'occasion des résultats annoncés par MM. Simpson et Valleix, que ce moyen n'a que des avantages précaires, qu'il ne remédie que momentanément à la déviation utérine, qui, en raison de la mobilité et des dispositions spéciales de cet organe, tend incessamment à se reproduire, et qu'il a en outre des inconvénients réels. Ainsi, sur cinq femmes auxquelles il en a fait l'application lors de ses premiers essais, deux ont eu des accidents de métropéritonite. Il pense donc, en définitive, qu'un moyen qui donne lieu à des accidents sérieux, d'une part, et qui, d'autre part, ne produit que des résultats temporaires, ne saurait être encouragé.

M. Moreau partage entièrement l'avis de M. Velpeau sur ce point. Il a essayé aussi, il y a une vingtaine d'années, avec M. Amussat, l'emploi d'un moyen analogue à celui dont il s'agit. Il en est résulté des accidents tels, que dès ce moment il a jugé que ce moyen avait plus d'inconvénients que d'avantages. M. Moreau se félicite que la lecture de M. Broca ait soulevé cette question.

— M. Chatin lit la suite de ses recherches sur l'iode dans les eaux, le sol et les produits alimentaires de diverses contrées de l'Italie et du midi de la France.

— L'Académie a procédé, dans cette séance, au scrutin pour la désignation d'un membre qui devra être momentanément adjoint à la section d'anatomie

pathologique constituée en commission d'élection. La majorité des suffrages s'est portée sur M. Grisolles.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU MIDI APPLIQUÉE A L'HYDROLOGIE. Congrès de Toulouse. — 1853.

On a dit trop sévèrement, mais avec un certain degré de justesse cependant : Paris n'a que des faits, Montpellier n'a que des idées, Strasbourg n'a ni l'un ni l'autre. Nous voudrions ne pas craindre que les deux Sociétés d'hydrologie qui viennent de se former, l'une dans le Midi, l'autre à Paris, n'eussent un avenir destiné à perpétuer ces qualifications. Pour dire notre pensée sans réticence, il est plus facile à Montpellier, l'école des principes et des idées, d'avoir des faits, qu'à Paris, l'école de l'observation physique et du numérisme des symptômes, de s'élever à la généralisation et d'avoir des croyances. Bordeu, belle organisation méridionale, a su montrer qu'on peut réunir les deux. Ce professeur passa de longues années à parcourir les eaux thermales, à y rassembler les faits accumulés depuis longtemps, à les commenter et à les discuter, séance tenante, avec les médecins qui les avaient recueillis et les malades qui en avaient été l'objet. L'ascendant de ses mérites était tel, qu'il pouvait grouper autour de lui tous les gens aptes à lui fournir des documents et présider ainsi une sorte de congrès.

Ces observations faites sur place ont incontestablement bien plus de valeur que les rapports envoyés à l'Académie impériale de Paris par les médecins inspecteurs, et cela à beaucoup de titres : et d'abord on peut en éclaircir de suite les points douteux, discuter, compléter, contrôler ; en second lieu, non-seulement les médecins inspecteurs, mais les autres praticiens de la localité concourent à l'œuvre ; enfin, grâce à l'intervention de ceux-ci, on peut souvent suivre des malades que les inspecteurs eussent perdus de vue.

L'Académie reçoit des rapports souvent incomplets des médecins inspecteurs, et quelquefois un certain nombre ne lui sont pas même adressés. Ceci est un peu la faute du gouvernement. Les places d'inspecteur étant de son choix et officielles, il a le droit d'exiger ce qu'il veut des titulaires, et rien ne l'empêche de les mettre sous la direction de l'Académie. Mais besogne forcée ne valut jamais rien. Ce que l'association libre produira sera peut-être de meilleur aloi.

Chaque inspecteur, dans sa sollicitude paternelle ou intéressée pour sa source, vante ses vertus et mérites, et tous ces panégyriques arrivent ainsi parés devant l'Académie. Si tous les inspecteurs et une partie des praticiens d'un pays se réunissent pour l'avancement de l'hydrologie, chaque source aura son avocat et ses patrons; force sera bien alors d'entendre chacun pour son compte, en concurrence avec son voisin; on discutera beaucoup, on se disputera même peut-être, mais enfin chaque source finira bien par se faire son domaine n'empiétant pas sur les autres comme sans entamure par ses voisins, ce qui revient à dire qu'on arrivera peut-être bien à juger et apprécier les faits, à leur accorder leur valeur légitime, mais rien au delà.

Pour atteindre ce but, pour maintenir la société, la faire prospérer, la faire aboutir, il lui faut une forte organisation. Les sociétés médicales de province ont généralement assez de mal à vivre, comment pourra subsister une société roulant sur une spécialité seulement? Il lui faudra un intérêt autre que l'intérêt scientifique; sous ce rapport, il est heureux qu'il lui soit acquis. Il est une autre condition encore, c'est qu'il y ait un ou plusieurs hommes d'activité, qui se dévouent à cette cause, concentrant leurs forces vives pour son triomphe, et lui infiltrant pour ainsi dire un peu de leur existence. S'il n'y a pas une main ferme, un esprit puissant, une activité incessante pour maintenir tous ces éléments, pour les faire collaborer à la même œuvre, pour féconder les produits bruts amassés par les individus, la société d'hydrologie ne sera qu'un beau rêve conçu sous le ciel du Midi. Nous lui souhaitons, nous dirons plus, nous espérons un tout autre avenir pour elle.

Nous avons vu avec plaisir que l'étude des eaux minérales ne comprenait pas seulement pour elle l'analyse chimique et les propriétés physiques, mais que toute la matière de l'hygiène, le géologie, la topographie médicale, la pathologie, la thérapeutique rentraient dans son cadre. Un élément isolé ne peut conduire à la connaissance des effets qu'on peut attendre du séjour dans une localité où non-seulement on se baigne dans l'eau thermale, mais où l'on respire aussi un certain air, on habite certain site, on subit les influences de tel ou tel règne météorologique.

A la suite du congrès de Toulouse fut créée une société générale hydrologique, sous la présidence de M. le professeur L. Boyer, société qui se décomposera en sections ou sociétés dont deux sont déjà constituées, à savoir : celle de Toulouse, sous la présidence de M. Dassier, directeur de l'école, et celle de Bordeaux, sous la présidence de M. Pouger, médecin inspecteur des bains de mer de Royan. On s'occupe actuellement de faire un règlement. Les congrès seront bis-annuels, et le congrès fonctionnant aura soin d'appeler l'attention de chaque section sur les principaux points vers lesquels ses travaux devront être dirigés.

VARIÉTÉS.

— Quelques cas de choléra se sont encore présentés dans les hôpitaux et en ville du 23 au 31 janvier. On en a compté six dans les hôpitaux ; la moitié s'était déclarée dans l'intérieur.

Du reste, il n'y avait plus que 52 malades en traitement. Depuis le commencement de l'épidémie, sur 980 cas en tout, 503 malades sont sortis guéris, et le nombre des décès a été de 453.

— Par décret du 25 janvier, M. Maher (Charles-Adolphe), second chirurgien en chef au port de Lorient, a été nommé premier chirurgien en chef à Rochefort, en remplacement de M. Laurencin, décédé.

Par un autre décret du même jour, M. Duval (Ange-Eugène), chirurgien, professeur à Toulon, a été nommé second chirurgien en chef à Lorient, en remplacement de M. Maher.

— Le jury de concours pour les trois places de médecin vacantes au bureau central des hôpitaux et hospices est définitivement constitué. Ce jury se compose de MM. Rayer, Hervez de Chégoin, Trousseau, Béhier, Cazenave, Chassaignac, Lenoir, titulaires, et de MM. Requin et Bérard, suppléants.

Les candidats inscrits sont : MM. Bernard (Ch.-Paul), Boivin, Boucher de la Ville-Jossy, Caillault, Cahen, Chammartin, Champeaux, Clairin, Davasse, Deslouches, Frédault, Gabalda, Guibout, Hervieux, Labric, Laillier, Lasègue, Lemaestre, Leudet, Matice, Mesnet, Milcent, Ozanam, Pioget, Poterin du Motel, Racle, Richard, Segond, Simonet, Trumet, Woillez.

— L'Académie de médecine vient encore de perdre un de ses membres associés libres, en la personne de M. Héricart de Thury.

— M. le docteur Bouchet, médecin en chef de l'hospice général de Saint-Jacques, à Nantes, vient de mourir.

— On assure que le nouvel hôpital qui vient d'être construit au nord de Paris, près de la barrière Poissonnière, sera ouvert le 1er mars.

On vient de placer au portail l'inscription suivante en lettres de bronze sur marbre blanc : *Hôpital de Lariboissière.*

On plante la cour, on met les lanternes aux candélabres, on achève de border et de macadamiser les chaussées; on organise l'ameublement. On dispose enfin la chapelle où une messe d'actions de grâces sera dite le jour de l'inauguration de ce magnifique établissement.

— L'ouverture projetée de trois pavillons à l'hôpital Lariboissière va encore être ajournée, par suite d'un accident arrivé aux calorifères, qui ne peuvent fonctionner quant à présent.

— La Société de médecine de Gand vient d'accorder à M. le docteur R. Faillot, médecin à Saint-Laurent-d'Aigouze, une mention honorable et le titre de membre correspondant, pour un mémoire envoyé par notre habile confrère au concours établi par cette société savante.

— Nous extrayons les détails suivants de l'ANNUAIRE MÉDICAL ET PHARMACEUTIQUE DE LA FRANCE, pour 1854, par M. le docteur Roubaud :

La population de Paris est de 1,053,262. Pour soigner cette population, Paris renferme 1,351 docteurs, 164 officiers de santé et 446 pharmaciens : par conséquent on compte : 1 docteur sur 779 ; 1 officier de santé sur 6,442 ; 1 pharmacien sur 2,531. Si l'on rapproche ces chiffres de ceux que donne la province, on conviendra que Paris est extrêmement riche en médecins et en pharmaciens. La statistique de la France m'avait donné, dit M. Roubaud, pour les médecins (docteurs et officiers de santé réunis), 1 sur 1,940 habitants, et pour les pharmaciens, 1 sur 6,914. A Paris, les docteurs et les officiers de santé réunis sont, avec les habitants, dans la proportion de 1 sur 695. Ainsi, pour que la population entière de la France eût à son service autant de médecins et de pharmaciens que la population de Paris, il faudrait tripler le nombre des médecins et des pharmaciens qui existent aujourd'hui dans notre pays.

— L'Institut médical de Valence (Espagne), dans la séance du 19 décembre dernier, a nommé membre correspondant M. Magne, médecin oculiste des crèches du département de la Seine, auteur de nombreux travaux sur les maladies des yeux.

— La séance générale annuelle de l'Association des médecins de la Seine a

en lieu dimanche dernier, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Le compte rendu de la gestion financière de 1853 établit que les recettes, pendant cette année, se sont élevées à 16,422 fr. 50 c.; les dépenses et l'emploi, à 14,964 fr. 50 c.

PROGRAMME DES PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

(12 novembre 1853)

§ Ier. — La Société avait proposé un prix de la valeur de 300 francs sur la question suivante :

« De la syphilis des nouveau-nés. »

La Société a reçu quatre mémoires.

Le n° 1 porte deux épigraphes :

« Quia sanitas et vita hominis tam magnifica, pretiosa et optabilis est, medicus in hoc negotio nihil sine solida ratione agere vel moliri debet. »
(F. Hoffman, OPERA OMNIA. Genevæ, 1740, t. I, p. 13et14.)

« Considérer les maux vénériens dans l'enfance, c'est considérer l'humanité attaquée dans son principe, et déplorer en même temps la malheureuse condition de l'homme. »
(Underwood, TRAITÉ DES MAL. DES ENF. Paris, 1786; ch. 42.)

L'auteur indique à peu près tous les points du problème; mais il n'en approfondit aucun. Il reproduit toutes les opinions qui ont été émises sur les différentes parties de son sujet, quoique rien n'indique qu'il en ait fait un examen sérieux.

Le mémoire n° 2 a pour devise ce principe énoncé par Bonnet :

« Cherchons les faits; voyons ce qui en résulte; voilà notre philosophie. » (Œuvres, t. XVIII, p. 34.)

L'auteur a embrassé la question dans ce qu'elle avait de grand, de fondamental, sans négliger aucun de ses moindres détails; méthode, discussion, analyse, rien ne lui a manqué pour en aborder et en résoudre toutes les difficultés. La médecine, la législation, l'ordre social, ont été étudiés dans tout ce qui se rattachait au problème proposé. L'érudition la mieux choisie et la mieux digérée, le style le plus net, le plus concis, souvent les pensées les plus élevées, ont concouru à donner à ce mémoire le cachet d'un grand talent.

Le mémoire n° 3 emprunte son épigraphe à Montaigne :

« Je leur dirai volontiers que le fruit de l'expérience d'un chirurgien n'est pas l'histoire de ses pratiques et le souvenir qu'il a guéri quatre empestés et trois gouteux, s'il ne sait de cet usage tirer de quoi former son jugement, et ne nous sait faire sentir qu'il en soit devenu plus sage à l'usage de son art. » (Livre III, ch. 8.)

Malgré de grandes négligences, qu'on ne doit attribuer qu'à la précipitation, on s'aperçoit que l'auteur aurait pu traiter quelques points en développant certains principes qu'il ne fait qu'indiquer. Plusieurs faits tendent à confirmer certaines lois établies dans ces derniers temps sur la maladie syphilitique; mais en cela même l'auteur n'a pas su rapprocher les doctrines, les comparer, pour justifier son choix.

En tête du mémoire n° 4 se trouvent ces mots :

« Gaudeant bene nati. »

Depuis l'épigraphe jusqu'à la dernière ligne, tout est piquant dans ce mémoire, qui est écrit d'un style vif, imagé, original. L'auteur néglige un peu trop l'érudition; il ne s'astreint pas assez aux règles d'une composition académique, et, ce qui est plus regrettable, il n'a pas traité toutes les parties de la question. Mais il a réuni un certain nombre d'observations, dont il se sert pour combattre quelques-uns des principes que l'on a établis dans ces derniers temps.

La Société décerne :

1° Le prix et le titre de membre correspondant à l'auteur du mémoire n° 2, M. le docteur P. DIDAY, médecin à Lyon;

2° Une première mention honorable et le titre de membre correspondant à l'auteur du n° 4, M. le docteur DECHAUX, médecin à Montluçon;

3° Une deuxième mention honorable et le titre de membre correspondant à l'auteur du n° 3, M. le docteur LAFON-GOUZI, médecin à Toulouse.

Le mémoire n° 1 n'ayant obtenu aucune récompense, le billet cacheté qui l'accompagnait, contenant le nom de l'auteur, a été brûlé séance tenante.

§ II. — La Société croit devoir rappeler les questions qu'elle a déjà proposées, avec le préambule qui accompagne chacune d'elles.

« Les travaux de Bright ont les premiers appelé l'attention des médecins sur l'albumine de l'urine considérée comme signe d'une affection granuleuse des reins. Depuis, quelques médecins ont prétendu que l'albumine se rencontre dans des circonstances tout à fait étrangères à une affection de cet organe. Ce point de séméiologie serait important à éclaircir; car il conduirait à une étiologie rationnelle et donnerait au traitement des bases déterminées. C'est dans ce but que la Société propose pour sujet d'un prix de la valeur de 300 fr., qu'elle décernera en 1854, la question suivante ;

« Établir par des faits les différentes conditions morbides qui donnent lieu » à la présence de l'albumine dans l'urine. »

§ III. — Les travaux des médecins modernes ont sans contredit jeté une grande lumière sur la formation des abcès métastatiques, sur l'infection purulente, sur les conditions dans lesquelles apparaît la pyogénie; mais il semble qu'on n'a pas assez distingué les circonstances pathologiques qui produisent des abcès considérables et multipliés, en dehors de l'infection purulente elle-même. Néanmoins cette distinction est du plus haut intérêt, et la Société de médecine, désirant la voir établie, propose pour sujet d'un prix de la valeur de 300 fr., qu'elle décernera en 1855, le problème suivant :

« Rechercher quelles sont les différences qui existent entre l'infection puru» lente et la diathèse purulente; faire l'histoire de cette dernière. »

§ IV. — Indépendamment des prix et des récompenses sur ces objets spéciaux, la Société accorde des médailles d'encouragement et des mentions honorables à ceux qui lui font parvenir des mémoires ou des observations manuscrites sur quelque point de l'art de guérir. Elle se plaît ainsi à stimuler le zèle et l'émulation de ses correspondants, et à récompenser leurs efforts.

La Société a reçu cette année plusieurs mémoires qui témoignent du zèle et du talent des médecins qui les lui ont envoyés; elle a distingué particulièrement ceux de MM. les docteurs Putégnat et Philippeaux.

M. le docteur Putégnat est depuis longtemps un de nos membres correspondants, et, la Société se plaît à le dire, l'un des plus laborieux. Il lui a payé largement son tribut cette année, en lui envoyant un recueil d'observations pratiques. Ces faits, pleins d'intérêt et accompagnés de réflexions judicieuses, ont mérité d'être insérés dans le JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

Dans un mémoire sur le traitement des varices des membres inférieurs par la cautérisation, M. le docteur Philippeaux a rendu compte de la clinique de M. le professeur Bonnet (de Lyon); mais il s'est en quelque sorte approprié les faits qu'il rapporte, en les commentant et en les accompagnant des plus sages réflexions.

La Société décerne :

1° Une première mention honorable à M. le docteur Putégnat;

2° Une deuxième mention honorable à M. le docteur Philippeaux.

§ V. — Tout en exerçant une surveillance active sur la santé publique, la Société a pensé qu'elle serait encore utile à ses concitoyens en accordant des récompenses spéciales aux médecins qui proposeraient des améliorations générales ou partielles pour l'hygiène publique, à ceux qui lui enverraient des travaux relatifs soit à la topographie médicale d'une ou de plusieurs communes du département de la Gironde, soit aux maladies épidémiques, et enfin à tout ce qui peut intéresser, sous le rapport médical, les habitants de cette contrée de la France.

Ainsi chaque année, dans sa séance publique, la Société décerne des médailles d'or ou d'argent aux médecins qui se sont occupés de cette question.

§ VI. — Dès que la vaccine fut introduite en France, la Société s'empressa d'en proclamer les avantages, et de prouver, par des expériences exactes, son efficacité, aujourd'hui incontestable. Depuis plusieurs années, elle s'est aperçue que beaucoup de familles négligent de faire profiter leurs enfants de ce bienfait. Pour encourager les gens de l'art du département de la Gironde à propager cette découverte, elle décerne, dans sa séance publique annuelle, des médailles d'argent à ceux qui lui font parvenir des tableaux authentiques les plus complets des vaccinations qu'ils ont pratiquées, et des remarques qu'ils ont eu occasion de faire sur les effets de cette méthode.

La Société verrait avec plaisir que ces tableaux fussent plus que de simples nomenclatures; elle désirerait qu'ils offrissent, autant que faire se pourrait, des faits, des observations qui serviraient à compléter nos connaissances sur la découverte de Jenner.

Ces tableaux, dûment légalisés, doivent renfermer le nom, le prénom, l'âge, le sexe, l'état des enfants vaccinés, et les observations intéressantes à recueillir.

La Société n'a à couronner cette année aucun travail de ce genre; elle s'en étonne, et à cette occasion, elle doit déclarer aux médecins que les récompenses que le département accorde aux vaccinations n'excluent pas les mêmes travaux du concours qu'elle ouvre elle-même.

§ VII. — Les mémoires, écrits très-lisiblement, en latin, français, italien, anglais ou allemand, doivent être rendus *francs de port* chez M. Burguet, secrétaire général de la Société, rue Fondaudège, n° 67, avant le 15 mars.

Les membres associés résidants de la Société ne peuvent point concourir. Les concurrents des prix sont tenus de ne point se faire connaître; ils doivent distinguer leurs mémoires par une sentence qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant leurs noms, leurs adresses ou celles de leurs correspondants. Si ces conditions ne sont pas remplies, leurs ouvrages seront exclus du concours.

Quant aux mémoires manuscrits qui doivent concourir pour les récompenses d'objets locaux, pour la médaille d'encouragement et les tableaux de vaccinations, la Société dispense leurs auteurs de ces dernières conditions.

E. GINTRAC, *président.*
BURGUET, *secrétaire général.*

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : TRAITEMENT DES DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS ; DANGER DES SONDES UTÉRINES A DEMEURE.

L'Académie de médecine a été saisie, dans son avant-dernière séance, d'un cas de mort déterminé par l'usage répété des sondes utérines à demeure (redresseurs utérins), employées pour remédier à une antéversion de l'utérus. L'auteur avait en outre cité deux autres cas observés par MM. Nélaton et Cruveilhier. Dans la dernière séance, M. Cruveilhier a tenu à édifier l'Académie sur toutes les circonstances du fait dont il avait été témoin; et, comme l'auteur de la première communication, le savant professeur de l'École a profité de la circonstance pour agiter les diverses questions de physiologie et de pathologie qui se rattachent à ce sujet.

On ne saurait le méconnaître, la question soulevée par les communications dont il s'agit est des plus importantes. L'impatience avec laquelle plusieurs membres ont voulu devancer la discussion régulière qui doit suivre le rapport témoigne du vif intérêt qu'offrira cette discussion. Annoncée d'avance, et pour une séance qui ne sera pas éloignée, elle aura l'avantage de ne prendre personne à l'improviste. La GAZETTE MÉDICALE l'a dit et répété maintes fois : il serait du plus haut intérêt que les sujets mis en discussion fussent annoncés à l'avance. Ce serait le moyen d'avoir — à la place de théories hasardeuses, de faits incomplets, de citations tronquées, le tout dissimulé sous les dehors trompeurs d'une faconde plus ou moins brillante — des idées suivies, des observations positives, et des conclusions motivées par l'observation et l'expérience. Il faut espérer que, dans le débat approfondi auquel donnera lieu le cathétérisme redresseur de l'utérus, chacun des orateurs ne voudra apporter qu'un tribut tout à fait conforme à ces règles, et qu'il en sortira quelques enseignements capables de diriger les praticiens dans cette voie difficile et périlleuse.

Mais pour assurer le succès de cette entreprise, n'y aurait-il pas moyen de poser nettement les termes de la question? Si l'on imitait, pour l'appréciation du cathétérisme redresseur de l'utérus, la manière dont on s'y est pris pour apprécier la valeur des injections de perchlorure de fer dans le traitement des tumeurs sanguines, on courrait risque de se fourvoyer une seconde fois : et cela serait des plus faciles, car les analogies du point de départ et du point d'arrivée sont complètes. Ce serait donc chose utile à faire que d'aviser, avant d'ouvrir la discussion, au moyen de la rendre profitable à la science et à l'art. Ce sera l'affaire du rapporteur, dira-t-on. Peut-être; et le membre qui paraît devoir être chargé de cette mission est très-capable de la bien remplir. Mais, à l'Académie, il ne suffit pas d'avoir de bonnes intentions, il faut encore les moyens de les faire triompher. La diversité des points de vue et la différence des esprits ne sont pas les seules causes qui déjouent toutes les combinaisons d'ordre et de régularité. Plus l'entreprise sera difficile, plus il faudra d'efforts et de précautions pour la mener à bonne fin. La GAZETTE MÉDICALE n'a pas la prétention de régler les conditions de la lutte, elle se borne simplement à montrer toute l'utilité qu'il y aura à les bien arrêter, à les bien fixer : c'est à ce titre surtout qu'elle veut essayer quelques remarques avant l'ouverture du débat.

On ne paraît pas y avoir assez songé : toute question de pratique est ou doit être une conclusion scientifique. La génération médicale qui nous pousse n'est pas assez imbue de cette vérité; et on a vu, dans les deux communications dont l'Académie a été entretenue, que l'élève et le maître ont été, sous ce rapport, parfaitement d'accord. La belle avance que d'avoir prouvé que dans un cas, dans deux, dans trois cas, l'usage du redresseur utérin a causé la mort, et cela pour conclure au danger ou même à la proscription absolue de l'instrument ou de la méthode! On l'a déjà fait remarquer avec justesse, de ce que, dans certaines circonstances, le cathétérisme urétral a été suivi des plus graves accidents et même a causé la mort, faut-il en conclure que l'opération est à jamais dangereuse et qu'elle doive être abandonnée? C'est en grossissant la méprise qu'on en fait mieux ressortir l'énormité; mais il y a quelque chose de plus utile à faire : c'est, ce nous semble, de rechercher les causes de la méprise, afin d'empêcher qu'elle n'aille jusqu'au bout. Ces causes sont de plusieurs sortes : nous nous bornons à en indiquer quelques-unes.

Avant de prononcer sur la valeur ou le danger d'une méthode, il serait d'abord utile de s'entendre sur le but qu'on se propose d'obtenir, et savoir si ce but est réel ou imaginaire. Dans l'espèce, on s'est à peine demandé s'il y a plusieurs sortes de déviations utérines; s'il y en a de curables et d'incurables; s'il y en a qui consistent simplement en des directions anormales de l'organe sans maladie, et d'autres qui soient l'expression ou le symptôme d'une maladie; s'il y en a d'actives ou de passives; en un mot, on a omis de procéder d'abord à la catégorisation des prémisses. Mais il y avait un préalable à établir, que M. Cruveilhier a effleuré en passant, et à l'occasion duquel, nous sommes obligé d'en convenir, le savant professeur nous paraîtrait avoir commis une double erreur anatomique et physiologique. Pour apprécier l'existence et le degré d'une déviation de l'utérus, il faudrait s'entendre sur le point de départ, sur le critérium normal; en quoi consiste la régularité, où commencent l'irrégularité et la difformité. A cette occasion, M. Cruveilhier a déclaré que pour lui il n'y avait point de direction normale absolue de l'utérus, qu'il n'y a pas d'axe normal utérin. Est-il possible! et sur quoi le savant anatomiste s'est-il fondé pour arriver à une telle conviction? Sur ce que l'utérus ne repose sur rien; sur ce qu'il flotte au milieu des membranes qui le retiennent; sur ce qu'il reçoit à chaque instant des parties environnantes des directions aussi changeantes que ces parties. A merveille; et c'est là, en effet, ce qui ressort d'une inspection des choses avec les yeux. Mais pour peu qu'on soumette à l'esprit cette information des sens, en sera-t-il encore de même? Nous serions désespéré de vouloir apprendre au savant professeur de la Faculté ce qu'il sait mieux que nous; mais est-il possible de ne pas lui rappeler que la matrice a des fonctions de différents ordres, et qu'en vue de ces fonctions elle doit avoir une direction déterminée, changeante si l'on veut, mais en vertu de conditions dont la généralité et la variabilité peuvent être déterminées? L'œil aussi est mobile au milieu des parties molles : n'est-ce pas comme si l'on concluait, de cette mobilité sur le cadavre, à l'absence d'une direction déterminée sur le vivant? La mobilité anatomique de l'utérus n'implique pas davantage un défaut de direction physiologique

FEUILLETON.

LES VOCATIONS, LES SPÉCIALISTES. — SOUVENIRS CONTEMPORAINS.

LE DOCTEUR CAMILLE BOUCHET (DE NANTES).

Le 1er janvier 1824, cinq étudiants en médecine, récemment promus au grade d'élèves internes dans les hôpitaux de Paris, venaient prendre possession des services qui leur étaient attribués, non pas à l'Hôtel-Dieu, non pas à la Charité, mais bien à Bicêtre, cette Sibérie de l'internat, que les heureux du concours regardaient d'un œil dédaigneux. Ceux que les hasards de la lutte n'avaient pas favorisés acceptaient avec résignation cette sorte d'exil, avec le parti pris d'en sortir à la première occasion. MM. Rullier, Murat et Pariset comptaient si bien sur cet abandon des internes que le sort leur avait envoyés qu'ils regardaient comme un phénomène la persistance d'un élève à rester dans cette maison, où les objets d'études abondaient en tout temps. On comprend, du reste, que ces jeunes gens désirassent rentrer à Paris, là où ils se trouvaient en contact avec les professeurs de l'école, les grands hôpitaux, les bibliothèques. Le séjour de Bicêtre convenait rarement à ceux qui aimaient à la fois le travail et le plaisir; aussi s'empressaient-ils d'abandonner la médecine et la chirurgie des vieillards pour venir prendre leur part des cliniques de Dupuytren, Boyer, Laennec et Récamier.

Les cinq nouveaux internes différaient-ils, sous ce rapport, de leurs prédécesseurs? Étaient-ils résolus de tirer parti de la circonstance, d'exploiter le riche filon d'anatomie pathologique trop souvent dédaigné par leurs camarades? C'est ce que nous ne saurions affirmer; car, quoi qu'on en dise, les jeunes gens de cet âge et dans de telles conditions savent rarement ce qu'ils veulent faire, et surtout ce qui leur convient. Quoi qu'il en soit, voyons ce qui advint, constatons les faits; peut-être y trouverons-nous matière à quelque utile enseignement.

A cette époque déjà si loin de nous (trente ans), les étudiants en médecine se partageaient en deux classes (ne serait-ce point encore comme cela aujourd'hui?) : ceux qui travaillaient et ceux qui ne travaillaient pas. Nous dirons, sans craindre un démenti, que les cinq nouveaux camarades appartenaient à la première catégorie. La fortune ne les avait pas comblés de ses dons, au contraire; ils n'avaient pas été habitués à compter sur l'appui d'un gros patrimoine, sur la faiblesse empressée de leurs parents. Leur jeunesse avait connu certaines privations; ils savaient que le travail était nécessaire, ils ne pouvaient guère compter que sur eux-mêmes : bonne condition pour mûrir les esprits, pour hâter la raison, pour calmer les folles ardeurs d'un printemps qui ne demande qu'à s'épanouir. Par un singulier hasard, ces cinq amis, qui ne se connaissaient pas la veille, qui avaient accompli leur externat dans des hôpitaux différents, se trouvaient rapprochés tout à coup par une destinée commune, par des goûts analogues, par une position sociale à peu

déterminée. Qu'on ne crie pas à l'énormité de la comparaison : les analogies sont plus grandes qu'on ne pense ; et, pour n'avoir ni des agents de mouvement, ni des raisons finales de direction de l'ordre de ceux qui existent dans l'œil, l'utérus n'est pas dépourvu absolument ni des uns ni des autres. L'avenir le fera voir ; et ces courtes remarques suffisent pour faire prévoir tous les motifs qui ne manqueront pas de se produire dans la discussion.

Après la détermination du point de départ, de l'étalon auquel on puisse rapporter toutes les anomalies pour les faire décider, après l'étude des conditions physiologiques et pathologiques qui doivent faire varier la direction de l'utérus, se présente celle du mécanisme de la déviation. Car on a beau rejeter sur le compte du hasard ou des causes occultes les diverses directions anormales que l'utérus est susceptible de prendre et de garder ; par cela même qu'il les prend et les garde, et les prend et garde avec une certaine uniformité de caracteres, il faut bien que cette uniformité d'effet tienne à une certaine uniformité de cause ; quelle est cette cause ? L'habitude n'est pas venue encore en médecine et en chirurgie de distinguer l'étude des causes pathologiques du mécanisme physiologique suivant lequel elles opèrent ; ce serait une merveilleuse occasion d'essayer de cette étude ; et si nous osions donner pour modèle à suivre la marche que nous avons suivie depuis bientôt vingt années dans nos travaux, nous dirions, avec la conviction la plus profonde, que là est la voie où on trouvera la double solution de la question scientifique et de la question pratique. Savoir comment et en vertu de quel mécanisme l'utérus se dévie, c'est savoir jusqu'où il est possible de le redresser et par quel ordre de moyens on le redressera et maintiendra redressé.

Une dernière étude à approfondir, et celle-ci touche immédiatement à la question dont l'Académie a été directement saisie, ce serait de rechercher quels sont l'origine et le véritable caractère physiologique des accidents résultant des sondes utérines à demeure. On croit avoir tout dit quand on a prononcé le mot d'inflammation, de métro-péritonite ; c'est reculer la difficulté, c'est l'abriter derrière un mot et une figure. Comment la métro-péritonite produit-elle dans ces cas le ballonnement du ventre ? Comment se produit l'accumulation des gaz dans la cavité péritonéale au point de refouler l'estomac ? Comment, comment, etc... On n'en finirait pas, si on voulait pousser la pathologie de l'école actuelle sur le terrain de la physiologie pathologique, c'est-à-dire sur le terrain de la pathogénie scientifique ; mais n'anticipons pas trop sur le domaine de la discussion. Restons dans notre simple et modeste rôle d'éclaireur ; lorsque le débat viendra, nous essayerons de faire un pas en avant.

JULES GUERIN.

ANATOMIE PHYSIOLOGIQUE.

ESSAI SUR UNE NOUVELLE ÉTUDE COMPARATIVE DES SQUELETTES DE LA MAIN ET DU PIED ; par M. GIRAUD TEULON, D. M. P. à Nice, ancien élève de l'École polytechnique.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

Voulons-nous nous rendre compte anatomiquement de la transmission des divers mouvements de flexion que doivent exécuter les doigts et dont les points fixes sont à l'avant-bras, les apophyses de la face palmaire du carpe nous montrent comment ils ont lieu.

Est-ce la flexion de la main elle-même, ou son extension sur le bras qui attirent notre attention ? Voulons-nous envisager cette mobilité au point de vue de la préhension ou bien sous celui de la *décomposition des chocs* (1) ? Ces deux aspects de la question sont également en harmonie avec la description anatomique précédente.

Le mode de terminaison de la pyramide métacarpienne permet une rotation dans l'intérieur de la voûte offerte par la première rangée, plus marquée dans le sens dorsal que vers la paume de la main. La rotation de la première rangée dans la mortaise antibrachiale est au contraire plus prononcée dans le sens de la flexion. La première de ces dispositions a-t-elle été prise aussi dans une vue favorable à la décomposition des chocs menaçant l'individu, et que les extrémités thoraciques sont destinées à parer ou à amortir ? On serait tenté de le croire, en observant que, du côté de la main (le côté du pouce) où les résistances osseuses sont les plus fortes, l'extrémité supérieure et postérieure du trapézoïde est tronquée et offre une petite concavité sur laquelle roule, dans certaines circonstances, une convexité correspondante du scaphoïde. Mais lors de l'extension de la main sur l'avant-bras, la résistance aux chocs n'est pas toujours supportée par les ligaments carpiens palmaires verticaux. Dans cette extension extrême, lorsque le poignet supporte un poids considérable dont il doit préserver le tronc, ou celui du tronc qu'il doit transmettre à un appui solide, il arrive souvent que le bord postérieur et inférieur du radius appuie par l'intermédiaire du scaphoïde, ou directement, sur le trapézoïde. Dans cette rencontre, trop souvent on a lieu d'observer la fracture de l'extrémité inférieure du radius, l'effort étant alors directement supporté par les os, et non plus soutenu par des ligaments. (Il serait intéressant de savoir si, dans ce cas-là, les ligaments antérieurs qui relient le trapèze à l'avant-bras ou à la première rangée ne sont pas rompus.)

Passons aux mouvements de latéralité. Que voyons-nous dans la main sous ce rapport ? La facilité qu'a le poignet à exécuter ce mouvement dans les deux sens. La forme convexe transversalement de la rangée supérieure répond à cette double destination. Mais nous pou-

(1) Ne serait-ce pas cet objet que pouvait avoir en vue la nature en multipliant le nombre des os dans un aussi petit espace, forçant ainsi les quantités de mouvement communiquées à s'épuiser sur les résistances longitudinales des ligaments ?

près identique ; de sorte qu'il ne leur restait plus qu'à réunir leurs efforts, leur jeunesse, leur bon vouloir et leurs espérances.

Ainsi fut fait. Il s'établit presque aussitôt des affinités électives qui rapprochèrent certains esprits, et devinrent la base de liaisons sur lesquelles le temps n'a eu d'action que pour les consolider. Heureux privilége de nos jeunes années ! élan généreux qui porte un cœur vers un autre cœur ! Amitiés de collége, amitiés d'internat, de l'Ecole polytechnique, de Saint-Cyr ou de la Flèche, doux noviciats des carrières les plus diverses, communauté de travaux et d'études, d'ambition sans envie, de succès sans haine, charmant début de la vie sérieuse, qui dure trop peu, que trop de passions viennent aigrir, laissez-moi vous célébrer ici, au risque de provoquer le sourire railleur de ceux qui vous ont oubliés, ou qui ont eu le malheur de ne pas vous connaître !

Donc, en les rangeant par ordre alphabétique, les nouveaux internes de Bicêtre, Beaumetz, Bouchet, Bravais, Schedel et le signataire de cet article, prenant fort au sérieux leur position officielle, se mirent au travail, et comme, en ce temps de révolution médicale, l'examen des cadavres semblait la seule voie à suivre pour arriver à la solution des grandes questions à l'ordre du jour, nous passions notre temps à la salle des morts, rêvant un autre *Sepulchretum* que celui de Bonet, refaisant un Morgagni, à la piste de ces altérations organiques capables de renverser l'ancien édifice médical. Déjà Pinel nous semblait bien vieux ; les déclamations de Broussais nous donnaient de terribles secousses, et nos esprits ébranlés accueillaient avec enthousiasme des assertions qui nous semblaient reposer sur des faits matériellement incontestables. Hélas ! qu'est devenue cette gloire ? *Quomodò cecidit potens ?* Tant d'autres choses sont tombées depuis cette époque que ce n'est guère la peine de s'arrêter à celle-ci. Passons !

Il ne nous appartient pas de tracer ici la biographie des confrères dont le nom vient d'échapper à notre plume ; s'ils étaient tentés de nous reprocher cette indiscrétion, qu'ils se rassurent : nous n'ajouterons rien à ce simple exposé. Nous voulons examiner un fait qui appartient à l'espèce, à savoir, cette force d'impulsion instinctive en vertu de laquelle les médecins se livrent plus particulièrement à l'étude de certaines parties de la science, ce qu'on est convenu d'appeler la *vocation*. A vrai dire, nous ne croyons guère à ce génie spécial que les panégyristes célèbrent après coup ; les hommes subissent à leur insu l'influence des événements qui les dominent, ils n'ont pas tant d'action sur leur destinée, humble ou glorieuse ; ils résument en eux la somme des pressions produites par les événements contemporains ; ils reflètent bien plus le milieu dans lequel ils vivent qu'ils ne l'éclairent de leurs lumières propres ; en un mot, nous obéissons bien plus que nous ne commandons.

Quoi qu'il en soit, après le fait principal, l'étude de la médecine, dont les motifs réels sont souvent difficiles à débrouiller et sont loin de surgir d'une de ces aptitudes spéciales, entraînantes, qu'on prend pour la vocation si souvent célébrée, vient le point secondaire, celui de l'application à une des branches de l'art de guérir, véritable choix de l'homme mûr, direction spécifique donnée à son intelligence pour sa propre satisfaction, pour qu'elle puisse fournir tout ce qu'on en peut attendre. Mais là encore se retrouvent les occasions, les hasards, cette série de petites causes qui ne nous appartiennent

vons remarquer en outre que ce mouvement du poignet est exécuté par la main tout d'une pièce. Nous avons fait voir à ce sujet que, considérées par rapport à ce mouvement, nos deux rangées sont en effet solidaires entre elles, résultat dû à la juxtaposition latérale par surfaces planes de toutes les pièces du carpe. Ajoutons que cette solidarité devient d'autant plus parfaite que les résistances ligamentaires sont horizontales ou perpendiculaires à ces plans de jonction. Les ligaments remplissent ici le rôle des tirants en fer qu'on interpose souvent entre les assises pour consolider les voûtes en résistant à la poussée dans le sens horizontal.

Dernière considération : La situation du premier métacarpien doit être en rapport avec le rôle de pouce opposable ou circumductible ; il doit être indépendant.

Notre division tient compte de cette nécessité. Le premier métacarpien n'est relié au carpe que par une surface articulaire à double courbure, entièrement libre ; c'est pour cela que nous l'avons considéré comme la prolongation de la première rangée carpienne, tout à fait en dehors de la loi qui nous paraît dominer la seconde, la solidarité avec les quatre derniers métacarpiens.

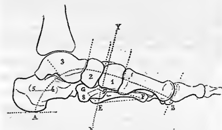
D'après ces développements, nous nous croyons en droit de regarder cette nouvelle division comme parfaitement harmonique avec toutes les fonctions dévolues à la main.

Nous allons essayer maintenant d'appliquer une méthode presque identique à l'étude de l'extrémité inférieure : rien ne sera plus simple ensuite que de rattacher l'une à l'autre.

Si nous considérons en effet avec attention un pied articulé, il nous sera facile de classer encore les divers os qui composent le tarse en deux séries analogues à celles que nous avons définies à la main.

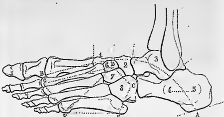
La première comprendra d'avant en arrière (Voir les fig. II, III, IV; courbe AB) :

Figure. II. — Squelette du pied, vu de profil par son bord interne.



1. Le premier cunéiforme.—2. Le scaphoïde.—3. L'astragale.—(4-5). Le calcanéum.—7. Le troisième cunéiforme.—8. Le cuboïde.

Figure III. — Squelette du pied. Face dorsale vue par le bord externe.



1. Le premier cunéiforme.—2. Le scaphoïde.—3. L'astragale.—(4-5). Le calcanéum.—6. Le deuxième cunéiforme.—7. Le troisième cunéiforme.—8. Le cuboïde.

Le premier cunéiforme, le scaphoïde, l'astragale, le calcanéum ;

Rangée osseuse continuée par le premier métacarpien et le gros orteil, et formant, comme son analogue au carpe, une voûte bien facile aussi à reconnaître. Cette voûte, étendue ici d'arrière en avant, a pour points d'appuis le calcanéum en arrière, le premier métatarsien en avant. Elle est contenue dans un plan vertical, est convexe supérieurement, concave en outre dans deux directions en bas d'abord, puis en dehors. Sa face supérieure, couronnée par celle de l'astragale entre dans la mortaise tibio-péronière. Cette première rangée peut aisément représenter à l'esprit l'origine ou la modification de celle de la main, en se rappelant toutefois les rôles si différents qu'elles ont à remplir. Les conditions nécessaires à la solidité dans cette région ont été remplacées à la main par une mobilité non moins indispensable à cet organe. Aussi nous paraît-il tout naturel, en raison de ces différences notables de destination, de considérer les quatre os tarsiens désignés ci-dessus, comme l'exagération des os de la rangée supérieure de la main, ou inversement ceux-ci, comme l'atrophie, les rudiments ostéogéniques des premiers. Ce point de vue a déjà été admis par M. Cruveilhier dans des développements pleins d'intérêt.

Nous allons lui donner une nouvelle importance par l'examen de la deuxième rangée.

Celle-ci, en effet, offre, avec la seconde série du carpe une similitude radicalement incontestable. Comme elle, formée de trois os, elle pénètre dans la concavité offerte par la rangée supérieure. Ici, ce n'est plus de bas en haut seulement, mais bien aussi d'avant en arrière et de dehors en dedans, modification rendue nécessaire par un changement d'usage. En outre, ces trois os, unis entre eux latéralement par facettes planes ou arthrodies :

Le deuxième cunéiforme, le troisième, le cuboïde, servent aussi de couronnement aux quatre derniers métatarsiens, auxquels les relient encore des connexions planes invariables.

pas, et qui toutes, contribuent à produire un résultat dont les esprits les plus indépendants, les plus fermes, sont forcés de reconnaître la réalité. Tel étudiant en médecine qui se sentait du goût pour la chirurgie a vainement essayé d'obéir à cette vocation ; il n'a pu entrer dans le service d'un des maîtres de l'art. Vainement voulait-il, en raison de ses aptitudes, suivre la clinique du maître d'alors ; Dupuytren et sa gloire l'entraînaient vers le histouri vainqueur, mais un obstacle matériel étouffait ce beau zèle : il fallait rester dans une salle de médecine, et le futur chirurgien tournait vers l'auscultation naissante, vers le diagnostic différentiel des maladies internes, toute l'adresse manuelle dont il était doué. Tel autre que des velléités de ce genre et des mesures prises longtemps à l'avance avaient rapproché de Boyer, de Richerand, de M. Roux, assistait en vain à ces perpétuelles leçons de médecine opératoire ; ce qui eût fait du premier un homme habile, un maître, était perdu pour le second, la prétendue vocation s'éteignait au milieu des circonstances les plus heureuses, les plus propres à la favoriser, et le chirurgien manqué ne devenait pas toujours un bon médecin.

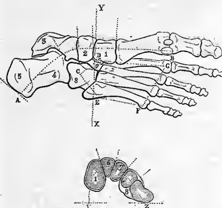
Ainsi se forment peu à peu, en vertu de quelques circonstances fortuites, les individualités futures, les physionomies que l'avenir rendra de plus en plus tranchées, ces hommes que les biographes affectent de croire créés d'avance pour telle ou telle carrière. Si chaque individu était obligé de dire consciencieusement à quelle condition spéciale il a dû la place qu'il occupe dans le monde, comment il est devenu un professeur de ceci, un maître de cela, pourquoi ses contemporains l'admirent ou l'envient, par quel hasard il laissera à ses enfants la fortune et la renommée, et enfin quel grain de sable a fait dévier son char de la route qu'il aurait voulu parcourir, on saurait bien des mystères que le public ignorera toujours, et qui, si nous ne nous trompons, seraient de nature à rendre modestes ceux qui essayent de frapper d'un front superbe les étoiles de la voûte céleste.

L'autobiographie en toutes choses serait instructive, on en conviendra, surtout si elle était sincère ; mais pour ne pas sortir de notre cadre, contentons-nous de parler des médecins, de ces jeunes internes qui débutent dans la carrière, qui entrent enfin dans les réalités de la pratique. L'application de la science acquise sous le patronage d'un chef de service qu'on n'a pas toujours choisi, constitue le premier degré de l'initiation aux mystères de l'art, l'interne qui sait et qui veut voir peut arriver promptement à l'appréciation exacte des difficultés qu'il devra rencontrer dans son chemin, et s'il ne se sent pas rebuté par ces graves obstacles, il continuera de marcher dans cette voie, qui lui offre après tout une large perspective de dévouement à la science et à l'humanité. Mais là encore se rencontrent des routes nombreuses. Suivra-t-il la voie purement scientifique ? va-t-il aspirer aux honneurs du professorat ? se lancera-t-il dans la carrière des concours, ou, plus modeste, se contentera-t-il du rôle de praticien ? Rester à Paris quand on n'y est venu que pour étudier, c'est le rêve de presque tous les jeunes gens ; mais là encore, que de difficultés, que de privations, que d'ennuis, et combien d'âmes froissées se retirent de ces luttes ardentes avec une incurable tristesse, une misanthropie profonde, une santé ruinée ! Si parmi ceux qui réussissent il en est tant dont la vie a payé prématurément le succès, combien n'en voit-on pas qui, après des débuts brillants, fléchissent tout à coup et dis-

Nous pouvons donc, de part et d'autre, séparer des corps de la main et du pied ces réunions osseuses parfaitement comparables, et les désigner en bloc sous le nom de pyramide métacarpienne ou métatarsienne. La première pénètre dans la rangée supérieure de bas en haut, la seconde de dehors en dedans, de façon à offrir au membre inférieur un point d'appui contre la chute latérale.

Pour bien concevoir d'ailleurs le sens physiologique du mode de pénétration de cette résistance osseuse, il faut examiner les deux pieds simultanément dans la station droite. On voit alors que chaque concavité présentée par la face plantaire du pied (voy. fig. 4, courbe VZ),

Figure IV. — Squelette du pied, vu par la face plantaire.



1. Premier cunéiforme.—2. Le scaphoïde.—3. L'astragale.— (4-5). Le calcanéum.—6. Le deuxième cunéiforme.—7. Le troisième cunéiforme. — 8. Le cuboïde.

prise isolément, forme la moitié d'une voûte quasi-sphérique ou en pendentif, et au centre de laquelle vient tomber la verticale passant par le centre de gravité du corps. Les points d'appui ou retombées de cette voûte sur le sol seraient d'arrière en avant les extrémités de la première rangée décrite, et des deux côtés en dehors les extrémités externes de la pyramide métatarsienne.

Remarquons en outre que dans la première rangée, étendue dans le sens antéro-postérieur, les surfaces articulaires réciproques des os qui la composent sont légèrement courbes, quoique les circonférences de contact soient des couples planes, dont les plans sont perpendiculaires à la voûte décrite dans toutes les variations de sa courbure générale, et offrent par cette forme une grande facilité pour l'application du pied sur les inégalités variables du sol.

Quant à la pyramide métatarsienne, destinée qu'elle se trouve à servir d'arc-boutant dans le sens transversal, c'est dans ce sens aussi que se sont développées les parties élémentaires. Les têtes des derniers métatarsiens, notamment celle du cinquième et les trois os qui terminent cette pyramide, se développent d'une manière croissante très-remarquable de dedans en dehors.

Ces idées étant reçues, si elles doivent l'être, un besoin de simplification dans la dénomination des os du carpe et du tarse nous conduirait à donner le même nom aux os qui, de part et d'autre, occupent une situation et remplissent un rôle analogue. Ainsi, en commençant par les secondes rangées, nous nommerions :

Au pied, premier, deuxième et troisième cunéiformes ; le deuxième, le troisième cunéiforme et le cuboïde des auteurs ;

A la main, le trapézoïde, le grand os, l'os crochu.

Quant à la première rangée, cette nouvelle tâche est moins aisée. Les os qui la composent au carpe sont d'une manière plus satisfaisante pour l'esprit que pour les yeux les rudiments de leurs analogues au tarse. Cependant cette dernière face de la question a déjà été traitée avec assez de succès par M. le professeur Cruveilhier pour que je puisse me permettre de considérer en conséquence des développements qui précèdent :

Le calcanéum comme représenté par le pyramidal réuni au pisiforme ;

L'astragale par le semi-lunaire ;

Le scaphoïde par son homonyme ;

Le premier cunéiforme devenant pour nous, à une foule d'égards, le représentant du *trapèze.*

Dans la pensée que l'anatomie comparée pourrait nous apporter quelque notion supplémentaire confirmatrice ou rectificatrice, s'il y avait lieu, des vues que nous venons d'exposer, nous avons examiné les dispositions ostéologiques qui se rencontrent au carpe et au tarse dans l'ordre des quadrumanes.

Cela a été une bonne inspiration. Le squelette du pied chez les quadrumanes est bien le véritable intermédiaire, le type même que l'on pouvait espérer rencontrer du passage d'un carpe complet à un tarse absolu.

Ainsi on retrouve d'abord dans ce pied, et presque sans altération, le trapézoïde, le grand os (moins sa tête arrondie), l'os crochu.

Si l'on passe ensuite à la rangée supérieure ou la plus rapprochée du tronc, on voit sans peine :

1° Dans le premier cunéiforme des auteurs, notre trapèze de la main ;

2° Un scaphoïde, identique non, mais du moins d'une ressemblance incontestable. En lui commence à se manifester d'une manière sensible l'évolution modificatrice de cette rangée à destination différente. L'épiphyse supérieure qu'il présente au carpe est ici détachée et va se confondre avec le semi-lunaire dans l'astragale dont elle formera l'épiphyse antérieure. D'autre part, l'épiphyse latérale du même os (scaphoïde) présente au pied un accroissement notable du côté interne,

---

paraissent pour toujours, victimes immolées à cette ambition de parvenir, à cette soif de gloire qui s'allume dans les âmes généreuses !

S'il fallait passer en revue les jeunes hommes qui débutaient en 1824, combien en trouverions-nous aujourd'hui debout, ou plutôt quels vides on constaterait dans leurs rangs pressés ! Cette médecine militante, qui offrait tant de séductions trompeuses, l'attrait du triomphe, redoutable mirage qui a entraîné dans l'abîme tant de jeunes intelligences, qui a brisé par un labeur énervant ces âmes et ces corps si pleins de vie et de courage, quel tableau à montrer à leurs survivants, quelle leçon donnée par cette funèbre expérience aux jeunes compétiteurs actuels ! Mais de pareils enseignements ne servent qu'à ceux qui ont payé ce tribut, la jeunesse se précipite toujours dans le chemin qui mène au combat, l'espoir de la victoire enflamme les cœurs et prépare de nouveaux triomphes pour quelques-uns, de nombreuses défaites pour tant d'autres. Éternelle folie de la gloire, source des grandes choses et des cruelles déceptions, enivrement heureux et funeste dans lequel les plus vulgaires accidents ont une si singulière influence sur les résultats obtenus ! Mais laissons là ce texte de déclamations passionnées. Qui ne s'est dit, à part soi, le véritable mot de cette énigme si ardemment poursuivie ? qui n'a reconnu combien il faut compter pour peu la valeur intrinsèque des privilégiés de la fortune, la faiblesse apparente de ceux qui ont failli dans le combat, l'audace des uns, le découragement des autres ? qui n'est bien convaincu que le travail opiniâtre est loin de suffire pour arriver au but et que l'on ignore presque toujours la vraie cause des succès de ceux qui ont le plus ou le moins fait pour y arriver ?

Cependant le temps marche, les années s'écoulent, les internes passent successivement dans divers hôpitaux, ils se trouvent en contact avec des hommes qui occupent les postes élevés de la science, soit à l'école, soit dans la pratique civile ; ils voient à l'œuvre les maîtres de l'art ; ils peuvent apprécier les genres de mérite qui attirent la foule, inspirent la confiance et mènent à la fortune. Il se fait alors dans les esprits de cette jeunesse un choix qui va devenir la base de son existence future, c'est le moment critique de la vie des étudiants, le *punctum saliens* de ce docteur qui rêve déjà un traité complet de nosographie, qui voit dans chaque fait recueilli par sa sagacité novice le fondement d'une découverte capable d'immortaliser son nom. Qui de nous n'a senti ces éblouissements à l'aspect d'une idée encore confuse se dégageant peu à peu de l'observation nouvelle ? qui n'a composé des mémoires destinés à révolutionner la science, mémoires fondés sur quelques cas rares que les observateurs s'empressent de généraliser ? Il y a là une tendance trop habituelle pour n'en pas signaler l'inconvénient. Quelques expériences nous rendent téméraires, un plus grand nombre nous apprend à douter, et quand enfin une longue suite de travaux nous a montré l'incertitude du jugement humain, on sait alors combien il est sage de s'abstenir, ou du moins de ne se prononcer qu'avec une extrême circonspection.

Cette retenue n'est pas l'apanage de la jeunesse, il y a longtemps qu'on l'a dit, demandez plutôt à Horace ; mais enfin il est toujours utile d'en renouveler le conseil. Et nous aussi nous voulions creuser notre sillon dans ce vaste champ des connaissances médicales ; mais quel coin en friche réclamait plus particulièrement nos efforts, où devions-nous espérer la plus brillante récolte ?

une vraie tubérosité qui forme, avec deux autres tubérosités analogues, les surfaces destinées au contact du pied avec le sol; savoir : la tubérosité inférieure du trapèze (premier cunéiforme), celle postérieure du calcanéum.

La voûte antéro-postérieure, reconnue dans le pied humain, a ici presque totalement disparu; peut-être est-ce pour laisser, s'il est permis toutefois de jeter un regard dans le champ des causes premières, un libre jeu aux doigts en donnant un appui solide aux muscles sustentateurs du tronc.

Poursuivant notre recherche dans la voie des analogies, il ne nous reste donc plus, pour répondre au calcanéum, que le pyramidal et le pisiforme; analogie que, par système d'exclusion, nous serions obligés d'admettre dans le cas même où la série des différentes espèces des quadrumanes ne nous en présenterait pas le développement, la succession absolument évidente; graduation qu'il est facile de vérifier dans cet ordre des quadrumanes, en passant de ceux qui marchent debout, comme le chimpanzé, à ceux qui prennent le plus ordinairement l'attitude des quadrupèdes; comme les lemnopithèques, les cynocéphales.

Au moyen de cette méthode par analogies, l'étude du pied calquée sur celle de la main, ou inversement, nous semble avoir reçu une véritable simplification. Nous ne doutons pas que pour l'étude de l'anatomie une bonne et unique heure d'attention consacrée à cette description ne dut suffire à fixer à jamais le sommaire des dispositions ordinairement difficiles à retenir, qu'offre l'agencement des os du carpe entre eux. C'est là le seul objet que nous ayons en vue, en rédigeant ce travail, fait autrefois à un point de vue tout personnel.

La simplicité qui nous paraît aujourd'hui résulter de cette exposition, nous a conduit récemment à quelques conclusions supplémentaires ayant trait à l'étude chirurgicale de cette même région.

La considération des rapports mutuels des deux rangées carpiennes telles que nous les avons décomposées ne pourrait-elle pas servir à aider le diagnostic dans quelque cas obscur de carie, de nécrose ou de blessure d'un os de l'une ou de l'autre rangée. Si, par exemple, on pouvait observer, dans un cas douteux, des mouvements très-faciles de la main dans son ensemble, dans les deux sens de latéralité, et que les mouvements dans le sens antéro-postérieur fussent impossibles ou extrêmement douloureux, et que l'on sentit en outre qu'ils fussent beaucoup plus limités, surtout dans l'extension, que ceux de l'autre main, ne pourrait-on pas être conduit par là à fixer le siége du mal dans la rangée pyramidale et à affranchir du soupçon la rangée courbe?

Si par ce moyen, ou par d'autres procédés plus directs, on avait la certitude que le mal siégeât dans le grand os ou l'un de ses voisins immédiats de droite et de gauche, la connaissance facile des rapports des deux rangées conduirait à un procédé opératoire qui ne nous paraît pas sans avantage, et qui a peut-être été déjà pratiqué, mais que nous n'avons vu indiqué dans aucun de nos auteurs classiques. Il a pour objet l'ablation de la pyramide métacarpienne elle-même dans son entier, c'est-à-dire comprenant les quatre métacarpiens sur les trois os de la rangée pyramidale du carpe et conservant le pouce. Voici le *modus faciendi*.

Après avoir pris les mesures générales et de détail indiquées par les auteurs pour les amputations et resections sur le membre supérieur, et notamment dans l'opération qui a pour objet l'ablation des quatre derniers métacarpiens, avec les doigts correspondants, on taille un lambeau ovalaire antérieur et postérieur, s'étendant d'un centimètre au-dessous du pisiforme, à 1 centimètre environ au-dessus de l'articulation du deuxième métacarpien avec la phalange correspondante. On relève le lambeau aussi haut que possible, puis (la main étant en supination) on introduit perpendiculairement et en sciant les ligaments, un fort bistouri entre le pisiforme et l'apophyse de l'os crochu, très-aisés à reconnaître. Pendant que l'on fait jouer la lame perpendiculairement au plan de l'article, on luxe la main dans l'abduction, et on se trouve presque sans effort avoir contourné la tête du grand os, le côté externe du trapézoïde, et la partie enlevée vous reste dans la main. Si l'on a soin de raser les faces articulaires de la pyramide métacarpienne, on se trouve avoir ménagé le tendon du fléchisseur propre du pouce et même sa gaîne cellulaire, et le lambeau qui reste est fort présentable.

Par là on a conservé le pouce et une partie de ses usages, comme dans le cas d'ablation des quatre derniers doigts avec les métacarpiens correspondants, pourvu toutefois que dans le cours de la cicatrisation, on soit assez heureux pour préserver ce tendon de toute adhérence et d'exfoliation.

Nous avons pratiqué cette opération sur le cadavre avec la moitié moins de difficulté que nous ne craignions d'en rencontrer, malgré la netteté de souvenir que nous avions des connexions des os du carpe entre eux.

Nous livrons ce dernier essai au public médical pour ce qu'il peut valoir, certain seulement de l'avantage de la méthode descriptive sur laquelle il s'appuie comme procédé *mnémotechnique*.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

NOTE SUR LES APPLICATIONS DE LA MÉTHODE ANESTHÉSIQUE AU TRAITEMENT DES MALADIES INTERNES; par le docteur LOUIS SAUREL, ancien chirurgien de la marine impériale, rédacteur en chef de la REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI, membre de plusieurs sociétés savantes, etc.

La plus grande des découvertes dont puisse se glorifier notre époque, c'est sans contredit celle des propriétés anesthésiques du chloroforme et des diverses espèces d'éthers.

Par le moyen de ces agents héroïques, la médecine opératoire a cessé d'inspirer des craintes; car les plus graves opérations peuvent être pratiquées sans douleur; la pratique obstétricale est rendue plus facile, puisque la femme en couches peut être soustraite aux souffrances de l'enfantement; la thérapeutique médicale elle-même a réalisé de grands progrès, puisque la médecine possède désormais des armes puissantes pour combattre certaines maladies dont la guérison était presque au-dessus des ressources de l'art.

La méthode anesthésique appliquée à la chirurgie et à l'art des accouchements, est aujourd'hui soumise à des règles précises qui peu-

---

Grave question que notre impatience posait toujours sans pouvoir la résondre. Le temps se chargea de la réponse. L'un de nous revint à son pays natal, où il est devenu un praticien justement estimé; un autre, né à Paris, suivit la même voie avec non moins de succès; le troisième devait subir d'autres destins, consacrer sa vie à la direction d'un grand établissement d'aliénés; les deux derniers avaient aussi un lot spécial qui leur était réservé dans des conditions imprévues. Et puisque l'occasion s'en présente, touchons ici un sujet qui ne manque pas d'intérêt.

Après les aptitudes spéciales qui déterminent la vocation se trouvent les circonstances particulières qui mettent celles-ci en œuvre, qui favorisent celle-là, telles, par exemple, que certains services dans les hôpitaux, les rapports habituels avec quelques médecins dont le talent singulier s'est emparé souverainement d'une des branches de l'art de guérir. Un de nous camarades remplissait alors les fonctions d'interne auprès de Pariset; il voyait, sous la direction de ce médecin, une multitude d'aliénés, d'idiots, d'épileptiques; il prit goût aux questions médicales et psychologiques que soulevaient ces malheureux; il entra plus tard à la Salpêtrière, dans le service de M. Esquirol, et dès lors son avenir fut décidé.

Un autre, devenu l'élève de Biet, à l'hôpital Saint-Louis, prit un tel goût pour l'étude des maladies de la peau, qu'il recueillit les leçons de ce savant maître, et publia, conjointement avec M. Cazenave, un livre dont le succès toujours croissant est aujourd'hui classique dans l'Europe savante.

Parlerons-nous d'un troisième qui, devenu lui-même spécialiste, mais beaucoup plus tard, n'a dû cette détermination qu'à des circonstances bien plus fortuites encore, bien plus exceptionnelles? Quand on voit, sur cinq jeunes médecins, trois d'entre eux arriver tout naturellement à la culture d'un des points isolés de la science, se trouver conduits à la pratique de certaines maladies exclusives, ne doit-on pas en conclure qu'il y a là autre chose qu'un hasard, mais bien l'expression régulière d'un fait considérable, c'est-à-dire la tendance des esprits à se caser dans ces localités bien circonscrites où l'homme peut concentrer tous ses efforts sur un sujet qui a besoin d'être sérieusement approfondi? Il faudrait se refuser à l'évidence pour méconnaître cette disposition de la médecine contemporaine. Plus la science se perfectionne, plus elle tend à se diviser dans la pratique, plus les hommes dirigent leurs études vers des groupes de lésions appartenant à un seul organe, à une seule fonction, dans le but avoué de perfectionner autant que possible les connaissances acquises sur cette espèce de maladie. Si certains maîtres tienent d'une main ferme le drapeau qu'ils ont planté au centre même de la science, combien n'en est-il pas qui délaissent peu à peu les régions les plus éloignées, les abandonnant à ceux de leurs confrères qui en ont fait leur domaine de prédilection, sachant très-bien que ceux-ci, par cela seul qu'ils agissent dans des limites plus étroites, connaissent mieux leur terrain, savent mieux ce qui s'y passe, ce qu'on en peut tirer, en un mot, ont recours aux spécialistes toutes les fois qu'il leur tombe un malade dont l'affection sort des limites ordinaires. Nous n'avons pas mission, ou du moins nous ne voulons pas la prendre, de discuter ici cette thèse grosse de disputes et de personnalités, il nous suffira de dire que le public, qui a le droit d'avoir une opinion, puisque c'est lui qui en a le bénéfice, et qui

vent guider le chirurgien dans presque toutes les circonstances de la pratique; mais il n'en est pas de même de l'anesthésie *médicale*.

Jusqu'à ce jour, les journaux de médecine ont enregistré des succès plus ou moins nombreux, plus ou moins importants, obtenus dans certaines maladies par l'éther ou le chloroforme; les ouvrages *ex professo* sur la matière ont rassemblé purement et simplement ces observations, mais personne, que je sache, ne s'est encore attaché à examiner, d'après les faits connus, et en prenant pour guides les lois générales de la thérapeutique, dans quels ordres de maladies les anesthésiques peuvent être suivis de succès, et dans quels cas, au contraire, ils ne sauraient réussir.

Un travail de cette nature serait très-profitable à la science, mais il est entouré de difficultés extrêmes. Je n'entreprendrai donc pas la solution d'un problème aussi compliqué, je me contenterai de poser quelques jalons qui pourront plus tard être utilisés par d'autres plus habiles.

Il est nécessaire, avant tout, de rappeler en peu de mots l'action physiologique des médicaments anesthésiques. Leur action thérapeutique en deviendra plus facile à comprendre.

Lorsque l'on soumet à l'inhalation des vapeurs d'éther ou de chloroforme, un homme adulte et bien portant, on observe, à travers des variétés individuelles nombreuses, certaines particularités qui se présentent dans un ordre constant, et qui peuvent être prévues d'avance. Ces phénomènes sont les suivants :

Les vapeurs d'éther et de chloroforme, en arrivant en contact avec la muqueuse des organes respiratoires, ont pour premier effet une sensation plus ou moins désagréable et pénible.

Des picotements à la gorge, une sensation d'étouffement, une toux plus ou moins intense, etc., ont lieu tout d'abord avec une intensité très-variable; ce sont les effets locaux ou primitifs de ces substances. Mais lorsque les inhalations ont été continuées un certain temps, des phénomènes bien plus remarquables ne tardent pas à se montrer. C'est d'abord une excitation manifeste de tout le système : une chaleur insolite se répand dans tout le corps; les battements du cœur et des artères acquièrent plus de force; la peau, celle de la face surtout, devient rouge et turgescente; les yeux sont plus brillants. Tout démontre que le cerveau est le siége d'un afflux sanguin plus considérable; il y a hypersthénie manifeste. La sensibilité, loin d'être affaiblie, paraît exaltée chez certains sujets; le système musculaire paraît également surexcité; des mouvements convulsifs et une contraction tonique des muscles des membres se montrent avec plus ou moins d'intensité; des convulsions violentes peuvent même se produire chez certains individus.

Un collapsus profond succède bientôt à cette période d'excitation, si les inhalations sont continuées. La face pâlit rapidement, les paupières sont fermées et les yeux ramenés en haut et en dedans; la chaleur diminue; les inspirations deviennent moins fréquentes; les battements du cœur se ralentissent d'une manière notable; la sensibilité de la peau diminue d'abord, puis disparaît; le système musculaire de la vie de relation tombe dans un relâchement complet. Si l'on pousse plus loin encore l'éthérisation, la respiration devient bruyante comme dans l'apoplexie, et paraît se faire avec peine; le cœur bat lentement et faiblement, et les muscles de la vie de nutrition perdent l'activité qu'ils avaient conservée jusque-là. Si enfin l'on continue davantage les inhalations anesthésiques, la mort survient d'une manière presque insensible.

En même temps que se produisent les phénomènes qui viennent de nous occuper, les facultés intellectuelles en présentent de non moins remarquables. D'abord, l'intelligence et la volonté paraissent intactes. L'homme sujet de l'expérience peut parfaitement se rendre compte de ses sensations. Il éprouve une tendance au sommeil à laquelle toutefois il peut résister, s'il est doué d'une volonté énergique. Il peut alors reconnaître la diminution, puis l'abolition successive de ses sensations. Le sens du tact est altéré et aboli le premier; ceux du goût, de l'odorat, de l'ouïe et de la vue le sont d'abord à un moindre degré, de telle sorte que l'on peut encore voir et entendre, alors qu'on a cessé depuis un certain temps de percevoir les sensations tactiles et la douleur. L'action de la volonté sur les muscles persiste encore, ou du moins peut encore persister alors que la sensibilité a cessé de s'exercer.

Cependant cette fonction cesse à son tour, de telle sorte que l'homme qui a concentré toute son attention sur lui-même est complétement détaché du monde extérieur; ses organes et ses sens sont comme s'ils n'existaient plus.

La séparation de l'âme et du principe de la vie est pour ainsi dire complète.

Il ne faudrait pas croire que les choses se passent toujours comme je viens de le dire; loin de là : « Dans l'immense majorité des cas, » ainsi que le dit M. Bouisson, les facultés intellectuelles éprouvent un » trouble qui consiste successivement dans l'exaltation passagère de » certaines facultés, dans le délire, les songes, avec ou sans conserva» tion de la mémoire, dans une aliénation de la volonté, enfin dans la » perte du sentiment du *moi*, dans une éclipse totale de l'intelligence » et de la conscience (1). »

Malgré tout l'intérêt qui s'attache à l'étude des troubles intellectuels qui se manifestent sous l'influence des anesthésiques, je dois me borner à la simple énumération qui précède. De plus longs détails seraient hors de mon sujet. Il résulte de ce qui vient d'être dit que l'abolition de la sensibilité et de la motilité peut être indépendante de toute altération de l'intelligence et de la volonté, mais que cependant si l'anesthésie est poussée très-loin, la suspension complète de l'intelligence et de la volonté en est la conséquence ordinaire.

Les faits que nous venons de passer en revue démontrent que les effets des vapeurs d'éther ou de chloroforme administrées d'une manière méthodique et pendant un temps suffisant, appartiennent à trois classes principales : 1° effets sur la *sensibilité*; 2° effets sur la *motilité*; 3° effets sur l'*intelligence*. Dans ces trois catégories peuvent se ranger les phénomènes les plus essentiels de l'anesthésie. Leur connaissance approfondie est indispensable au médecin qui veut utiliser cette méthode dans le traitement des maladies internes; car, ainsi que je l'ai déjà dit, les applications thérapeutiques se déduisent naturellement des effets physiologiques.

La théorie dit en effet que les maladies dans lesquelles le chloroforme

(1) TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DE LA MÉTHODE ANESTHÉSIQUE, p. 229.— Je renvoie à cet ouvrage les personnes qui désireraient de plus longs détails sur les effets physiologiques qui viennent d'être indiqués.

---

la paye, donne raison à ces tendances, les seconde de tous ses efforts, contribue, par la faveur dont il les entoure, à circonscrire les praticiens les plus éminents dans l'étude et l'exercice de certaines parties de la science. Déplorez tant que vous le voudrez ce morcellement de notre art, voyez là une des causes les plus puissantes de son abaissement, dites que les grandes existences médicales disparaissent, qu'on ne voit plus de ces hommes qui dominaient leur siècle et projetaient sur la médecine une lumière dont l'éclat rejaillissait sur tous les membres de la Faculté. Chacune de ces assertions pourrait être contestée; mais, fussent-elles inattaquables, s'ensuivrait-il que le fait attaqué ne répond pas à un besoin réel, à une saine et juste appréciation de la valeur intellectuelle des hommes de science? A qui persuadera-t-on qu'on ne fait pas mieux une chose quand on la fait souvent, quand on la fait toujours? qu'on ne connaît pas mieux un département que la France entière, une ville qu'un arrondissement, sa propre maison qu'une grande capitale? Si, par exception, l'on rencontre quelques cerveaux où se case admirablement l'universalité des connaissances humaines, un Cuvier pour qui le règne animal n'a pas de secrets, un Arago qui embrasse à la fois tous les points de la physique générale, un de Candolle qui a parcouru et labouré le vaste champ de la botanique, ne sait-on pas qu'il y a des auteurs de certaines monographies qui ont ajouté aux connaissances de ces grands esprits et mérité leurs suffrages justement parce qu'ils avaient pu, en étudiant les détails, ajouter à l'importance de l'ensemble?

C'est déjà un assez beau rôle à jouer; il y a de quoi satisfaire une âme élevée; là se trouve en effet la certitude d'ajouter une pierre à l'édifice, de mettre à cette pierre sa marque spéciale, de laisser au milieu de cette masse de travaux trop souvent voués à l'oubli, un seul fait bien observé, une idée féconde, quelque chose capable de surnager sur cet océan qui engloutit presque tout. Si l'on peut voir réalisés ces rêves du jeune âge, s'il est possible de dire tout bas son *non omnis moriar!* c'est seulement quand on a pris le sage parti de creuser un sujet restreint, de distiller lentement cette goutte qui perce le rocher, et fasse le ciel que cette espérance ne soit pas vaine; car là encore il y a des illusions à détruire, des rivalités à combattre, et même dans ce cercle aux étroites limites on rencontre des obstacles que le courage et la persévérance ne peuvent pas toujours surmonter.

Ainsi que nous l'avons dit, il ne nous appartient pas de pousser plus loin cette étude des personnes; les cinq amis dont il est question dans cette esquisse n'ont rien dans leur vie qui puisse prétendre à servir de modèle en quoi que ce soit. Chacun d'eux suivait sa voie, mais la mort a rompu le faisceau; un homme est tombé, un médecin a payé son tribut; nous pouvons dès lors parler de lui : ceux qui ne sont plus ont acquis le droit d'être salués par les survivants!

Le docteur Camille Bouchet, né à Poitiers, fit ses études à Vendôme, vin à Paris, suivit les cours de la Faculté de médecine et fut reçu interne, comme nous l'avons dit. Son long séjour à la Salpêtrière, sous le patronage si bienveillant d'Esquirol, doit-il être considéré comme un résultat de sa vocation d'aliéniste? Nous n'en croyons rien; il nous paraît bien plus probable que certains avantages matériels justement appréciés par l'esprit positif de notre camarade, le déterminèrent à rester là où ils se trouvaient. Bouchet était ad-

ou l'éther administrés en vapeurs doivent être particulièrement utiles sont les affections caractérisées par la *douleur*, par des troubles de la *motilité* et par des troubles de l'*intelligence*.

Examinons ce qui peut justifier cette théorie.

Le chloroforme et les éthers sont des substances extrêmement volatiles, qui ont sur notre organisation une action très-fugace et que l'on ne peut administrer pendant longtemps sans compromettre les sources de la vie. L'observation de tous les jours démontre qu'ils agissent rapidement et souvent de la manière la plus heureuse dans les maladies caractérisées par des troubles du système nerveux, en d'autres termes, dans les *affections dynamiques*. Or ce qui caractérise ces affections, c'est, d'après M. le docteur Socquet (1), la rapidité de leur développement et la soudaineté de leur apparition. L'expérience nous dit aussi que ce n'est que par des médicaments volatils, agissant d'une manière très-rapide en même temps que fugace, que l'on peut espérer de guérir ces maladies. Ces médicaments d'ailleurs seraient sans effets marqués sur les *affections organiques*, qui ne peuvent guérir qu'au moyen d'une thérapeutique lente et par l'usage de médicaments susceptibles de so transformer en notre propre substance.

Un premier point est donc établi dès à présent, c'est que *la méthode anesthésique ne saurait être employée comme moyen curatif dans les maladies organiques, c'est-à-dire dans celles qui sont caractérisées par des lésions matérielles de nos organes; son emploi doit être limité aux affections dynamiques.*

Malgré l'excitation manifeste occasionnée par l'éther et le chloroforme, dans les premiers moments de leur administration, on ne peut méconnaître que ces substances produisent une action hyposthénisante très-marquée et que tous leurs effets physiologiques sont en rapport avec cette manière d'agir. Ils ont donc pour caractère commun de diminuer l'action des forces vitales. Cela indique dès à présent que ces remèdes ne sauraient convenir dans les cas où les forces vitales sont au-dessous de leur rhythme normal; ainsi, pour le dire en passant, bien loin d'être utiles, les anesthésiques seraient certainement nuisibles dans le délire des fièvres pernicieuses et dans tous les cas où le délire est dû à un état de faiblesse. Ils doivent de même avoir une action funeste chez les personnes dont les forces sont en défaut, qui sont déprimées par la peur ou par toute autre passion triste. Cette circonstance, c'est-à-dire une crainte profonde, peut même suffire, ce me semble, pour expliquer quelques-uns des cas de mort causés par le chloroforme.

Notons donc, comme un deuxième point qui nous est acquis aussi bien que le premier, que *l'éther et le chloroforme à doses anesthésiques ne doivent être employés que dans les affections caractérisées par un excès ou une direction vicieuse des forces vitales.*

Si les affections dynamiques sont les seules qui puissent être avantageusement combattues par les anesthésiques, il est évident qu'elles ne sauraient l'être toutes au même degré. La douleur, les spasmes ou le délire peuvent, en effet, être *essentiels*, aussi bien que symptomatiques d'une affection dynamique, telle qu'une fièvre éruptive, par exemple, ou d'une affection organique, dans le genre de la méningite tuberculeuse ou du cancer de l'utérus. Il suit de là que si la douleur, le spasme ou le délire sont essentiels, ils seront plus facilement curables que s'ils sont symptomatiques d'une affection dynamique, et à plus forte raison que s'ils sont provoqués par une affection organique. Conclusion : *La méthode anesthésique est surtout efficace dans les affections essentielles.*

Il suffit de jeter un coup d'œil sur les affections dynamiques en général pour reconnaître parmi elles de grandes variétés. Ainsi les unes sont anciennes, tandis que les autres sont récentes. Les premières ont résisté à un grand nombre de médications; celles-là céderont difficilement à l'usage des anesthésiques; car de deux choses l'une, ou bien elles sont l'expression d'une habitude morbide très-difficile à déraciner, ou bien, quoique ayant été dans le principe purement dynamiques, elles se sont à la longue compliquées d'une lésion d'organes, laquelle a modifié leur nature et les rend réfractaires au traitement qui aurait pu les surmonter dans les commencements. Les maladies récentes seront donc, parmi celles qui peuvent modifier les anesthésiques, beaucoup plus faciles à guérir que les anciennes.

La *marche* des maladies qui nous occupent peut aussi nous indiquer jusqu'à quel point elles peuvent être guérissables par les moyens qui font l'objet de ce travail. Une maladie intermittente est, en effet, toujours plus facile à guérir que celle qui se présente d'une manière continue, parce qu'elle indique d'*ordinaire* une lésion moins grave du principe de la vie. On parviendra donc plus facilement à surmonter par les anesthésiques une affection qui se présente par accès éloignés, lors même qu'ils seraient très-forts, qu'une autre plus faible, mais dont les accès sont très-rapprochés.

La guérison serait encore plus facile si la maladie était périodique, c'est-à-dire se manifestant par des accès venant à époques régulières et pouvant être prévus à l'avance.

En conséquence, nous pouvons établir comme un fait qui nous est acquis non moins légitimement que les précédents, que *les anesthésiques agissent d'autant plus efficacement que la maladie contre laquelle on les administre est plus récente et se présente par accès moins nombreux et plus réguliers.*

Nous croyons avoir trouvé que les affections dynamiques sont seules guérissables par les agents anesthésiques, et que ces médicaments sont impuissants à faire cesser les maladies organiques; quelques explications à cet égard nous semblent nécessaires.

Quoique la distinction entre les affections purement dynamiques et les affections organiques (c'est-à-dire primitivement accompagnées d'une lésion d'organes) soit très-réelle, elle n'est pas toujours facile à établir au lit du malade. Bien au contraire, il est certains cas où rien ne peut nous conduire à un diagnostic précis Dans certaines circonstances, on observe tous les désordres fonctionnels qui caractérisent les affections dynamiques, mais ces symptômes sont accompagnés d'une lésion organique cachée; rien n'empêche d'employer les anesthésiques; car si ces médicaments échouent, alors que toutes les circonstances paraissaient favorables à leur réussite, on en pourra conclure que l'affection, au lieu d'être purement dynamique, était en réalité de nature organique. Le diagnostic aura été éclairé, et l'on devra s'adresser à des médicaments agissant d'une autre manière.

Lors même que l'on saurait, à n'en pas douter, que l'affection que

(1) PRINCIPES D'ÉCONOMIE MÉDICALE, OU DES LOIS FONDAMENTALES DE LA MÉDECINE. Lyon, 1852.

---

ministrateur: il savait calculer, organiser; aussi profita-t-il des ressources de toute nature que lui offrait ce grand établissement. Cette disposition de son caractère se révéla bien plus énergiquement dès que les circonstances lui permirent de déployer toutes les ressources de cet esprit spécial.

En 1833, il fut nommé à la direction du grand hospice des Incurables et des Aliénés de la ville de Nantes. Tout était à faire dans cette vaste maison, ou plutôt la maison elle-même n'existait pas. Les médecins, on le sait trop, sont rarement admis à donner leur opinion sur le matériel des hôpitaux; l'administration et les architectes se réservent de construire des salles qui sont loin de convenir toujours aux malades qu'on y doit soigner; Bouchet trouva moyen, dans une ville où il était inconnu, de se faire écouter, de gagner la confiance des magistrats municipaux, du conseil général, des administrateurs des hospices, et après quelques années d'un travail opiniâtre, il dota Nantes d'une maison qui peut être considérée comme un modèle en ce genre. Dans cette œuvre gigantesque, le médecin déploya tout à la fois une connaissance approfondie des besoins du service des aliénés, une merveilleuse fertilité de ressources pour arriver au but en se maintenant dans les limites étroites de son budget; il utilisa les bras et l'intelligence de la plupart des fous contenus dans cet asile, il réalisa des économies importantes sur la main-d'œuvre, il atteignit enfin le but qu'il s'était proposé et mérita les éloges de tous ceux qui suivirent ce travail depuis son origine jusqu'à sa terminaison.

Il faut lire dans les journaux de Nantes les notice publiées par M. le docteur Bonamy et par M. Girard de Vasson, président du tribunal civil de Napoléon-Vendée. L'appréciation scientifique de notre honorable confrère, et les éloges si bien sentis du second, l'ami du défunt, nous montrent Bouchet dans ce long enfantement d'une œuvre qui devait user sa vie, mais qu'il a eu le bonheur de voir achevée. Il nous a été donné de visiter le cher camarade sur ce terrain qu'il a si bravement conquis à la science et à l'humanité, au milieu de ces pauvres fous qu'il dirigeait d'une main si habile et si douce, produisant par la seule force de sa volonté des salles immenses, des dortoirs aérés et salubres, des cellules pourvues de tous les perfectionnements modernes; Bouchet à l'hospice Saint-Jacques réalisait dans sa plénitude l'idée que l'on a du maître de cette population agitée ou mélancolique, il contenait les uns, soutenait les autres, déployait un zèle intarissable, raffermissait les esprits défaillants de ces tristes pensionnaires, et rendait souvent à leur famille des individus que l'on en aurait pu croire séparés à jamais. C'est là qu'il fallait voir notre habile confrère, agissant avec une sûreté de vues, déployant un tact, une sagacité, des mérites que sa précoce maturité nous avait fait pressentir. Bouchet n'avait pas en de jeunesse, dit M. Girard de Vasson; il avait franchi tout d'un trait le large espace où se jouent volontiers les enfants gâtés de la fortune, et quand on lui confia, bien jeune encore, le soin de créer en quelque sorte un asile pour les aliénés du département de la Loire-Inférieure, il se trouva tout à coup à la hauteur d'une mission si grande et la remplit à la satisfaction des plus exigeants.

A-t-on déjà remarqué que les médecins aliénistes avaient en général le double talent de l'administration et de l'architecture? Nous pourrions appuyer cette vue sur de curieux exemples, prouver par des faits très-concluants que ces sortes de dispositions intellectuelles sont congénères; mais cette démons-

l'on veut combattre est bien manifestement de nature organique, ou qu'elle s'est compliquée d'une lésion de cette nature après avoir été primitivement dynamique, il pourrait encore être convenable de recourir aux anesthésiques, si les symptômes observés étaient ceux qui indiquent une surexcitation ou une perversion des forces. Dans ces cas, le chloroforme et l'éther pourraient avantageusement combattre les symptômes, ils pourraient amener de l'amendement dans la maladie, mais ils ne sauraient la guérir, à moins que l'on ne mette en usage avec eux des médicaments susceptibles de détruire l'affection organique sous l'influence de laquelle se produisent les désordres nerveux.

On voit d'après ce qui précède que les anesthésiques peuvent être employés comme moyen *curatif* et comme moyen *palliatif*.

Leur *action* sera *curative* dans les affections dynamiques caractérisées par un excès ou par une direction vicieuse des forces vitales, surtout lorsqu'elles seront récentes et se présentant par accès peu nombreux et réguliers.

Cette *action* sera simplement *palliative* dans les affections dynamiques anciennes ou accompagnées de lésions d'organes et dans les affections organiques qui se compliquent de désordres nerveux indiquant une excitation ou une perversion des forces.

Essayons maintenant de faire l'application à la pathologie spéciale des principes généraux qui viennent d'être posés. Il serait nécessaire, si nous voulions faire un travail complet, d'étudier successivement toutes les maladies; mais on comprendra que nous n'ayons pas une pareille ambition. Nous nous proposons tout simplement de jeter un coup d'œil sur les principales maladies dans lesquelles on a mis en usage la méthode anesthésique; de même que sur celles qui, n'ayant pas encore été traitées par ces agents, peuvent, d'après la théorie, en retirer des avantages. Cet examen nous paraît d'une haute importance, car, avec les lumières que nous possédons déjà, nous pourrons comprendre pourquoi le chloroforme réussit dans certaines maladies et échoue toujours dans quelques autres.

Il est nécessaire de suivre, dans cette étude, un ordre régulier. La distinction que nous avons établie au commencement de ce travail de trois sortes d'effets des agents anesthésiques, se présente ici naturellement. On se rappelle que nous leur avons reconnu des effets: 1° sur la sensibilité; 2° sur la motilité; 3° sur l'intelligence. A ces trois ordres de phénomènes physiologiques répondent les phénomènes pathologiques suivants: **1° *douleur*; 2° *spasme*; 3° *délire*.** C'est principalement, sinon uniquement, aux affections qui appartiennent à l'une ou à l'autre de ces classes de maladies que l'on peut avoir l'espérance de voir les anesthésiques suffire à la guérison. Nous diviserons donc l'étude qui va suivre en trois chapitres spéciaux répondant aux divisions que nous venons d'admettre; mais comme l'on a combattu par les anesthésiques certaines maladies qui ne rentrent pas d'une manière manifeste dans notre cadre, nous en dirons quelques mots dans un appendice qui terminera notre travail.

(La suite au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

(Suite.)

I. THE EDINBURGH MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

OBSERVATIONS SUR LES EFFETS DES MÉDICAMENTS CHOLAGOGUES, ET REMARQUES SUR DIVERSES ALTÉRATIONS PATHOLOGIQUES DU FOIE, LE FOIE GRAS, LA CIRRHOSE; par C. HANDFIELD JONES.

On trouve, dans les TRANSACTIONS PHILOSOPHIQUES DE LONDRES de 1849, un mémoire important du même auteur sur la texture anatomique du foie dans différentes classes d'animaux. Nous devons rappeler quelques-unes de ces données : le foie des mammifères consiste principalement en une masse parenchymateuse composée de cellules parfaites ou de noyaux et de matériaux granuleux et graisseux. Les conduits hépatiques se terminent par des extrémités arrondies accolées à la masse des cellules parenchymateuses. Les dernières ramifications de ces conduits consistent principalement en noyaux. L'artère hépatique se distribue dans leurs parois ; tandis que la veine porte se ramifie dans la masse parenchymateuse, dont les cellules sont en étroit rapport avec les capillaires. Les cellules hépatiques séparent, du blastème fourni par ces capillaires, le sucre qui est formé dans le foie pendant la digestion, et qui est ensuite absorbé et porté dans la circulation par les veines hépatiques. La matière jaune, matière colorante de la bile, se remarque souvent dans les cellules, surtout dans les cellules centrales du foie chez l'homme; les cellules marginales contiennent plus habituellement des matières huileuses.

De plusieurs expériences sur des chats ou des chiens auxquels il avait précédemment administré diverses préparations médicamenteuses et qu'il sacrifiait ensuite pour s'assurer de l'état anatomique du foie, l'auteur conclut :

Que les *mercuriaux* (calomel) produisent dans le foie une grande quantité de matière jaune colorante, et augmentent d'une manière notable la sécrétion de la matière jaune de la bile. Ces phénomènes s'accompagnent d'une congestion marquée.

Le *colchique* paraît agir plutôt en facilitant l'excrétion de la bile qu'en favorisant la production d'une plus grande quantité de ce liquide.

Le *muriate de manganèse* aurait une action sécrétoire moins énergique que le calomel, mais plus forte que le colchique.

L'action cholagogue d'un médicament doit être distinguée de cette action sécrétoire, les substances cholagogues expérimentées sont l'aloès, l'huile de térébenthine, la rhubarbe, l'extrait de taraxacum.

Le calomel, qui jouit d'une action si marquée sur la sécrétion hépatique, aurait, chez les animaux, comme dans une observation sur l'homme, donné lieu à de l'ictère. La science possède plusieurs cas semblables qui paraissent confirmer les idées de l'auteur.

Passant ensuite à l'étude des altérations organiques du foie, le docteur H. Jones se demande si les *foies gras* consistent en une surcharge

---

tration incidente nous entraînerait hors de la voie que nous avons choisie. Il nous suffira de dire que Camille Bouchet n'avait pas répudié la science, qu'après avoir, dans ses débuts, publié d'excellents travaux (conjointement avec Cazauvieilh) sur l'épilepsie, sur diverses altérations cérébrales, il a continué de recueillir des faits, de les comparer, de les commenter et d'en tirer des conclusions qui ne seront pas perdues pour ses confrères en l'art difficile de traiter les maladies mentales. Son talent dans ce genre avait même une telle notoriété qu'à diverses reprises il fut appelé à Paris au sein de la commission des pairs de France chargés d'élaborer la loi qui régit aujourd'hui les maisons d'aliénés. Les maîtres en cet art, et plus particulièrement M. Ferrus, qui a longtemps vu notre ami à l'œuvre, pourraient dire mieux que nous les services rendus à cette partie de la science par Camille Bouchet, ses progrès dans l'application des plus saines doctrines, la sûreté de son coup d'œil, l'excellence de ses conseils dans la direction des familles où germent les désordres intellectuels, ces tristes réunions où se recrutent à coup sûr les établissements de fous, ces groupes d'individus que les soins d'une prophylaxie savante peuvent seuls arracher au fatal tribut qu'ils payent inévitablement aux asiles ouverts à leur triste infirmité.

En voilà assez pour indiquer la part prise par Camille Bouchet au perfectionnement d'une des branches les plus importantes de l'art de guérir. Vingt ans passés au milieu des aliénés n'ont eu aucune influence sur sa raison, sur son jugement, il a conservé l'un et l'autre dans des conditions difficiles; il s'est toujours montré bienveillant, modéré, suivant d'un œil curieux la marche ascendante de ses confrères, applaudissant à leurs efforts, heureux de contribuer dans la mesure de ses forces à l'œuvre commune, n'ayant jamais cru que la science commençât à lui et dût finir avec lui, parfait modèle du médecin honorable, plein de circonspection et de justice, emportant avec lui l'estime générale, accompagné jusqu'à sa dernière demeure par l'élite de la population d'une grande ville.

Puisse chacun des quatre survivants mériter un pareil hommage et trouver un meilleur panégyriste.

P. MENIÈRE.

— M. le docteur Laurencin, premier chirurgien en chef de la marine à Rochefort, a succombé inopinément le 7 de ce mois.

— M. Gaudichaud, membre de l'Académie des sciences et ancien médecin de la marine, vient également de succomber.

— Le 19 janvier, est mort, à l'âge de 60 ans, M. le docteur Fl.-P.-A.-J. Helin, dit Colson (de Perwez), auquel la Société avait décerné, au concours de 1847, une médaille d'honneur pour son ESSAI SUR LA TOPOGRAPHIE MÉDICALE DU CANTON DE PERWEZ, ainsi que le titre de membre correspondant.

— Le 8 janvier, est mort à Bruxelles M. le docteur P.-G. Puttemans, un des plus honorables praticiens de cette ville, et qui avait su se concilier l'estime et l'amitié de tous ses collègues.

graisseuse plus grande des cellules hépatiques, ou en une altération complète de texture en une sorte de désorganisation. Il y a là deux degrés d'une même affection qu'il est important de distinguer, puisque, dans le premier cas, les cellules hépatiques sont encore intactes, tandis que, dans le second ; elles sont désorganisées. Dans le premier degré, on retrouve encore du sucre dans le foie, tandis que dans le second, l'auteur n'en a pas trouvé de traces. On a noté la limitation de la dégénérescence graisseuse à la circonférence des lobules, sans qu'on puisse rendre compte de cette particularité. On rencontre des foies complétement gras dans diverses maladies. Sur 19 foies examinés par l'auteur, 4 ou 5 seulement appartenaient à des sujets phthisiques, les autres provenaient de sujets atteints de diverses maladies qui avaient en général produit une grande émaciation.

L'état lardacé du foie (*speckig* des Allemands) qu'on rencontre chez les sujets scrofuleux, rachitiques, atteints de cachexie syphilitique ou mercurielle, et quelquefois à la suite des fièvres intermittentes, montre au microscope une substance homogène qui ressemble beaucoup à la matière huileuse concrétée. Cette substance, très-abondante dans quelques points, comprime les cellules. Une matière analogue se trouve quelquefois dans la rate. Il faudrait, d'après l'auteur, la considérer comme un produit *sui generis* tout à fait différent des infiltrations scrofuleuses ou tuberculeuses.

Nous n'entrerons pas, dans la description des différents états confondus sous le nom de cirrhose et d'hypertrophie de la capsule de Glisson, le docteur H. Jones relate à ce sujet plutôt des observations particulières, qu'il ne donne des résultats généraux.

Quelques remarques sur l'ictère terminent ce travail, qui contient, comme on voit, des faits entièrement différents. Dans la plupart des cas, l'ictère résulterait du passage dans le sang d'une matière colorante jaune et non de la bile en nature. Le phénomène se manifeste, soit à la suite d'un obstacle mécanique au cours de la bile dans l'intestin, par suite duquel la matière jaunâtre des cellules n'étant plus évacuée par les conduits excréteurs s'accumule de proche en proche jusque dans le parenchyme, soit par suite de l'inertie des tubes excréteurs, soit encore par suite de la sécrétion d'une quantité surabondante de pigment jaunâtre dans le parenchyme hépatique.

Nous terminerons cette revue en mentionnant quelques résultats anatomo-pathologiques importants : sur 31 cas d'épaississement ou de condensation de la charpente fibreuse du foie, 26 fois l'auteur a rencontré des dégénérescences du rein à divers degrés. Sur 20 cas de dégénérescence graisseuse très-avancée ou complète, 15 fois il n'y avait point de phthisie pulmonaire ; 8 fois seulement il y avait un amaigrissement notable, dans les autres cas l'émaciation n'étant pas sensible ; 3 fois sur 20 on a observé l'altération granuleuse des reins, et 1 fois la dégénérescence graisseuse de cet organe. Sur 30 cas de dégénérescence graisseuse partielle, 7 étaient accompagnés d'altération granuleuse des reins, coïncidence probablement accidentelle.

La transformation graisseuse, partielle et marquée des lobules du foie ne doit pas être considérée comme un phénomène morbide.

II. THE DUBLIN QUARTERLY JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE.

Les numéros de février, mai, août et novembre 1853 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Observations sur l'arthrite chronique rhumatismale de l'épaule*; par le docteur Robert Smith. 2° *Du traitement des fractures du fémur à l'aide de l'attelle de Liston modifiée, avec des observations sur la fracture du cal comme moyen de remédier aux consolidations vicieuses*; par Richard G. H. Butcher. 3° *Observations sur la fièvre continue, et remarques sur le traitement des affections intestinales par les injections de nitrate d'argent*; par George Yates. 4° *Notes sur les maladies des voies urinaires et les conditions morbides de l'urine chez les enfants*; par le docteur Christopher Fleming. 5° *Observations relatives à des cas d'un diagnostic difficile*; par le docteur A. Malcolm. 6° *Des signes médico-légaux de la mort par submersion*; par le docteur Alfred S. Taylor. 7° *De l'examen des fèces dans les maladies*; par le docteur Jonathan Osborne. 8° *Rapport sur un cas remarquable de monstre double*; par W. F. Montgomery. 9° *Extraits des manuscrits inédits d'Abraham Colles*; par W. Colles. 10° *Notes sur le climat et les maladies de la ville de Cork*; par le docteur John Popham. 11° *Du prolapsus de l'utérus et du vagin pendant la grossesse et le travail*; par J. H. Houghton. 12° *Quelques remarques sur l'angine dans ses rapports avec la scarlatine*; par James Bower Harrison. 13° *Du poison d'État des Athéniens employé sur Socrate*; par Jonathan Oshorne. 14° *Observations d'étranglement interne du petit intestin produit par un diverticulum de l'iléum. — Bronchite pseudo-membraneuse avec effusion de lymphe dans les cellules pulmonaires*; par le docteur Samuel Gordon. 15° *De l'influence des végétations des valvules du cœur sur la production des maladies des artères*; par le docteur Jolliffe Tufnell. 16° *Des luxations des vertèbres cervicales sans fracture*; par le docteur William Butcher. 17° *Réflexions sur les causes de l'hydropisie*; par sir Henry Marsh. 18° *De l'ablation de la totalité du maxillaire supérieur et de l'os du palais*; observation par Richard G. H. Butcher. 19° *Observations de maladies du foie*; par le docteur Cathcart Lees. 20° *Guérison des fistules urinaires par la compression*; par John Hamilton. 21° *Observations sur les lipomes du nez*; par le docteur Samuel G. Wilmot. 22° *Réflexions sur l'histoire des maladies du cœur*; par le docteur Benjamin George M'Dowel. 23° *Rapport sur la dyssenterie épidémique du nord de l'Irlande en 1852*; par le docteur Malcolm. 24° *De l'anévrisme variqueux spontané*; par Robert Mayne. 25° *Observations sur différents cas de chirurgie et de médecine*; par W. Hargrave. 26° *Observation de l'ablation du maxillaire inférieur*; par Samuel G. Wilmot. 27° *Du pouls lent que l'on observe quelquefois dans diverses fièvres*; par Henry Kennedy. 28° *De l'application locale du chloroforme en vapeur dans le traitement de diverses maladies, et spécialement de celles de l'utérus; instrument inventé à cet effet*; par S. L. Hardy. 29° *Observations sur les fièvres rémittentes d'Irlande*; par le docteur Thomas Purefoy. 30° *Du type et des lois de propagation des fièvres tropicales de la Jamaïque*; par T. Ross Jameson.

OBSERVATIONS SUR L'ARTHRITE RHUMATISMALE CHRONIQUE DE L'ÉPAULE ; par le docteur ROBERT W. SMITH, professeur de chirurgie à l'Université de Dublin, etc.

Le mémoire du professeur Smith est remarquable surtout au point de vue de l'anatomie pathologique. Il fait voir comment certaines déformations de la tête de l'humérus et de la cavité glénoïde, comment certains changements de rapport de ces os entre eux, effets secondaires de certaines arthrites rhumatismales, ont pu pendant longtemps être pris par des chirurgiens de mérite pour des produits d'accidents traumatiques. La disparition totale de la portion articulaire du tendon du biceps ou le déplacement de ce tendon, la perforation de la partie supérieure de la capsule articulaire par la tête de l'humérus, la séparation d'une partie de l'acromion, comme on l'a démontré, ne suffisent point à prouver qu'il a dû y avoir violence extérieure, tous ces faits pouvant être dus à l'arthrite.

Pour passer rapidement en revue quelques-uns de ces phénomènes, nous citerons en première ligne la séparation de l'extrémité apophysaire de l'acromion. Cette séparation a lieu en général au point où s'est faite la jonction de l'épiphyse avec le corps de l'os; dans un cas elle portait sur tout l'acromion. Il peut exister en même temps l'hypertrophie ou l'atrophie de cette portion d'os; quelquefois la perforation de la capsule; quelquefois l'absorption ou le déplacement du tendon bicipital; dans d'autres cas, au contraire, ce tendon est tout à fait normal.

Il est rare de rencontrer dans d'autres articulations, à la suite des arthrites chroniques, la séparation de certaines portions épiphysaires; pourtant cela se voit quelquefois; et l'auteur a trouvé ainsi la séparation de l'olécrâne et celle de certaines portions des condyles du tibia. Indépendamment de l'absence de tout travail de réparation dans ces sortes de fractures des os, les deux fragments restent souvent en contact parfait, et il faut en être prévenu pour découvrir la séparation, lorsque les tissus fibreux n'ont pas encore cédé ou été considérablement allongés, de manière à permettre des déplacements qui quelquefois sont considérables.

Le professeur Smith pense que, dans ces cas, la résistance naturelle du tissu osseux est diminuée de telle sorte que des pressions ou des tractions minimes, mais continues, peuvent finir par détacher certaines portions d'os. Quelques auteurs ont, en effet, cru trouver que les os ainsi atteints avaient perdu une partie de leur phosphate calcaire, et on a trouvé des os mous, spongieux, quelquefois augmentés de volume, que Lobstein désignait sous le titre d'ostéoporose.

Nous avons aussi parlé de la rupture, de l'absorption ou du déplacement de la portion articulaire du tendon bicépital; il importe de rappeler à ce sujet que l'on connaissait depuis longtemps des faits analogues, mais qu'on les avait tous considérés comme des exemples de ruptures ou d'arrachements traumatiques. Nous ne saurions dire au juste, faute de catalogues suffisamment détaillés, si nos musées d'anatomie pathologique sont riches en préparation et en pièces semblables. Le docteur Smith nous informe que Knox d'Edimbourg (LONDON MED. GAZ., t. 1) a l'un des premiers remarqué cet état de la longue portion du biceps. Dans un cas, il trouva que le tendon s'arrêtait au sommet de la coulisse et s'identifiait là avec la surface interne du liga-

ment articulaire. Dans trois autres cas, le tendon avait au moins disparu en partie; dans un cas il avait disparu totalement.

Stanley a publié dans le même recueil (t. III) trois cas analogues; deux fois il trouva le tendon séparé de la cavité glénoïde et adhérent à la coulisse, une fois il avait changé de position et était situé sur la grosse tubérosité de l'humérus.

On trouve encore, mais beaucoup plus tard (dans le LONDON MED. GAZ., t. XX), sous le nom du docteur Barron, trois observations, dans lesquelles le tendon du biceps était détaché de la cavité glénoïde et adhérait à la partie supérieure de la capsule. L'observateur qui rapporte ces faits les décrit sous le nom de *déformation particulière du biceps*. Dans une observation d'Astley Cooper, citée par cet éminent chirurgien comme un exemple de luxation partielle de l'humérus, et qui n'était en réalité, comme l'a démontré Adams dans son MÉMOIRE SUR LES ALTÉRATIONS ANATOMIQUES DE L'ÉPAULE, publié en 1849 dans la CYCLOPEDIA DE TODD, t. IV, qu'une déformation de l'articulation scapulo-humérale, suite d'arthrite chronique, il est dit que « le long tendon du biceps semblait avoir été rupturé à son attache, car en ce point il était très-petit, et paraissait être le produit d'une formation nouvelle. » Hargrave a publié (dans EDINB. MED. AND SURG. JOURN., 1827), comme un exemple de luxation partielle de l'humérus en dedans, une observation dans laquelle il y avait absorption de la partie articulaire du biceps, absorption des cartilages articulaires, éburnation des parties osseuses et augmentation de volume de la tête humérale. On remarquera que dans ce fait, comme dans celui d'Astley Cooper, on n'avait recueilli aucun renseignement sur l'histoire du malade, et on avait préjugé des accidents antérieurs d'après l'inspection *post mortem*. Reste le cas rapporté par Soden en 1841 dans les TRANSACTIONS MED. CHIR. DE LONDRES, et savamment discuté et interprété par le docteur Adams dans la CYCLOPEDIA OF ANATOMY AND PHYSIOLOGY.

Indépendamment de ces faits dont quelques-uns sont cités *in extenso*, le professeur Smith en relate plusieurs autres analogues qui n'étaient pas connus. Comme il s'agit ici d'une question importante de diagnostic chirurgical sur laquelle des méprises sont souvent commises, nous croyons qu'il sera bon de citer textuellement quelques-unes de ces observations :

OBS. I. — Une femme âgée avait pendant plusieurs années souffert d'une arthrite chronique de l'articulation scapulo-humérale droite; à la suite de cette affection, la tête de l'humérus s'était graduellement déplacée en haut, de manière à dépasser le niveau de l'acromion et de l'apophyse coracoïde. Elle s'était aussi portée en avant, de telle sorte que l'apophyse coracoïde était masquée, le creux sous-claviculaire augmenté de profondeur, et la partie postérieure de l'épaule était très-aplatie.

A l'autopsie, on trouva que la capsule articulaire était agrandie, amincie et détruite presque en entier en haut, le tendon du biceps, dont le tissu se trouvait sain, était à la partie interne de la tête de l'humérus au lieu de se trouver à la partie supérieure. Le cartilage articulaire de l'humérus était érodé et des dépôts osseux avaient pris naissance près de la coulisse bicipitale et au pourtour de la tête articulaire de l'os. L'acromion était aminci; sa face inférieure plus excavée qu'à l'état normal et à la distance d'un demi-pouce de son extrémité antérieure, divisé en deux portions qui étaient seulement unies entre elles par les tissus fibreux qui revêtent la face supérieure de cette apophyse.

Ce déplacement en dedans du tendon du biceps se retrouve dans une observation citée dans l'article d'Adams, dans laquelle, comme dans le cas précédent, l'humérus était porté en haut. Nous n'avons pas à discuter ici le mécanisme des déplacements de l'humérus dans les cas analogues, mécanisme dont la théorie générale a été donnée par M. Jules Guérin; nous enregistrons ici les faits seulement.

OBS. II. — Au musée de l'hôpital Saint-Barthélemy de Londres, on conserve deux articulations scapulo-humérales appartenant au même sujet, et qui sont des exemples bien remarquables d'arthrite rhumatismale. Ces pièces sont décrites au catalogue sous les n° 59 et 60 dans les termes suivants :

A. Epaississement de la capsule qui offre à sa partie supérieure une ouverture irrégulière. Le tendon du sus-épineux semble avoir été arraché de la tubérosité de l'humérus. Le tendon du biceps qui est détaché de la cavité glénoïde adhère à la tête articulaire; on en trouve quelques filaments encore fixés au rebord glénoïdien.

B. Epaississement de la capsule; le tendon de biceps, séparé de la cavité glénoïde, adhère fermement à la tête articulaire; un dépôt osseux irrégulier, plein de nodosités, a pris naissance au point d'attache nouveau.

L'auteur lui-même rapporte l'observation suivante faite sur une femme d'un âge avancé, qui plusieurs années avant sa mort avait présenté des symptômes d'arthrite chronique de l'épaule et qui n'avait jamais eu à souffrir d'accidents traumatiques dans cette région :

OBS. III. — Après la section du deltoïde, on put voir la tête humérale à nu; sa partie centrale et la plus élevée était dépouillée de cartilages dans l'étendue d'un centimètre carré et présentait une surface éburnée. On trouvait à la partie supérieure et antérieure de la capsule une ouverture. La grosse tubérosité, contenue dans la capsule, était revêtue de substance éburnée et glissait sous la face inférieure de l'acromion, le sillon, qui dans l'état normal sépare la tête articulaire des tubérosités, avait disparu. Les tendons des quatre muscles capsulaires avaient perdu leurs attaches aux tubercules de l'humérus. Le sillon bicipital avait disparu, ainsi que la partie intra-articulaire du tendon de biceps, à l'exception d'une portion longue de 3 à 4 lignes restée adhérente au rebord glénoïdien. L'acromion, à trois quarts de pouce de son extrémité, était divisé en deux portions séparées par un intervalle d'un demi-pouce et maintenue à cette distance par les tissus fibreux de la face supérieure de cette apophyse. Toute la face inférieure de cette apophyse était dépouillée de périoste et éburnée. La partie inférieure de la cavité glénoïde qui était encore recouverte de cartilage n'était plus en rapport avec la tête humérale.

Enfin le dernier fait que nous citerons, le plus intéressant de tous, présenté par le docteur Robert W. Smith à la Société pathologique de Dublin, se rapporte à une luxation congéniale des humérus en arrière, qui était devenue le siége d'une inflammation chronique.

OBS. IV. — Dans l'espace occupé par la cavité glénoïde, il n'y avait point de cartilages articulaires. Sur la face externe du col de l'omoplate, il s'était formé une surface concave éburnée, dans laquelle était reçue la tête de l'humérus. Le tendon bicipital naissait du sommet de la cavité glénoïde; sa portion intra-articulaire était très-courte; il était aminci à son origine et séparé en plusieurs faisceaux de fibres. L'acromion était divisé en deux portions dont l'une libre reposait sur la grosse tubérosité. La tête du l'humérus était aplatie de dedans en dehors. L'insertion du sous-scapulaire à la petite tubérosité était en grande partie détruite. Le ligament capsulaire était plus épais qu'à l'état naturel.

Si à tous ces documents on ajoute ceux qu'a publiés John Grégory Smith dans le LONDON MEDICAL GAZETTE, t. XIV, sur des altérations de l'articulation de l'épaule qu'il attribuait aussi à des violences extérieures, on aura une masse imposante de faits qui pourront servir à édifier point par point l'histoire anatomique et physiologique d'une des maladies les plus graves de l'articulation scapulo-humérale. Ces observations feront voir jusqu'à quel point, avec une expérience incomplète, avec les fausses notions qui circulent quelquefois dans les écoles sur certaines questions de physiologie pathologique, les faits anatomiques non convenablement interprétés peuvent induire en erreur et faire prendre une fausse route à la pathologie.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

SÉANCE DU 7 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. NACQUART.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre de l'instruction publique transmet une lettre de M. Émile Billot, relative à un nouveau traitement des fièvres et de la névralgie. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

M. le ministre du commerce transmet un rapport négatif du médecin des épidémies de l'arrondissement de Nimes pour l'année 1853. (Comm. des épid.)

Le même ministre adresse des échantillons de deux sources d'eaux minérales situées sur le territoire de la commune de Cusset (Allier), avec demande d'analyse de rapports. (Comm. des eaux min.)

Le même ministre invite l'Académie à lui faire un rapport immédiat sur le système de désinfection proposé par MM. Raphanel et Ledoyen.

Les autres pièces de la correspondance officielle sont relatives à des appareils ou à des remèdes secrets.

— MM. MENIÈRE, BEAU et SESTIER se portent candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique, et adressent la liste de leurs titres.

NOUVEAU TONSILLOTOME FONCTIONNANT A L'AIDE D'UNE SEULE MAIN.

M. BLATIN adresse une réclamation de priorité relativement à l'amygdalotome que M. le docteur Maisonneuve a présenté mardi dernier à l'Académie, et il envoie un instrument qu'il a fait exécuter il y a deux ans par M. Mathieu.

Ce tonsillotome fonctionne à l'aide d'une seule main; trois doigts suffisent pour le maintenir solidement, tandis que le pouce fait mouvoir l'aiguille destinée à fixer l'amygdale, et que l'index resté libre, tire en arrière la tige coudée qui entraîne la lame pour opérer la section de la glande hypertrophiée.

Cette lame coupe en sciant, à la manière de l'instrument modifié par M. Leroy-d'Etiolles, mais par un mécanisme tout différent. A cet effet, un tenon rivé sur sa tige qui est articulée, glisse dans une rainure creusée en *zigzag*, et force l'anneau tranchant à *faucher*, pendant qu'il est attiré en arrière par le doigt de l'opérateur.

— M. Falret demande la parole à l'occasion du procès-verbal.

M. FALRET réclame la priorité au sujet de la description d'une espèce nouvelle de folie que M. Baillarger a présentée dans la dernière séance. Il a décrit lui-même cette folie à double forme sous le nom de *folie circulaire*, dans des leçons cliniques qui ont été rendues publiques.

M. Falret, à l'appui de cette réclamation, commence la lecture d'un mémoire sur la folie circulaire. Mais sur l'observation de quelques membres que ce mémoire serait de nature à soulever une discussion, et considérant d'une autre part que l'ordre du jour est très-chargé et doit être en partie occupé par un rapport officiel d'urgence, M. le président invite M. Falret à remettre la suite de sa lecture à la séance prochaine.

CATHÉTÉRISME UTÉRIN SUIVI DE MORT.

M. CRUVEILHIER lit la note suivante :

Dans la communication qu'il a faite mardi dernier au sujet d'un cas de mort survenu à la suite du cathétérisme utérin, M. Broca m'ayant cité comme ayant observé un fait du même genre, j'ai pensé qu'il était de mon devoir de rapporter ce fait malheureux, bien qu'il ne m'ait pas été donné de vérifier par l'autopsie la lésion locale.

Voici ce fait.

Je fus appelé, le 24 septembre dernier (1853), dans le département de l'Oise pour une jeune femme âgée de 24 ans, que je trouvai dans un état désespéré; elle était au dernier degré de la fièvre hectique et du marasme. Voici son histoire.

Mariée depuis cinq ans et stérile, cette jeune femme éprouvait de sa stérilité un chagrin profond qui était devenu une véritable monomanie. Elle s'imagina qu'il pouvait y avoir dans sa conformation quelque disposition organique, peut-être accessible aux moyens de l'art, qui s'opposait à la conception. En conséquence elle pria de s'en assurer le médecin de sa famille, qui reconnut une antéversion légère de l'utérus, mais qui, n'attachant aucune importance à cette disposition, lui dit qu'il n'y avait rien à faire.

Peu de temps après, cette dame s'étant liée d'amitié avec la femme d'un jeune médecin, pria celle-ci d'en parler à son mari et consentit à se soumettre à un nouvel examen. Le jeune médecin reconnut qu'il existait un déplacement de l'utérus, lui affirma que la conception était complétement impossible dans la position vicieuse où se trouvait l'organe, et n'eut pas de peine à lui persuader de se soumettre à l'emploi d'un moyen nouveau qui faisait merveille, et qui, d'ailleurs, ne pouvait avoir aucune espèce d'inconvénient. Ce moyen nouveau, c'était la sonde de l'utérus, de M. Simpson, ingénieusement modifiée par M. Valleix. Il se chargea de son application.

La première introduction fut accompagnée de douleurs vives, qui retentissaient dans l'abdomen. La jeune femme fut même ébranlée dans sa confiance; elle persévéra néanmoins. Mais la douleur devenant de plus en plus vive à la suite de nouvelles introductions, le médecin lui proposa de la conduire à Paris, auprès d'un médecin bien plus habitué que lui à ce genre d'opérations.

La jeune femme vint donc s'installer à Paris avec sa mère, pour se remettre entre les mains du praticien distingué dont les leçons cliniques sur la sonde utérine ont eu un si grand retentissement. Notre confrère reconnut qu'il y avait une déviation de l'utérus; il admit que cette déviation était la cause de la stérilité, et déclara que, pour y remédier, il était nécessaire d'opérer le redressement de l'organe.

L'introduction de l'instrument, dirigée par une main exercée, fut beaucoup moins douloureuse que celle opérée précédemment; mais malgré les recommandations du médecin, il fut impossible à la jeune dame de conserver la sonde utérine à demeure au delà de plusieurs heures; elle fut en effet presque immédiatement prise de malaise épigastrique, de nausées, de ballonnement du ventre, d'angoisses qui l'obligèrent à retirer l'instrument. Dès cette première application, la santé générale de cette jeune dame, qui n'avait pas été notablement troublée par les tentatives antérieures (à ce point que la veille de son départ pour Paris, elle était allée à un bal où elle avait beaucoup dansé), dès cette première application, dis-je, avec séjour de la sonde pendant plusieurs heures, les forces et l'appétit se perdirent complétement; les nuits se passèrent sans sommeil; un malaise général se manifesta. Sur les sollicitations pressantes de la jeune femme et de sa mère, le traitement fut suspendu pendant plusieurs jours.

Cependant de nouvelles introductions du redresseur furent pratiquées. Il paraît que l'introduction par elle-même était à peine douloureuse; mais à peine l'instrument avait-il séjourné pendant quelques instants que l'angoisse épigastrique avec ballonnement du ventre, état nauséeux, se renouvelait; si bien que la malade, malgré sa bonne volonté, malgré les recommandations les plus expresses du médecin, ne pouvait supporter l'instrument au delà de plusieurs heures, et le malaise général avec défaut d'appétit persistait pendant tout l'intervalle qui séparait les introductions. Enfin, après cinq introductions faites avec les mêmes résultats, la mère de la jeune femme, voyant sa fille dépérir de jour en jour, se décida, malgré les instances réitérées du médecin, à laisser là le traitement et à ramener sa fille chez elle. Son séjour à Paris avait été d'un mois.

Il y avait cinq semaines seulement que la jeune malade était rentrée dans sa famille, lorsque j'ai été appelé. Or voici ce qui s'était passé pendant les cinq semaines, d'après le récit très-circonstancié du médecin aux soins duquel elle a été confiée.

A l'arrivée de la malade, il constata tous les symptômes locaux et généraux d'une métro-péritonite, caractérisée par le ballonnement du ventre et une douleur hypogastrique très-vive. Le toucher causait beaucoup de douleur; l'utérus était plus volumineux que de coutume, placé en antéversion comme avant le traitement par le redresseur, et d'une sensibilité telle que le moindre soulèvement de cet organe arrachait des cris à la malade. Quant à l'état général, altération profonde des traits, angoisse épigastrique, nausées, efforts de vomissements, vomissements verdâtres, prostration extrême, fréquence très-grande et petitesse du pouls,

L'état de l'abdomen parait s'amender sous l'influence de l'application réitérée de sangsues et de cataplasmes émollients; mais l'état général s'aggrave de plus en plus; l'amaigrissement fait des progrès rapides; la fréquence et la petitesse du pouls augmentent; état d'angoisse épigastrique permanent, épuisement complet des forces. Tout espoir de guérison est enlevé quand je suis appelé. Voici ce que je constatai.

Marasme presque au dernier degré; pouls filiforme à plus de 120; épuisement complet des forces; état de nausées permanent. L'abdomen est déprimé; l'hypogastre est à peine sensible à la pression. Il n'existe donc aucune trace apparente de péritonite.

Le toucher me fit reconnaître une antéversion de l'utérus. Le bout du doigt promené d'avant en arrière, le long de la paroi antérieure du vagin, ressent la face antérieure de l'utérus dans toute sa longueur. L'orifice du museau de tanche est fortement porté en arrière. L'utérus est sensible au plus léger contact; mais d'ailleurs son volume ne me paraît pas notablement plus considérable que de coutume. La malade était dans un tel état de faiblesse que je n'ai pas cru devoir explorer l'utérus et l'excavation du bassin par le toucher rectal.

Ne pouvant me rendre un compte suffisant de la fièvre hectique, bien évidemment symptomatique par l'état actuel de l'abdomen, j'explorai la poitrine, et je ne trouvai que quelques râles muqueux dans le sommet du poumon droit, mais d'ailleurs aucun signe de tubercules.

Appelé de nouveau auprès de cette malade, je m'y rendis le 1er octobre; je la trouvai à l'agonie. Elle mourut, en effet, pendant la nuit. L'ouverture n'a pas été faite.

Tel est le fait que j'ai eu l'occasion d'observer, fait incomplet, sans doute, puisqu'il n'y a pas eu d'autopsie qui constate positivement les lésions locales; mais, quelque incomplet qu'il soit sous le rapport de l'anatomie pathologique, il m'a paru assez complet sous le rapport clinique, pour qu'on puisse en conclure, d'une manière positive, que les accidents et la mort, dans ce cas, ont été la conséquence de l'introduction et du séjour de la sonde dans la cavité utérine.

Je demande la permission de faire suivre cette observation de quelques réflexions qui, d'ailleurs, ne sont que le développement de celles qui ont été déjà présentées dans la dernière séance par MM. Velpeau et Moreau dont je partage entièrement la conviction à cet égard.

PREMIÈRE RÉFLEXION. — Il me paraît démontré que *le redresseur de l'utérus, ou d'une manière plus générale, le cathétérisme de l'utérus par l'introduction d'une tige dans sa cavité, n'est pas toujours inoffensif.*

Que si l'utérus d'un certain nombre de femmes, j'accorde même du plus grand nombre, peut supporter impunément, non-seulement l'introduction, mais encore le séjour de l'instrument pendant plusieurs heures par jour, et même pendant plusieurs jours consécutifs; il en est plusieurs chez lesquelles cette introduction et ce séjour même très-peu prolongé, déterminent immédiatement des phénomènes locaux et généraux qui peuvent avoir la plus funeste conséquence. Et notez bien que je ne parle pas des cas où cette introduction a été faite par des mains inexpérimentées, qui déchirent, qui perforent les parois utérines, mais des cas dans lesquels elle est pratiquée par les mains les plus habiles.

DEUXIÈME RÉFLEXION. — Mais admettons pour un instant que les déviations de l'utérus constituent une lésion tellement sérieuse, qu'on doive passer pardessus les inconvénients qui peuvent résulter, dans quelques cas, de l'emploi des moyens propres à y remédier, et voyons si le redresseur de l'utérus peut remédier efficacement aux déviations; c'est là le sujet de la deuxième réflexion.

Eh bien! je dis que *le redresseur de l'utérus ne peut nullement remédier aux déviations de cet organe*, qu'il peut tout au plus en opérer le redressement pendant le temps qu'il est maintenu en place, et que lors même qu'il serait laissé à demeure pendant un grand nombre de jours, lors même qu'il redresserait l'utérus pendant toute la durée de son application, il faut de toute nécessité que l'utérus reprenne sa position primitive immédiatement après la cessation de l'emploi de l'instrument, et, ainsi que M. Velpeau l'a si bien dit dans la dernière séance, j'ajoute qu'il faudrait, pour qu'il reprît sa position primitive, que des adhérences solides se fussent établies entre l'utérus et les parties voisines pendant la durée de l'application de l'instrument. C'est ainsi que, dans le cas malheureux qui fait l'objet de cette lecture, j'ai trouvé l'utérus antéversé, c'est-à-dire dans la position où il se trouvait avant les tentatives.

TROISIÈME RÉFLEXION. — Mais je me demande *si la déviation de l'utérus dans l'état de vacuité constitue par elle-même un état morbide?* C'est là l'objet de la deuxième réflexion.

La solution de cette question est subordonnée à cette autre question : L'utérus, dans l'état de vacuité, a-t-il un axe? A cela je réponds : Non, l'utérus, dans l'état de vacuité, n'a point d'axe proprement dit. Tous les anatomistes représentent, en effet, cet organe comme flottant dans l'excavation du bassin où il n'est maintenu que par ses ligaments, par le vagin et par la vessie, à laquelle la moitié inférieure ou les deux tiers inférieurs de son col sont unis à l'aide d'un tissu cellulaire assez lâche. On peut dire que, sous le rapport de sa direction, l'utérus est pour ainsi dire à la merci de tous les organes environnants. Ainsi, la plénitude ou la vacuité de la vessie, la plénitude ou la vacuité du rectum, la présence ou l'absence d'un certain nombre de circonvolutions intestinales dans l'excavation pelvienne, les distensions plus ou moins considérables auxquelles les ligaments larges ou ronds ont été soumis dans des grossesses antérieures, la rétraction ou le relâchement du vagin, les différences de longueur que ce conduit présente chez les divers sujets, toutes

ces choses exercent sur la direction de l'utérus la plus grande influence. Aussi avais-je dit ailleurs (Anat. descript., t. III, p. 690, et Anat. pathol., *classe des déviations*) que l'utérus n'avait d'axe normal que chez les jeunes filles et chez les femmes qui n'avaient pas eu d'enfants. Je suis encore plus absolu aujourd'hui, et je crois être fondé à établir d'une manière générale que si l'utérus, dans l'état de grossesse, a des axes déterminés, dans l'état de vacuité, il n'a pas d'axe proprement dit.

Or s'il est démontré que l'utérus, dans l'état de vacuité, n'a pas d'axe normal proprement dit, il suit que les déviations de l'axe ne sont pas un état morbide, et c'est ce effet ce que prouvent les observations cliniques et l'anatomie pathologique. L'observation clinique nous montre en effet tous les jours, par le toucher vaginal associé au toucher rectal, soit l'antéversion, soit la rétroversion, soit l'inclinaison latérale de l'utérus chez les femmes qui n'éprouvent aucun symptôme morbide du côté de cet organe. Et l'anatomie pathologique m'a démontré un très-grand nombre de fois les déviations les plus considérables de l'utérus, soit en antéversion, en rétroversion, ou même en rétroflexion chez des femmes qui n'avaient pendant la vie accusé aucun symptôme du côté de cet organe. J'ai même observé des cas de ce genre dans lesquels la rétroversion, maintenue par des adhérences solides aux parois du bassin, présentait une obliquité telle, que l'axe de l'utérus était de haut en bas et d'avant en arrière sous un angle de 45 degrés.

C'est parce que j'étais bien pénétré de ces vérités que j'ai dit ailleurs (Anat. path.) que j'ai été souvent tenté de considérer comme *imaginaires*, ou du moins comme n'étant pas suffisamment démontrés, les accidents attribués à la rétroversion et à la rétroflexion. Cette manière de voir est, d'ailleurs, confirmée par Boyer, lorsqu'il dit que *la rétroversion de l'utérus n'a presque jamais lieu dans l'état de vacuité*, ce qui veut dire, d'après ma manière de voir, que cette rétroversion est exempte de toute espèce d'accidents. Et plus loin j'ajoute, en parlant des accidents attribués à l'antéversion : « Ces phénomènes morbides me paraissent tenir, non pas à l'antéversion, mais bien à une fluxion chronique de l'utérus, à un catarrhe utérin auquel participe le tissu propre de l'organe ; la preuve, c'est qu'on observe les mêmes accidents dans l'inflammation pure et simple de l'intestin, indépendamment des changements de position de cet organe.

De ce qui précède, je crois devoir conclure que les déviations de l'utérus ne constituent pas par elles-mêmes un état morbide, et que les symptômes attribués aux déviations utérines doivent être rapportés à une autre lésion, et le plus ordinairement à un catarrhe chronique utérin dont la flexion s'est propagée de la membrane muqueuse au tissu propre de cet organe et a déterminé ce développement subinflammatoire connu sous le nom vague d'engorgement.

Quatrième réflexion. — *Les déviations de l'utérus sont-elles une cause de stérilité?*

J'ai dit que c'était pour une cause de stérilité que la malade qui fait le sujet de cette note s'était soumise à l'emploi du redresseur, et c'est le plus souvent pour la même cause que cet instrument a été mis en usage. Mais de même qu'il est établi que l'utérus n'a pas d'axe proprement dit, hors l'état de grossesse ; que les déviations de l'utérus vide ne sont que des variétés presque indifférentes de position de cet organe, il suit que les déviations ne sont pas une cause de stérilité. On peut, d'ailleurs, prouver ce fait cliniquement, de la manière la plus directe, par le toucher, qui démontre les mêmes déviations sur les femmes fécondes que sur les femmes stériles. C'est dans cette conviction que, consulté plusieurs fois par de jeunes femmes stériles, sur la question de savoir si elles devaient avoir recours à l'emploi du nouveau moyen dont on leur racontait des merveilles (et ce nouveau moyen était le redresseur), pour toute réponse, je disais : « Si vous étiez ma fille, je vous le défendrais. » Et cependant, alors je n'avais encore connaissance d'aucun fait qui établit que des accidents graves et la mort pouvaient être la conséquence de l'emploi de la sonde utérine, même appliquée par les mains les plus exercées.

M. Gibert : Je commence par remercier en mon propre nom M. Cruveilhier pour la communication intéressante qu'il vient de nous faire, et je demanderai la permission d'ajouter un fait dont j'ai été témoin il y a quelque temps et qui vient démontrer une fois de plus que les manœuvres journellement employées sur l'utérus, telles que ces cautérisations dont on abuse tant, sont loin d'être toujours aussi innocentes qu'on se le figure. J'ai vu une femme jeune encore et mère de famille succomber à la suite d'une cautérisation du col avec le fer rouge, cautérisation que l'on avait cru devoir prolonger à cause du degré d'induration que présentait cet organe.

M. Velpeau : C'est une des questions les plus graves et les plus intéressantes que celle qui a été soulevée par la lecture de M. Broca dans la dernière séance. Je suis heureux que M. Cruveilhier vienne aujourd'hui donner un nouvel appui à mon opinion. Cependant je ne voudrais pas maintenant qu'on se jetât dans un excès extrême et que l'on en vînt à conclure, de ces faits malheureux, au rejet absolu de la méthode en question. S'il fallait rejeter tous les procédés opératoires qui ont pu produire des accidents, on en viendrait aussi à renoncer au cathétérisme de l'urètre, parce que dans quelques cas il a donné lieu à des accidents funestes. J'aurais beaucoup de choses à dire, du reste, là-dessus ; mais je crois qu'il est plus convenable d'ajourner toute discussion sur ce sujet après la lecture du rapport. J'exprimerai le désir que ce rapport soit présenté promptement.

M. Huguier regrette que M. Cruveilhier ait intitulé sa communication : Cas de mort produite par le cathétérisme utérin. C'est un titre qui n'est pas exact et qui peut induire en erreur en attribuant à une pratique innocente des accidents qu'elle est incapable de produire. Il ne s'agit pas ici, en effet, du cathétérisme utérin, mais du séjour prolongé dans la cavité utérine d'un instrument redresseur, ce qui est bien différent. Il serait à désirer que M. Cruveilhier voulût bien changer ce titre.

M. Bégin demande la parole pour une motion d'ordre, et propose de renvoyer la discussion après le rapport qui devra avoir lieu.

La discussion est renvoyée.

Liquide désinfectant au nitrate de plomb de MM. Raphanel et Ledoyen.

M. Bouchardat, au nom d'une commission composée de MM. Bussy, Henry Gaultier de Claubry, Huguier, Robert, Michel Lévy, et Bouchardat, rapporteur, lit un rapport officiel sur l'eau inodore et désinfectante de MM. Raphanel et Ledoyen.

Dans la séance du 18 juillet 1850, M. Huguier a lu à l'Académie un rapport sur l'eau inodore et désinfectante de MM. Raphanel et Ledoyen. Cette lecture a donné lieu à une discussion de laquelle il est ressorti que l'on devrait comparer le liquide Raphanel avec les désinfectants généralement employés dans ce but. L'Académie renvoya les conclusions à la commission, à laquelle elle adjoignit MM. Robinet et Bouchardat. C'est ce rapport que la commission vient compléter aujourd'hui.

M. le rapporteur examine d'abord la question suivante :

1° Y a-t-il quelque chose de nouveau dans les applications que MM. Ledoyen et Raphanel ont faites du nitrate de plomb comme agent de désinfection?

Quant aux applications chirurgicales se rapportant au pansement des ulcères des plaies gangréneuses ou autres accompagnés de fétidité, on doit reconnaître, dit M. le rapporteur, que deux autres sels de plomb, l'acétate neutre et l'acétate tribasique, sont depuis longtemps journellement employés et remplissent utilement toutes les indications attribuées au nitrate de plomb; aucun fait bien précis ne démontre la supériorité du nitrate sur les acétates. Cependant déjà des tentatives ont été faites pour faire entrer le nitrate de plomb dans le domaine de la thérapeutique chirurgicale. Mais l'azotate de plomb nouveau est-il préférable aux acétates anciennement employés? C'est ce qui n'est pas démontré. Quoi qu'il en soit, ajoute M. le rapporteur, il est juste de reconnaître que MM. Ledoyen et Raphanel ont insisté avec raison sur l'action désinfectante des sels de plomb dans le pansement des plaies.

Examinant ensuite les applications du nitrate de plomb comme désinfectant, considérées dans les conditions principales où il pourrait être employé dans les amphithéâtres d'anatomie, dans les casernes et dans les hôpitaux, et enfin dans tout ce qui a rapport à la question des latrines et des vidanges, M. le rapporteur reconnaît que, parmi tous les liquides désinfectants généralement employés, la solution de nitrate de plomb se distingue par son efficacité. Mais si cette solution n'a pas été généralement adoptée, les principales sont : 1° son prix plus élevé ; 2° son action toxique lente et insidieuse ; 3° la couleur foncée du sulfure de plomb, etc.

En résumé, d'après les faits exposés dans le rapport, la commission propose de répondre à M. le ministre :

1° La supériorité de l'eau inodore et désinfectante de MM. Ledoyen et Raphanel, comparée aux solutions d'acétate de plomb employées dans le pansement des plaies répandant une odeur fétide, n'est établie sur aucun fait précis.

2° Dans les amphithéâtres d'anatomie, l'emploi du chlorure de zinc comme désinfectant est préférable à celui de la solution de nitrate de plomb.

3° Dans les casernes, dans les hôpitaux, pour combattre les inconvénients de l'encombrement, une ventilation bien réglée est préférable à l'emploi de l'eau de MM. Ledoyen et Raphanel.

4° Pour la désinfection des fosses d'aisances, les chlorures ou sulfates de zinc, le sulfate de fer au maximum à l'état le plus voisin de la neutralité sont justement préférés au nitrate de plomb. Cependant, dans quelques conditions spéciales, quand on ne tiendra pas compte du prix du liquide employé, quand les précautions seront prises pour éviter l'action du plomb, on pourra utilement se servir de la solution de nitrate de plomb préconisé par MM. Ledoyen et Raphanel.

M. Malgaigne trouve que le rapporteur n'a pas traité cette question avec l'importance qu'elle méritait. Il s'attendait à trouver un grand nombre de faits positifs soutenant les conclusions, et sa surprise n'a pas été peu grande de n'en pas trouver du tout. Invité lui-même par M. Ledoyen à examiner l'action du nitrate de plomb pour la désinfection des plaies gangréneuses, il a été à même de constater que c'était là un excellent désinfectant, auquel, ni l'acétate de plomb ni aucune autre des préparations connues ne pouvaient être comparés. Cependant il convient que dans quelques cas le nitrate de plomb lui-même n'a pu parvenir à désinfecter, que la mauvaise odeur a persisté, quelque moyen que l'on ait employé. Il en a été de même pour la désinfection des lieux d'aisance. Mis à même par M. Ledoyen d'assister à quelques expériences, il a pu se convaincre que là où le nitrate de plomb ne parvenait pas à désinfecter complétement, aucun autre moyen ne pouvait y réussir. Cela tient à ce que, indépendamment des gaz que la chimie neutralise, il y a de certaines odeurs, de certaines émanations organiques sur lesquelles la chimie est entièrement impuissante.

M. Chevallier : M. Malgaigne m'a appris des choses que j'ignorais; il m'a appris que les désinfectants ne désinfectaient pas. Ils ne désinfectent pas, oui, quand ils ne sont pas en quantité suffisante. Quant à l'action désinfectante du nitrate de plomb, personne ne la conteste, mais pourquoi ne s'en sert-on pas? Pourquoi? Parce qu'il est d'abord d'un prix beaucoup trop élevé; en second lieu parce qu'il a l'inconvénient de colorer en noir foncé les matières auxquelles on le mélange.

Il a été question dans le rapport de M. Bouchardat des urines. Il serait vi-

vement à désirer que l'industrie pût parvenir à les utiliser comme engrais pour l'agriculture.

M. H. Gaultier de Claubry : M. Malgaigne a dit que la chimie était impuissante dans certaines circonstances pour opérer la désinfection. Sur quoi se fonde-t-il pour avancer une semblable assertion? Il n'y a pas de matières organiques qui ne soient désinfectables. Lorsqu'on désinfecte les matières des vidanges, on commence par détruire l'ammoniaque et les gaz sulfhydriques; on ne détruit pas encore par ce moyen toutes les matières odorantes sans doute; il reste encore certaines matières organiques; mais ces matières sont parfaitement bien détruites par le charbon divisé. Mais il est bien entendu que cette désinfection ne peut être complète et efficace qu'à la condition d'employer les agents désinfectants dans les proportions et pendant un laps de temps convenables.

Quant aux sels de plomb, qui sont évidemment de bons désinfectants, c'est ainsi que l'a très-bien fait observer M. Chevallier, leur prix élevé qui s'oppose à ce que leur emploi puisse être généralisé.

M. Moreau exprime le regret que M. Bouchardat n'ait pas indiqué les moyens d'arriver au résultat important qu'il signale, savoir l'utilisation des matières des vidanges pour l'agriculture. Le regret exprimé par M. Chevallier en ce qui concerne l'utilisation des urines, mérite la même attention.

M. Michel Levy : J'appellerai l'attention de l'Académie sur le côté le plus large de la question qui l'occupe en ce moment, le côté hygiénique; d'autant que mon incompétence m'interdit d'intervenir dans la question chimique. Lorsqu'il s'agit de désinfecter une atmosphère confinée, la question change de face, elle est complexe. Dans un air confiné, il y a plusieurs éléments : il y a de l'eau, de l'acide carbonique, des matières organiques, dont on ne peut jamais apprécier d'une manière rigoureuse les proportions. Dans ce cas, on ne peut songer à recourir aux agents chimiques pour détruire ces éléments. Le seul moyen convenable dont on dispose, c'est l'aération, le renouvellement de l'air. C'est ce qui a lieu en particulier dans les hôpitaux. Au Val-de-Grâce, en 1849, pendant l'épidémie de choléra, l'air des salles était infecté au plus haut point par les déjections des cholériques; eh bien! nous n'avons eu recours ni aux chlorures, ni à aucun agent chimique, mais nous avons entretenu une ventilation constante, et ce moyen nous a parfaitement suffi.

M. H. Gaultier de Claubry rapporte à l'appui de ce que vient de dire M. Michel Lévy des expériences qu'il a faites en 1839, avec les membres d'une commission hygiénique, pour l'assainissement des salles de la caserne du quai d'Orsay.

Après une courte réponse de M. Bouchardat aux observations qui précèdent, réponse dans laquelle le rapporteur se défend du reproche que lui a fait M. Malgaigne, de n'avoir pas suffisamment rendu justice aux travaux de M. Ledoyen, l'Académie passe à la discussion des articles.

Article 1er. — M. Malgaigne demande si l'on a éprouvé comparativement et d'une manière clinique le nitrate et l'acétate de plomb, pour les mettre ainsi sur la même ligne; car en cette matière il récuse la chimie.

M. Bouchardat répond que l'acétate de plomb est journellement employé depuis longtemps dans les hôpitaux, et que sa propriété désinfectante est bien connue.

M. Michel Lévy pense qu'il ne doit pas être question de l'acétate de plomb qui n'est pas en cause; que l'on se borne à dire que, d'après les expériences de M. Malgaigne, le nitrate de plomb désinfecte les plaies.

M. H. Gaultier de Claubry : Boyer employait l'acétate de plomb pour désinfecter les plaies, et il y réussissait très-bien. Si l'on adoptait la motion de M. Michel Lévy, on laisserait croire que le nitrate seul est désinfectant.

M. Moreau : Peut-être y a-t-il des différences dépendant de l'acide combiné avec la base... Mais si l'on s'en tient au fait clinique, il faut accepter les résultats des expériences de M. Malgaigne.

Quelques membres proposent le renvoi à la commission.

M. le secrétaire perpétuel fait remarquer que le renvoi n'est pas possible en présence de la demande pressante du ministre.

M. Chevallier voudrait qu'on réservât la question de l'application chirurgicale. (Très-bien.)

M. Bouchardat y consent.

La première conclusion, modifiée dans ce sens, est mise aux voix et adoptée.

Deuxième conclusion. — M. Malgaigne demande si l'on a fait des expériences dans les pavillons de dissection.

M. Chevallier : C'est trop cher.

M. Bégin : Mais il faut distinguer ici : si c'est dans un air confiné que vous voulez employer le nitrate de plomb, c'est évidemment dangereux; et dans ce cas non-seulement il faut dire que le moyen n'est pas bon, mais encore qu'il pourrait être malfaisant.

M. Malgaigne demande à ce sujet quelques éclaircissements, desquels il résulte que l'on confondait ici la désinfection de l'atmosphère avec la désinfection des pièces anatomiques elles-mêmes. Sans doute s'il s'agit de désinfecter l'air, ajoute M. Malgaigne, ce moyen est mauvais, l'aération vaut mieux; mais il n'en est pas de même s'il s'agit de désinfecter les pièces anatomiques.

Après ces éclaircissements, la conclusion 2 est adoptée avec cette addition : « pour conserver les cadavres. »

Troisième conclusion. — M. Malgaigne : Dites que l'aération est préférable à tous les agents désinfectants, sans en spécifier aucun, pour ne pas laisser croire qu'il y en aurait de préférable au nitrate de plomb.

M. Bégin : Ajoutez : les sels de plomb auraient en outre l'inconvénient d'altérer la santé des personnes qu'on exposerait à leurs émanations prolongées.

M. Malgaigne approuve dans ce cas la ventilation; mais cependant il faut bien savoir que par des froids très-vifs la ventilation n'est pas toujours possible. Il faut bien, dans ce cas, recourir à des agents chimiques.

M. Bégin comprend cette nécessité pour certains cas; mais alors que l'on recoure à des agents qui ne puissent pas devenir nuisibles comme les sels de plomb.

La conclusion modifiée dans le sens de l'amendement de M. Bégin, en ajoutant ces mots : « (les sels de plomb) dont l'usage ne serait pas sans danger, » est adoptée.

Quatrième conclusion. — M. Malgaigne s'élève contre cette conclusion étrange, dit-il, où l'on parle de conditions spéciales qu'on ne spécifie pas. Il faut dire dans quel cas le nitrate de plomb est bon, dans quels cas il ne l'est pas, et pourquoi il n'est pas applicable.

M. Chevallier : Parce qu'il est trop cher et parce qu'il noircit.

M. Malgaigne : En ce cas, dites-le.

M. Malgaigne propose de substituer à la rédaction de la commission la rédaction suivante :

« Quant à la désinfection des vidanges, le nitrate de plomb n'a pas d'avantages sur les sels employés jusqu'ici, et il est inférieur à la plupart, à raison de son prix et de la couleur noire qu'il imprime aux matières. »

Cette rédaction est appuyée par M. Bégin. Elle est mise aux voix et adoptée.

La séance est levée à cinq heures et un quart.

BIBLIOGRAPHIE.

Études cliniques sur les maladies mentales; par M. le docteur Morel, médecin en chef des aliénés de l'asile de Maréville (Meurthe). — Tome II. — Paris, chez Victor Masson, 1, place de l'École-de-Médecine.

Si le lecteur se souvient de l'analyse que nous avons faite du premier volume de l'ouvrage de M. Morel, ou s'il veut bien s'y reporter, il pourra remarquer que, dans cette appréciation préliminaire, nous nous sommes spécialement attaché à montrer les tendances d'esprit de l'auteur, ses aptitudes prédominantes et le but qu'il s'était surtout proposé. Ce que nous avons dit de ce premier volume peut s'adresser avec une égale justesse au second. Le vulgarisateur s'y retrouve avec ses éminentes qualités artistiques, fécondées par de solides études, de nombreuses impressions de voyages et une expérience déjà respectable, acquise sur un des plus beaux théâtres d'observation. Peut-être devrions-nous ajouter, avec ses défauts : n'attendez pas, en effet, de M. Morel, qu'il se renferme dans un cadre sec et méthodique, et s'astreigne à une démonstration laborieusement didactique et rigoureuse. Ses mouvements seraient gênés par cette allure de géomètre; il faut le libre essor à cette nature fantaisiste et luxuriante, qui procède par larges aperçus, se complait dans les savantes digressions et répand à pleines mains sur ses tableaux la couleur et la vie, au risque parfois de produire plus de fascination que de véritable lumière.

Nous n'insisterons point, au reste, sur des considérations déjà émises. Reprenant à un autre point de vue l'ensemble du travail, après un rapide exposé des matières contenues dans les deux volumes, nous essayerons de faire connaître la doctrine médicale de notre honorable collègue, ses idées particulières et la valeur de ses observations critiques.

M. Morel a divisé son livre en quatre parties. D'après les remarques précédentes, on ne s'étonnera point qu'elles soient peu sévèrement circonscrites, et que les titres n'en donnent qu'une indication insuffisante. Mais cet inconvénient, dont l'auteur a senti lui-même la gravité, disparaît, grâce à une table explicative où sont énumérés avec détail les objets des divers paragraphes.

Dans sa première partie, M. Morel trace l'histoire des imperfections mentales, congéniales ou acquises : idiotie et crétinisme. Nous n'avons rien à objecter à ce classement; qu'on débute par une forme ou par une autre, l'essentiel est que toutes soient exactement décrites et approfondies. Seulement il nous paraît regrettable que M. Morel ait abordé brusquement le sujet sans le faire précéder d'un aperçu psychologique sur les facultés humaines. Cette lacune existe, il est vrai, dans tous nos traités de pathologie mentale; mais si l'oubli des devanciers peut lui servir d'excuse, il ne saurait le justifier entièrement. Comment parler sciemment des anomalies d'une fonction dont les manifestations régulières sont ignorées, en établir une nomenclature précise, en déduire le pronostic et le traitement? Là, évidemment, est la principale cause du peu d'accord et des incertitudes des aliénistes.

Quoi qu'il en soit, parmi les individus dont le niveau intellectuel s'abaisse au-dessous du type ordinaire, M. Morel signale trois catégories : les *simples d'esprit*, sur lesquels il présente des vues toutes nouvelles et particulièrement importantes sous le rapport légal; les *imbéciles* et les *idiots*. La peinture qu'il fait de ces différents groupes, de leurs mœurs, de leurs aptitudes, de leurs instincts, de leurs tics, est

véritablement saisissante. Quant aux crétins, la division de M. Ferrus, qu'il adopte, en *crétineux*, *semi crétins* et *crétins complets*, répond aux trois degrés que nous venons d'indiquer.

Il s'est produit récemment à l'Académie une discussion ardente, relative aux analogies et aux dissemblances de ces deux ordres d'êtres déshérités. Nous ne comprenons point qu'on puisse confondre des lésions locales, le plus souvent accidentelles, de tous les pays et de toutes les conditions, avec des dégénérations constitutionnelles et endémiques. L'idiotie, sans contredit, complique fréquemment le crétinisme; elle est loin d'en être une conséquence nécessaire. M. Morel ne s'est pas appesanti sur ce point diagnostique. En revanche, le traitement de ces infirmités occupe une large place dans son ouvrage. Il expose savamment à cet égard, et avec une bienveillance dont nous le remercions pour notre compte, les applications hygiéniques et les moyens d'éducation adoptés en Suisse, en Allemagne, dans nos grands établissements de France, à Bicêtre, à Nancy, etc. La méthode usitée par M. Piroux, dans l'Institution des sourds-muets de la Meurthe, lui paraît recéler surtout des éléments de perfectionnement qui méritent d'être appropriés aux autres classes.

La seconde et la troisième partie comprennent les principaux types de l'aliénation, se résumant, pour M. Morel, dans cette triple division : *manie, lypémanie, démence*. Il en détermine les caractères, les causes, les variétés, les transformations ainsi que les associations, soit comme principe ou effet avec les diverses névroses. La stupidité, la paralysie générale, les hallucinations ne seraient à ses yeux, dans la majorité des cas, que des symptômes ou des suites des affections précitées. Des articles spéciaux sont consacrés aux lésions anatomiques et aux maladies incidentes.

Enfin le traitement, objet de la quatrième partie, vient clore la série des études cliniques. M. Morel, toutefois, ne l'a point envisagé sous toutes ses faces. Négligeant les agents médicaux, proprement dits, émissions sanguines, bains, évacuants, sédatifs, etc. Il a concentré exclusivement son examen sur les conditions qui, prophylactiquement et hygiéniquement, sont de nature à produire une influence morale. C'est ainsi que successivement il étudie : 1° les effets de l'isolement au domicile même de l'aliéné, dans une maison particulière, dans une institution spéciale, ou par les voyages, qui sont aussi un mode d'éluder les impressions d'un milieu compromettant; 2° la catégorisation des malades dans les asiles, suivant les variétés morbides, la situation des pensionnaires et leurs rapports avec les autres insensés; 3° les moyens répressifs et coercitifs : camisole, cellules, douches; 4° les travaux et exercices; 5° les procédés convenables pour ramener le calme par l'ordre et la discipline

Ce court sommaire ne donne qu'une idée bien imparfaite des questions soulevées par M. Morel. Leur seule énonciation suffirait pour couvrir de nombreuses pages. Dans l'impuissance de reproduire tout ce qu'il y a d'important, nous nous bornerons à signaler quelques points ayant trait à des préoccupations présentes ou propres à mettre en évidence les principes qui dominent les solutions de notre éminent confrère.

On a disserté à perte de vue sur la dualité humaine. Pour M. Morel, l'union de l'âme et du corps est intime dans la production des phénomènes vitaux, et il en conclut, avec une grande habileté dialectique, que toute folie suppose un élément matériel. N'est-ce pas cependant trancher plutôt que résoudre une difficulté qui, vraisemblablement, demeurera un éternel mystère?

Comme beaucoup de contemporains, notre collègue a compris la nécessité d'appuyer sur une bonne classification l'étude des maladies mentales. La division qu'il adopte ne diffère pas sensiblement de celle d'Esquirol. Il a cru seulement devoir substituer au terme de monomanie celui de manie systématisée; une part très-large est aussi faite aux espèces hypocondriaques.

La nouvelle qualification des délires partiels est plus qu'une originalité; elle répond à un fait que M. Morel a très-savamment mis en évidence. En suivant pas à pas ses démonstrations et ses exemples, on conçoit comment le malheureux monomaniaque arrive à se cantonner, comme dans un refuge inaccessible, dans l'édifice de ses idées fixes et de ses croyances chimériques. A la vérité, et bien qu'à notre avis les mots n'aient qu'une valeur secondaire quand on s'entend sur les choses, la dénomination, d'ailleurs si pittoresque, de M. Morel, n'est pas ici sans inconvénient. Elle tend à faire du délire systématisé un pur accident de forme, une simple variété de la manie en général, tandis que réellement ces deux ordres de folies contrastent par l'origine et le caractère : l'une appartenant à la classe des aliénations intellectuelles, l'autre à celle des aliénations sentimentales.

Grave problème fort débattu en ce moment : existe-t-il des préoccupations limitées à un seul sentiment, des impulsions exemptes de tout autre délire, en d'autres termes de pures monomanies? M. Morel ne le croit pas. « Toute faculté, dit-il, engendre une série d'idées; il ne saurait y avoir de notions isolées dans l'esprit. » Cette thèse serait fondée si, pour qu'il y eût monomanie, la manifestation délirante devait, comme l'ont, en effet, voulu quelques aliénistes, se réduire à une erreur unique; mais d'ordinaire on ne l'entend pas ainsi : dans l'opinion commune, pourvu que les raisonnements se rattachent à un même point de départ, leur multiplicité ne détruit point le caractère monomaniaque. Légalement, d'ailleurs, la question prend un autre aspect. Il s'agit seulement de déterminer si, enchaînée sur quelques points, la liberté morale est, sur le reste, suffisante pour entraîner la responsabilité.

Les auteurs avaient reconnu dans notre organisation nerveuse un côté affectif; M. Cerise en a judicieusement distingué la partie émotive. Adoptant cette double division de notre être, à la fois sensible et impressionnable, M. Morel y trouve la source la plus féconde de toutes les folies : c'est la susceptibilité du sens émotif qui assure aux lésions affectives toute leur efficacité pathogénique.

Le savant médecin de Maréville dit aussi son mot sur la stupidité. Il pense avec nous que M. Baillarger n'est point fondé à rattacher cet état à la mélancolie. Allant même plus loin et le considérant comme un élément fréquent de complication, il en suit l'origine et les effets dans les autres variétés délirantes, ouvrant ainsi à la question de nouvelles perspectives.

Quant à l'influence du progrès des connaissances et des mœurs sur la production des désordres intellectuels et moraux, autre point également très-controversé, M. Morel s'élève contre l'idée que là où la civilisation est plus grande, la folie est plus commune. « Sans doute, dit-il, il existe des genres d'altération mentale qui ne peuvent trouver place au milieu de l'absence des éléments de l'activité humaine; mais la raison dans le sens général du développement de nos facultés a établi son empire d'une manière bien plus solide là où tous les grands principes du perfectionnement intellectuel physique et moral, ayant pour base la vérité, rayonnent dans le sens le plus absolu et le plus fécondant de leur action vraiment civilisatrice. »

Nous nous arrêterons à ces remarques. C'est le livre même qu'il faut lire pour bien apprécier sa valeur et son opportunité. Il est différents points de doctrine, d'ailleurs ardus, presque inaccessibles et en partie spéculatifs, sur lesquels on pourra ne pas partager entièrement les opinions de l'auteur. Nous-même, sous ce rapport, n'avons pas hésité à manifester quelques dissidences, sachant que les hommes forts sont par la critique plutôt grandis qu'offensés. Pour ce qui est essentiel et pratique, d'étude positive, de faits et d'application, l'éloge serait sans réserve. S'il était permis d'entrer dans les détails, que n'aurions-nous pas à dire de la manière élevée dont le savant aliéniste envisage les causes et interprète leur mode d'action, des judicieuses limites qu'il établit entre le délire fébrile et le délire de la folie, du soin qu'il met à noter les phénomènes précurseurs, de la fidélité et de l'ampleur de ses descriptions, du coup d'œil sûr qu'il jette sur les fonctions nerveuses, des larges horizons qu'il ouvre à la prophylaxie et au traitement, des savantes élucubrations concernant l'éducation générale, l'organisation des asiles, la mission réservée aux médecins des aliénés, l'avenir des sociétés de patronages, enfin d'une foule d'autres points de la plus haute importance médicale, judiciaire, philosophique et administrative!

En somme, le livre de M. Morel trahit une véritable puissance scientifique. Il n'est pas moins propre à éclairer les médecins déjà versés dans les connaissances mentales que ceux auxquels il a pour but spécial de les inculquer. Les notions fécondes qu'il renferme, l'érudition variée dont il est semé, la vivacité et l'élégance de style qui le distinguent en font une œuvre exceptionnelle, et nous donnent personnellement la conviction qu'avec une précision théorique plus rigoureuse qu'il ne peut manquer d'acquérir, M. Morel est appelé à dominer, à diriger même le mouvement de l'aliénation mentale.

DELASIAUVE.

— M. Laugier, docteur en médecine, ancien médecin en chef des hôpitaux civils de Toulon, vient de mourir en cette ville.

— Il est question de créer un nouvel hôpital à Lyon. L'administration des hospices est, dit-on, sur le point d'acheter l'établissement des Trinitaires, situé dans le quartier des Tapis. Si cette négociation réussit, on pourra établir, d'ici à quatre ou cinq mois, trois services de cent lits chacun.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE SANITAIRE.

MALADIES RÉGNANTES.

Il est intéressant de jeter à l'heure actuelle un coup d'œil sur l'état sanitaire de la capitale. Dans un dernier article nous constations la fin de l'épidémie cholérique, et nous faisions pressentir combien il serait important d'étudier les maladies en elles-mêmes et dans leurs rapports avec l'épuisement de la cause épidémique. Nous reprenons aujourd'hui cette étude au point où nous l'avions laissée, et nous nous proposons de déterminer quelques-uns des caractères de la constitution médicale actuelle, à savoir : la nature des maladies, leur nombre et leur gravité.

Avant tout, nous devons reprendre la série décroissante du choléra et la suivre jusqu'aujourd'hui. Dans la GAZETTE MÉDICALE du 21 janvier, nous avons donné jour par jour le nombre des décès cholériques du 1er au 18 janvier ; nous rappelons ici ces chiffres, et nous les faisons suivre de ceux qui se rapportent à la fin de janvier et à la première quinzaine de février :

Janvier....	1er	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	0	4	2	5	3	3	6	1	2	1	1	2	1	0	2	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	2	0	0	0

Février....	1er	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1

On voit ainsi qu'il y a eu depuis notre dernière revue, du 19 janvier au 13 février, 8 nouveaux décès cholériques. Nous ferons remarquer que, sur ce nombre, 7 appartiennent aux hôpitaux, 1 seul a été enregistré aux mairies. — On peut donc considérer l'épidémie comme ayant tout à fait arrêté ou suspendu son développement à l'époque où nous l'avions annoncé, et cela nous oblige à chercher ailleurs les signes caractéristiques de la constitution médicale actuelle. En étudiant les faits que nous avons sous les yeux, nous constatons encore aujourd'hui une prédominance diarrhéique, et quelques cas de choléra léger se manifestent principalement chez des sujets atteints depuis longtemps de la diarrhée.

Cette succession graduelle des choléras légers aux choléras graves est un des traits les plus distinctifs de l'épidémie actuelle comme de beaucoup d'épidémies peu intenses dans lesquelles la cause morbide semble susceptible de plus d'atténuation que dans les grandes épidémies. On sait que, dans ces dernières, les cas ultimes sont souvent aussi mortels que les premiers. Il y a là matière à distinction, et dans ce sujet si complexe des épidémies, toutes les distinctions sont importantes à noter, parce qu'on ne connaît point encore au juste la valeur ni l'interprétation des faits sur lesquels elles se fondent. Quant aux diarrhées qui règnent encore en ce moment, on ne les confond point avec les diarrhées dyssentériques, parce qu'elles n'ont point les caractères étiologiques ou symptomatiques de ces diarrhées. Ce sont, d'une part, des diarrhées simples, bénignes, très-légères ; d'autre part, des diarrhées chroniques datant quelquefois de plusieurs mois. L'opinion générale, et surtout celle des praticiens qui ne voient qu'un petit nombre de faits, est loin de s'accorder sur la signification de ce symptôme *diarrhée*. Quand il a duré un temps plus ou moins long, on sait qu'il amène à sa suite des altérations organiques, injections périfolliculaires, gonflement des glandules, ramollissements, épaississements et surtout ulcérations, qui sont considérées quelquefois comme constituant à eux seuls la maladie. Ce sont là des effets consécutifs qui attestent une des localisations spéciales du poison morbide. Pour celui qui ne voudrait voir dans les maladies que les produits matériels, la classification de ce genre de lésions est très-embarrassante ; car, avec le scalpel, il est au moins très-difficile de trouver des différences radicales entre ces lésions et celles des diarrhées dyssentériques. Pour bien comprendre ces faits, il faut remonter aux causes et les étudier dans toute la série de leurs manifestations, en prenant pour critérium les cas où leur action est la plus intense.

Dans l'ordre d'importance des maladies régnantes, je mettrai sur un second plan les fièvres éruptives, les catarrhes bronchiques, les pneumonies, les pleurésies. Les fièvres éruptives ont souvent présenté des éruptions anormales et irrégulières. Les catarrhes bronchiques ont eu peu de gravité. Les pneumonies figurent pour un chiffre proportionnément assez fort dans le contingent de la mortalité ; celles du sommet nous ont semblé beaucoup plus fréquentes que celles de la base. Dans la plupart des cas, la gravité et l'intensité de la maladie étaient déterminées plutôt par l'étendue de l'hépatisation rouge que par l'infiltration purulente. La pleurésie, que nous signalons en dernier lieu, a exercé peu d'influence sur la mortalité. C'est une de ces nombreuses affections dont la fréquence n'est pas indiquée par les statistiques de décès. Il faut pour s'en faire une idée exacte l'étudier dans les hôpitaux sur les sujets adultes. On arrive ainsi à voir qu'à certaines époques une maladie dont on soupçonne à peine l'épidémicité se montre très-fréquemment et devient même quelquefois la forme la plus commune des maladies de l'appareil respiratoire.

En dernier lieu, et pour rendre plus complet ce tableau des maladies régnantes, je ne dois point omettre de parler de la singulière extension des éruptions furonculeuses et des anthrax. Le nombre de ces affections nous paraît à l'heure actuelle trop considérable pour qu'elles ne constituent pas un des traits les plus caractéristiques de la constitution médicale. Il serait curieux d'observer si les panaris superficiels ou profonds qui règnent ordinairement en même temps que les éruptions furonculeuses se sont aussi montrés en plus grand nombre dans ces derniers temps.

Entre les différentes affections que nous venons d'énumérer et le choléra, il n'y a évidemment aucun lien, aucune parenté. Si donc nous pouvions déterminer d'une manière précise quelle est la fréquence de chacune de ces maladies ; si nous pouvions en même temps comparer ces différents chiffres aux nombres correspondans fournis par les années antérieures, nous aurions tous les éléments de la solution que nous recherchons, et on pourrait dire si la constitution médicale actuelle s'écarte d'une manière notable de l'état sanitaire normal. Il

---

FEUILLETON.

UN MÉDECIN POÈTE. — DIEU, L'AME, LA NATURE (1).

Un médecin-poëte, pourquoi non ?

Chacun à ce métier
Peut perdre impunément de l'encre et du papier.

Les vers et la rime sont, comme la prose, de droit commun. Le fait, d'ailleurs, n'est pas nouveau ; il s'appuierait au besoin d'autorités respectables. La médecine a dès longtemps fait ses preuves en ce genre ; la fable et l'histoire offrent de nombreux témoignages de ses accointances avec les muses. Il est d'abord notoire qu'Esculape était fils d'Apollon. Cette filiation mythique montre la parenté de la poésie et de l'art salutaire. La médecine parla d'abord en vers, comme la philosophie, comme toutes les sciences ; et sans remonter si haut, n'est-ce pas en vers que furent formulés au douzième siècle, par Jean de Milan, les préceptes médicaux de la fameuse école de Salerne ? Nostradamus, médecin et de plus prophète, écrivait en vers ses CENTURIES, si souvent réimprimées et qu'on réimprimera encore. Le dictateur des lettres au seizième siècle, Jules César Scaliger, exerçait la médecine à Agen ; ses POÉSIES eurent dans leur temps autant de succès que ses travaux philologiques. Meibomius, si renommé par ses *glandes*, ne fit peut-être pas de vers, mais il est certain qu'il professait en même temps la poésie et la médecine à Helmstadt ; il devait donc s'y entendre. Mais tous ces rimeurs latins et autres *ejusdem farinæ* s'éclipsent devant la resplendissante auréole poétique de Jérôme Fracastor. Il passe pour le prince des poëtes latins modernes. Ainsi du moins l'ont décidé les doctes. Quelques critiques lui préfèrent Sannazar, et d'autres Vida. Nous devons, nous, tenir *mordicus* pour lui pour l'honneur du corps. Et il faut bien qu'il en soit ainsi, puisque Barthélemy, qui, faisant lui-même de bons vers, doit s'y connaître, n'a pas craint de traduire, en beaux alexandrins français, la SYPHILIS, en même temps qu'il traduisait l'ÉNÉIDE. Un médecin français, Claude Quillet, se distingua dans cette pléiade de versificateurs latinistes par sa CALLIPÆDIA, OU L'ART DE PROCRÉER DE BEAUX ENFANTS. Il s'appelait en latin Calvidius Lætus ; il était natif de Chinon, comme Rabelais, et, comme lui, ne mâchait pas les gros mots.

Quand les langues nationales modernes se dénouèrent, ce fut d'abord pour la poésie. Ainsi firent en général, sauf quelques exceptions insignifiantes, les médecins qui éprouvaient le besoin de rimer. Ici se présente tout d'abord le grand Haller, qui, avant de prendre le rang du plus éminent physiologiste

(1) POÈME ET FRAGMENTS POÉTIQUES, par P.-A. Piorry. — Chez J.-B. Baillière.

est clair alors que suivant le sens et l'étendue de cette déviation, on pourrait arguer du retour de l'épidémie ou de sa disparition complète. C'est là, avec la diarrhée postépidémique, l'un des éléments du pronostic en matière d'épidémie cholérique. — Les chiffres précis nous faisant défaut, nous avons dû nous borner à porter ici le chiffre total approximatif des décès jour par jour pour les mois de novembre, de décembre et de janvier.

	1er	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Novembre.......	66	64	76	71	70	58	68	92	71	67	99	82	56	97	93	95	80	84	77	82	93	83	101	82	80	109	70	10	95	105	»
Décembre.......	134	116	136	120	118	157	98	134	115	122	103	138	137	112	104	139	130	114	125	126	114	100	87	102	81	117	110	121	106	119	87
Janvier	78	114	100	110	116	87	109	77	108	99	101	91	86	82	76	115	96	85	84	100	90	76	100	81	112	90	92	90	78	117	89

	Moyenne pour 1853-54.	Moyenne par jour pendant dix années.
Novembre	82,6	70
Décembre	115,8	79
Janvier..................	94,1	89

La comparaison des moyennes de novembre et de décembre 1853 et de janvier 1854 aux moyennes des dix années de 1839 à 1848 montre une augmentation de 12 décès par jour en novembre, de 36 en décembre et de 5 seulement en janvier. Nous pouvons donc annoncer ici que depuis la cessation de l'épidémie cholérique, la mortalité tend à rentrer dans les limites normales. Ce fait, qui nous semble important à noter, est d'un heureux augure pour la santé publique, en face du prix élevé des subsistances, auquel on voit si souvent correspondre des époques de grande mortalité.

THOLOZAN.

MÉDECINE THERMALE.

DU PHÉNOMÈNE DE L'ENDOSMOSE AU POINT DE VUE DE LA MÉDECINE THERMALE; par le docteur J. KUHN, à Niederbronn.

(Suite. — Voir le n° 4.)

Nous avons établi, dans la première partie de ce travail, que le phénomène de l'endosmose ou de la diffusion ne saurait être nié dans le domaine de la physiologie; mais qu'il se présente constamment sous la dépendance de la calorification : nous allons voir aujourd'hui quels sont, dans l'application, les effets de cette double influence, et de quelle manière s'opère le mouvement diffusionnel, soit qu'on l'observe extérieurement, dans le bain, ou à l'intérieur, dans le tube digestif.

Mais avant d'aller plus loin, nous devons donner quelques explications préalables et rappeler une ou deux propositions nécessaires pour l'intelligence de ce qui suivra.

Lorsqu'on veut se faire une idée nette du phénomène de la diffusion, il faut toujours considérer isolément chacun des principes qui entrent dans la composition des deux liquides; il faut considérer à part l'eau, les sels, les gaz, tous les corps en un mot qui s'y trouvent en dissolution. Chacun de ces corps agit en quelque sorte pour lui-même, et dans une parfaite indépendance vis-à-vis de ceux auxquels il se trouve mêlé ou associé. Une eau minérale ou une solution n'est jamais absorbée comme telle; car le principe *eau* peut traverser la membrane, tandis que le principe *sel* ne la traversera pas, et *vice versâ*. Chaque principe reste libre de ses mouvements pour se prêter au rôle que lui assigne son caractère particulier.

Lorsqu'il s'agit de savoir quelle peut être la manière d'agir d'une solution ou d'une eau minérale, il faut toujours commencer par poser les lois de l'endosmose, puis procéder par voie analytique, prendre un à un les différents principes de la solution, et voir si le mouvement sollicité par la force endosmotique est favorable ou défavorable au maintien de la température du sang. S'il est favorable, la diffusion suivra son cours et se fera dans le sens de la théorie; si le mouvement sollicité par l'endosmose est défavorable, il sera modifié, ralenti ou arrêté, selon les exigences de la calorification.

Nous avons déjà employé le terme d'*indifférente* en parlant de la température des bains: par là nous ne voulons pas dire que le bain est à la température du sang; loin de là. Un bain est au degré indifférent lorsque, dans un temps donné, il soustrait au corps qui y est plongé une quantité de calorique égale à la quantité que la partie immergée reçoit naturellement des différentes sources de la calorification. La température indifférente laisse supposer que l'organisme ne se trouve ni en perte ni en gain de calorique. Or, comme il se produit constamment de la chaleur dans l'économie, il faut que le bain, pour être indifférent, soit de quelques degrés inférieur à la température du sang, afin de pouvoir enlever au corps du calorique dans la mesure de la production. Ce terme répond à 32°—35° centigr. (25°—28° R.) (1). Par conséquent le bain, qui est au degré de l'indifférente, doit n'occasionner aucun dérangement dans le jeu ordinaire et régulier de la ca-

(1) Voir, au reste, notre article dans la GAZETTE MÉDICALE du 5 mars 1853. Dans cet article, nous avons employé l'expression de *température normale;* mais nous préférons la dénomination d'*indifférente*, parce qu'elle rend mieux l'idée de la chose.

moderne, s'était posé par ses vers et en particulier par son poëme sur les ALPES, comme le premier poëte allemand. Il partage avec Klopstock, qu'il précéda de vingt ans, la gloire d'avoir créé la langue et la littérature allemandes. Notons, en passant, que ce furent ses vers et non ses travaux scientifiques qui lui firent décerner par l'enthousiaste Allemagne ce surnom de Grand qu'il a gardé. Pour le grand public d'outre-Rhin Haller n'est toujours qu'un poëte. Il en est à peu près de même d'Érasme Darwin, poëte anglais, disent les biographies, qui n'énoncent que pour mémoire sa qualité de médecin et ses ouvrages scientifiques. Son JARDIN BOTANIQUE et ses AMOURS DES PLANTES ont toujours primé chez ses compatriotes sa ZOONOMIE, qui est pourtant un livre capital. Il en est de même pour plusieurs autres médecins anglais et écossais dont les vers sont plus connus que la prose; Armstrong, par exemple, avec son ART DE CONSERVER LA SANTÉ, et surtout son ÉCONOMIE DE L'AMOUR, sujet scabreux, traité d'une manière passablement décolletée; et Akenside, dont le poëme didactico-descriptif, LES PLAISIRS DE L'IMAGINATION, figure parmi les morceaux de choix de la littérature anglaise. C'est, je crois, en Angleterre qu'on trouverait le plus de médecins poétisants. Le suppléant de Dugald-Stewart dans la chaire de philosophie à l'université d'Édimbourg, Thomas Brown, mort en 1820, était médecin. Ses OBSERVATIONS sur la ZOONOMIE de Darwin lui firent une réputation dans le monde médical, mais il s'en fit une plus étendue par ses POÉSIES, parmi lesquelles on cite particulièrement un morceau badin, LE PARADIS DES COQUETTES.

En Italie, entre vingt autres, il ne nous revient précisément en mémoire que Francesco Redi, célèbre parmi nous par ses profondes et ingénieuses recherches d'embryologie, et parmi les Toscans par ses vers qui sont réputés classiques. Son BACCHUS EN TOSCANE (*Bacco in Toscana*), est le plus brillant morceau de poésie dythirambique dans les langues modernes.

Les médecins français ne font pas, il faut l'avouer, une si bonne figure dans la littérature poétique. Nous n'avons, sauf erreur, ni un Haller, ni un Darwin, ni un Redi; mais nous pourrions en avoir. Nous ne sommes pas, toutefois, entièrement au dépourvu. Sans parler de quelques vieux bonnets des temps classiques, nous possédons en ce genre des autorités modernes et même contemporaines d'un certain poids. Cabanis était grand amateur de vers, et il se crut longtemps destiné à partager les lauriers poétiques de son ami Roucher, l'auteur des Mois. Il rima en paraphrase le SERMENT DU MÉDECIN, d'Hippocrate, et le lut en séance publique le jour qu'il fut reçu médecin. Il avait entrepris une traduction en vers de l'ILIADE dont il lut quelques fragments à Voltaire qui lui en fit des compliments. Il en reste deux chants publiés dans ses œuvres complètes. Au commencement de ce siècle Sacombe agitait le fouet de la satire médicale avec autant d'impudence au moins que de talent; et de nos jours la terrible Némésis phocéenne a fait trembler jusqu'à la moelle des os les plus hauts et puissants seigneurs de notre ordre.

J'en passe et des meilleurs. On voit que les précédents ne nous manquent pas en poésie, et que l'avénement d'un nouveau médecin-poëte n'a rien d'imprévu; ce n'est qu'un fleuron de plus à la couronne poétique médicale. Si un savant confrère, M. Renauldin, a pu compter près de cinquante médecins numismates, à quel chiffre n'arriverait-on pas pour les médecins-poëtes! C'est une étude à faire. Nous aimerions voir la littérature et l'érudition médicales

lorification; le baignant doit s'y trouver tout à fait à son aise et n'être incommodé par aucune sensation de froid ou de chaud.

Cependant le terme de l'indifférente est sujet à varier selon le pouvoir réfrigérant du milieu ambiant, ou selon la quantité de calorique que ce milieu est en cas de soustraire à l'économie dans un temps donné. Si le milieu possède une grande aptitude à soustraire du calorique, l'indifférente est plus élevée que s'il ne possède cette aptitude qu'à un degré modéré: ainsi l'indifférente pour le milieu atmosphérique n'est que de 18° c. environ, tandis qu'elle est de 32°—35° c. pour l'eau. Elle est plus élevée pour l'eau pure que pour l'eau chargée de sels, et voici pourquoi: on sait que les membranes animales s'imbibent plus volontiers d'eau pure que d'eau saturée de principes salins, et que plus l'imbibition est rapide, plus vite aussi la température du liquide absorbé se communique aux tissus organiques. De là résulte naturellement qu'à égalité de température l'eau simple doit affecter l'organisme d'une manière plus vive que l'eau salée; que dans les cas de basse température elle doit paraître plus froide, et plus chaude dans les cas de température élevée, parce que son pouvoir de diffusion est plus grand. Nous venons de dire qu'un bain, pour être au degré indifférent, doit enlever à l'organisme du calorique dans une certaine proportion. Or l'eau pure agissant, sous ce rapport, avec plus d'énergie que l'eau saturée de sels, il s'ensuit que le terme indifférent doit être plus élevé pour la première que pour la dernière. On peut donc établir, en thèse générale, *que l'indifférente d'un bain est d'autant plus élevée, à l'échelle thermométrique, que l'eau de ce bain est plus pure*, et vice versâ, *qu'elle est d'autant plus basse que l'eau du bain est plus saturée de sels.*

Toutes les fois qu'il sera question d'eaux minérales dans ce travail, nous n'entendrons parler que des eaux salines, de celles dans lesquelles le chlorure de sodium prédomine et qui ont pour type l'eau de mer. Nous ne comprenons dans nos recherches ni les eaux sulfureuses ni les eaux alcalines, non que nous pensions que les lois de la diffusion ne puissent leur être appliquées dans la même mesure et avec les mêmes restrictions, mais parce que nous manquons d'observations directes à leur égard. Il est d'ailleurs à présumer que le caractère tranché de leurs principes chimiques doit amener, dans l'échange des sels, d'autres rapports que ceux qui existent entre le sang et les eaux salines. Les principes minéralisateurs de ces dernières ont, avec les substances salines du sang, une analogie qui, depuis longtemps, a frappé tous les observateurs: cette circonstance donne un caractère à part aux rapports endosmotiques entre le fluide sanguin et les eaux minérales salines, et a dû nous déterminer à faire les réserves en question.

Nous dirons enfin quelques mots sur la différence qu'il convient d'établir entre les solutions salines, selon que leur degré de saturation est inférieur, supérieur ou égal à la saturation du sang. D'après MM. Becquerel et Rodier (1), 1,000 pintes de sang humain, pris dans l'état de santé, contiennent en sel commun et autres sels solubles :

	Chez l'homme.	Chez la femme.
	Grammes.	Grammes.
Une moyenne de	5,6	6,8
Un minimum de	4,3	6,0
Un maximum de	7,4	7,0

Donc il y a, dans la grande majorité des cas, 5 à 7 grammes de sels par litre de sang humain. Cette quantité nous servira de base ou de point de comparaison pour apprécier la valeur ou la signification physiologique de tel ou tel degré de saturation saline. Si une solution ou une eau minérale est saturée au même degré que le sang, nous dirons qu'elle est *isodyname* (1); il y aura par conséquent isodynamie lorsque le liquide contiendra 5 à 7 grammes de principes salins, ou autrement lorsque sa saturation se trouvera dans les limites ordinaires de la saturation sanguine. De même nous dirons qu'une solution est *hypodyname*, lorsque son degré de saturation sera au-dessous des limites de la saturation du sang, et *hyperdyname* lorsqu'il les dépassera.

Ces explications et ces définitions étant données, nous reprenons notre sujet et nous passons à l'étude de la diffusion telle qu'elle s'opère dans les bains. La diffusion considérée dans le tube digestif fera l'objet d'un troisième et dernier article.

(La suite au prochain numéro.)

(1) GAZETTE MÉDICALE, 1844, p. 751.

(1) De ἰσοδύναμος, qui a une force égale.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

NOTE SUR LES APPLICATIONS DE LA MÉTHODE ANESTHÉSIQUE AU TRAITEMENT DES MALADIES INTERNES; par le docteur LOUIS SAUREL, ancien chirurgien de la marine impériale, rédacteur en chef de la REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI, membre de plusieurs sociétés savantes, etc.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

CHAPITRE Ier. — DOULEURS.

Lorsque les agents anesthésiques commencent à produire leurs effets, la sensibilité normale de la peau diminue d'abord; puis la douleur provoquée ne peut plus être perçue. Il n'existe cependant à cet égard rien de bien constant; car on a vu, dans certains cas, la sensibilité tactile persister alors que la sensibilité à la douleur n'existait plus depuis longtemps. Les douleurs viscérales, celles qui existent sur le trajet des troncs nerveux ou dans les organes des sens, les douleurs morbides enfin, persistent encore d'ordinaire, alors que les autres genres de sensibilité sont abolis. Ces douleurs demandent pour disparaître un degré d'anesthésie plus avancé que celui qui est nécessaire pour pratiquer les opérations. On ne peut donc rien dire d'absolu sur le degré auquel il faut pousser l'anesthésie dans le traitement des maladies caractérisées par la douleur. Dans certains cas, il suffira de quelques inhalations, tandis que dans d'autres il sera nécessaire de

aborder ces spécialités biographiques. Après les médecins poëtes viendraient les médecins-artistes, musiciens, peintres, sculpteurs, architectes, les médecins-archéologues, les médecins-légistes, les médecins-économistes, les médecins-philosophes, etc.

Mais nous n'avons affaire en ce moment qu'aux médecins-poëtes, et qu'à souhaiter la bien venue à la nouvelle étoile qui vient d'apparaître au sommet de notre Hélicon. La GAZETTE MÉDICALE n'est pas très-forte en vers; elle n'aura pas l'impertinence de trancher de l'Aristarque et de faire l'entendue à propos de rimes et d'hémistiches; elle doit se borner à opiner du bonnet.

Et quel hypercritique ne serait, d'ailleurs, désarmé par ce préambule où l'auteur parle de son œuvre avec une modestie qui ne fait pas moins d'honneur à son goût qu'à son caractère? Il vous le dit lui-même, dès les premiers mots, ces vers n'étaient pas destinés à la publication. C'est moins une œuvre d'art qu'il a voulu faire qu'une manifestation des sentiments élevés et religieux dont la considération des merveilles de la nature et de l'intelligence humaine a rempli son cœur. Il n'affiche, même indirectement, aucune prétention littéraire; il ne parle que de ses bonnes intentions, auxquelles un illustre prélat a, dit-il, rendu témoignage. Son unique préoccupation est de se prémunir contre les fausses interprétations qu'on pourrait faire de quelques-unes de ses propositions philosophiques, notamment à l'occasion de l'espèce de demi-âme qu'il accorde aux bêtes. Quant à ses vers, il en fait aisément bon marché. S'il a quelques titres à l'estime de ses contemporains, c'est par les travaux sérieux de médecine pratique auxquels il a consacré sa vie. Ailleurs il nous avoue, avec le laisser-aller le plus aimable, qu'à dix-huit ans, carabin imberbe, à Barcelone, il faisait des vers détestables, et il en donne quelques spécimens qui, en effet, justifient pleinement ce diagnostic. On ne peut s'exécuter soi-même avec meilleure grâce. Dans un autre endroit, il fait un *mea culpâ* non moins méritoire à propos d'une pièce de vers qu'il composa en réponse à un *factum* satirique de Barthélemy contre les médecins. Avec une gaîté charmante, il remarque que c'était une imprudence qu'avant le champagne il n'eût pas sans doute commise. Il faut savoir que c'est au dessert d'un joyeux dîner que Barthélemy s'était avisé de lire à sa barbe (c'était vers 1831) son méchant libelle contre nous. Plus loin, il s'accuse encore, avec non moins d'à-propos, d'avoir récidivé en 1835, et il exhibe, en témoignage, d'assez longs fragments d'un poëme sur la révolution française, dont il jugea prudent de ne faire qu'un chant, convaincu, par sa propre expérience, qu'on ne serait pas tenté de lire le second après avoir essayé du premier. En toute occasion, enfin, il devance, avec la plus louable résignation, l'arrêt de la critique.

Mais alors pourquoi publier des vers sur lesquels l'auteur lui-même a prononcé la sentence d'Alceste contre le sonnet d'Oronte? Uniquement pour fournir des termes de comparaison qui marquent les phases successives, et, pour ainsi dire, les étapes parcourues par son talent poétique. Il veut qu'on constate sur pièces probantes le progrès qu'il a fait de 1814 à 1831, puis de 1831 à 1835, puis de 1835 à 1853, c'est-à-dire jusqu'au poëme sur DIEU, L'AME et LA NATURE. On reconnaît ici la sévère méthode d'investigation scientifique de ce maître. Cette exposition analytique de son développement intellectuel est instituée avec la rigueur d'observation qu'il apporte au diagnostic médical. C'est, selon

pousser l'anesthésie jusqu'à l'abolition de l'intelligence et du sentiment. Le médecin fera tous ses efforts pour ne pas dépasser le degré nécessaire à la suppression de la douleur. Quant à la durée des inhalations, elle variera nécessairement, suivant la gravité et le degré de persistance de la maladie. Il vaut mieux en tout cas y revenir à plusieurs reprises que de les prolonger pendant longtemps.

C'est principalement dans la classe des maladies caractérisées par l'élément *douleur* que les anesthésiques produisent d'heureux résultats. Ces exemples de douleurs nerveuses guéries par leur usage sont trop nombreux aujourd'hui pour que j'entreprenne seulement de les énumérer (1). Ils ont surtout réussi contre les névralgies; certaines douleurs viscérales, l'angine de poitrine en ont également retiré des avantages; enfin on les a employés comme palliatifs dans beaucoup de maladies où il était important de faire cesser la douleur ressentie par les malades. Quoique le nombre des cas dans lesquels les anesthésiques ont amené la guérison soit très-considérable, ceux dans lesquels ces agents ont échoué ne sont pas moins nombreux. Nous pourrons, en étudiant quelques-unes des circonstances dans lesquelles on les a mis en usage, savoir pourquoi ils réussissent ou échouent alternativement.

Névralgies. — Ces maladies consistent, comme on le sait, en une sensation douloureuse ressentie sur le trajet de certains nerfs. Mais toutes les névralgies ne sont pas de la même nature; il en est d'essentielles, tandis que d'autres sont sous la dépendance manifeste d'une lésion organique, ou sont symptomatiques d'une diathèse. Comment espérer guérir par les inhalations d'éther ou de chloroforme les névralgies qui sont sous la dépendance de ces dernières causes? La douleur pourra bien disparaître pendant l'éthérisme; mais elle ne manquera pas de reparaître avec plus ou moins d'intensité dès que celui-ci aura cessé. L'utilité *curative* des anesthésiques est donc nécessairement limitée aux névralgies essentielles. Cette distinction a échappé à beaucoup de médecins qui se sont étonné de voir les anesthésiques réussir dans certaines névralgies et échouer dans d'antres. Les mécomptes deviendraient plus rares si l'on s'attachait d'abord à reconnaître la nature des névralgies que l'on veut combattre.

La *migraine* étant d'ordinaire une névralgie essentielle se trouve dans la catégorie de celles dont il est facile de débarrasser les malades; aussi le chloroforme réussit-il très-bien. J'ai eu une seule fois occasion de mettre ce moyen en usage contre la migraine. C'était à bord du brick *l'Alcibiade* dont j'étais le chirurgien-major, et chez un officier de marine qui souffrant horriblement d'une migraine qui durait depuis plusieurs heures, menaçait de se jeter à la mer. Un sommeil de quelques secondes, amené par les vapeurs de chloroforme, suffit pour enlever la douleur comme par enchantement.

Les *névralgies faciales* ont été très-souvent guéries par les anesthésiques, au lieu que ces moyens échouent d'habitude dans les *névralgies sciatiques*. Cela s'explique sans peine. Les névralgies de la face sont en effet le plus souvent essentielles, au lieu que celles des membres inférieurs sont presque toujours causées par les diathèses rhumatismales ou goutteuses ou par une lésion organique.

Angine de poitrine. — On sait combien est grave la maladie que l'on désigne sous le nom de *sternalgie*, de *pneumo-gastralgie*, d'*angine de poitrine*, etc. Quoique plusieurs auteurs la placent sous la dépendance des maladies du cœur ou des gros vaisseaux, il est incontestable que bien souvent elle ne s'accompagne d'aucune lésion d'organes et qu'elle est essentielle. C'est donc une névralgie à symptômes graves qui, lorsqu'on la prend au début, est fort souvent sinon toujours essentielle et conséquemment guérissable par les anesthésiques. Quoique le nombre des cas de guérison qui ont été publiés soit peu considérable, il en est cependant plusieurs que l'on ne saurait contester. C'est ainsi que M. Aubrun (1) a pu, par l'usage du chloroforme, éloigner à plus de huit jours d'intervalle les accès de cette maladie qui se renouvelaient précédemment plusieurs fois dans les vingt-quatre heures. Plus récemment, M. le docteur Carrière (2) a guéri par le même moyen un homme d'un âge avancé qu'une angine de poitrine très-grave avait réduit à la dernière extrémité.

Douleurs viscérales. — Les bienfaits de la méthode anesthésique ne se bornent pas à la guérison des névralgies externes, les maladies de même nature localisées dans les organes splanchniques en ont aussi retiré des avantages; ce qui vient d'être dit de l'angine de poitrine en est une preuve. C'est ainsi que M. Duméril (3) a par ce moyen guéri une *gastralgie*, et que d'autres observateurs n'ont pas été moins heureux dans les *coliques nerveuses*. Cette médication a aussi été employée avec succès dans quelques maladies qui n'étaient pas seulement nerveuses, mais dans lesquelles existait une vive douleur. M. Bouisson (4), par exemple, a pu obtenir par l'éthérisation la prompte cessation des douleurs d'une *colique néphrétique*. On est également parvenu à obtenir par le chloroforme l'amendement des douleurs de la *colique saturnine* et de celles qui accompagnent certaines maladies de l'utérus. Si, dans ces cas, les anesthésiques ne peuvent agir que comme palliatifs, je crois, au contraire, que la *colique végétale* (colique de Madrid ou de Poitou, etc.) pourrait être guérie par ces agents, si on les employait dès le début du mal, et avant la formation des lésions organiques qui en sont la conséquence. On pourra encore recourir à l'anesthésie dans d'autres affections qui ne sont pas dynamiques, mais dans lesquelles la douleur entre comme un élément important qu'il est toujours avantageux de supprimer.

CHAPITRE II. — AFFECTIONS SPASMODIQUES.

Le spasme a été défini : « une affection morbide dont le principal caractère est un mouvement excessif et anormal d'organes contractiles. » C'est à vrai dire une viciation ou une exaltation des mouvements d'une ou plusieurs parties du corps humain causée et entretenue par une affection particulière du principe vital. La catégorie des affec-

(1) Je n'ai pas l'intention de rassembler dans ce travail tous les cas morbides dans lesquels les anesthésiques ont donné d'heureux résultats. Je me contenterai d'un petit nombre de citations pour lesquelles je ferai de nombreux emprunts à l'ouvrage de M. Bouisson.

(1) Journal des connaissances médico-chirurgicales, 1849.
(2) Bulletin général de thérapeutique, t. XLIII, p. 145.
(3) Cité par M. Bouisson.
(4) Traité de la méthode anesthésique, p. 502.

---

lui, une erreur de croire, avec le vulgaire, que l'imagination et les facultés poétiques et artistiques sont principalement dévolues à l'adolescence et à la jeunesse. Le talent d'une cantatrice gagne encore après trente ans. Peu de poëtes ont réussi dans leur premier âge. Fontenelle était vieux quand il fit ses premiers bons vers. Or l'auteur a reconnu sur lui-même la vérité de cette loi d'évolution psychologique, et il la démontre, comme c'est son habitude en toutes choses, par les faits.

Si donc l'auteur soumet au public les élucubrations poétiques de son adolescence et de sa jeunesse, en même temps que celles de son âge mûr, c'est pour faire voir combien « l'étude, les lectures, les bons auteurs, l'expérience des » hommes et des choses étendent avec l'âge la sphère des idées et épurent le » goût!! » (Page 199). Et observons, toujours avec l'auteur, qui ne laisse jamais échapper l'occasion d'une remarque instructive, que ces progrès, et surtout le dernier, de 1835 (date des Médecins du jour) à 1853 (date du poëme sur Dieu, l'Ame et la Nature), se sont accomplis malgré les circonstances les plus défavorables, « alors que des études scientifiques et sévères n'ont pas permis, » dans l'intervalle, à l'auteur de se livrer à son goût pour la littérature et pour » la poésie!! » On peut par là juger de ce qu'il aurait pu faire en poésie s'il n'avait pas été exposé à ces influences perturbatrices, et de ce qu'il pourra faire encore si la prolongation de sa vie — que nous lui souhaitons aussi riche de jours que celle de Fontenelle et d'Homère — permet à la loi de progression de développer toutes ses conséquences.

Nous avouons que ces études psychologiques, ces observations d'autobiographie intime, nous attachent singulièrement par leur finesse et surtout par leur naïve franchise. L'auteur se montre à nu partout. Il n'a ni réticences, ni subterfuges d'aucune sorte. Il ne dissimule pas ses revers. Il nous initie dans les moindres détails de sa vie intellectuelle, de ses travaux littéraires ou scientifiques. C'est ainsi que nous apprenons pour la première fois la manière dont lui fut révélée la grande découverte de la *plessimétrie*. Enthousiasmé de l'*auscultation médiate* de Laënnec dont il avait suivi les visites et médité l'immortel ouvrage, il se sentit saisi de la généreuse ambition de marcher sur ses traces. Il demandait chaque jour à Dieu de lui envoyer quelque inspiration analogue. Son vœu fut exaucé. Une nuit, pendant un demi-sommeil, une légère démangeaison à la poitrine l'invite à se gratter; le frottement de son doigt contre le linge qui recouvrait la peau produit un son particulier dont il est frappé; le même grattement exécuté sur le ventre, puis sur la cuisse, donne des bruits différents. Ce fut là le trait de lumière. Il sauta de son lit en criant, comme Archimède, *eureka*. La tension cérébrale produite par cet événement fut si forte qu'il en résulta une fièvre grave accompagnée d'un délire furieux (p. 258, 259). Il faut convenir qu'il y avait de quoi.

Et voyez à quoi tiennent parfois les créations les plus sublimes de l'intelligence humaine. La théorie de la gravitation universelle est née, dit-on, de la chute d'une pomme. Et c'est peut-être à la morsure d'un méprisable petit insecte qu'on doit la plessimétrie!

Au point de vue littéraire, l'auteur n'est pas moins scrupuleux et précis. Il n'écrit rien à la légère et peut rendre raison de tout. S'il craint qu'une expression, une rime, un tour, paraissent choquants, il les justifie, en *note*, et montre que les rectifications auraient des inconvénients graves. Il propose lui-

tions spasmodiques est très-nombreuse. Il en est un certain nombre où le spasme constitue entièrement l'état pathologique, tandis que dans les autres il n'entre que comme un élément dont l'importance est plus ou moins grande, selon les cas.

Les affections spasmodiques sont de deux sortes. Elles sont dites *toniques* lorsqu'elles sont caractérisées par une contraction permanente des muscles; on les appelle *cloniques* quand cette contraction alterne avec un relâchement plus ou moins complet. Les *convulsions* sont des spasmes cloniques. Du spasme aux convulsions il n'y a qu'un pas, ainsi que l'a dit Pierre Frauck; ces maladies alternent l'une avec l'autre, proviennent des mêmes causes et cèdent aux mêmes remèdes. La méthode anesthésique, qui a pour effet de faire cesser les contractions des muscles et des autres parties vivantes, sera donc également applicable à toutes les affections spasmodiques. On doit seulement s'attendre à voir les anesthésiques réussir d'autant mieux que la maladie sera plus simple. Ainsi, l'éther ou le chloroforme réussiront d'une manière presque assurée si l'on a affaire à une affection spasmodique essentielle, au lieu que leur efficacité diminuera à mesure que l'on s'en servira pour combattre des affections où le spasme n'entre que comme un élément d'une importance secondaire. Nous aurons plusieurs fois l'occasion de faire ressortir cette importante distinction.

Les succès de l'éther et du chloroforme dans les maladies qui vont nous occuper n'ont pas été aussi constants que dans le traitement de celles qui sont caractérisées par la douleur. Cela me paraît tenir, non pas à une moindre efficacité de ces agents, mais à une difficulté encore plus grande de distinguer les affections spasmodiques essentielles de celles où le spasme est causé ou entretenu par une lésion organique. C'est pour n'avoir pas cherché à se rendre compte des nombreux insuccès par eux observés, que beaucoup de médecins ont mis en doute l'efficacité de ces remèdes dans des affections où ils sont susceptibles de donner de fort beaux résultats. Nous allons maintenant passer en revue les affections convulsives; nous indiquerons également celles où les anesthésiques ont été ou peuvent être suivis de succès, et celles où ces mêmes moyens nous paraissent devoir être impuissants. Nous commencerons par les affections les plus simples, pour arriver ensuite aux plus compliquées.

SPASME SIMPLE. — Je désigne sous cette dénomination un état général très-commun chez les femmes, qui le désignent sous le nom de *vapeurs*. Il s'accompagne de sensations de chaleur, d'étouffement, de pandiculations; il existe fort souvent seul, mais il précède aussi des affections spasmodiques caractérisées, telles que l'hystérie, l'éclampsie, etc.

Les heureux effets de l'éther en vapeurs dans le traitement de cette affection morbide sont connus depuis longtemps. La plupart des femmes nerveuses recourent spontanément à son emploi quand elles se sentent sous l'influence d'un état spasmodique semblable à celui qui nous occupe. Dans ces cas, il est vrai, l'éther n'est pas administré à dose *anesthésique*, mais les effets rapidement calmants que produit ce remède chez certaines personnes très-sensibles ne laissent pas de doutes sur son véritable mode d'agir. Le chloroforme agit encore plus rapidement, quand son odeur ne le fait pas repousser par les malades. Il n'est pas nécessaire d'ailleurs de faire respirer les vapeurs éthérées, leur administration à l'intérieur sur du sucre ou dans un véhicule aqueux produit des effets aussi marqués, sinon aussi rapides.

TOUX NERVEUSE. — L'action des anesthésiques s'exerçant le plus souvent par l'intermédiaire des organes de la respiration, il était naturel d'essayer si, dans les maladies de poitrine caractérisées par des spasmes, on n'en obtiendrait pas des résultats avantageux. Il suffit d'observer un individu soumis à l'influence du sommeil anesthésique pour être convaincu que ces agents diminuent ou font cesser les contractions des parties musculaires de l'appareil respiratoire. En effet, les malades soumis à l'anesthésie ne peuvent plus cracher; de là l'accumulation de mucosités dans les bronches, et le ronflement bruyant qui se fait entendre. M. le docteur Carrière (1) a publié un cas de toux nerveuse inquiétante qui a été rapidement guérie par le chloroforme.

Il s'agit d'une demoiselle de 19 ans, dont la toux se présentait par accès comme convulsifs, et dont les poumons étaient parfaitement sains. M. Carrière soumit la malade aux inhalations du chloroforme, en évitant de produire l'anesthésie.

Deux séances de chloroformisation, de moins de dix minutes chacune, suffirent pour avoir raison de cette toux, qui avait résisté pendant plus de quinze jours à une thérapeutique active et variée.

ASTHME ESSENTIEL. — Ce que je viens de dire pour la toux nerveuse s'applique très-bien à l'asthme nerveux ou essentiel. Je lis dans l'ouvrage de M. Bouisson, que M. Leriche (de Lyon) dit avoir calmé l'asthme nerveux par l'inhalation d'une petite quantité de chloroforme répandu sur un mouchoir. Je n'ai aucune peine à le croire, car j'ai moi-même obtenu plusieurs fois le même résultat. Je possède à cet égard une observation remarquable que sa longueur m'empêche de transcrire, mais dont je ne puis me dispenser de présenter un résumé.

OBS.—Une femme de 25 ans, d'une bonne constitution et d'un tempérament sanguin, mal et très-peu réglée, n'ayant jamais eu d'enfants, était en cours de traitement depuis près d'un an pour une affection de l'utérus compliquée de palpitations de cœur fortes et persistantes. Au mois de septembre 1852, elle commença à présenter des phénomènes morbides nouveaux et qui, dans les commencements, me donnèrent beaucoup d'inquiétudes. Une nuit, à la suite d'une émotion qu'elle avait eue dans la journée, cette femme sentit ses palpitations redoubler, puis survint une grande gêne de la respiration, la face se congestionna; des mouvements convulsifs légers apparurent, sans que la malade perdît connaissance, mais elle se sentait près d'étouffer. On vint me chercher en toute hâte. Lorsque j'arrivai près de la malade, je la trouvai au lit, la face congestionnée, ne pouvant pas parler, ayant la respiration haute, bruyante et d'une fréquence extraordinaire. Elle indiquait par signes et par quelques mots entrecoupés que la respiration lui manquait et qu'elle souffrait beaucoup de ses palpitations. Les artères battaient avec force et plénitude; les veines étaient gonflées; je n'hésitai pas à pratiquer une large saignée du bras. Les symptômes s'amendèrent aussitôt, mais ils ne se dissipèrent que lentement par l'usage des sinapismes aux membres inférieurs et d'une potion antispasmodique.

La journée suivante se passa assez bien, mais la nuit d'après, les mêmes phénomènes se reproduisirent avec une intensité plus grande encore. Lorsque j'arrivai, les symptômes étaient à leur summum d'intensité. Ce second accès différait de celui de la veille, en ce que le pouls, au lieu d'être plein et fort comme la première fois, était mou, dépressible et très-fréquent. Je ne crus

(1) BULLET. GÉN. DE THÉR., t. XLIII, p. 145.

---

même, au besoin, des variantes.

Les quatre premiers vers du poëme, après l'invocation, par exemple, ont subi plusieurs refontes. L'auteur avait d'abord écrit :

Un rayonnement de lumière,
Instantané comme l'éclair,
Animant la nature entière,
Plane sur l'espace et l'éther.

C'était assez bien, ce semble, comme cela; un rayonnement de lumière qui plane et qui plane sur l'espace et même sur l'éther! Ce n'étaient certes pas là des images ordinaires; mais, craignant que l'idée de lumière ne fût bien pâle à côté de celle de Dieu, il changea comme il suit ce quatrain :

Un pur rayonnement de force et de pensée,
Plus instantané que l'éclair,
Par sa puissance harmonisée,
Anime la nature et règne sur l'éther.

Cette rédaction lui paraissant encore imparfaite, quoique bien améliorée, il la remit une troisième et dernière fois sur le métier, et elle en sortit dans l'état que voici :

Un pur rayonnement de force et de pensée,
Plus instantané que l'éclair,
Dans la matière harmonisée,
Inscrit les lois du monde et plane sur l'éther.

Voilà ce qui s'appelle travailler en conscience! et combien il est à regretter que les grands écrivains de notre langue aient négligé de nous initier ainsi à l'élaboration de leurs pensées et aux secrets procédés de la composition!

Ailleurs, ayant fait rimer en un endroit *trace* et *espace*, en un autre, *glace* et *espace*, il nous avertit qu'il n'ignore pas, comme on pourrait le supposer, que ces rimes ne sont pas parfaitement régulières, mais qu'il a préféré ne pas corriger ces fautes plutôt que de sacrifier à la rime des pensées qu'il n'aurait pu rendre autrement. L'auteur pousse évidemment ici le scrupule trop loin. Ces rimes sont fort bonnes, et nous l'engageons à en faire usage à l'avenir sans aucune espèce de crainte. Ne fait-il pas rimer lui-même un peu plus loin *libellules* et *mandibules*? A propos de ces *mandibules*, il se demande (note 30) si ce mot scientifique est admissible dans un poëme. Il répond par l'affirmative : « Pour éviter les termes de science, dit-il, il aurait donc fallu » sacrifier l'idée au défaut d'usage poétique d'un mot; or, l'auteur a cru de» voir conserver cette idée, et ne s'est pas conformé à l'usage. » Ceci est péremptoire; il n'y a pas à répliquer.

Une des plus remarquables applications de cet esprit d'indépendance terminologique se trouve dans ces vers du premier chant :

Le diamant gazeux et le pur oxygène,
Se mariant à l'hydrogène,
Se groupèrent en végétaux.

pas devoir tirer de nouveau du sang; j'eus recours seulement, comme la veille, aux sinapismes, à une potion antispasmodique, à l'eau froide jetée sur la face et à tous les moyens conseillés en pareille circonstance. Rien ne fit. Tout au contraire, les symptômes devenaient à chaque instant plus graves. Les lèvres avaient une couleur violette, les yeux étaient convulsés; la malade n'entendait plus; les inspirations, quoique très-fréquentes, étaient extrêmement courtes et difficiles. Je craignis de voir la malade mourir asphyxiée. Je me décidai alors à recourir au chloroforme; 20 gouttes environ de ce liquide furent versées sur un mouchoir que j'approchai de la bouche de la malade, en ayant soin de laisser pénétrer l'air extérieur. Presque aussitôt la malade parut sortir de son assoupissement et voulut repousser le mouchoir. Je fis retenir ses mains par les assistants et je continuai les inhalations. Une petite toux eut lieu tout d'abord, puis l'inspiration des vapeurs de chloroforme fut plus facile. La malade s'agitait beaucoup, prononçant des paroles entrecoupées et soufflant fortement, comme pour repousser le chloroforme. Je versai sur le mouchoir de nouveau liquide et je continuai les inhalations. Bientôt arriva le relâchement des muscles; la respiration devint plus libre; la parole et la *connaissance* revinrent; mais en même temps la malade me suppliait de cesser les inhalations, me disant qu'elle se sentait mourir, qu'elle n'avait plus de jambes, etc. Le sommeil ne tarda pas à survenir; dès lors, je cessai les inhalations. La malade dormit pendant quelques minutes, puis se réveilla en riant aux éclats, demandant d'où elle venait et n'ayant aucun souvenir de ce qui s'était passé. Le reste de la nuit et la journée du lendemain se passèrent fort bien, mais l'accès reparut la nuit d'après et les suivantes, quoique perdant chaque fois un peu de son intensité. Je parvenais *toujours* à faire cesser l'accès immédiatement, en faisant respirer à la malade les vapeurs du chloroforme. En même temps que je combattais les accès par l'anesthésique, je prescrivais à l'intérieur les remèdes appropriés à l'affection morbide cause de l'asthme (digitaline, infusion de valériane, décoction de racines d'asperges; sangsues aux cuisses pour régulariser la menstruation; bains de siége; lavements à l'eau froide, etc.). Bientôt les accès d'asthme et les palpitations qui en étaient le phénomène initial disparurent tout à fait. Cette femme, guérie de sa maladie de matrice, est aujourd'hui enceinte et très-bien portante; elle n'a plus eu d'attaques d'asthme.

Je ne m'attacherai pas à faire ressortir tout ce que cette observation offre de circonstances remarquables. Je dirai seulement que la force et la persistance des palpitations, jointes à tous les phénomènes offerts par la malade et qu'il serait trop long d'énumérer ici, m'avaient fait croire qu'elle était atteinte d'une lésion organique du cœur. Mais les heureux effets du chloroforme, joints à tout ce que j'ai vu depuis, me font croire aujourd'hui que les palpitations étaient nerveuses comme l'asthme. Le même traitement (antispasmodique) a eu raison de l'un et des autres.

(*La suite au prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

(Suite.)

II. THE DUBLIN QUARTERLY JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE.

NOTES SUR LES MALADIES DES VOIES URINAIRES ET LES CONDITIONS MORBIDES DE L'URINE CHEZ LES ENFANTS; par CHRISTOPHER FLEMING, chirurgien de l'hôpital de Richmond, examinateur en médecine et en chirurgie au collége royal des chirurgiens d'Irlande, etc.

Sous la désignation d'irritabilité de la vessie, ou plutôt de *vessie irritable*, l'auteur décrit un état qui se présente quelquefois en dehors de toute inflammation et de toute maladie organique. — « L'enfant porte constamment les mains aux organes génitaux; il paraît souffrir pendant la miction, dont les besoins sont fréquents et impérieux; le malade, une fois assis, a de la tendance à rester dans cette position; les selles sont fréquentes, peu abondantes, quelquefois accompagnées de ténesme et suivies de l'évacuation d'un mucus sanguinolent et d'un léger prolapsus du rectum; il y a amaigrissement, anorexie, soif vive; la quantité d'urine varie beaucoup et est quelquefois très-peu considérable; ce liquide est quelquefois pâle, quelquefois foncé en couleur, quelquefois déposant un sédiment abondant. »

Dans les cas analogues, les dépôts qu'on rencontre le plus fréquemment dans l'urine se composent d'acide urique, d'urate d'ammoniaque et d'oxalate de chaux. On peut aussi trouver dans ce liquide des produits organisés non cristallisés, tels que du sang, du pus, du mucus, des vibrions. L'auteur cite à ce sujet plusieurs observations; mais elles manquent de précision et des détails indispensables. Il en est de même de la médication : raisin d'ours, eaux de chaux et de magnésie, ou bien acide nitrique et hydrochlorique, huile de foie de morue, fer, etc., tels sont les moyens thérapeutiques énumérés par l'auteur, et applicables aux maladies organiques diverses qu'il ne voit qu'à travers un seul de leurs symptômes, l'irritabilité de la vessie.

DE QUELQUES-UNS DES FAITS PRINCIPAUX RELATIFS A L'EXAMEN DES FÈCES DANS LES MALADIES; par JONATHAN. OSBORNE, professeur de matière médicale, médecin de l'hôpital de Mercer, etc.

On sait quelles indications précieuses dans les maladies de l'estomac l'examen des matières vomies peut fournir pour distinguer entre eux des états organiques ou fonctionnels tout à fait différents, et tenant, soit à un vice de l'innervation, soit à la lenteur et à la difficulté de la digestion, soit à l'action exagérée des glandes chargées de sécrétions liquides nécessaires à la chimification, soit à l'inflammation de la muqueuse, ou bien à ses ulcérations, à ses dégénérescences, etc. L'examen des fèces est bien en arrière sous ce point de vue, et leur histoire séméiologique reste encore presque entièrement à faire; c'est pourquoi nous rapporterons ici les principaux faits du travail du docteur Osborne.

Il distingue, dans l'examen des fèces, la *couleur* acquise dans le duodénum et provenant des matériaux colorants de la bile, l'*odeur*, qui proviendrait des glandes du cœcum, la *consistance* et la forme, qui sont dus au séjour ou au passage dans le colon et le rectum.

Dans les oblitérations du canal cholédoque, comme dans certains cas de jaunisse, les fèces ne sont pas colorées, elles ont un aspect grisâtre qui ressemble à celui du mastic. A ce sujet, il faut distinguer la couleur véritable des matières de colle des liquides sécrétés à la surface de l'intestin grêle et du gros intestin. On trouve, en effet, dans beaucoup de cas d'ictère, des matières blanchâtres analogues à du mastic, entourées de mucosités liquides jaunâtres ou verdâtres. Cette coloration des mucus et des fluides de l'intestin ne serait pas due à leur mélange dans l'intestin avec les principes de la bile, ces matières seraient teintes, comme les urines, comme le sang, par l'accumulation de certains principes de la bile dans la circulation générale. L'auteur explique ainsi la coloration périphérique des matières dans certains cas, et

---

L'azote, élastique fluide,
Se métamorphosant en matière solide,
S'y joignit pour former les corps des animaux.

Voilà que le temps et l'espace vont nous manquer à la fois, et nous avons à peine effleuré la riche matière qu'offre à la critique la lecture de cet étonnant poëme. A défaut des observations littéraires de détail dont notre incompétence nous fait une loi de nous abstenir, nous voudrions du moins donner une idée du plan et de la composition, et signaler les passages les plus saillants. Le plan, s'il est vrai que l'auteur s'en soit tracé un, nous échappe complétement. Les idées et les matières les plus disparates s'y suivent sans lien, sans transition appréciables. C'est comme une encyclopédie dont on aurait bouleversé l'ordre alphabétique. Il n'y aurait aucun inconvénient à le lire en rebours, en commençant par la fin. Ceci n'est point une censure. Nous n'ignorons pas que dans une effusion lyrique et dithyrambique comme celle-ci :

Souvent un beau désordre est un effet de l'art.

Quant aux beaux endroits, le choix est difficile; il nous embarrasse. Ces deux mille vers nous semblent tous frappés au même coin, et pour notre goût, — assez peu subtil à la vérité, — ceux de la page A sont aussi bons que ceux de la page B. C'est donc plutôt à cause de la spécialité des sujets qu'en vue du style et de la forme que nous en citerons ici quelques-uns. Ils donnent d'ailleurs une idée suffisante de la manière de l'auteur.

LA MÉDECINE.

Des arts, de la science, invoquant le secours,
Ils les font converger vers des centres d'amour
Dont les rayonnements portés sur la souffrance,
En calmant la douleur, raniment l'existence.

L'ANATOMIE.

Par un zèle pieux, dans les restes des corps,
Ils ont interrogé les organes des morts;
Des venins empestés dont suintent les tombes
Ils ont bravé l'horreur...... et dans les catacombes
Leurs mains osent toucher la poussière des os,
Pour que l'anatomie, éclairant un chaos,
Dévoile de nos maux les causes ténébreuses.

LE PLESSIMÉTRISME, L'ORGANOGRAPHISME.

Percutant l'estomac aux parois caverneuses,
Faisant vibrer l'ivoire ou résonner l'argent
Par des chocs que gradue un doigt intelligent,
Ils rendent de nos corps l'écorce diaphane :
Dans le miroir des sons ils peignent les organes.

les observations analogues à celle qu'a rapporté M. Andral dans sa clinique, d'ictère avec décoloration des matières alvines et vomissements bilieux abondants. Les vomissements seraient, dans ces cas, comme les sucs de l'intestin secrétés avec la coloration anormale qu'on n'a l'habitude de remarquer que dans les urines.

Dans les cas légers d'ictère, le mucus ne se colore pas ou se colore à peine, alors les fèces sont entièrement blanchâtres. Dans une autre sorte d'ictère, les matières sont très-colorées, en même temps que la peau, le sang, les urines; dans ces cas, la bile passe librement dans le duodénum, et les causes de la jaunisse doivent être recherchées dans la substance même du foie; alors, quand la maladie persiste longtemps, l'auteur a rencontré, ou la congestion, ou la cirrhose, ou des tumeurs squirrheuses de cet organe.

Pour l'individu en santé, les teintes varient du jaune clair, couleur de la bile fraîchement sécrétée, au vert olive foncé, couleur de la bile qui a séjourné dans la vésicule. En traversant le colon, les fèces passent du jaune au brun d'autant plus foncé et se rapprochant davantage de celui de la sépia que le séjour dans l'intestin est plus prolongé. On voit les matières blanchâtres des ictériques subir ces changements, bien qu'à un moindre degré. — D'après cette indication, on pourrait, jusqu'à un certain point, juger du séjour plus ou moins long des matières.

Le sang est aussi dans certains cas l'un des agents de coloration des fèces. Lorsque ce liquide provient de l'estomac, on sait que, sous l'influence des acides sécrétés par ce viscère, il prend une coloration noirâtre. Dans l'intestin grêle, versé en petite quantité et entièrement mêlé aux matières, le sang leur donne une coloration rougeâtre analogue à celle de la brique pilée. on rencontre assez fréquemment cette apparence dans les inflammations de l'intestin grêle qui s'accompagnent d'ulcérations. Dans les cas où le sang versé à la partie inférieure du tube intestinal n'a pas eu le temps de se mêler aux fèces solides ou liquides, sa coloration est presque toujours foncée. La quantité du sang peut varier beaucoup; elle peut être assez considérable pour déterminer immédiatement la mort; elle peut consister seulement en quelques taches rougeâtres de matières sanieuses répandues dans les fèces, mais bien reconnaissables, comme celles auxquelles donnent lieu les ulcérations du colon; enfin on peut ne rencontrer que les quelques gouttes de sang, répandues sur les matières fécales par les tumeurs hémorrhoïdaires situées au voisinage de l'anus.

Les selles verdâtres auxquelles donne lieu l'usage du calomel ont fixé l'attention de plusieurs observateurs. Graves, de Dublin, avec d'autres médecins éminents, ont considéré ces matières comme étant le produit d'une sorte d'irritation de la muqueuse intestinale, et ne les ont point rattachées à la sécrétion biliaire, comme on l'avait généralement pensé d'abord. — En 1845, Golding Bird, auquel on doit de beaux travaux sur l'application des données chimiques à la pathologie et à la science du diagnostic, pensait que ces selles vertes tiennent non pas à une sécrétion biliaire abondante, mais bien à un état de congestion de la veine porte, accompagné d'une exsudation lente et peu abondante du sang, de telle sorte que la couleur normale de ce liquide serait altéré par le contact des gaz et des sécrétions de l'intestin. Pour cet observateur, les selles vertes ne différeraient des évacuations du melæna que par la quantité et la rapidité avec laquelle le sang se trouve versé sur la muqueuse intestinale. — Certains réactifs, tels que l'hydrogène sulfuré, peuvent bien changer la couleur rouge du sang en une couleur d'un vert foncé; mais doit-on en inférer que la matière des selles vertes provient toujours d'une semblable altération? C'est ce que ne décide point le docteur Osborne. Il faut admettre nécessairement que si dans certains cas la teinte verte peut tenir à une décoloration du sang, dans d'autres circonstances elle provient véritablement de la présence de la bile dans les fèces.

Quoique la plupart des substances ingérées dans l'estomac soient décolorées pendant la digestion, quelques-unes jouissent de la propriété de conserver intacte leur couleur pendant tout le trajet du tube intestinal. Les épinards, le bois de campêche, le café, le porter, résistent de cette manière à l'action puissante de l'estomac et communiquent aux fèces leur couleur. « La couleur noire produite par les sels de fer s'explique en général par l'action de ces réactifs sur les principes astringents des résidus alimentaires contenus dans l'intestin; mais comment expliquer cette couleur chez les individus qui sont nourris de pommes de terre, de lait et d'aliments azotés? »

L'*odeur* des fèces n'est point, comme on serait tenté de le penser, un produit de la putréfaction, car les fèces n'ont point de réaction alcaline et réagissent plutôt à la manière des acides. Ce qui tendrait à prouver que cette odeur est produite au contact des sécrétions du cœcum, c'est que les fèces, avant d'arriver à cet intestin, n'ont point cette odeur, et que les matières qui sont contenues dans cet intestin présentent cette odeur à son summum d'intensité, et qu'elle diminue à mesure que les matières excrémentitielles se rapprochent du rectum. « On voit quelquefois, dit à ce sujet le docteur Osborne, dans des diarrhées légères, après que les matières dures contenues dans le rectum et le colon ont été évacuées, survenir des évacuations liquides très-foncées en couleur, qui proviennent du cœcum, et dont l'odeur est insupportable. » Ces odeurs ont en quelque sorte une origine vitale, elles sont indépendantes de la nature des aliments. Ainsi, chez les enfants, les fèces, qui ont une odeur aigre, prennent subitement au commencement de la dentition une odeur spéciale des plus désagréables, analogue à celle de la suppuration des os cariés.

La *forme* et le *volume* des fèces sont dus aux gros intestins. Chez le cheval, le lapin, le bouc, le mouton, le porc, la forme des fèces indique celle des cellules du gros intestin. Chez l'homme, quand les matières sont très-dures, elles conservent les traces des cellules du colon; quand elles sont molles, leur passage à travers le rectum et les sphincters les allonge et les incurve. Dans l'hypertrophie de la prostrate, les auteurs ont dit que les selles présentaient à leur face antérieure des traces d'un sillon assez profond. Chez les sujets affectés d'hémorrhoïdes à un degré marqué les matières sont comme laminées.

« Quand la muqueuse du rectum est enflammée, comme dans la dyssenterie, ajoute l'auteur, les selles sont en même temps muqueuses, sanieuses et purulentes. Dans les inflammations du colon, tant que le rectum demeure intact, les selles sont féculentes, mais fréquentes et accompagnées de beaucoup de mucus. Dans les cas d'irritation ou d'inflammation d'une grande étendue de l'intestin, les selles présentent des altérations qui correspondent à l'intensité de l'inflammation. La simple irritation donne lieu à des selles qui ne diffèrent de celles de l'état de santé que par leur plus grande fluidité. C'est ce qui a lieu, par exem-

---

En voilà assez, je crois.

Le poëme se termine par une espèce d'hymne, dans lequel l'auteur exhale sa reconnaissance envers le Tout-Puissant qui lui a fait la grâce d'inventer la plessimétrie, l'organographisme, et de composer des vers comme ceux qu'on vient de lire. Ainsi fit Pythagore après avoir trouvé la démonstration du carré de l'hypoténuse; ainsi Kepler après avoir découvert les lois des mouvements des planètes.

L. P.

— Le 4 février courant a eu lieu l'inauguration solennelle du buste du professeur de Candolle à Montpellier. En présence des principales autorités du département, des membres du corps académique et d'un public d'élite, plusieurs orateurs ont successivement pris la parole pour rendre hommage aux diverses qualités de l'illustre botaniste. M. le recteur Jourdain a lu un discours plein des plus judicieuses pensées et d'exhortations flatteuses à tous tes membres de l'Académie en présence de la vie digne et laborieuse du célèbre de Candolle. M. le professeur Gervais, au nom de la Faculté des sciences, a retracé les nombreux et importants travaux du héros de cette fête scientifique. L'orateur s'est attaché à démontrer la nécessité d'étudier les faits avec sévérité, et de baser sur les faits seuls les théories contre les écarts desquelles il s'est élevé avec une grande insistance. Enfin, M. le professeur Martins a porté la parole au nom de la Faculté de médecine. L'habile orateur a signalé les changements successifs survenus dans notre Jardin des Plantes, et les nombreuses améliorations que de Candolle sut y introduire pendant les sept années qu'il en fut le directeur.

— L'Association des médecins du département de la Seine, dans sa séance annuelle du 29 janvier dernier, avait à nommer son président, ses vice-présidents et le secrétaire général.

Elle a élu, presque à l'unanimité, les candidats présentés par la commission générale, et son bureau se trouve complété de la manière suivante :

MM. Paul Dubois, doyen de la Faculté, président;
Adelon, professeur, vice-président;
Bérard, *id.* *id.*
Cabanellas, docteur en médecine, secrétaire général;
Vosseur, *id.* trésorier;
Ménière, *id.* secrétaire de la commission;
Paillard de Villeneuve, conseil judiciaire.

Sur la proposition de la commission générale, M. le docteur Perdrix, qui avait décliné l'honneur d'une troisième réélection, a été nommé par acclamation secrétaire général honoraire, conservateur des archives de la Société, avec voix délibérative dans tous les actes de la commission générale et de son bureau.

ple, lorsqu'une personne en santé prend un purgatif salin. A un degré plus avancé de l'irritation, on observe des selles plus consistantes, d'une pesanteur spécifique moindre, et qui flottent sur l'urine, mêlées fréquemment de bulles de gaz; dans ces cas, il existe ordinairement de la douleur, de la chaleur ou des coliques. — Dans un troisième degré, les fèces consistent en uno matière sans cohérence, qui se trouve, ou bien mêlée à l'urine, ou bien agglomérée au fond du vase; la couleur de ces matières est ordinairement pâle; elles consistent en exsudations de fibrine ou en albumine coagulée. Dans ces cas. il y a déjà une entérite qui exige plusieurs jours de traitement. — Dans le degré le plus élevé de l'inflammation, on observe dans les selles des lambeaux de fibrine ou des tubes complets formés par une exsudation pseudo-membraneuse analogue à celle du croup. » Quant aux selles purulentes, l'auteur n'en a jamais rencontré, à moins qu'elles ne provinssent des parties tout à fait inférieures du tube digestif. — Les selles qui présentent en même temps tous ces différents aspects indiquent qu'il y a dans l'intestin des parties enflammées à tous les degrés. Enfin, il n'y aurait pas jusqu'au siége de l'inflammation intestinale qu'il ne serait possible de reconnaître d'après certains symptômes, tels que la douleur suivant immédiatement la défécation dans les cas d'hémorrhoïdes ou de fissures de l'anus, le ténesme dans l'inflammation du rectum, la diarrhée dans l'inflammation du colon, une tendance à la constipation dans l'inflammation du cœcum, accompagnée de douleurs péritonitiques dans cette région de l'abdomen; dans l'inflammation de l'intestin grêle, un sentiment de plénitude autour de l'ombilic, accompagné de diarrhées brusques alternant avec la constipation.

L'auteur n'a jamais rencontré de cas dans lesquels il y ait eu vomissement de matières fécales ayant à la fois la couleur, l'odeur et la consistance de ces matières, si ce n'est dans une observation d'Abercrombie, dans laquelle une ulcération établissait la communication du colon au rectum. La plupart des exemples de vomissements de matière fécale seraient dus à des vomissements de matières intestinales fortement colorées par la bile.

CAS REMARQUABLE DE DOUBLE MONSTRUOSITÉ, SUIVI DE RÉFLEXIONS SUR CE SUJET; par W. F. MONTGOMERY, président du collége des médecins d'Irlande.

OBS. — Une femme de 42 ans, mère de six enfants, n'ayant jamais eu de jumeaux et dont le dernier accouchement remontait à six ans, mit au monde à 1852, à Downpatrick en Irlande, un monstre double pesant 9 liv. 1/2, dont l'une des moitiés mesurait 18 pouces en longueur et l'autre 17 pouces 1/2. La circonférence des deux têtes et celle des épaules complétement séparées, du reste, l'une de l'autre, était de 21 pouces, l'une des têtes mesurant 13 pouces et l'autre 11. L'union des deux individus commençait au sternum et s'étendait jusqu'à la partie inférieure de l'abdomen où se trouvait l'insertion ombilicale. Les deux sternums s'unissaient vers leur partie moyenne, de manière à former un angle dont l'ouverture regardait la tête. Le reste du squelette était parfaitement distinct. La cavité thoracique contenait deux cœurs, comme dans le cas de Ritta-Cristina, dans un même péricarde. Les poumons, le diaphragme et les organes génitaux urinaires étaient à l'état normal. Il n'y avait qu'un foie volumineux, pas de vésicule biliaire. La rate et le pancréas étaient doubles. Il y avait aussi deux estomacs et deux duodénums qui s'unissaient de manière à former un jéjunum unique se terminant par une poche considérable d'où partaient ensuite deux iléums. Chaque fœtus avait le colon, le cœcum, l'appendice vermiforme, l'anus distincts et bien conformés.

Il n'y avait, dans ce cas, comme dans les observations ordinaires, qu'un cordon ombilical avec la veine et les deux artères; d'un volume normal, ces trois vaisseaux communiquaient exclusivement avec l'un des individus, le second n'ayant pas de veine ni d'artère ombilicale perméable. La veine ombilicale suivant la direction ordinaire, après avoir pénétré dans le foie, passait directement dans la veine cave ascendante du premier fœtus, après avoir émis dans le foie trois branches assez volumineuses. Sous tous les autres rapports, le système veineux était normal, à cette exception près que les deux veines caves ascendantes étaient unies par une anastomose volumineuse, de telle sorte qu'une grande partie du sang arrivant du placenta par la veine ombilicale, passait immédiatement de l'un des fœtus à l'autre.

Dans le système artériel existait une anomalie correspondante en quelque sorte à celle du système veineux.

Chez l'individu dont les artères ombilicales étaient imperméables l'aorte abdominale donnait naissance un peu au-dessus du niveau des artères rénales à une branche considérable qui passait au-dessous du foie et allait s'anastomoser avec l'aorte descendante de l'autre sujet. C'est ainsi que le sang qui avait servi à la nutrition des deux êtres retournait au placenta à l'aide d'un mécanisme non-seulement très-rare, mais probablement unique. C'est de cette branche surnuméraire, qui réunissait les deux aortes, que partaient toutes les artères qui se distribuaient aux intestins à partir du duodénum.

L'auteur considère cette communication artérielle comme tout à fait indépendante des anastomoses des mésentériques; il aurait dû spécifier en même temps l'état des mésentériques.

Ce monstre était né mort, bien que l'accouchement n'ait pas été laborieux.

(La fin au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 6 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

M. LE MINISTRE DE L'AGRICULTURE, DU COMMERCE ET DES TRAVAUX PUBLICS invite l'Académie à lui transmettre les documents propres à faire connaître les résultats des études qui ont été faites en France relativement à l'influence exercée sur la santé publique par diverses industries dites insalubres, et relativement aux moyens chimiques ou mécaniques qui ont été pris dans le but d'en prévenir ou d'en atténuer les dangers.

Ces documents demandés par l'ambassadeur de S. M. Britannique sont destinés à être transmis au conseil général de salubrité (general board of health).

L'Académie désigne, pour préparer un rapport répondant à la demande de M. le ministre, une commission composée de MM. Thénard, Magendie, Chevreul, Dumas, Boussingault, Payen, Rayer et Bussy.

M. le ministre, dans une autre lettre, invite l'Académie à lui faire connaître d'une manière précise les dispositions du legs Bréant, relatives tant au prix de 100,000 fr. qu'aux autres prix qui pourront être décernés avec les fonds provenant du revenu de cette somme aussi longtemps que le prix principal n'aura pas été décerné. M. le ministre annonce qu'il a besoin de ces renseignements pour être en état de répondre aux diverses demandes qui lui sont adressées relativement aux conditions du concours.

Les renseignements demandés par M. le ministre seront rédigés par les soins de la section de médecine. Il était déjà dans les intentions de l'Académie de publier relativement à ce legs, dans les comptes rendus hebdomadaires des séances, une instruction destinée aux personnes qui désireraient concourir pour le prix.

SUR LA QUANTITÉ D'AMMONIAQUE CONTENUE DANS LA PLUIE ET DANS L'EAU DÉPOSÉE PAR LE BROUILLARD.

M. BOUSSINGAULT a répété à Paris les observations qu'il avait faites à la campagne sur l'ammoniaque contenue dans la pluie et dans l'eau déposée par le brouillard. Le 3 janvier une très-forte averse étant survenue, il a reçu successivement 5 volumes d'eau, dans chacun desquels il a dosé l'ammoniaque.

Il a obtenu, en moyenne, dans 1 litre de pluie, 3milligr.,08 d'ammoniaque. Cette proportion se rapproche de celle constatée par M. Barral dans les eaux pluviales provenant des udomètres de l'Observatoire; mais pour des pluies aussi abondantes que l'a été l'averse tombée à Paris, la quantité d'ammoniaque paraît être beaucoup moindre dans les eaux recueillies loin des grands centres de populations. Ainsi pour des hauteurs d'eau comparables à celle mesurée le 3 janvier, on trouve dans les observations faites par M. Boussingault au Liebfrauenberg, 0milligr.,34 d'ammoniaque en moyenne dans un litre de pluie.

Une différence de cet ordre est due probablement aux matières qui flottent incessamment dans l'air d'une grande ville. L'aspect de l'eau reçue pendant les diverses phases de la pluie du 3 janvier indiquait évidemment la présence de ces matières. En effet, l'eau de la première prise tenait en suspension une substance noirâtre dans laquelle, indépendamment de quelques flocons de suie, on reconnaissait une poudre très-ténue, de nature siliceuse. La deuxième et la troisième eau étaient encore assez troubles. La quatrième et la cinquième eau ne donnèrent lieu à aucun dépôt.

EAU DÉPOSÉE PAR LE BROUILLARD. — M. Boussingault a obtenu de l'eau déposée par des brouillards qui ont apparu à Paris dans le mois de janvier. On se rappelle que le brouillard du 23 occasionna une obscurité telle que, à dix heures du matin, on fut obligé d'éclairer les appartements. L'eau recueillie était limpide, mais elle avait une teinte ombrée provenant très-vraisemblablement des vapeurs fuligineuses répandues dans l'atmosphère de Paris; du moins je puis affirmer, ajoute M. Boussingault, que les eaux de brouillards que j'ai reçues au Liebfrauenberg ont toujours été limpides et incolores. L'eau des brouillards de Paris obtenue dans le cours du mois de janvier jusqu'au 23 inclusivement était surtout remarquable par la forte proportion d'alcali qu'elle contenait. Dans 1 litre on a dosé 138 milligr. d'ammoniaque; or l'eau météorique la plus ammoniacale que j'ai examinée dans les recherches faites à la campagne n'en enfermait que 50 milligr. par litre; elle avait été déposée par un brouillard qui avait régné sans interruption dans la vallée du Rhin du 14 au 16 novembre. 138 milligr. d'ammoniaque équivalent à 64 centigr. de bicarbonate, état auquel il est raisonnable de supposer que l'ammoniaque existe dans l'atmosphère, puisqu'elle se trouve en présence d'un excès d'acide carbonique. Le fait d'une aussi notable proportion d'un sel ammoniac volatil, dans un litre de l'eau qui constitue la vapeur vésiculaire, expliquerait peut-être pourquoi, dans certaines circonstances, le brouillard des villes possède une odeur assez pénétrante pour affecter péniblement les organes de la respiration.

— M. BINEAU communique le résultat d'études qu'il a faites sur les eaux pluviales et sur l'atmosphère de Lyon et de quelques points des environs, pendant les années 1852 et 1853.

L'auteur annonce, comme conséquence de ses recherches, la présence, dans

les eaux recueillies à l'Observatoire de Lyon, d'une quantité d'ammoniaque bien supérieure à celle qu'a rencontrée M. Barral dans les pluies de l'Observatoire de Paris. (Comm. : MM. Chevreul, Dumas, Boussingault.)

— M. Ch. Martins adresse une note sur la quantité relative de pluie tombée à Paris et à Montpellier en 1853.

Il résulte de ce travail que la quantité de pluie tombée à Montpellier a été plus que le double de celle que la terre a reçue dans le même temps à Paris.

— M. Monchaux soumet au jugement de l'Académie une note ayant pour titre : Nouvelle doctrine sur la restauration des plaies qui sont ou ne sont pas au contact de l'air.

— M. Gavelle adresse de Villeneuve-Saint-Georges une note concernant un topique au moyen duquel on obtient, suivant lui, la guérison des varices. A sa note est joint le modèle en relief d'une jambe variqueuse sur laquelle l'application de son remède a, dit-il, pleinement réussi.

— M. Lereboullet demande l'ouverture d'un paquet cacheté qu'il avait déposé dans la séance du 25 avril 1853. Ce paquet, ouvert en séance, renferme deux notes, l'une sur l'embryologie de l'écrevisse de rivière, l'autre sur l'embryologie du brochet et de la perche.

— M. Delfrayssé présente des considérations sur la contagion épidémique.

Séance du 13 février.

Histoire naturelle générale des règnes organiques, principalement étudiée chez l'homme et les animaux.

M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire, en présentant le premier volume de son ouvrage, lit la note suivante :

En présentant à l'Académie, à la fin de 1840, mes Essais de zoologie générale, je m'exprimais ainsi :

» Les résultats de mes recherches pourront-ils un jour former un ensem-
» ble en tête duquel il soit permis d'écrire, sans trop de présomption, ces
» mots : Traité de zoologie générale. Je n'ose dire que telle est mon espé-
» rance ; mais telle est mon ambition, sans doute au-dessus de mes forces. »

L'accueil que le public scientifique a bien voulu faire à mes Essais de zoologie générale, m'a encouragé dans la pensée que j'énonçais ainsi ; et après treize nouvelles années de travaux je viens offrir à l'Académie le premier volume d'un ouvrage intitulé : Histoire naturelle générale des règnes organiques. Quatre autres volumes dont les matériaux sont réunis et la rédaction préparée, doivent faire suite à celui qui paraît aujourd'hui.

Si cet ouvrage était jugé utile à la science, si je n'étais du moins rapproché du but que je poursuis depuis si longtemps, je le devrais, après les conseils et les exemples de mon vénéré père, aux encouragements de l'Académie, à la bienveillance avec laquelle elle accueillit, de 1829 à 1833, les premiers résultats des recherches dont mon Histoire naturelle générale est le fruit. Le jour où elle voulut bien reconnaître dans quelques-uns de mes travaux de zoologie générale le double caractère que je m'efforçais de leur donner, où elle voulut bien les déclarer *exacts et philosophiques*, je me crus le devoir, comme je me sentais le désir, de développer, d'étendre et d'appliquer, autant qu'il pouvait être en moi, des vues qui venaient d'être encouragées de si haut.

Je ne me suis jamais dissimulé l'étendue ni les difficultés immenses de l'œuvre que je poursuis ; ce qui me manque personnellement pour l'accomplir, je le savais, je le sais aussi. Mais j'ai vu par dessus tout combien il importait, combien il était urgent de l'entreprendre. Depuis longtemps déjà, nos maîtres ont tracé toutes les grandes lignes de la science : le Systema naturæ et les premiers volumes de l'Histoire naturelle datent de plus d'un siècle ; le Genera plantarum et la Métamorphose des plantes, de plus de soixante années, la Philosophie zoologique et les Recherches sur les ossements fossiles, de quarante, la Philosophie zoologique, de plus de trente. N'est-il pas temps de rassembler en un même foyer les lumières venues de ces sources diverses? Et quand nous avons devant nous de tels guides, ne saurions-nous enfin constituer cette science déjà devinée et dénommée par Buffon, l'Histoire naturelle générale? Je ferai sans plus tarder l'aveu de ma témérité ; c'est là ce que j'essaye de faire. L'Histoire naturelle, si riche en traités partiels, manque encore d'un ouvrage d'ensemble sur les êtres organisés, étudiés comparativement sous un point de vue général ; c'est cet ouvrage que j'ai conçu la pensée de donner à la science.

Ai-je besoin de l'ajouter? Ce que nul encore n'a tenté, je n'ai pas, je ne saurais avoir la présomptueuse espérance de le réaliser complétement. Mais on n'est pas seulement utile à la science par ce que l'on achève, on l'est aussi par ce que l'on commence ; on peut l'être même par ce que l'on essaye. J'ai donc cru pouvoir essayer.

Pour assurer ma marche à travers le champ immense que j'avais à parcourir, j'ai cru devoir commencer par une introduction historique où se trouvent présentés, dans leur enchaînement, les principaux progrès des sciences naturelles, et par des prolégomènes étendus sur leurs rapports avec les autres parties du savoir humain, sur leur rang hiérarchique dans ce qu'on a appelé l'Encyclopédie, sur leur état actuel, sur leur méthode et sur la direction où elles doivent présentement s'avancer.

Ce résumé historique et ces prolégomènes forment le premier volume dont j'ai l'honneur de faire hommage à l'Académie. Dans les quatre volumes suivants, j'exposerai méthodiquement les faits généraux, les rapports et les lois relatifs aux êtres organisés successivement considérés en eux-mêmes ou dans leurs organes, dans leurs instincts et leurs mœurs, et dans leur distribution ancienne et actuelle à la surface du globe.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 février. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Le ministre du commerce transmet :

1° Le rapport final de M. le docteur Dusouil, médecin des épidémies de l'arrondissement de Melle, sur une épidémie de fièvres intermittentes qui a régné l'an dernier dans les communes de Clussais, Caunay et Pers, depuis le mois d'août jusqu'au mois d'octobre.

2° Le rapport final de M. le docteur Rondolphi, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Sarreguemines, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Laning.

3° Le rapport final de M. le docteur Madin, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Verdun, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Vadelincourt.

Le même ministre adresse huit lettres relatives à des remèdes secrets.

— M. Clément (de Forges) (Cher) adresse un mémoire sur le traitement des fièvres intermittentes par les baies de lilas. (Commission des succédanés du quinquina.)

— M. Bayard (de Cirey-sur-Blaise) adresse une réponse au rapport de M. Bricheteau sur la vaccine et la fièvre typhoïde.

— M. Maisonneuve adresse une lettre dans laquelle il repousse l'assimilation que M. Blatin a faite entre l'amygdalotome dont il est l'inventeur et le sien.

— M. Maisonneuve adresse une note sur une nouvelle méthode d'urétrotomie pour la cure radicale des rétrécissements de l'urètre. (Comm. du prix d'Argenteuil.)

— M. Cabiel, à propos de la communication faite dans les deux dernières séances, par M. Broca et par M. le professeur Cruveilhier, rappelle les résultats auxquels il a été conduit touchant les causes et les symptômes des déviations utérines, et les avantages comparés des divers pessaires proposés pour y remédier, en particulier du pessaire de Simpson et du pessaire à réservoir d'air en caoutchouc vulcanisé, dans une note ayant pour titre : Notice sur l'application du pessaire Simpson et du pessaire a réservoir d'air dans le traitement des déviations utérines. (Comm. : MM. Danyau, Velpeau, Robert.)

— M. Corvisart adresse un mémoire ayant pour titre : Observations propres a démontrer l'efficacité de la méthode nutrimentive ou pepsie thérapeutique. (Comm. : MM. Longet, Londe, Bouchardat.)

— M. Boudault, pharmacien, adresse un mémoire sur le principe digestif, les préparations nutrimentives, les moyens propres à reconnaître et mesurer leur action. (Même comm.)

Redresseur de l'utérus.

M. Valleix annonce qu'après avoir eu connaissance du fait communiqué à l'Académie par M. Cruveilhier, il avait l'intention de lui présenter quelques explications. Mais une maladie dont il a été atteint il y a quelques jours ne lui permettant pas d'entrer actuellement dans ce débat, il prie M. le président, en attendant qu'on puisse l'entendre, de communiquer à l'Académie les remarques préliminaires suivantes :

1° On pourrait penser, d'après les citations faites à l'Académie, qu'après M. Simpson, je suis à peu près le seul qui ait mis en usage le traitement dont il s'agit, et que par conséquent la responsabilité est très-partagée.

Je rappellerai donc que ce traitement était, à quelques modifications près, celui de Kirvisch à Prague, qu'il est employé aujourd'hui par M. le docteur Mayer à Berlin ; qu'en Angleterre, à côté de M. Simpson, se placent MM. les docteurs Rigby, Prodtherve, Smith, Cunning, etc. ; qu'à Paris, MM. Hichet et Maisonneuve en ont fait usage avec succès ; que MM. Broussonnet à Montpellier, Piachard et Mannois à Genève, Le Diberdes à Lorient, Maussous à Bordeaux l'ont adopté ; que M. le docteur Pidelaborde se propose, ainsi que je l'ai appris récemment, de publier une série d'observations sur ce sujet ; que M. le professeur Dieulafoy (de Toulouse), dont le nom est si avantageusement connu, en possède un certain nombre ; et qu'enfin cette pratique a été adoptée par un bon nombre d'autres médecins, français ou étrangers, qui avaient pris connaissance des faits. J'ajoute que tout cela ne s'applique qu'à l'emploi du pessaire Simpson, du pessaire Kiwisch et Mayer, ou du redresseur intra-utérin. Quant à l'usage de la sonde utérine, il est bien plus répandu encore. Je me contenterai de citer M. Huguier, qui lui a donné le nom d'hystéromètre, et M. le professeur P. Dubois, dont la prudence n'est pas plus contestable que la haute valeur scientifique. J'ai en effet appris de M. P. Dubois lui-même, qu'en y mettant tous les ménagements nécessaires, il se servait avec avantage de la sonde pour redresser progressivement l'utérus dévié.

2° Je ferai remarquer qu'on a eu tort de confondre dans une même discussion ce qui est relatif à l'emploi de la *sonde utérine* et ce qui concerne l'application du *redresseur* utérin. Il n'y a aucune parité à établir ; et quant à l'observation de M. Broca, que je n'ai connue que par le compte rendu incomplet qui se trouve dans les journaux de médecine, je puis dire déjà qu'il y a des circonstances si singulières, que plusieurs personnes ont douté de la réalité de la cause invoquée. Mais je me réserve de la discuter quand j'en aurai pu prendre connaissance d'une manière complète dans le Bulletin de l'Académie.

3° Relativement à l'observation de M. Cruveilhier, je me contenterai de dire aujourd'hui que j'ignorais complétement ce qui s'est passé, que je peux

maintenant démontrer que le fait lui a été raconté de la manière la plus inexacte, et que l'interprétation de l'honorable professeur s'en est tellement ressentie, qu'il me sera facile de prouver que le titre de l'observation doit être totalement changé.

4° Une troisième question bien distincte a été soulevée par mon honorable maître M. Velpeau : c'est celle de la curabilité des déviations utérines ; c'est une question qui ne peut être résolue que par les faits, et qui doit dominer toute la discussion. Je ne peux pas l'aborder ici, et je ne pourrai le faire complétement qu'après avoir fait un appel à tous mes confrères qui ont mis en usage le redresseur, afin qu'ils adressent à la commission ou à moi tous les cas favorables ou défavorables de leur pratique. Ainsi la vérité sera connue, et quel que soit le résultat, je m'en féliciterai ; car si le danger de ce traitement dépassait celui qu'on doit malheureusement (ainsi que l'a très-bien fait remarquer M. Velpeau) craindre des plus minimes opérations chirurgicales, je redouterais plus que personne de les affronter.

Je n'ai jamais nié, en effet, qu'on ne puisse provoquer des accidents. Ces accidents, je les ai signalés ; mais ils ne m'ont pas paru de nature à faire renoncer à un traitement que je regarde comme efficace dans un grand nombre de cas.

5° On n'oublie pas enfin que ce traitement va en se perfectionnant tous les jours ; que bien des accidents qu'on a produits faute d'une expérience suffisante, sont aujourd'hui évités, et que, dans les déviations en arrière, j'ai remplacé avec avantage l'emploi du redresseur intra-utérin par celui du redressement avec la sonde et du pessaire en caoutchouc combinés, qui me donne chaque jour d'excellents résultats. Mais je n'insiste pas sur ces points, car ce sont autant de questions posées naturellement à la commission académique, et qu'elle pourra resoudre quand elle aura pris connaissance des faits.

FOLIE CIRCULAIRE. — FORME DE MALADIE MENTALE CARACTÉRISÉE PAR LA REPRODUCTION SUCCESSIVE ET RÉGULIÈRE DE L'ÉTAT MANIAQUE, DE L'ÉTAT MÉLANCOLIQUE ET D'UN INTERVALLE LUCIDE PLUS OU MOINS PROLONGÉ.

M. FALRET reprend et termine la lecture de son mémoire sur la folie circulaire.

M. Falret, avant d'aborder la description de la folie circulaire, commence par éliminer plusieurs ordres de faits de rémissions et d'intermittences dans les maladies mentales, pour mieux faire comprendre, par comparaison, ce qu'il entend par folie circulaire. Il passe successivement en revue :

1° Les *rémissions* et les *paroxysmes* que l'on observe dans presque toutes les maladies mentales, dont l'existence est bien connue, mais qui n'ont pas suffisamment attiré l'attention ni dans l'aliénation générale, ni dans l'aliénation partielle.

2° Les *intermittences proprement dites* ; il signale en passant, comme caractères des folies intermittentes, l'invasion rapide des accès, l'uniformité de leur marche, leur guérison brusque, et enfin la ressemblance extrême que présentent habituellement les divers accès chez le même malade. La durée des accès peut augmenter à mesure que la maladie devient plus ancienne, mais la folie intermittente ne finit pas par devenir continue : elle est donc curable dans ses accès, mais incurable dans son essence. D'ailleurs, dans les maladies mentales, l'intermittence est rarement de la périodicité.

3° Les *intermittences à courts intervalles*, moins connues que les précédentes, et qui cependant méritent bien de l'être, soit au point de vue du pronostic qui est encore plus grave que dans les folies intermittentes à longs intervalles, soit sous le rapport de la médecine légale.

4° Les *folies rémittentes à courts accès*, qui diffèrent des rémissions ordinaires en ce que la diminution des symptômes est plus prononcée et se reproduit plus fréquemment, et des folies intermittentes à courts intervalles, en ce qu'il n'y a pas suspension complète de la maladie et en ce que le pronostic en est beaucoup plus favorable.

A ces distinctions préalables, l'auteur ajoute que l'on constate assez fréquemment des états mélancoliques, soit au début, soit dans le cours, soit au déclin de la manie ordinaire ; que, d'un autre côté, l'aliénation partielle présente assez souvent, pendant son cours, des paroxysmes maniaques ; qu'il existe même une mélancolie agitée qui arrive quelquefois jusqu'aux limites de l'aliénation générale, et qu'enfin on voit quelquefois la manie succéder à la mélancolie ou réciproquement, d'une *manière accidentelle* ; ainsi que tous les auteurs l'ont noté. Mais, pour constituer la folie circulaire, la dépression et l'excitation doivent se succéder pendant un assez long temps, d'une manière presque régulière, dans un ordre toujours le même et avec un intervalle de raison, ordinairement assez court relativement à la durée des accès.

La *folie circulaire*, caractérisée par l'alternative régulière de l'excitation maniaque et de la dépression mélancolique, est tantôt à courtes et tantôt à longues périodes. Tantôt le cercle est décrit en trois semaines ou un mois, tantôt il n'est complet qu'après plusieurs mois ou plusieurs années, mais cette différence de durée ne change rien à la nature de la maladie. C'est donc une forme véritable de maladie mentale, puisqu'elle consiste dans un ensemble de symptômes physiques, intellectuels et moraux, toujours identiques à eux-mêmes, dans les divers accès, et se succédant dans un ordre déterminé, possible à prévoir. Elle n'est pas basée, comme la manie et la mélancolie, sur un seul caractère principal, la quantité des délires, la tristesse ou l'agitation, mais sur la réunion de trois états, se succédant dans un ordre particulier, et n'étant pas susceptibles de transformations.

Un caractère général de cette maladie, c'est la ressemblance de chacune des périodes de chaque accès, chez un même malade, non-seulement dans leur ensemble, mais jusque dans la plupart des manifestations délirantes ; uniformité bien propre à faire réfléchir sur la prétendue variété infinie des idées délirantes chez les aliénés, et sur la possibilité de découvrir un jour un petit nombre de formes naturelles, dont la folie paralytique et la folie circulaire nous offrent déjà un spécimen dans l'état actuel de la science.

Description des trois périodes de la folie circulaire dont la succession constitue un accès complet.

1° *Période d'excitation.* — En général, elle consiste dans une simple exaltation de toutes les facultés : activité extrême de l'intelligence, qui, au début, pourrait paraître une modification favorable, s'il ne s'y joignait bientôt des altérations des sentiments et des actes étranges et désordonnés. Exubérance des idées, exaltation des sentiments, manifestations malveillantes et haineuses, mouvements rapides et incessants. Les malades se livrent aux actes les plus désordonnés, bouleversent tout ce qui les entoure, font mille niches et mille tours, conçoivent les projets les plus variés et les exécutent, composent et écrivent en prose et en vers. Insomnie, sentiment d'une santé parfaite, augmentation de l'appétit, activité plus grande de toutes les fonctions, acuité des sens, absence de fatigue, malgré les mouvements incessants et la privation de sommeil ; face colorée, yeux brillants, traits d'une grande mobilité, tels sont les symptômes physiques habituels de cette période, qui ordinairement se prolonge ainsi à peu près au même degré, sans modification marquée, jusqu'à sa fin ; qui d'autres fois présente de temps en temps des paroxysmes maniaques au milieu de cet état de simple exaltation, et qui enfin, dans un certain nombre de cas, consiste en un véritable accès de manie ordinaire, même avec illusions et hallucinations très-prononcées.

L'excitation diminue ordinairement graduellement, surtout dans les folies circulaires à longues périodes, et passe, au bout d'un temps plus ou moins prolongé, à la période de dépression, par nuances insensibles. Le plus habituellement, l'observateur exercé ne constate pas de véritable intervalle lucide entre l'excitation qui s'affaiblit de jour en jour et la dépression qui commence à poindre. Néanmoins, il est quelques cas exceptionnels, où le malade se trouve, pendant quelques jours, dans un état qu'on peut considérer comme un intervalle de raison ; mais sa durée est très-courte, même dans les folies circulaires à longues périodes, et elle est toujours moins longue que celle du véritable intervalle lucide qui succède à la dépression.

2° *Période de dépression.* — Habituellement elle se produit par degrés, mais elle peut quelquefois survenir brusquement. Le malade commence à se tenir à l'écart et à ne proférer que de rares paroles ; il semble manifester de la honte ou de l'humilité. Bientôt il reste tout à fait solitaire et dans l'immobilité. L'affaissement physique et moral devient de jour en jour plus prononcé, et il peut quelquefois être porté jusqu'au point de transformer en quelque sorte le malade en une statue. Le cours des idées est ralenti, sans cependant arriver jamais jusqu'à la suspension complète de l'intelligence. Les sentiments sont affaiblis, les malades ne manifestent ni sympathie ni antipathie, et sont sans impulsion. Les mouvements sont lents ou presque nuls ; face pâle, traits tirés en bas et dénotant l'affaissement plutôt que l'anxiété, yeux ternes, paupières à peine entr'ouvertes, sentiment de malaise général, organes du mouvement dans un état de torpeur, appétit très-diminué, digestion lente, défécation difficile ; sommeil meilleur que pendant l'excitation, mais irrégulier et interrompu.

Généralement la période de dépression ne présente que ces symptômes généraux de prostration physique et morale. Dans un certain nombre de cas, cependant, il y a des idées tristes prédominantes, principalement des idées d'humilité, de ruine et de culpabilité.

Cette période est ordinairement plus longue que la période d'excitation ; cependant, il est des cas ou bien des accès où elle paraît avoir à peu près la même durée ; elle a habituellement d'autant plus de durée que la période d'excitation a été elle-même plus prolongée.

3° *Intervalle lucide.* — La période de dépression, après un temps plus ou moins long, diminue en général progressivement. Le malade semble s'éveiller à la vie de relation et retourne à ses habitudes d'ordre et de travail ; il redevient alors à peu près ce qu'il était à l'état normal ; mais plus ou a d'expérience et de sagacité dans l'observation, plus la durée réelle de l'intervalle lucide se trouve diminuée. Cependant il existe. Il est toujours plus court que chaque période considérée isolément, mais sa durée est variable, et dans les folies circulaires à longues périodes, elle peut être de plusieurs mois. Au bout d'un certain temps, les premiers signes de l'excitation manifestent de nouveau et insensiblement, en général, un autre cercle maladif recommence et présente successivement les mêmes caractères.

Après cette description sommaire, l'auteur prévient qu'il a entre les mains un certain nombre d'observations de folie circulaire, à courtes et longues périodes, mais qu'il ne peut les lire devant l'Académie, de crainte d'abuser de son attention. Il termine son mémoire par l'indication de quelques conséquences pratiques à tirer de la connaissance de la folie circulaire. Et d'abord, est-elle fréquente ? Elle l'est davantage qu'elle ne le semblerait à première vue, en se basant sur le peu d'attention qui lui a été accordée jusqu'à ce jour, et même sur les faits que l'on rencontre dans les asiles. On a méconnu son degré de *fréquence* parce qu'on observe peu, en général, la marche des maladies mentales, parce qu'un petit nombre de médecins se trouvent en position de suivre un même malade pendant de longues années, et parce qu'un certain nombre de ces malades restent dans la société où ils ne sont pas considérés comme aliénés, la période d'affaissement passant pour de l'ennui, de la langueur ou du découragement, et la période d'excitation pour de la vivacité d'intelligence ou pour un défaut de caractère. L'auteur en a acquis la preuve par l'observation directe et par les renseignements fournis par les parents

des malades, relativement à leurs ascendants. Les mêmes renseignements le portent à penser que cette forme de maladie mentale est plus *héréditaire* que les autres, mais il ne peut l'affirmer d'une manière positive, à cause des difficultés que présentent les recherches de ce genre.

Il n'a pas les mêmes doutes relativement à sa fréquence beaucoup plus grande chez la femme que chez l'homme, qui résulte pour lui de la comparaison entre les services de Bicêtre et de la Salpêtrière, et de sa pratique particulière. Le pronostic est très-grave : cette maladie est incurable, mais la constatation de cette gravité est utile pour les malades eux-mêmes, en provoquant le zèle pour la découverte de nouveaux moyens, et elle rendra également service aux malades atteints des autres formes de maladies mentales, en dégageant leur pronostic de ce fâcheux élément.

La détermination de cette forme sera d'ailleurs utile :

1° Pour la *nosologie* des maladies mentales, en ouvrant la voie à une classification plus régulière et plus naturelle que celle que nous possédons aujourd'hui ;

2° Pour la *thérapeutique*, en contribuant à faire apprécier exactement l'action des agents curatifs, non sur la folie en général, mais sur certaines formes en particulier, par la connaissance préalable de leur marche naturelle ;

3° Pour la *médecine légale*, en fournissant aux médecins experts, dans les cas de ce genre, des moyens de conviction et de démonstration bien précieux, puisés dans la marche des maladies mentales et non dans les détails ou les mobiles de l'acte même soumis à leur appréciation.

M. Baillarger : Dans la communication que notre collègue M. Falret avait commencée dans la dernière séance et qu'il a terminée aujourd'hui, il y a deux choses complétement distinctes :

1° Une réclamation relative au travail que j'ai lu à l'Académie, il y a quinze jours ;

2° Un mémoire sur la folie circulaire.

Je n'ai pas à m'occuper du mémoire rédigé depuis la lecture de mon travail, à laquelle notre collègue avait assisté.

Reste donc la réclamation ; elle se fonde sur un court alinéa faisant partie d'une leçon publiée en 1851 dans la Gazette des hôpitaux. D'après M. Falret, la folie circulaire qu'il a indiquée dans ce passage ne serait autre chose que le genre de folie décrit par moi sous la dénomination de *folie à double forme*.

Avant de discuter jusqu'à quel point cette réclamation est fondée, permettez-moi, messieurs, de la réduire à ses véritables proportions. A mon avis, en effet, elle ne peut s'adresser qu'à une petite partie des observations que j'ai étudiées sous le nom de *folie à double forme*. Pour le prouver, il me suffira de rappeler ce que M. Falret entend par folie circulaire.

C'est une forme spéciale des maladies mentales caractérisée par la succession continue d'accès de mélancolie et de manie, séparés seulement entre eux par de courtes intermittences.

Je ferai remarquer que la condition essentielle est ici la continuité dans la succession des accès ; sans cela, l'espèce de roulement qui a donné à notre collègue l'idée d'employer la dénomination de circulaire n'existerait pas.

Ceci bien établi, il sera facile, je l'espère, de démontrer que beaucoup d'observations de folie à double forme ne peuvent en aucune manière rentrer dans cette définition.

1re catégorie. Elle comprend les accès isolés, soit que le malade n'en ait qu'un seul, soit qu'il en ait un plus quelques-uns séparés par de très-longs intervalles, et provoqués par de nouvelles causes.

Ces faits n'ont rien de commun avec la folie circulaire, puisque le caractère principal, la continuité dans les accès, n'existe pas.

2e catégorie. Les accès se reproduisent d'une manière intermittente, mais irrégulière. Le malade a huit, dix, douze accès à des intervalles de six mois, d'un an, deux ans même, et aucune cause nouvelle n'en peut expliquer l'apparition.

Ici encore les observations n'ont rien de commun avec la folie circulaire.

3e catégorie. C'est la folie à double forme périodique. La durée des intermittences est régulière, mais très-variable selon les cas. Dans l'un des faits que j'ai cités, elle était de quinze jours ; dans l'autre, de huit mois.

Ici encore point de continuité dans les accès, qui ne peuvent être rattachés à la folie circulaire. S'il en était autrement, les mots folie circulaire seraient synonymes de folie intermittente périodique, et on ne peut pas prêter à notre collègue M. Falret la pensée d'avoir voulu confondre deux choses si différentes.

Il faut d'ailleurs bien distinguer les intermittences dont M. Falret a parlé de celle dont il est ici question.

Les premières auraient lieu entre les périodes de l'accès ; les secondes, au contraire, séparent les accès eux-mêmes.

Supposez, par exemple, qu'il y ait une intermittence bien tranchée, mais très-courte, entre chacun des trois stades qui se succèdent dans l'accès de fièvre intermittente, ce sera quelque chose d'analogue à ce qui a lieu dans la folie circulaire ; mais ces intermittences, je n'ai besoin de le dire, sont très-différentes de celles beaucoup plus prolongées qui séparent les accès eux-mêmes.

C'est une distinction qu'il est utile de ne pas oublier.

4e catégorie. Je rangerai ici les accès qui se succèdent sans interruption, mais dont la durée est au plus de quelques mois. Ces faits pourraient rentrer dans la folie circulaire, mais ils en sont exclus par l'un des caractères principaux : je veux parler des intermittences. Ici la transition est si brusque, si rapide qu'aucun doute n'est possible. Les périodes et les accès se succèdent sans interruption. M. Brierre de Boismont a cité, il y a quelques jours, un fait de ce genre. Le malade était trois jours gai, expansif, agité, trois jours triste, abattu et inerte. Il n'y avait aucune intermittence ni entre les périodes, ni entre les accès.

5e catégorie. C'est la seule série d'observations qui rentre dans la folie circulaire telle que l'a définie M. Falret. Il s'agit d'accès de longue durée qui se succèdent sans interruption.

Le passage d'une période à l'autre se fait d'une manière toute graduelle, et on peut même croire, à un certain moment, que le malade est revenu à la santé.

Je ne crois pas que ce retour soit complet, et par conséquent qu'il y ait même une courte intermittence.

M. Falret, au contraire, admet cette intermittence.

C'est là une dissidence importante, sans doute, mais qui, en réalité, n'empêche pas que je ne reconnaisse complétement ici les observations qui ont fixé l'attention de notre collègue.

Voilà, messieurs, un premier fait.

Sans rien exagérer et en prenant les termes mêmes dont s'est servi M. Falret, sur cinq catégories d'observations que comprend la folie à double forme, une seule rentre dans la folie circulaire, et encore faudrait-il supprimer l'un des caractères principaux indiqués par M. Falret, c'est-à-dire les intermittences entre les périodes.

C'est donc à tort, comme on le voit, que notre collègue n'a mis aucune restriction dans la réclamation qu'il a élevée. Pour être exact, il eût fallu la restreindre à une partie seulement des observations dont j'ai parlé.

Voilà le premier fait que je tenais à bien établir.

Cette réclamation une fois ramenée dans les limites qu'elle n'aurait pas dû franchir, recherchons jusqu'à quel point elle est fondée, et pour cela voyons sur quelle base s'est appuyé M. Falret pour admettre la folie circulaire.

Cette base est nettement établie au commencement de l'article qu'il a lu devant vous.

Il résulte de cet article :

1° Que la transformation de la manie en mélancolie, ou réciproquement, a été signalée de tout temps comme un fait accidentel ;

2° Qu'on n'a pas assez remarqué, ou au moins qu'on n'a pas dit d'une manière assez expresse que cette succession se manifeste quelquefois avec continuité et d'une manière presque régulière.

M. Falret ajoute immédiatement : « Ce fait nous a paru assez important pour » servir de base à une forme de maladie mentale que nous appelons folie cir- » culaire, etc. »

Ainsi, messieurs, aucun doute n'est possible sur la pensée principale : avant notre collègue, la succession de la manie en mélancolie était considérée comme un fait accidentel.

En opposition avec ce fait, il établit pour certains cas deux choses : la continuité et la presque régularité de cette succession.

Je crois, messieurs, que notre collègue a commis ici une assez grave erreur ; avant lui, la succession de la manie et de la mélancolie n'avait pas été considérée comme accidentelle.

Examinons d'abord ce qui se rapporte à la continuité de cette transformation : tous les auteurs ont dit que la mélancolie et la manie alternaient entre elles.

Or quelle différence y a-t-il entre deux maladies qui alternent entre elles et deux maladies qui se succèdent d'une manière continue ?

Ici, je dois le dire, il y a eu un changement très-notable entre le passage de la Gazette des hôpitaux et celui que M. Falret a lu devant l'Académie, et qui se trouve dans ce que j'appellerai la seconde édition de ses leçons.

Dans le premier cas, M. Falret ne dit point que la succession de la manie avec la mélancolie a seulement été considérée comme un fait accidentel.

Il reconnaissait, au contraire, que les auteurs ont fréquemment parlé des alternatives de la mélancolie et de la manie.

Le fait de la continuité des accès ayant été fréquemment indiqué par les auteurs, il est évident que je n'avais pas à l'emprunter à notre collègue.

Reste la circonstance plus importante de la régularité.

Ce caractère ne se trouve pas dans le passage de la Gazette des hôpitaux ; il n'est que dans la deuxième édition des leçons. Je crois devoir faire remarquer que je ne pouvais pas connaître cette deuxième édition, qui n'a paru que quelques jours après la lecture de mon mémoire. Mais je disais que M. Falret a omis dans la Gazette des hôpitaux le fait de la régularité des accès. Ce caractère, je ne l'ai point emprunté à notre collègue par une raison bien simple, c'est qu'il se trouve dans l'ouvrage d'Esquirol, t. II, p. 170, et je dois rappeler que j'ai cité ce passage au commencement de mon mémoire. Il y a cependant une différence que je dois signaler entre ce passage et celui de M. Falret : dans ce dernier, la succession des accès est présentée comme *presque* régulière ; Esquirol est plus net et moins timide, il proclame que cette succession est *très*-régulière.

Ainsi, non-seulement notre collègue n'a pas dit le fait d'une manière plus expresse qu'on ne l'avait fait avant lui, mais au contraire, il l'a atténué. Quel emprunt pouvais-je donc faire sous ce rapport, puisque la base sur laquelle il s'appuie était connue et nettement définie ?

Mais si M. Falret n'a rien ajouté au fait principal, il est bien vrai qu'il lui a donné une dénomination nouvelle. Cette dénomination, je n'ai pas à la critiquer, mais évidemment elle m'eût été, quand bien même je l'eusse connue, complétement inutile.

M. Falret n'a parlé de la folie circulaire qu'après la folie intermittente. C'était

là sa place, puisqu'il n'a eu en vu que de consacrer un mode particulier de succession.

Mais de même qu'on ne pourrait pas appeler intermittente une maladie qui est souvent continue, de même je n'aurais pu me servir du mot circulaire pour une maladie qui, dans les trois quarts des cas, ne présente pas ce mode particulier de succession.

Il résulte de ce que je viens de dire que je n'avais à emprunter à notre collègue ni le fait qui lui a servi de base, puisqu'il était connu, ni la dénomination qu'il a créée, puisqu'elle ne pouvait convenir à mon travail.

En résumé, je crois pouvoir conclure de la discussion à laquelle je viens de me livrer :

1° Que la réclamation élevée par M. Falret, présentée comme elle l'a été sans restriction et d'une manière générale, est inexacte, puisqu'au lieu de s'adresser à tout mon travail elle ne se rapporte qu'à une seule des catégories des observations que j'ai étudiées ;

2° Que même dans ces limites cette réclamation n'est pas fondée, puisque je n'ai pu emprunter à notre collègue ni le fait principal sur lequel il s'est appuyé et qui avait été nettement indiqué avant lui, ni la dénomination nouvelle qu'il a créée, puisqu'elle ne pouvait s'appliquer à mon travail.

M. Falret déclare qu'il ne répondra pas à M. Baillarger pour ne pas prolonger la discussion.

TRAITEMENT DES CALCULS BILIAIRES.

M. Legrand lit un mémoire intitulé : D'une nouvelle méthode de traitement de la maladie connue sous le nom de calculs biliaires.

Ce mémoire tendait à établir que la gastralgie peut être le point de départ des calculs biliaires, comme elle pourrait bien être celui du diabète, et comme conséquence pratique qu'il faut traiter la gastralgie plus sérieusement qu'on ne le fait habituellement, et arriver surtout à la traiter plus efficacement qu'on ne réussit à le faire dans le plus grand nombre des cas.) Comm. : MM. Bousquet et Pâtissier.)

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

STORIA ANATOMICO-PATOLOGICA DEL SISTEMA VASCOLARE, del dottor M. Benvenisti, di Padova (HISTOIRE ANATOMO-PATHOLOGIQUE DU SYSTÈME VASCULAIRE). — Tome I, VEINES ET VAISSEAUX LYMPHATIQUES, 1 vol. in-8° de 550 pages. — Padoue, 1851.

Les organisations italiennes sont d'une richesse qui a maintes fois excité notre admiration. Qui veut peut, a dit l'inventeur d'un système d'instruction ; or il arrive trop souvent aux Italiens ce qu'on remarque tous les jours chez les individus doués d'une grande facilité : ils ne savent pas vouloir et laissent une foule de richesses enfouies dans la mine inexplorée de leur intelligence. Vouloir semble difficile aujourd'hui en Italie, mais une régénération ferait sentir sa force à ce peuple, qui peu à peu redeviendrait capable de grandes choses.

M. Benvenisti a voulu être érudit comme les Allemands, et il a réussi. Ouvrages italiens, français, allemands, anglais, ouvrages écrits dans des langues mortes, tout lui sert, il puise partout. Mais l'érudition est à la science ce que l'exploitation est à la métallurgie ; il faut un autre travail de l'esprit pour féconder les matériaux moissonnés sur les champs d'autrui, pour en tirer des conséquences, pour les faire concourir à une démonstration pratique ou doctrinale ; de même que les minerais tirés du sein de la terre demandent diverses manipulations pour devenir de purs métaux. Or cette seconde élaboration, cette fécondation nous semble avoir été beaucoup trop négligée par notre laborieux confrère d'outre les Alpes. Du reste, l'auteur n'indiquant pas une autre intention, il serait trop sévère et même injuste de lui en demander plus. « L'ouvrage que je présente au public, écrit-il dans sa préface, est un travail de patience et de compilation, dans lequel je n'ai pour but que de rappeler et de rassembler les résultats positifs auxquels sont arrivés les autres. Présenter simplement l'état actuel de la science ne peut être qu'un travail d'existence précaire et d'une utilité toute momentanée ; mais il sera utile aux hommes de génie, qui, ne pouvant consacrer un temps précieux à de longues et laborieuses recherches, partiront des miennes pour élever un édifice digne des temps et des lieux où nous vivons. » Il y a certainement de la modestie et même du mérite à se contenter d'être maçon, sans viser à l'architecture ; mais, la première tâche terminée, il est pourtant bien tentant d'achever son œuvre, de coordonner, d'animer, de donner une signification à la matière brute! M. Benvenisti a pu s'arrêter, mais il a subi un autre entraînement : troitant de l'anotomie pathologique du système vasculaire, il a été porté à en exagérer l'importance, à lui confier un rôle dans bien des maladies dans lesquelles il n'a que faire, à considérer souvent un résidu, un *caput mortuum*, comme une cause active et première. Nous verrons, chemin faisant, que s'il ne s'élève pas à des généralisations, à des inductions étiologiques, nosologiques ni même anatomiques, il termine presque tous ses chapitres en déclarant que le résultat concordant des investigations des auteurs, établit soit que les lésions vasculaires ont une part importante, soit même qu'elles sont les causes d'une foule de maladies locales, générales, organiques ou nerveuses. Nous pensons que M. Benvenisti aurait mieux fait de s'abstenir complétement de généralisation, comme il en annonçait le projet, et de laisser l'esprit de chacun s'exercer librement sur les matériaux amassés per ses labeurs. Nous voulions plus ou rien.

Comme il est, et dégagé de la tendance qu'a tout auteur d'une monographie à exagérer l'importance de son sujet, le livre de M. Benvenisti est certainement une œuvre méritoire, utile et dénotant des connaissances fort étendues.

Après un chapitre sur la physiologie des veines et un autre bien complet sur l'anatomie pathologique générale de ces vaisseaux, il envisage leurs lésions dans les différentes maladies.

Sous le titre de fièvre bilieuse, le docteur Benvenisti confond l'ictère aigu des nouveau-nés et la fièvre rémittente des pays chauds, qui n'est autre que le causus des anciens. Comme nosologie, au point de vue de la pathologie, il n'y a point de rapports entre cette affection éventuelle des enfants, pouvant sévir en tout lieu et en tout temps, et, d'autre part, la fièvre rémittente bilieuse, souvent endémo-épidémique des pays chauds ; mais, au point de vue anatomo-pathologique, l'auteur trouve des concordances qui l'ont engagé à faire figurer dans le même chapitre deux affections qu'on n'eût pas manqué de séparer dans un traité de pathologie. Ces analogies résident dans les lésions des veines, du foie et de la rate et dans la surabondance de la bile. Nous regrettons que le médecin de Padoue n'ait pas discuté d'une manière plus complète et plus approfondie la spécialité des lésions de la fièvre rémittente bilieuse des pays chauds, spécialité qu'ont soutenue plusieurs auteurs américains chez lesquels il eût très-certainement trouvé beaucoup plus de renseignements que chez les écrivains des régions tempérées européennes, où cette maladie est tout au moins fort rare. Sans déclarer ici que ces fièvres ont un signe anatomique qui leur soit exclusivement propre, on peut au moins reconnaître que le foie est le siége de lésions qui semblent presque constantes et affectent une certaine physionomie. La fièvre rémittente bilieuse des pays chauds est tantôt une pyrexie due à l'influence des milieux météorologiques et hygiéniques, tantôt une fièvre à quinquina de types divers revêtant accidentellement la forme bilieuse, le masque bilieux, et quelquefois enfin c'est une fièvre résultant de la réunion, de la coexistence de ces deux genres d'affections. C'est là la doctrine que nous essayons de propager relativement aux maladies des pays chauds ; c'est ce mode d'analyse qui permettra de jeter un peu de jour sur le chaos de la pathologie de ces régions. Pour étudier les lésions de la rémittente bilieuse, il faut donc démêler la nature, l'essence de la maladie sous les similitudes phénoménales qui donnent de la ressemblance à deux genres différents ; il faut aussi aller quelquefois la chercher sous la rubrique de fièvre pernicieuse, puisque, dans un certain nombre de cas, les deux genres élémentaires sont confondus chez le même sujet, et que l'affection la plus saillante, entraînant le danger le plus prochain, le genre palustre en un mot, impose souvent et à tort son nom à la résultante complexe.

Voici les désordres que la compilation des auteurs a révélés à M. Benvenisti dans les fièvres rémittentes bilieuses et dans l'ictère aigu des nouveau-nés. On peut y rencontrer tous les genres de lésions des canaux veineux, depuis la dilatation pléthorique et l'hypérémie des capillaires jusqu'aux désordres les plus graves et les plus profonds résidant surtout dans la veine porte et dans les veines hépatiques. Ces lésions ont, chez les enfants, la veine ombilicale pour point de départ, et se propagent de là à la substance du foie, de la rate et de l'estomac, où elle se traduisent communément par le ramollissement. Elles gagnent aussi les feuillets péritonéaux qui tapissent ces viscères, feuillets qui présentent alors les signes de la plus évidente inflammation. La propagation va fréquemment à l'oreillette et au ventricule droit, et, par la veine cave supérieure, aux sinus méningiens. La pyohémie est la conséquence de ces altérations, ainsi que l'altération de la bile, devenue à la fois plus abondante et plus âcre.

Fièvre putride typhoïde. — Nous aurions à faire ici les mêmes observations qu'au sujet de la dénomination placée en tête du chapitre précédent. La vraie fièvre typhoïde, la résorption purulente et la suette sont rangées sous ce titre générique. Mais si ces trois affections ne sont certes point identiques pathologiquement parlant, elles ne sont même pas toujours parentes sous le rapport anatomo-pathologique. Ce n'est

que dans un certain nombre de cas que la suette et la dothinentérie présentent l'inflammation des veines ou l'introduction des globules du pus dans le sang, caractérisant la résorption purulente. Il semblerait que ces idées pathogéniques de notre estimable confrère padouan le portent à ne voir dans la fièvre typhoïde et dans la résorption purulente traumatique que deux variétés de la même affection, l'une étant produite par la résorption purulente opérée dans les premières voies, et l'autre par la même résorption ayant eu lieu sur une surface suppurante quelconque. Ce n'est point ici le lieu de discuter cette doctrine, dont le résultat serait, à tout bien prendre, de déssentialiser la fièvre typhoïde pour n'en faire plus qu'un accident d'une gastro-entérite.

Résumons les caractères anatomiques que l'inspection des veines fait reconnaître aux affections rangées par M. Benvenisti sous le titre de fièvre putride typhoïde.

Si elle provient de cause interne et d'une affection gastro-intestinale, les lésions veineuses commencent par les vaisseaux à sang noir de la muqueuse et progressent de proche en proche sur l'intermédiaire de la veine porte abdominale; si elle provient de cause externe, ces lésions commencent à la partie malade et rayonnent à partir de ce point. Ces lésions sont très-diverses, mais surtout érysipélateuses, consistent dans l'injection des *vasa vasorum*, et gagnent quelquefois le cœur, qui est mou, flasque, dilaté, contient dans son intérieur des polypes, et présente des macules blanches à l'intérieur, lésions siégeant surtout au cœur droit ou veineux. La rate est presque constamment modifiée dans sa couleur, sa consistance et le calibre de ses vaisseaux. Enfin la crase du sang est déviée de sa composition normale, et la bile n'est pas non plus à l'état physiologique.

Le foie nous semble oublié à tort à propos de la résorption purulente; après les veines, il est en effet la partie du corps la plus souvent lésée. Qui ne connaît les abcès hépatiques dits métastatiques? Il est vrai que M. Benvenisti ne s'occupe que de l'anatomie pathologique des veines; mais cette question ne se rattache pas moins à l'objet de son étude. Les uns, comme on le sait, ont attribué ces abcès à des phlébites capillaires; les autres les considèrent comme des collections de pus déposé de toutes pièces entre les mailles du parenchyme hépatique. La controverse a été vive sur ce point de la science, et personne n'a encore déposé les armes.

FIÈVRES INTERMITTENTES SIMPLES ET PERNICIEUSES. — Ici encore, comme à propos des deux groupes de maladies précédentes, l'auteur fait jouer le rôle principal au système vasculaire veineux, et ne craint pas de terminer par cette déclaration : qu'il se range à l'opinion jadis en crédit, longtemps oubliée en Italie et qui revient aujourd'hui, qu'il faut attribuer aux veines la principale part dans la production des différentes formes bénignes ou malignes des fièvres intermittentes miasmatiques ou non miasmatiques; assertion vague sans doute, qui dit beaucoup tout en ne spécifiant rien, mais assertion exagérée en tout cas.

Pour établir la constance des lésions de l'appareil veineux et de ses trois dilatations ou appendices (cœur, rate, foie), comme il les appelle, M. Benvenisti recueille partout ce que les auteurs ont dit de l'anatomie pathologique des fièvres d'accès, mais il recueille sans critique, sans contrôle, sans discussion. La quantité est moins précieuse que la qualité; c'est ce que n'a pas assez compris notre honorable et savant confrère de Padoue. Les observations contradictoires auraient dû également trouver place dans son livre : sans doute l'autopsie des individus morts de fièvre pernicieuse montre presque toujours la rate augmentée de volume, mais il existe des exceptions dont il est bon de prendre note, et nous en avons cité nous-même des exemples dans ce journal, à propos des fièvres comateuses de Sebdou (Afrique), dont nous avons retracé l'histoire, en collaboration avec M. Sonrier.

Somme toute, les seules lésions qu'on puisse considérer comme à peu près constantes dans la fièvre palustre non encore arrivée à l'état de cachexie, sont celles de la rate, et du foie en second lieu. Il serait fort intéressant de rechercher si certaines lésions ne pourraient pas être rattachées à certaines formes phénoménales. La fréquence des concrétions fibrineuses du cœur dans la forme algide semble déjà acquise à l'observation. Dans notre mémoire cité ci-dessus, nous avons signalé la constance des épanchements séreux méningiens dans les fièvres comateuses observées à Sebdou, constance que nous n'oserions déclarer devoir se retrouver dans les autres épidémies de fièvres de même forme. Mais, au moins, toujours est-il qu'en cherchant à faire des catégories, qu'en recueillant les faits épars pour les réunir quand ils sont analogues, pour les opposer quand ils contrastent, on se met sur une voie plus utile et l'on procède à la fois plus philosophiquement et plus scientifiquement.

M. Benvenisti a bien raison de distinguer les lésions de la rate dans les fièvres palustres récentes et anciennes : dans les premières, cet organe est hypertrophié, mou, diffluent, apoplectique, et il se rompt même quelquefois; dans les secondes, il devient sarcomateux, le sang n'y circule plus, n'y subit plus l'hématose, se concrète, et les veines sont hypertrophiées et dilatées. C'est ainsi, en effet, que les choses se passent le plus souvent; mais beaucoup de vieux fébricitants conservent néanmoins une rate molle et simplement gorgée, sans lésions plus profondes.

En poursuivant la lecture du livre, nous trouvons un chapitre consacré à la diathèse purulente, à la résorption purulente, affection déjà comprise sous le chef de fièvre putride typhoïde. C'est un double emploi. Ici l'auteur s'étend sur quelques-uns des points que nous avons regretté de ne pas voir traiter tantôt. En réunissant en un seul bloc ce qu'il éparpille en deux chapitres, tout le monde y eût gagné. Il aurait mieux fait encore de consacrer un chapitre aux affections putrides qui résultent de l'absorption de *certains matériaux liquides* d'un pus de mauvaise nature, et un autre à la pyohémie résultant de l'absorption du *pus en nature*, *globules* et *sérum*. Ce sont là, en effet, deux affections aussi différentes par l'origine que par les symptômes, par le pronostic que par l'anatomie pathologique. La confusion ne pouvait manquer d'être le résultat de la non-séparation de ces deux affections bien distinctes aujourd'hui dans notre pathologie. Avant que cette scission n'eût été opérée, les uns niaient l'introduction du pus en nature, les outres l'affirmaient; tous avaient tort et raison. Aujourd'hui l'on sait reconnaître les cas où l'un ou l'autre phénomène ont lieu.

Dans le typhus, M. Benvenisti trouve également tout le système veineux compromis, surtout quant à ses sécrétions séreuses internes et à la sanguification. Le sang présente un aspect particulier dans la fièvre jaune. Dans la suite, le sang veineux a l'apparence de la poix. Dans le choléra existent diverses lésions, entre autres ces ecchymoses du cœur, si bien décrites par MM. Michel Lévy, Tholozan et Masselot.

Le scorbut offre un vaste champ aux investigations laborieuses du médecin padouan. Il est très-porté à mettre son siége dans le système veineux. Quant à la diathèse hémorrhagique passive, elle lui semble due autant à la diminution de la fibrine qu'à l'augmentation des globules, et la prédominance du système veineux sur le système artériel lui paraît aussi une cause puissante de cet état pathologique.

Nous ne manquons pas de tentatives de localisation de l'hypocondrie dans les viscères abdominaux. M. Benvenisti ne fait pas défaut à cette opinion. Dans cette affection, la veine cave abdominale et tout le système veineux qui recouvre et entoure les ganglions et les filets de l'appareil nerveux de la vie animale, sont plus ou moins malades, dilatés, hypertrophiés, et contiennent un sang dont la crase est pour ainsi dire mélanique. Ces lésions veineuses peuvent être consécutives à des lésions viscérales; puis, des veines, elles se propagent à l'appareil nerveux.

De l'étude érudite d'une foule de travaux publiés sur le cancer, M. Benvenisti conclut au rôle actif rempli par les veines. On jugera jusqu'à quel point il est autorisé à émettre, nous dirions mieux à hasarder cette opinion pathogénique, que le squirrhe est précédé du développement de petites veines sur la partie; que ces veines, sorte de *veines portes* de nouvelle formation, déposent dans la partie les matériaux de la bile, qui ne peuvent plus s'éliminer par l'intermédiaire du foie dont les fonctions sont troublées ou abolies. L'auteur, du reste, trouve des analogies entre la matière du squirrhe et certaines substances de la bile. Le fongus médullaire proviendrait de la rupture de veines variqueuses et amincies. Un encéphaloïde prendrait naissance dans les cas où la crase du sang épanché serait profondément modifiée. Certes, le sang est la source de sécrétions normales et morbides; mais nous n'en savons pas davantage.

L'auteur passe ensuite en revue la mélanose, les hydropisies, les œdèmes, le purpura, l'érysipèle, les abcès métastatiques, la gangrène, les varices, l'hypérémie veineuse, et arrive aux affections nerveuses.

C'est ici qu'il a fallu le plus d'efforts et la conviction préalable la plus profonde, pour pouvoir rattacher diverses affections nerveuses, *sine materiâ*, à des lésions ou à des modifications pathologiques du système veineux. Certes, les recherches de M. Benvenisti resteront; on trouvera facilement dans son livre ce que l'on aurait été obligé d'aller puiser par fragments dans les auteurs si nombreux qu'il a compulsés; mais nous doutons fort qu'on s'arrête à ses conclusions. Certaines lésions se rencontrent dans plus ou moins de cas; si vous envisagez ces cas seulement, vous serez portés à les mettre sous la dépendance de la lésion concomitante; mais en étudiant l'ensemble des faits, on s'aperçoit bientôt que ces lésions manquent dans maintes circonstances, quelquefois même dans la majorité des cas, et l'on est obligé de les

considérer alors, non plus comme une cause spéciale, mais comme une coïncidence, comme un produit de la maladie, ou encore comme une des nombreuses causes qui peuvent amener la maladie, qui peuvent aboutir à un résultat commun.

Nous croyons, en conséquence, que M. Benvenisti s'aventure fortement quand il considère comme démontrées les propositions suivantes : 1° que la mélancolie est due à la dilatation des veines cérébrales, surtout supérieures et antérieures, par un sang dense et poisseux, à demi coagulé, avec obstruction de certains sinus, avec varices, ecchymoses, coloration noirâtre des hémisphères à leur partie superficielle et supérieure, lésions qui agissent sur le cerveau à la fois d'une manière mécanique et dynamique ; 2° que la catalepsie provient de l'obstruction polypeuse des sinus longitudinaux, avec engorgement des veines qui s'y rendent, suffusion sanguine et séreuse et ramollissement des parties postérieures du cerveau et quelquefois aussi du cervelet ; 3° que le delirium tremens semble dû à l'hypertrophie du système veineux de la pie-mère, avec infiltration séreuse, surtout à la convexité du cerveau et des ventricules, avec lésions du foie et du cœur droit ; 4° que la céphalée est engendrée par la dilatation des grands sinus cérébraux, provenant d'une inflammation profonde ; 5° que le sopor, l'apoplexie naissent souvent de l'inflammation des sinus et des veines cérébrales collatérales ou supérieures ; 6° que les spasmes et les diverses convulsions reconnaissent pour cause la congestion, passagère ou durable, et diverses altérations des veines de la moelle, etc. On le voit, on ne peut pas pousser plus loin l'anatomisme, l'organicisme et la négation des troubles fonctionnels sans lésions appréciables de la matière organique. Il est fâcheux que notre honorable et laborieux confrère de Padoue se soit laissé entraîner par ces idées exclusives vers un but imaginaire, parce que, pour arriver à ses fins, il n'a pris que les matériaux qui pouvaient déposer dans ce sens, et en a négligé d'autres fort importants ; de sorte que son érudition, toute riche et luxuriante qu'elle est, n'aboutit qu'à exposer une partie, une face des questions qu'il envisage.

Mais nous n'avons pas terminé avec les maladies nerveuses. Beaucoup de tétanos apyrétiques à invasion brusque lui semblent reconnaître pour causes, ou la varicosité des sinus cérébraux, suivie presque toujours d'apoplexie de la moelle, de la queue de cheval et du mésocéphale par extravasation sanguine, ou d'autres fois l'hydropisie médullaire par hypersécrétion séreuse, ou encore le ramollissement de différents points des cordons antérieurs de la moelle. Malheureusement le tétanos, qui se déclare si fréquemment et si brusquement dans les pays chauds et quelquefois chez nous, après d'insignifiantes blessures, ne peut être attribué à ces causes ; c'est un trouble fonctionnel qui engendre des désordres qu'on a pris pour les causes génératrices, tandis qu'elles ne sont que des conséquences.

Les phénomènes de l'hydrophobie semblent liés, d'après M. Benvenisti, à l'érection des veines des parties profondes des centres nerveux. Les accès épileptiques proviendraient d'une turgescence générale par arrêt de la circulation veineuse dans les sinus longitudinaux et latéraux, dans les veines spirales, dans la jugulaire interne, etc. Enfin M. Benvenisti ne trouve pas improbable l'opinion qui rattache les névralgies à l'influence exercée par les sinus cérébraux engorgés sur les nerfs du sentiment avec lesquels ils se trouvent en rapport.

Arrivons aux lésions du système lymphatique.

Après deux bons chapitres consacrés l'un à la physiologie de ce système, et l'autre à son anatomie pathologique en général, M. Benvenisti aborde les altérations dont il est le siége dans diverses maladies. On lira avec fruit le chapitre de l'anatomie pathologique générale ; il résume bien l'état de la science, et ce résumé n'est dénaturé par aucune idée préconçue.

Les lésions des glandes mésentériques dans la fièvre typhoïde ne pouvaient manquer d'appeler longuement l'attention de M. Benvenisti. Ces glandes se trouvent également engorgées, obstruées dans les fièvres intermittentes anciennes, surtout chez les enfants. Les lymphatiques de l'utérus jouent aussi un grand rôle dans la fièvre puerpérale. Les vaisseaux blancs semblent pouvoir, dans certains cas, sans le concours des veines, donner lieu à la suppuration et à l'infection purulente. Dans les fièvres exanthématiques, ce sont surtout les lymphatiques de la peau qui sont affectés ; les autres éléments ne remplissent pas d'ordinaire un rôle aussi important. On sait quelle part ce système prend à la peste d'Orient et aux affections morveuses. Il a également sa part dans le scorbut, l'hypocondrie, la syphilis, les scrofules, la tuberculisation, les exanthèmes chroniques et le cancer. Les articles scrofules et tubercules devaient fournir une ample matière, et M. Benvenisti leur a, en effet, consacré de longs développements et les a traités avec distinction. Il termine par l'angio-leucopathie, l'érysipèle, les hydropisies, le diabète sucré, la gangrène d'hôpital et l'éléphantiasis des Arabes.

Nous ne doutons pas que le second volume, consacré aux artères et à l'étude du sang, ne fournissent à M. Benvenisti des pages au moins aussi intéressantes que celle du tome dont nous rendons compte aujourd'hui. Un peu plus de choix dans les citations, de critique et de contrôle, lui feraient gagner considérablement. Que M. Benvenisti se persuade qu'exposer ce qui est, constitue déjà une belle et bonne tâche, et qu'il n'est pas besoin, pour faire voir l'utilité de l'étude de l'anatomie pathologique du système vasculaire, de s'évertuer à montrer son intervention dans toutes les maladies. Quand on veut trop dire on excite le doute, tandis qu'en se tenant dans de justes bornes, on inspire la confiance et on amène la conviction. Enfin, il n'y a pas bien longtemps qu'on donne à l'étude de l'anatomie pathologique ce degré de précision, basé sur un examen plus attentif, sur des procédés d'investigation plus parfaits, sur le concours du microscope et des réactifs. Quelques faits recueillis à l'aide de ces moyens valent mieux qu'un grand nombre d'indications vagues et sans détails.

F. Jacquot.

VARIÉTÉS.

— Vers la fin de 1853, est mort un de ces hommes auxquels la science et l'art doivent un témoignage de regrets, plus encore pour la manière dont ils ont honoré la profession que pour les travaux dont ils l'ont illustrée. Le docteur Patrik Hugues Scott, qu'un long séjour en France avait en quelque façon naturalisé parmi nous, a offert, durant sa longue carrière, l'exemple d'une abnégation et d'un dévouement sans bornes, et qui ne se sont pas démentis un seul instant. Successivement chirurgien de la marine d'Angleterre, membre du collége des chirurgiens de Londres, médecin en chef de deux hôpitaux, on l'a vu, à l'âge de 34 ans, se remettre sur les bancs pour acquérir le titre de docteur en médecine français et le droit d'exercer en France ; et cependant il n'avait d'autre but que d'acquérir le privilége de donner des soins gratuits à nos compatriotes. Patrik Scott, désigné, sur sa demande, pour aller porter secours aux habitants de la ville de Sneeck, où régnait une épidémie meurtrière de fièvre grave, a tout quitté, parents, amis, fortune, refusant les honoraires attachés à cette mission, et n'ayant d'autre mobile que son instinct du plus noble désintéressement. Aussi est-il rentré en France escorté des bénédictions de la population qu'il était allé secourir. Après plusieurs autres entreprises du même genre, Scott est revenu mourir pauvre à Paris. Pendant l'épidémie de 1832, ce médecin modèle, quoique ayant occupé les postes les plus élevés de sa profession, n'a pas dédaigné d'accepter les fonctions d'élève en chirurgie du 10e arrondissement.

Un des premiers, Scott avait essayé l'emploi du sulfate de quinine à haute dose dans le traitement des fièvres. On lui doit encore quelques traductions, et en particulier celle du Traité de Betmann sur les maladies de la peau et celle du Dictionnaire de chirurgie de Cooper, que sa veuve, pleine de vénération pour sa mémoire, va livrer à l'impression.

— La Société de médecine de Nîmes met au concours, pour l'année 1855, la question suivante :

« Quels sont les moyens thérapeutiques qui, employés dès le début dans » les fièvres graves, peuvent le plus sûrement en enrayer la marche ? »

Le prix sera une médaille d'or de la valeur de 200 francs.

Les mémoires devront être envoyés, *franco*, selon les formes académiques avant le 1er mars 1855, au siége de la Société, Hôtel-de-Ville, à Nîmes.

— La souscription relative au monument à élever à la mémoire de M. Orfila sera close le 15 mars prochain. Les souscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris et chez M. Labé, éditeur des œuvres de M. Orfila, place de l'École-de-Médecine, 23.

— Dans la séance du 9 janvier, la Société de médecine de Lyon a élu : vice-président, M. Théodore Perrin ; secrétaires adjoints, MM. Garin et Rambaud.

Dans la même séance, il a été procédé à l'élection de membres titulaires. La commission de présentation avait proposé quatre candidats ; trois seulement ont pu réunir le nombre de suffrages exigé par le règlement : ce sont MM. Arthaud, médecin en chef de l'asile des aliénés de l'Antiquaille ; Glénard, professeur à l'École préparatoire de médecine ; Frêne, médecin de l'Hôtel-Dieu.

— On lit dans le Constitutionnel :

« Omer-Pacha était souffrant depuis quelque temps, et bien que son état ne présente aucun danger sérieux, il exige cependant beaucoup de soins et de repos. On dit que le sultan, en ayant été informé, a manifesté l'intention de lui envoyer un des plus habiles médecins de la capitale, et qu'il a lui-même désigné le docteur Fauvel, médecin sanitaire français, qui serait en outre chargé d'inspecter les hôpitaux et d'organiser le service médical de l'armée du Danube, lequel, à ce qu'il paraît, laisse beaucoup à désirer.

» En sa qualité de médecin au service du gouvernement français, le docteur Fauvel ne pouvant pas accepter cette mission sans l'autorisation de l'ambassadeur de France, une demande dans ce sens a dû être adressée, au nom même du sultan, à M. le général Baraguey-d'Hilliers. »

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ANESTHÉSIE LOCALE — SUPPRESSION DU SERVICE DES GALEUX DANS LES HÔPITAUX.

Il est superflu de faire remarquer combien il serait avantageux de pouvoir produire à volonté et dans des limites déterminées l'insensibilité des parties soumises à l'action du chloroforme. C'est là un problème pratique dont la solution marquerait un véritable progrès dans l'histoire de l'anesthésie. Ce progrès est-il possible, a-t-il été jusqu'ici obtenu à un degré quelconque? Telles sont les deux questions qui sont agitées depuis quelques semaines dans la presse médicale et dans l'enseignement clinique.

On avait depuis longtemps cherché à produire l'anesthésie locale par l'action directe et localisée du chloroforme. Suivant M. Roux, professeur de la marine à Cherbourg, et quelques autres chirurgiens à son imitation, des applications extérieures du chloroforme à l'état liquide ou gazeux auraient la propriété de frapper les parties d'une insensibilité plus ou moins complète. Ces résultats n'avaient jamais pu être reproduits d'une manière assez régulière et assez sûre pour constituer un fait et encore moins un fait certain. On ne devait y voir qu'une vue hypothétique, mais une vue propre à ouvrir la voie à de nouvelles et utiles tentatives. Ces tentatives ont-elles été réalisées, et l'ont-elles été, comme paraissent le croire quelques personnes, avec succès. C'est ce qu'il nous a paru utile de rechercher d'abord.

Un chirurgien étranger, M. Hardy, ayant fait connaître un appareil à l'aide duquel on peut diriger efficacement sur une partie douloureuse et malade un jet de vapeur de chloroforme(1), on en a induit que le même procédé pourrait servir à produire l'anesthésie locale. Cette idée souriait beaucoup. Aussi plusieurs de nos collègues, placés à la tête de l'enseignement clinique, s'en sont-ils emparés. MM. les professeurs Nélaton, Paul Dubois, Velpeau, ont eu les honneurs de l'initiative. L'espoir plus que les preuves du succès a porté presque tous les chirurgiens des hôpitaux à répéter ces expériences, avec des modifications plus ou moins notables apportées au procédé d'expérimentation. Mais, disons-le tout de suite : aucun fait jusqu'ici n'est venu justifier la confiance avec laquelle on avait accueilli la nouvelle méthode. Les tentatives faites l'ont été, comme cela arrive toujours quand beaucoup de personnes s'occupent de la même chose, sans ordre ni méthode. On a commencé par opérer sans s'occuper de l'état préalable de la peau dans les conditions pathologiques où on opérait. Ce n'est qu'après beaucoup d'essais qu'on s'est aperçu, qu'avant d'en venir à des applications pratiques, il était prudent de commencer par établir une base physiologique. Peut-on, à l'aide des appareils à chloroformisation directe, anesthésier une partie de la peau saine? Tel est le problème que M. Roger, médecin à l'hôpital des Enfants, a essayé de résoudre. Un jet de vapeur de chloroforme dirigé pendant trois à cinq minutes successivement sur les faces dorsale et palmaire de l'avant-bras, n'a produit aucun degré d'insensibilité. Il en a été de même à la suite d'insufflations dirigées sur la joue, bien qu'elles aient été continuées pendant dix minutes.

(1) Voir ci-après à la Revue des Journaux.

Cette première question une fois résolue, il y en avait une autre à examiner. N'existe-t-il pas quelquefois à l'état réputé normal des parties de peau frappées d'anesthésie, et certains états morbides loeaux ne sont-ils pas accompagnés d'un degré plus ou moins prononcé d'insensibilité de la peau? Personne jusqu'ici n'a songé à s'enquérir de ces deux questions : cela se conçoit, par l'ignorance où l'on est des faits qu'elles présupposent. Cependant, sans ce départ préalable des cas où l'anesthésie peut préexister, on est exposé à confondre les effets de la maladie avec ceux de la chloroformisation, et à entretenir une croyance qui ne serait que le résultat d'une méprise. Or nous avons indiqué, il y a longtemps, plusieurs séries d'états pathologiques dans lesquels la peau peut localement offrir tous les degrés de l'anesthésie partielle.

Les cas, assez peu nombreux du reste, où le bistouri du chirurgien paraîtrait n'avoir éveillé aucune douleur, se trouvent précisément de ceux où la peau se montre assez souvent dépourvue de sensibilité : tels sont les abcès, les tumeurs avec tension et amincissement de la peau ; tels sont encore les cas où une douleur vive a d'abord existé. Et ici il est bon de faire remarquer que la propriété qu'a le chloroforme d'apaiser la douleur à l'état pathologique, n'impliquerait nullement, comme on a paru le croire, celle d'éteindre la sensibilité physiologique. On ne sait pas assez, au contraire, que la douleur exprime un degré, un commencement de paralysie de la partie où elle siége, et si nous émettons cette opinion au passage, c'est pour mieux faire comprendre la nouvelle méprise qu'elle est susceptible de prévenir. C'est sans doute à la faveur des conditions exceptionnelles que nous venons d'indiquer que MM. les professeurs Paul Dubois et Nélaton ont cru avoir produit l'anesthésie locale, tous les deux dans des cas d'abcès de l'aisselle et de la plante du pied.

Les faits négatifs ont été, au contraire, des plus nombreux. MM. Velpeau, Cerdy, Giraldès, Gosselin, Ricord, Michon, Guersant, Richard, n'ont obtenu aucun résultat. Il faut en excepter encore un cas d'abcès de l'aisselle — *très-avancé, mûr*, et par conséquent, dit la Gazette des hôpitaux, où la peau était amincie et naturellement peu sensible — dans lequel l'incision, pratiquée par M. Michon, n'aurait produit aucune douleur.

Tels sont donc les faits rapportés jusqu'ici en faveur et contre l'anesthésie locale. En tant qu'expériences, ils ne sont ni assez nombreux, ni assez variés, ni assez étudiés pour permettre une conclusion absolue et définitive. Certes, tels qu'ils sont, et s'il fallait s'en rapporter exclusivement à eux, nul doute que la nouvelle méthode ne serait qu'une nouvelle déception à ajouter à tant d'autres. Mais, à un point de vue général, au point de vue des principes, doit-on en inférer que l'anesthésie localisée est impossible et contraire aux notions de la physiologie? Faut-il, par exemple, déclarer, avec M. le professeur Velpeau, ce résultat impossible, parce que « l'éther et le chloroforme n'ont d'action réelle que lorsque, absorbés par les voies pulmonaires, ils vont influencer les grands systèmes de l'économie, et l'on ne saurait comprendre comment leur action anesthésique pourrait se limiter à tel ou tel point(1)? » Nous ne le pensons pas, et nous dirons même que nous pensons le contraire. Les motifs allégués par le professeur de la Charité

(1) Gaz. des hôp., 21 février, p. 88.

FEUILLETON.

CHRONIQUE MÉDICALE.

Mort de M. Nacquart. — La Gazette médicale et l'Académie de médecine de Belgique. — Le Cosmos et les tables parlantes. — La Revue médicale et Hippocrate. — Le musicien-médecin Kalkebrenner. — Pas de nouvelles, bonnes nouvelles.

Il faut encore cette fois commencer par la douloureuse annonce de la perte nouvelle que viennent de faire le monde médical et l'Académie de médecine. Il y a huit jours à peine M. Nacquart présidait la séance académique. Quoique atteint d'une affection chronique du cœur, rien ne faisait prévoir que cette maladie, depuis longtemps stationnaire et dont les symptômes n'avaient rien de menaçant, dût prendre sitôt un caractère de gravité mortelle. Une pneumonie suraiguë, compliquée probablement de péricardite, s'est tout à coup déclarée, et a déterminé, en trois jours, une issue fatale. Il était âgé de 74 ans. M. Nacquart était un de ces praticiens recommandables qui, comme Bourdois de la Mothe, Double, Cornac, Fouquier, honorent la profession dans le monde, par la dignité des manières, la gravité de la parole, par un ensemble de formes extérieures, aussi difficile à définir qu'à réunir, et qui constituent ce qu'on pourrait appeler la tenue modèle du médecin. Voué presque exclusivement à la pratique privée, ses travaux scientifiques se réduisent à quelques articles du grand Dictionnaire des sciences médicales et à un volume intitulé : Traité sur la nouvelle physiologie du cerveau ou exposition de la doctrine de Gall sur la structure et les fonctions de cet organe, publié en 1808. M. Nacquart appartenait à l'Académie depuis 1823; il en était un des membres les plus assidus, et il y prenait souvent la parole, surtout dans les questions relatives aux intérêts de la compagnie. Il venait d'être élu président, et c'est au début de l'exercice de cette éminente charge que la mort l'a frappé. L'Académie a témoigné la part qu'elle prenait à ce douloureux événement en suspendant sa séance, et son secrétaire perpétuel a rendu, au milieu d'un nombreux concours d'amis, de confrères et de collègues, qui ont assisté aux obsèques, un dernier hommage au membre honorable et au digne président qu'elle vient de perdre.

La mort de M. Nacquart va, dit-on, donner lieu à une question. Comment sera-t-il remplacé? Le vice-président lui succédera-t-il de *plano*, ou procédera-t-on à la nomination d'un nouveau président? Le règlement n'a pas prévu le cas, et nous ne savons pas s'il y a des précédents. L'Académie avisera dans sa sagesse.

— La Gazette médicale a deux ou trois petits comptes à régler avec quelques critiques. Commençons par le plus sérieux.

Un journal politique belge, l'Émancipation, a publié récemment, à l'occa-

sont de ceux qui échappent à l'improvisation. L'autorité du maître peut seule leur donner quelque valeur, et c'est à ce titre seulement qu'on s'y arrête.

Est-il vrai, en effet, que l'anesthésie localisée soit impossible? En fait, on connaît de longue date les faits d'insensibilité locale spontanée de la peau. On sait en outre que des applications narcotiques locales ont pour effet d'atténuer considérablement la douleur lorque l'on veut dilater ou inciser des rétrécissements; on sait encore que le froid a la propriété d'engourdir les parties et de les rendre presque insensibles à l'opération par le fait d'une espèce de congélation. M. le professeur Velpeau lui-même se sert assez souvent de ce dernier moyen, qu'il vante beaucoup. Que veulent dire ces faits, si ce n'est que la portion du système nerveux qui anime la sensibilité de la partie narcotisée ou engourdie s'est montrée influencée, anesthésiée localement à un degré quelconque? C'est là du moins ce qu'il paraîtrait permis d'inférer des notions usuelles, et ce que l'on voit se reproduire tous les jours sous une autre forme, par la mutilation, la compression ou la contusion de quelque nerf ou rameau nerveux. Cela n'est pas sans doute le produit de la chloroformisation directe, mais c'est le fait physiologique qu'elle recherche : le fait existe, donc il n'est pas impossible. Mais, pourra-t-on objecter, il est impossible parce que, toujours suivant M. Velpeau, l'action anesthésique de l'éther et du chloroforme doit être générale avant d'être locale; la partie ne peut être anesthésiée qu'à la condition que l'organisme entier le soit, qu'à la condition de l'absorption pulmonaire préalable. On l'a vu, en principe et en fait, rien n'est moins rigoureux : l'expérience directe seule fait défaut. Personne jusqu'ici n'aurait établi expérimentalement la possibilité d'anesthésier une partie plus ou moins considérable de l'économie sans le concours de l'absorption pulmonaire. Or le fait contraire, spécial, existe depuis longtemps dans la science. Dans notre deuxième argumentation sur le chloroforme, prononcée devant l'Académie (1), nous avons indiqué des expériences établissant parfaitement que du chloroforme injecté sous la peau du ventre, du dos, de la cuisse d'un animal, produit l'anesthésie circonscrite aux parties circonvoisines d'abord, puis plus prononcée dans les parties inférieures, que dans les parties supérieures. Cela prouve bien, si nous ne nous trompons, que l'action des anesthésiques peut être plus ou moins localisée, qu'elle peut s'exercer directement sur une portion du système nerveux avant d'envahir la totalité du système. Or que faut-il pour atteindre sûrement et pratiquement ce résultat, pour le circonscrire à une partie déterminée? Produire, sans doute, plus localement, circonscrire en un mot d'une manière plus précise l'action que nous avons démontrée possible, dans une portion du système moins limitée, moins circonscrite. Tel est tout le problème à résoudre; et loin de décourager les investigateurs, la notion scientifique et pratique actuelle concernant les propriétés anesthésiques du chloroforme est donc bien plus propre à leur promettre le succès de leurs tentatives. Que, suivant le précepte de l'Évangile, ils cherchent et ils trouveront.

JULES GUÉRIN.

(1) GAZ. MÉD., 1848, p. 919.

— Le résultat auquel on est arrivé, quant à la simplification du traitement de la gale, est *immense*, disait M. Vleminckx dans la séance du 31 décembre 1853 de l'Académie royale de médecine de Belgique. Le mot semble d'abord un peu grandiose, appliqué à une maladie si peu grave; mais, en y regardant de plus près, on s'assure bientôt qu'il n'est que juste. Autrefois, en Belgique et même en France, les salles des galeux présentaient le plus lamentable spectacle : Qu'on se figure, disait encore ce savant académicien dans la séance du 25 juin 1853, qu'on se figure une sorte de bouge infect dans lequel se trouvaient entassés une foule d'hommes presque nus, couverts de graisse des pieds jusqu'à la tête, couchés sur des paillasses remplies d'ordures et d'impuretés, objets de répulsion pour les autres et de dégoût pour eux-mêmes : telles étaient autrefois les salles de galeux, telles elles ont été pendant quinze ans. Et savez-vous combien de jours ces malheureux restaient plongés dans cet air infect? Douze jours en moyenne, et davantage même peut-être, d'après quelques documents que nous feuilletons au hasard.

Aujourd'hui tout est bien changé : le galeux, mis en traitement dans la matinée, est guéri le jour même, et retourne dans les chambrées au milieu de ses camarades, auxquels sa peau, privée d'acarus, est désormais incapable de faire le moindre dangereux cadeau. Les choses se passent ainsi aux armées de France et de Belgique, grâce aux traitements suivants, qui diffèrent si peu dans ces deux États, qu'on peut les considérer comme de simples procédés de la même méthode.

En Belgique, le galeux dont le mal est reconnu est immédiatement couvert de savon noir et frictionné pendant une heure; ensuite il est mis au bain, où les frictions sont continuées encore pendant une demi-heure. Au sortir de l'eau, il est frictionné le même laps de temps avec 60 ou 90 grammes de sulfure calcaire; la peau est enfin nettoyée, et la cure est achevée. Le procédé peut même être encore simplifié à l'aide du savon sulfureux, obtenu par le mélange du sulfure calcaire et du savon : la peau du malade, d'abord assouplie par l'immersion dans un bain, subirait des frictions suffisamment prolongées et pratiquées avec cette substance complexe, et le lavage terminerait l'opération. C'est simple et expéditif.

Tel est, dans sa dernière perfection, le traitement indiqué par M. Vleminckx dans la séance académique du 25 juin.

En France, après des expérimentations instituées en 1851, un rapport du conseil de santé des armées, adressé au ministre, rendait obligatoire le traitement suivant dans les infirmeries régimentaires. Le galeux, plongé dans un bain où il reste trois quarts d'heure, est frotté vigoureusement avec 70 grammes de savon dit noir, vert, gras; au sortir du bain, commence une friction générale de quinze minutes avec la pommade sulfuro-alcaline, friction qui est répétée quelques heures plus tard et suivie du lavage à grande eau ou d'un bain, ce après quoi le galeux est renvoyé à sa compagnie. Ce traitement si expéditif peut être encore accéléré : friction d'une demi-heure avec le savon noir, bain, friction également d'une demi-heure avec la pommade d'Helmerich ou sulfuro-alcaline. Tout est dit, tout est fait.

Les rapports des médecins-majors des corps de troupe ont constaté l'efficacité de ce mode de traitement, définitivement adopté au grand bénéfice de tous, et l'on ne parle plus aujourd'hui que pour mémoire

sion de la discussion du budget du ministère de l'intérieur à la chambre des députés, un article très-violent contre l'administration de l'Académie royale de médecine de Belgique, dans lequel le bureau de ladite Académie, en particulièrement son président, M. Vleminckx, sont accusés de gaspillage, de mauvaise gestion des finances académiques et presque de malversation. Les honorables académiciens, objet de cette attaque, sauront très-bien se défendre. Ceci n'est pas notre affaire. Mais il y a dans l'article de L'ÉMANCIPATION, à l'adresse personnelle de la GAZETTE, un passage qu'il nous importe de relever :

« Vient ensuite une somme de 1,680 fr. allouée annuellement à M. Jules » Guérin, rédacteur de la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS, *pour faire connaître » les travaux de l'Académie*. Il paraît que nos académiciens n'ont pas grande » foi dans la valeur de leurs travaux, puisqu'ils croient qu'on n'en parlerait » pas, *s'ils ne payaient les panégyristes. Du reste, depuis 1850, M. Guérin n'a » plus publié les travaux de l'Académie, ce qui ne l'a pas empêché de continuer à toucher les 1,680 fr.*, etc. »

L'article de L'ÉMANCIPATION a été reproduit en Belgique par un journal médical de Liége, LE SCALPEL, et ensuite par un de nos confrères de la presse médicale parisienne, qui aurait bien fait peut-être de s'enquérir d'abord auprès de nous de la vérité des faits.

Quoi qu'il en soit, voici, pour les auteurs et reproducteurs de cette attaque, une rectification que nous demandons, sinon à leur bienveillance, du moins à leur justice.

1° Les 1,680 fr. annuellement touchés par M. Jules Guérin, rédacteur de la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS, ne lui sont pas *alloués* à titre de panégyriste gagé de l'Académie de médecine belge. Ils représentent le prix, et le prix réduit, de 52 exemplaires de la GAZETTE, régulièrement envoyés individuellement à chacun des membres de l'Académie. En outre, le compte rendu *in extenso* des travaux de l'Académie entraîne un surcroît de frais dont il est bien juste qu'il soit indemnisé. La somme en question n'est donc pas un *subside accordé à l'étranger*, comme le prétend l'article, c'est le solde d'une valeur réelle.

2° Il n'est pas vrai que M. Jules Guérin a cessé depuis 1850 de publier les travaux de l'Académie de Belgique, tout en continuant de toucher ses 1,680 fr. Il n'a pas cessé, au contraire, de les publier régulièrement aux époques convenues, comme tous les lecteurs de la GAZETTE le savent, et comme auraient pu et dû le vérifier l'auteur et les reproducteurs de cette allégation; et il a expédié non moins régulièrement ses 52 exemplaires de la GAZETTE.

3° La GAZETTE MÉDICALE DE PARIS n'a jamais fait le panégyrique de l'Académie de médecine belge. Elle s'est bornée à exécuter l'unique condition de son arrangement avec elle, c'est-à-dire à publier le compte rendu de ses séances. Que l'Académie ait bien ou mal fait d'adopter ce mode et cet organe de publicité, c'est une autre question qui n'intéresse guère qu'elle-même. Cependant on peut présumer qu'elle n'avait pas pris un trop mauvais parti. La publicité de la presse médicale parisienne, soit dit sans vouloir blesser aucun patriotisme, est plus étendue que celle de la presse bruxelloise, même en Belgique. Chez nous même, notre Académie parlerait presque à huis clos pour la France et l'étranger si elle était réduite à son bulletin officiel. Aussi allonge-t-elle de temps en temps les banquettes destinées aux journalistes. L'Académie de médecine belge n'avait donc pas fait un marché onéreux avec la GAZETTE MÉDICALE

de ces bouges infects que M. Vleminckx a dépeints si énergiquement et sans doute d'après nature.

Nous ne saurions mieux faire que de citer les propres paroles par lesquelles notre honorable confrère constate les effets immédiats de ce grand changement : Une économie considérable est ainsi réalisée; des places nombreuses, jadis réservées pour le traitement des galeux, seront affectées désormais à d'autres maladies, et la capacité des hôpitaux se trouvera ainsi accrue sans frais ; des hommes oisifs sont rendus à l'activité et augmentent ainsi l'effectif de l'armée ; enfin les établissements hospitaliers voient cesser un immonde spectacle.

Tels sont les résultats des mesures prises presque simultanément en France et en Belgique. C'est là certes une des améliorations thérapeutiques les plus nettes, les plus palpables, les plus incontestables de l'époque : quelques heures de traitement au lieu de douze jours. On a fait des découvertes thérapeutiques infiniment plus importantes sous le rapport de leur influence sur l'issue de maladies graves et souvent mortelles ; mais tandis que chacune de ces découvertes ou de ces améliorations est appréciée à des points de vue très-divers et se trouve même en butte à des jugements tout opposés, celle dont nous parlons ressort avec une évidence qui lui donne une précision presque mathématique et éloigne tout débat, toute contestation. L'armée, soumise à une direction sanitaire unique, était un champ d'observation très-propre à résoudre catégoriquement la question, puisque l'expérimentation pouvait être rendue obligatoire, réglementée et généralisée, et que des documents recueillis d'après le même plan étaient appelés à concourir à la solution.

Il nous reste à jeter un coup d'œil sur un autre point de la question, sur la désinfection des effets du galeux soumis au traitement si expéditif dont nous avons donné un aperçu. Cette désinfection doit être aussi prompte que le traitement lui-même, sous peine de perdre une partie du bénéfice de la nouvelle méthode. En France, on se contente d'exposer ces effets aux vapeurs du soufre mis sur des charbons ardents, et ce moyen paraît suffire, car, pour notre part, aucun des galeux que nous avons traités dans notre régiment n'a éprouvé de rechute, et jamais les vêtements n'ont transmis la gale aux militaires habitant la même chambrée. Mais il semble que ce moyen n'a pas paru, en Belgique, présenter toutes les garanties suffisantes ; après plusieurs expérimentations, nos voisins ont rejeté le chlore, dont les vapeurs incommodent les hommes et détériorent les effets, surtout les parties métalliques, et l'on s'est arrêté à leur exposition dans une armoire de fer, chauffée à une température telle que l'acarus y laisse sûrement la vie, sans que les tissus des effets en éprouvent aucun dommage.

Les salles des galeux ont été fermées dans les hôpitaux militaires belges : elles sont remplacées, dans ces établissements, par une sorte de laboratoire contenant quelques baignoires, et dans lequel on procède aux frictions avec le sulfure calcaire. C'est là que les galeux sont amenés des différentes casernes occupées par la troupe, ce qui présente certains inconvénients quand des fractions ou des compagnies sont stationnées dans des endroits éloignés et dépourvus d'hôpitaux. En France, nous avons évité ces imperfections en instituant dans nos infirmeries régimentaires, qui sont toutes pourvues de baignoires, une salle destinée au traitement des galeux. Le malade ne sort donc pas même de la caserne ; nous disons le malade, mais c'est à peine si ce mot est encore exact aujourd'hui, puisqu'on se débarrasse plus vite de ses parasites que d'un rhume, d'une migraine ou d'une écorchure.

Il est important de faire observer que le galeux qui sort de traitement n'a point la peau lisse et vierge de toute lésion ; l'acarus est tué, le mal n'est plus transmissible, le contagium est réduit au néant, mais il subsiste parfois encore pendant quelque temps des vésicules, des papules, des traces d'eczéma ou de prurigo, des surfaces irritées, excoriées, qui, presque nulles chez les uns, exigent chez les autres quelques jours de repos et des onctions émollientes ou astringentes. Ces lésions passagères ne doivent inspirer aucune inquiétude sur la réalité de la guérison de la gale ; ce sont des signes d'irritation auxquels l'animalcule psorique n'a aucune part.

M. Seutin a exprimé quelques craintes au sujet de ce qu'il appelle la *grosse gale*, et que nous nommons *gale de chien* dans certaines provinces françaises ; il ne pense pas qu'il serait prudent de guérir presque subitement une ancienne gale. Nous ne partageons point ces craintes. La *grosse gale* ne nous semble qu'une gale d'abord ordinaire, que son intensité, son ancienneté, les irritations et les arrachements causés par les manœuvres du patient, ont surchargée de papules, de vésicules et même de pustules appartenant à différents genres de la dermatologie ; des croûtes épaisses, des déchirures et même de véritables petits abcès accompagnent souvent ces gales invétérées. Eh bien ! la circulaire du conseil de santé des armées françaises, dont M. l'inspecteur Michel Lévy était rapporteur, avait parfaitement prévu ce que l'expérience est venue pleinement confirmer. A moins de circonstances tout à fait exceptionnelles, il faut encore soumettre, avec certains ménagements, ces malades au traitement expéditif qui fait l'objet de cet article ; car une fois le point de départ détruit, c'est-à-dire l'acarus tué, toutes les lésions concomitantes qui ne sont plus entretenues marchent rapidement vers la guérison, surtout si un traitement approprié, non spécifique, tiré des émollients, des légers astringents ou des modificateurs, vient aider aux efforts de la nature.

FÉLIX JACQUOT.

MÉDECINE THERMALE.

DU PHÉNOMÈNE DE L'ENDOSMOSE AU POINT DE VUE DE LA MÉDECINE THERMALE ; par le docteur J. KUHN, à Niederbronn

(Suite. — Voir les numéros 4 et 6.)

DU MOUVEMENT DIFFUSIONNEL CONSIDÉRÉ DANS LES BAINS.

Ce mouvement se rapporte à l'eau, aux sels et aux gaz, et doit être considéré isolément pour chacun de ces corps.

DU MOUVEMENT DE L'EAU. — Toutes les fois qu'un bain est frais ou d'une température inférieure à l'indifférente, il y a, comme on sait, absorption de l'eau par la surface cutanée (1). L'absorption augmente

(1) Voir les expériences de Kahtlor déjà citées.

DE PARIS, quoi qu'en puissent penser les éplucheurs de son budget, et dans tous les cas, la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS n'a reçu de l'Académie que le juste prix de ce qu'elle lui a livré, quoi qu'en veuillent dire de charitables confrères de Bruxelles, de Liége ou de Paris. Nous aimons à croire qu'ils n'ont péché envers nous que par ignorance. Ceux qui, après nos explications, répéteraient ces méchants propos, n'auraient plus la même excuse.

— Passons à un autre grief moins grave : il s'agit des tables parlantes. Le COSMOS, revue encyclopédique bebdomadaire des progrès des sciences, fondée par M. B.-R. de Montfort, rédigée par M. l'abbé Moigno, trouve que l'auteur, du reste *fort sensé*, de quelques lignes écrites à ce sujet dans un des derniers feuilletons, a été cependant *léger* en affirmant que les faits extraordinaires des tables parlantes ont été légitimement constatés, et en outre *maladroit* en attribuant à la science et à la philosophie le pouvoir d'éclaircir ces mystères. Quant au premier point, ce critique aurait dû nous dire en quoi pèchent les expériences qui ont été publiées par des hommes comme MM. A. de Gasparin, de Saulcy, etc. Il se peut sans doute que ces observateurs, quoique très-éclairés et très-sincères, aient été la dupe de quelque illusion, de quelque fraude ; mais tant qu'on n'aura pas dévoilé la source de ces illusions ou le secret de ces tromperies, la valeur de leur témoignage reste entière, et le fait constaté par ce témoignage a toute la certitude historique requise pour légitimer une affirmation. C'est la négation, au contraire, qui est toute *gratuite* et même *légère*, car elle ne se fonde, en définitive, que sur l'*à priori* de la prétendue impossibilité du fait. Le COSMOS admet que les tables tournent ; mais il ne veut pas admettre absolument qu'elles parlent. Cependant ce sont les mêmes expérimentateurs qui affirment l'un et l'autre événement. N'accepter que la moitié de leur témoignage est un procédé logique très-arbitraire. On y est conduit par l'apparente facilité qu'on trouve à expliquer le premier fait et par l'impossibilité supposée d'expliquer le second. Les tables tournent quand on les touche ; rien de plus simple : c'est qu'on les fait tourner, et on les fait tourner au moyen de certains mouvements musculaires décrits par MM. Faraday, Babinet, etc. Dès lors il est tout naturel qu'on croie les gens qui disent avoir vu une table se mouvoir. Mais pour les tables parlantes, c'est bien différent. Le fait est inexplicable, et en conséquence personne ne peut être reçu à dire qu'il l'a observé. Telle est, sinon l'argumentation expresse du COSMOS, du moins sa situation d'esprit. Mais si ces mouvements insensibles, invisibles, inconscients, dont le COSMOS admet sans difficulté l'existence et la puissance, sur la foi de M. Babinet, peuvent faire tourner la table, pourquoi ne la feraient-ils pas parler ? L'un ne paraît pas plus difficile que l'autre ; car on sait que pour la table, parler, c'est se mouvoir ou tourner dans un sens plus ou moins correspondant à la volonté et à la pensée des expérimentateurs. Si le COSMOS entrait dans cette vue, il ne serait plus si disposé à taxer la GAZETTE MÉDICALE de légèreté pour avoir dit que le fait des tables parlantes qu'on nie a la même certitude historique, la même valeur expérimentale que celui des tables mouvantes qu'on accepte.

Quant à l'appel que nous faisons à la science et à la philosophie pour chasser ces fantômes, le COSMOS le trouve maladroit, ce qui veut dire probablement inopportun, inutile. Le COSMOS pourrait bien en ceci avoir raison ; mais à qui veut-il donc qu'on s'adresse pour guérir les imaginations troublées,

à mesure que le liquide perd en température. Ce fait tient à une loi de conservation : la physique apprend que tout corps, tout tissu, toute membrane qui absorbent, gagnent du calorique, parce qu'il y a imbibition. L'organisme absorbe donc pour se défendre contre l'élément *froid*; il agit purement dans l'intérêt du maintien de la température du sang. L'absorption engendre encore du calorique pour un autre motif. Dès qu'il y a absorption de l'eau, le liquide du bain se trouve réduit, pour peu qu'il soit chargé de sels, et cette réduction donne encore lieu à un dégagement de calorique, ainsi que nous le ferons voir plus bas. L'absorption de l'eau se fait toujours en raison inverse du degré de saturation du liquide; si l'eau est pure, elle s'absorbe avec plus d'énergie que si elle est chargée de sels, pour des motifs que nous avons déjà indiqués. L'absorption enfin se fait d'une manière plus active lorsque l'eau du bain est mise en mouvement ou fréquemment renouvelée. Cette circonstance de la rénovation du liquide donne, au reste, plus d'activité à tous les mouvements diffusionnels.

Si le bain est chaud, l'eau n'est plus absorbée; il se fait, au contraire, une exhalation cutanée; le sang perd de ses parties aqueuses. L'exhalation augmente dans la même proportion que la chaleur du bain. Ici encore le maintien de la température du sang est en jeu; car l'eau du bain cesse d'être absorbée dès qu'elle est chargée d'une quantité de calorique qui pourrait déranger l'état thermométrique du sang; ensuite l'exhalation cutanée entraîne, comme on sait, une déperdition de calorique; elle n'est à considérer ici que comme un effort conservateur de la nature. L'exhalation est également en raison inverse du degré de saturation du liquide.

Si le bain est tiède, il arrive un moment où l'absorption cesse et où l'exhalation n'a pas encore commencé, un moment de stase ou d'arrêt dans le mouvement de l'eau (nous ne parlons toujours que de l'eau et non des sels). C'est ce terme intermédiaire qui constitue le degré indifférent. Ici, comme on voit, tout mouvement de diffusion a cessé, et la raison en est simple : s'il y avait absorption, il y aurait production de calorique; s'il y avait exhalation, il y aurait enlèvement de calorique; l'un ou l'autre de ces deux mouvements dérangerait l'équilibre et serait contraire au maintien de la température normale; la stase est donc de rigueur.

D'après ce qui vient d'être dit, le mouvement diffusionnel de l'eau peut être représenté par deux séries de valeurs en proportion continue, se développant en sens opposé à partir du terme de l'indifférente, qui correspond à zéro. Les schèmes suivants donneront une idée des mouvements de l'eau et des déplacements de l'indifférente, laquelle, comme on sait, s'abaisse en raison du degré de saturation du bain. La première série est pour l'eau pure, la seconde pour l'eau faiblement saturée (hypodyname), la troisième pour l'eau dont le degré de saturation se rapporte à celui du sang (isodyname), et la quatrième pour l'eau fortement saturée (hyperdyname). Les chiffres de gauche, et qui se développent en montant, indiquent le mouvement progressif de l'eau exhalée à mesure que le bain devient plus chaud; les chiffres de droite, et qui se développent en sens inverse, indiquent le mouvement progressif de l'eau absorbée à mesure que le bain devient plus frais. Ces différentes séries forment des progressions successivement décroissantes à mesure que l'eau des bains devient plus saturée.

MOUVEMENTS DE L'EAU.

Bain d'eau pure.	Bain hypodyname.		Bain isodyname.		Bain hyperdyname.	
6 ↑ chaud	4,5 →		3 →		1,5 →	
4	3		2		1	
2	1,5		1		0,5	
0	0 —	0	0 —	0	0 —	0
froid ↓		1,5		1		0,5
		3		2		1
		← 4,5		← 3		← 1,5

Dans ces schèmes, les chiffres n'ont pas d'importance par eux-mêmes; ils servent uniquement à former des séries de valeurs en progression, à indiquer la rapidité relative avec laquelle chaque série croît ou décroît, à mettre en relief l'espèce d'harmonie qui relie entre elles ces différentes séries.

Tous les mouvements diffusionnels qui se font dans le bain sont régis, comme on voit, par les voies de la calorification; ils tendent tous vers l'intégrité du maintien de la température naturelle du sang. Si la température est au-dessous de l'indifférente, le mouvement de l'eau se fait de l'extérieur vers l'intérieur, et, lorsque la température est supérieure à l'indifférente, il a lieu en sens inverse. Le bain sollicite l'absorption de l'eau, s'il est frais, tout comme il sollicite l'exhalation s'il est chaud. L'absorption, ainsi que l'exhalation, augmentent à mesure que la température s'écarte davantage de l'indifférente (toujours, bien entendu, dans les limites des possibilités physiologiques, lesquelles cessent sitôt que la structure des tissus organiques peut éprouver un commencement d'altération); mais le mouvement diffusionnel de l'eau s'affaiblit en raison même du degré de saturation des bains.

Du mouvement des sels. — On sait qu'un corps, en passant de l'état solide à l'état liquide ou de celui-ci à l'état gazeux, absorbe du calorique latent, et cause un refroidissement des corps environnants; — que si l'on met un sel soluble dans de l'eau, ce sel produit en se dissolvant un abaissement de température; — qu'une solution saline d'une certaine densité absorbe du calorique, si on l'étend, et produit par conséquent du froid. — *Ainsi tout corps, toute solution, tout liquide, en passant d'un état plus dense à un état moins dense, absorbe du calorique et produit un abaissement de température.*

L'on sait aussi qu'un corps qui passe de l'état gazeux à l'état liquide, ou de l'état liquide à l'état solide, abandonne son calorique latent et produit une élévation de température; — qu'il y a dégagement de calorique lorsque, dans une solution, il se dépose des cristaux de sel; — que toute solution qui se réduit perd du calorique par le fait de la réduction. — *Conséquemment tout corps ou tout liquide, en passant d'un état moins dense à un état plus dense, dégage du calorique et produit une élévation de température.*

Des corollaires qui viennent d'être posés résultent les conséquences suivantes :

Si un individu placé dans un bain salin absorbe par la surface cutanée de l'eau seulement et non des sels, ou bien de l'eau en plus forte

---

pour ramener l'ordre dans les esprits? Si les savants sont impuissants, s'ils s'avouent vaincus, comme l'assure le Cosmos, il n'y a plus que les Russes capables d'opérer une diversion. Les esprits frappeurs, qui ne paraissent pas avoir beaucoup peur de M. Babinet, ne tiendront pas, espérons-le, contre les coups de canon.

— Une autre querelle nous est suscitée par la Revue médicale. Il paraîtrait que nous n'avons pas parlé convenablement d'Hippocrate. La Revue, qui est, comme on sait, la seule héritière légitime existant en ce monde de l'hippocratisme, n'a pu laisser passer sans protestation cet acte de lèse-majesté. Il s'agissait de la réponse faite par le vieillard de Cos aux envoyés du grand roi qui vinrent réclamer ses soins pour les soldats perses. Nous la trouvions un peu trop grecque, et pas assez humaine. Nous disions que le médecin moderne ne faisait pas de distinction entre le Grec et le Barbare, et que tout être souffrant était égal à ses yeux, était un homme. Ce n'est pas à dire par là qu'ayant à se décider entre son fils et un étranger, le médecin soit tenu, par la morale de la profession, de panser celui-ci, s'il se présente le premier. Ce serait là un paradoxe que la Revue combat avec beaucoup d'éloquence; mais ce paradoxe, c'est elle qui le construit en forçant le sens de notre observation. Nous en sommes parfaitement innocent.

— Nous parlions dernièrement des médecins-poëtes, peintres, archéologues, etc. Il y aurait une recherche parallèle à faire des poëtes, des peintres, des médecins. On ne manquerait pas d'excentricités de ce genre, car la médecine semble, comme la politique, être un art que tout le monde sait sans l'avoir appris. Le grand musicien Kalkebrenner s'en mêlait beaucoup; il médicamentait ses amis, sa famille; tous ceux qui voulaient bien passer par ses mains. Il faisait principalement de l'homœopathie, qu'il avait, disait-il, étudiée pendant sept ans sous Hahnemann. Dans ses convictions médicales, il était aussi intolérant, aussi exclusif qu'un savant. Il écrivait au docteur Mége, qui nous raconte ces détails dans le Spectateur : « Pourquoi avez vous jeté la » pierre à Hahnemann? Vous prouvez par là que vous ne connaissez pas ce » que vous condamnez, et que vous trouvez plus simple de faire une plai- » santerie sur une chose nouvelle que de vous donner la peine de l'exami- » ner. Quand vous le voudrez, de bonne foi, je vous donnerai des preuves » de ce que peuvent ces *globules* que vous traitez si cavalièrement, etc. »

— La Chronique, entraînée par la nécessité de guerroyer *pro aris et focis*, contre le Scalpel, le Cosmos et la Revue médicale, qui, sous divers prétextes font à la Gazette une querelle de Russe, a tout à fait oublié son office de nouvelliste. Heureusement elle n'avait rien de fort piquant à vous apprendre, et peut, sans regret aucun, renvoyer les quelques faits Paris qu'elle avait recueillis, et qui vous seront expédiés, encore assez frais, par le courrier suivant. En attendant, consolez-vous par l'axiome : Pas de nouvelles, bonnes nouvelles.

— Les journaux annoncent l'incendie du bel établissement thermal de Baréges.

---

proportion que les sels, il y aura nécessairement une certaine réduction du liquide et par conséquent dégagement de calorique. — Si le baignant exhale uniquement des sels, ou des sels en plus forte proportion qu'il n'existent dans le liquide ambiant, ce liquide se trouvera plus saturé par le fait de l'exhalation saline, et il y aura encore dégagement de calorique. — *Tous les mouvements diffusionnels, qui contribuent à augmenter la densité de l'eau des bains, produisent donc un dégagement de calorique.*

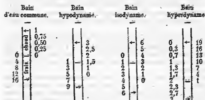
Si, au contraire, il y a seulement absorption des sels et non de l'eau, ou bien si les sels sont en plus forte proportion que l'eau, le liquide du bain perdra en densité, se trouvera plus dilué, et il y aura absorption de calorique ou production de froid. — Si les parties aqueuses que le baignant exhale par toute la surface cutanée sont moins denses que le liquide du bain, celui-ci se trouvera dilué et il y aura abaissement de température. — *Tous les mouvements diffusionnels qui contribuent à diminuer la densité de l'eau des bains produisent donc du froid.*

Ainsi toutes les fois que l'organisme aura à se défendre contre l'impression d'un bain chaud, ses efforts tendront à donner une moindre densité an liquide ambiant ou à affaiblir la solution, soit en y versant une certaine proportion des parties aqueuses du sang, soit en soutirant à la solution une partie de ses sels; et toutes les fois que l'organisme aura à se défendre contre l'impression d'un bain de basse température, ses efforts tendront à augmenter la densité du liquide ambiant ou à le réduire, soit en absorbant les parties aqueuses du bain, soit en y versant une partie des matières salines du sang.

S'il n'y a aucune influence contraire de température à combattre, toute tendance de la part de l'organisme à augmenter ou à diminuer la densité du liquide doit également disparaître. Par conséquent, lorsque le bain est au degré de l'indifférente, il doit y avoir équilibre dans l'échange des sels, ou, autrement, la somme des matières salines fournies par le sang doit être égale à celle que fournit la solution.

Le mouvement des sels peut être figuré par deux progressions arithmétiques, allant en sens inverse l'une de l'autre et se rencontrant avec des valeurs égales au terme de l'indifférente. Les schèmes suivants peuvent donner une idée de la manière dont les échanges se font. Nous avons adopté les mêmes séries que pour le mouvement de l'eau, savoir, une série pour l'eau commune, une seconde pour l'eau faiblement saturée, une troisième pour l'eau ayant le degré de saturation du sang, et une quatrième pour l'eau fortement saturée. Le haut de la série est pour le bain chaud, et le bas pour le bain frais; le terme de l'indifférente est chaque fois marqué par une barre transversale, et les schèmes sont disposés de manière à rendre sensible l'abaissement successif de l'indifférente à mesure que le liquide gagne en densité. Les chiffres de gauche indiquent les proportions des principes salins fournis ou exhalés par le sang; les chiffres de droite indiquent les proportions des sels fournis par le liquide ambiant.

MOUVEMENT DES SELS.



Les sels exhalés par le sang sont représentés, comme on voit, par des progressions successivement décroissantes à mesure que l'eau devient plus dense; et les sels absorbés forment une série de progressions qui décroissent à mesure que l'eau devient plus pure.

En comparant le mouvement des sels à celui de l'eau, l'on doit s'apercevoir d'un constant antagonisme dans l'action de ces deux sortes de corps, que partout où l'un est exhalé, l'autre est absorbé dans la même proportion, et *vice versâ* : c'est que l'absorption de l'un produit pour la température les mêmes effets que la sécrétion de l'autre. L'échange des sels, dans les bains, obéit constamment aux exigences de la calorification; la diffusion se fait, mais nulle part d'une manière tout à fait conforme aux lois de l'endosmose; tantôt accélérée et tantôt ralentie, elle se trouve partout modifiée en vue de l'intégrité du maintien de la température animale. Si les bains sont chauds, ils favorisent toujours l'introduction des sels dans la masse sanguine; s'ils sont frais, ils tendent à l'enrayer. L'introduction des sels dans le sang est en raison directe du degré de saturation de l'eau et de la température du bain; l'exhalation des sels par le sang est en raison inverse des mêmes circonstances.

Relativement au mouvement diffusionnel qui se fait dans les bains, nous pouvons donc établir les conclusions suivantes :

1° La force de l'endosmose se révèle partout dans l'action des bains, mais nulle part elle n'existe comme force indépendante; partout on la voit dominée, subjuguée par une loi de conservation, le maintien du degré thermométrique du sang.

2° Dans les bains, le mouvement diffusionnel de l'eau a toujours une direction opposée à celui des sels; dès que l'une est exhalée, les autres sont absorbés, et *vice versâ*.

3° Les bains chauds provoquent l'exhalation des parties aqueuses du sang; les bains frais sollicitent l'absorption de l'eau. Les bains simplement tièdes ou indifférents déterminent une espèce de stase dans les mouvements de l'eau, et l'exhalation ainsi que l'absorption vont en augmentant à mesure que la température du bain s'écarte de l'indifférente : celle-ci constitue par conséquent la limite où l'absorption cesse et où l'exhalation commence. Mais les mouvements de l'eau (exhalation et absorption) se restreignent et s'affaiblissent à mesure que le bain devient plus saturé de sels.

4° Les bains chauds favorisent l'introduction des sels dans la masse sanguine; les bains frais tendent à l'enrayer. La quantité de sels absorbés est toujours en raison du degré de saturation du bain.

5° Les bains frais favorisent l'exhalation des principes salins du sang; les bains chauds l'arrêtent. Cette exhalation saline est toujours en raison du degré de pureté de l'eau et s'affaiblit à mesure que le bain devient plus saturé.

6° Au terme de l'indifférente, il y a équilibre dans l'échange qui se fait entre les sels du bain et ceux du sang.

7° Les bains chauds, en chargeant de sels la masse sanguine et en enlevant à celle-ci de son eau, la rendent plus dense, plus saturée, plus âcre, et deviennent ainsi un puissant moyen d'excitation.

8° Les bains frais, en enlevant des sels à la masse sanguine et en y introduisant de l'eau, rendent le sang plus aqueux, en diminuent la densité, et deviennent ainsi un moyen de sédation. Plus l'eau est pure, et plus le bain devient calmant.

9° A égalité de température, les bains d'eau douce donnent une sensation plus vive de froid ou de chaud que les bains saturés de sels. Aussi l'indifférente présente-t-elle à l'échelle thermométrique un chiffre d'autant plus bas que l'eau du bain a une densité saline plus forte.

Nous avons encore à nous occuper de la diffusion considérée dans le tube digestif et de la diffusion des gaz : ce sera la matière d'un troisième et dernier article.

URÉTROTOMIE.

DE L'URÉTROTOMIE EXTERNE OU PÉRINÉALE (OPÉRATION DE LA BOUTONNIÈRE), COMME MÉTHODE DE TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENTS ORGANIQUES DE L'URÈTRE; par le professeur C. SÉDILLOT. (Mémoire présenté à l'Académie des sciences.)

(Suite. — Voir les nos 2, 3 et 4.)

Est-il vrai, comme l'ont professé Desault et son école, qu'il soit toujours plus facile de faire pénétrer une algalie dans la vessie par l'urètre qu'en divisant les parois de ce canal? L'expérience et la théorie répondent négativement. Lorsque l'opération est convenablement faite et que l'on a les tissus malades sous les yeux, on parvient à traverser des coarctations précédemment infranchissables, et on s'explique ce résultat par la possibilité d'explorer toute la surface de l'obstacle avec un stylet, dont l'extrémité suit les déviations et les anfractuosités du rétrécissement, en interroge les moindres saillies, en reconnaît les brides, les valvules, les nodosités, et trouve le pertuis qui conduit à la vessie.

Si l'on juge à propos de presser avec une certaine force sur l'instrument pour surmonter la résistance que l'on rencontre, on sait immédiatement si l'on est resté dans le canal ou si l'on a fait fausse route. Il suffit d'élargir légèrement avec la pointe d'un bistouri la voie frayée et d'y introduire un second stylet. Entre les deux tiges métalliques on glisse une sonde ou une bougie d'un faible diamètre, et on voit l'instrument suivre sans obstacle le trajet du canal, si on ne s'en est pas éloigné.

La dilatation de l'urètre en arrière du rétrécissement est un fait presque constant, qui dépend du mécanisme de la miction et que tous les observateurs ont signalé. L'urine, violemment poussée contre la coarctation par les contractions de la vessie, répartit la force de projection dont elle est animée sur les parois du canal qu'elle distend et dilate; de sorte qu'il est plus aisé d'y arriver. Dans le cas néanmoins où l'on aurait fait fausse route, la sonde ne pourrait pas avancer, et l'on chercherait le canal dans une autre direction.

L'introduction d'une algalie dans l'urètre ne présente par les mêmes certitudes. L'instrument est comprimé dans une étendue considérable et ne permet pas d'apprécier nettement la nature et la situation des obstacles; le bec en est facilement dévié, si l'on rompt les parois du canal, ou chemine au hasard, et les nécropsies ont souvent montré que l'on avait abandonné puis retrouvé l'urètre, ou que l'on était parvenu dans la vessie en perforant toute l'épaisseur de la prostate.

Une autre ressource s'offre encore dans l'opération de la boutonnière; rien n'empêche, en continuant l'incision périnéale vers l'anus, de découvrir au delà du bulbe la portion membraneuse de l'urètre et la pointe de la prostate. Le canal, dans ce point, est arrondi, saillant et reconnaissable au doigt. On le divise, et en y faisant pénétrer un stylet coudé à angle très-aigu, on arrive sur la coarctation d'arrière en avant et on la perfore dans ce sens en faisant saillir l'extrémité de l'instrument dans la partie la plus antérieure de la plaie.

Le cathétérisme forcé est une véritable ponction de la vessie à travers l'urètre. Si l'on est assez heureux pour ne pas occasionner de fausses routes, on a dilaté violemment le rétrécissement et il faudra continuer la cure par la présence à demeure de sondes graduées de plus en plus volumineuses, moyen dont la réussite n'est pas assurée. Si l'on a pratiqué un canal accidentel, le malade sera soulagé, mais ne guérira jamais; la nouvelle voie ouverte à l'écoulement de l'urine tendra toujours à se refermer; souvent la faculté d'une miction volontaire sera perdue, et l'usage des sondes deviendra indispensable; la fausse route ne s'organisera pas d'une manière complète, des accidents inflammatoires exposeront à des rétentions et à toutes les incommodités et aux dangers qui en résultent, et le malade vivra et mourra misérablement.

L'urétrotomie externe nous paraît offrir des conditions beaucoup plus favorables. L'opération n'est pas livrée au hasard; la prostate est toujours ménagée, ainsi que la portion de l'urètre qui la traverse et le col de la vessie; la miction reste volontaire et la division du canal dans une étendue plus ou moins considérable est susceptible de cicatrisation, et laisse espérer une guérison complète et définitive.

Nous résumerons ces considérations en disant: la première règle est de ne déclarer un rétrécissement infranchissable qu'après avoir épuisé tous les moyens connus de le traverser. Lorsqu'il n'y a pas urgence et que l'expectation est sans danger, on doit réitérer patiemment ses tentatives et on réussit souvent. J'ai donné des soins à divers malades qui m'ont présenté des intermittences quelquefois très-prolongées d'obstacles absolus au cathétérisme. Un capitaine, M. C***, atteint d'un rétrécissement fibreux très-ancien et que plusieurs chirurgiens n'avaient pu franchir, me fut adressé à l'hôpital, où je le sondai avec des bougies en caoutchouc d'un millimètre de diamètre. Le traitement par la dilatation progressive était commencé depuis quelques jours, lorsque la bougie, ayant été accidentellement retirée, il me devint impossible, pendant plus de deux mois consécutifs, de la réintroduire. Nous variâmes nos efforts de mille manières, et toujours inutilement. Le malade urinait assez bien par un jet fin mais continu. Quelques confrères et deux praticiens étrangers de passage à Strasbourg essayèrent comme moi le cathétérisme, mais sans succès. J'eus recours à la cautérisation d'avant en arrière et à une médication spécifique; de légères indurations en chapelet situées au devant de la principale coarctation furent graduellement dissipées par une compression excentrique, et un jour je pénétrai librement dans la poche urinaire. A partir de ce moment, la dilatation fut reprise, et M. C*** quitta plus tard l'hôpital, dans un état de santé très-favorable. Le jet de l'urine était facile et volumineux, et des sondes Mayor de 8 millimètres de diamètre ne rencontraient plus d'obstacle.

Si toutes les tentatives sont infructueuses et qu'il y ait nécessité de remédier aux accidents éprouvés par le malade, on doit essayer les sondes métalliques d'un petit diamètre, en varier la direction, les pousser avec un peu de force contre le rétrécissement et les diriger sur le doigt, placé comme conducteur dans le rectum, et si l'on échoue, recourir à l'urétrotomie.

Nous bornons, comme on le voit, les applications de l'urétrotomie externe au traitement des rétrécissements organiques, et ce n'est pas pour combattre les rétentions d'urine, mais pour rétablir l'ampleur et la liberté du canal que nous l'adoptons.

C'est à nos yeux une ressource extrême, indiquée dans nos trois dernières classes de rétrécissement, et s'il est possible de recourir à l'urétrotomie interne lorsque les coarctations laissent passer les urétrotomes, et quand l'affection siége dans les parties spongieuses du canal correspondant aux bourses, il n'en est plus de même pour les rétrécissements des portions bulbeuse et membraneuse de l'urètre, où l'incision du périnée donne les meilleurs résultats.

Le défaut de toute description régulière et vraiment expérimentale de l'opération de la boutonnière nous laissait sans règles et sans lumière sur le procédé le plus favorable à suivre, et nous dûmes subir quelques hésitations avant de nous y arrêter.

Notre plus grande préoccupation était, au début, d'éviter la lésion du bulbe, dont nous redoutions les hémorrhagies et l'inflammation pyémique. Nous avions imaginé de séparer l'extrémité libre du bulbe de la portion membraneuse de l'urètre, qu'elle recouvre, et d'ouvrir ainsi le canal sur le côté. Mais nous ne tardâmes pas à nous apercevoir que l'obliquité de la plaie et l'obstacle apporté à l'écoulement du pus amenait l'inflammation, qu'il était si important de prévenir; et un de nos malades opéré par ce procédé pour une urétroplastie nécessitant la création d'une fistule urinaire périnéale, mourut d'infection purulente au moment où nous espérions une complète guérison. Cette observation, relatée dans les comptes rendus de notre clinique, nous ramena aux principes auxquels nous nous rallions dans la pratique de l'art; et nous fut une nouvelle preuve que les plaies droites, régulières, perpendiculaires à la peau et aux tissus subjacents, étaient les moins sujettes à l'étranglement et à la rétention des liquides, et les plus favorables aux cicatrisations exemptes d'accidents (1).

La première fois que nous fîmes d'après ces idées l'incision du bulbe sur la ligne médiane, nous nous attendions à éprouver quelque difficulté à arrêter le sang; mais il n'en fut rien, et les autres faits dont nous donnerons l'histoire nous ont prouvé que nos craintes étaient exagérées et qu'une ligature est à peine nécessaire pour l'artère bulbeuse, qu'il suffit souvent de comprimer momentanément avec le doigt pour suspendre toute hémorrhagie.

Une autre condition de succès, sur laquelle nous insistons particulièrement, est de ne pas tamponner la plaie. On s'expose ainsi à en enflammer les surfaces que des veines volumineuses parcourent en grand nombre, et il en résulte des phlébites et des septico-pyémies presque foudroyantes. Un malade atteint d'un rétrécissement infranchissable de la région membraneuse, et soumis il y a dix ans à l'opération de la boutonnière, succomba sous l'influence de ces causes. Il avait fallu ouvrir le canal en arrière de la coarctation que l'on n'avait pas réussi à traverser. Les urines s'écoulaient librement par la plaie postérieure, et ayant voulu quelques jours plus tard, alors que le malade se trouvait dans des conditions de santé excellentes, renouveler nos tentatives de division de la partie rétrécie de l'urètre, intermédiaire aux deux incisions déjà pratiquées, nous engageâmes un morceau d'éponge dans la plaie périnéale pour la dilater. Dès le lendemain la septico-pyémie était déclarée, et rien ne put en arrêter la marche. La mort eut lieu le cinquième jour, et l'on trouva des abcès gangréneux dans les poumons.

Ces deux funestes terminaisons, dont l'enseignement était évident, furent les seules que nous ayons eu à regretter; elles nous frappèrent vivement, parce qu'il eût été possible de les prévenir, et depuis le moment où nous avons adopté un meilleur procédé, nous n'avons plus eu d'accidents.

Il est convenable, en opérant un rétrécissement jusque-là infranchissable, de diviser le cul-de-sac terminal de l'urètre sur une sonde d'argent d'un gros volume, afin de l'atteindre sans tâtonnement, et on doit fixer immédiatement les deux lèvres du canal, au-dessus de la coarctation, avec un fil, une épingle, un crochet ou tout autre instrument, pour être certain de le retrouver pendant tout le temps de ses explorations. Il arriverait autrement qu'on cesserait de reconnaître le cul-de-sac urétral et qu'on serait fort embarrassé de continuer ses recherches.

On pratique l'urétrotomie interne dans deux conditions distinctes: 1° le rétrécissement a été franchi par un instrument qui va servir de conducteur; 2° l'obstacle est resté insurmontable et doit être traversé.

Exposons la conduite à tenir par le chirurgien dans les deux cas.

(1) M. Reybard a érigé en doctrine générale le principe des incisions longitudinales de l'urètre, qui donneraient seules des cicatrices régulières, larges et permanentes, et expliqueraient les succès incontestables de l'opération de la boutonnière. L'expérience avait précédé et confirmé cette opinion.

1° Les rétrécissements franchissables n'offrent pas tous les mêmes complications.

A. Si l'on a recours à l'urétrotomie contre des coarctations résistantes et réfractaires à la dilatation, ou contre un rétrécissement élastique avec tendance à une reproduction incessante, on place dans l'urètre un cathéter cannelé d'argent ou d'acier, d'un diamètre proportionné à la facilité de l'introduction de l'instrument. On porte ensuite jusqu'au rétrécissement une sonde à extrémité arrondie, qui en marque le point d'origine, et après avoir chloroformé le malade et lui avoir donné une situation semblable à celle que commande l'opération de la taille, on pratique sur le raphé une incision longitudinale de trois travers de doigt environ d'étendue; on divise les parties sous-jacentes, on ouvre l'urètre sur l'extrémité de la grosse sonde qui fait saillie, et engageant la pointe du bistouri dans la rainure du cathéter, on fend le rétrécissement dont on a reconnu d'avance la hauteur. Si l'on ignorait les limites de la partie indurée et rétrécie, limites qui sont ordinairement assez circonscrites, quelques précautions seraient à prendre pour ne pas intéresser inutilement les portions saines du canal. On se servirait de deux stylets d'argent, que l'on ferait successivement glisser sur la cannelure du cathéter, et que l'on écarterait ensuite l'un de l'autre, de manière à s'assurer de l'état des tissus. Si la portion ainsi dilatée du canal était flexible, mince, large, saine en un mot, les incisions seraient terminées; mais dans le cas où l'on rencontrerait un pertuis dur et résistant, on en continuerait la division.

Aussitôt que ce premier temps de l'opération est achevé, on retire le cathéter. On glisse dans l'urètre une sonde de gomme élastique, en la conduisant dans l'écartement de deux stylets, et on pousse l'instrument jusque dans la vessie. On acquiert ainsi la certitude que le canal est libre; on retire la sonde et on la réintroduit par l'orifice du gland, en la replaçant dans la vessie avec les ménagements et les précautions convenables. Le bout de la sonde tend habituellement à sortir par la plaie périnéale; mais il est facile de le saisir et de le diriger dans l'intervalle des deux stylets conducteurs, qui permettent de le placer dans la portion postérieure et intacte de l'urètre. L'instrument chemine dès lors par simple pression et parvient dans la vessie.

On assujettit la sonde autour du gland ou de toute autre manière, en ayant soin que l'extrémité terminale n'arc-boute pas contre les parois vésicales. Le malade est couché sur le dos, un coussin sous les jarrets, et on laisse la sonde ouverte pour que l'urine s'écoule goutte à goutte et ne traverse pas la plaie, qui est tenue dans un grand état de propreté, enduite d'huile ou de tout autre corps gras, mais abandonnée à elle-même sans pansement et sans aucune tentative de réunion.

Il arrive assez souvent, en raison du défaut de contractilité de la vessie, que l'urine ne s'écoule pas d'une manière continue, mais s'accumule dans la vessie jusqu'au moment où le besoin de la miction se faisant sentir, la vessie se contracte et l'urine est rendue à plein jet par la sonde, en même temps qu'une partie du liquide s'échappe par la plaie. Cet état de choses n'a rien d'alarmant, et cesse en peu de jours; un peu de cuisson ressenti au périnée en est le seul inconvénient.

Nous laissons la sonde à demeure pendant la première semaine, et nous la changeons dès qu'elle commence à s'altérer. On ne doit pas s'effrayer des difficultés de l'introduction d'une nouvelle sonde. En se servant d'instruments à courbure fine, tels qu'on en fabrique aujourd'hui, le cathétérisme fait immédiatement après l'extraction de la première sonde est aisé et à peine douloureux. En général, le malade en éprouve du soulagement, et l'écoulement séro-purulent du canal en est diminué.

L'urine cesse de couler par la plaie vers le douzième ou le quinzième jour, et la cicatrice périnéale est terminée en trois ou quatre semaines. On essaye alors, si on ne l'a pas tenté plus tôt, de retirer momentanément la sonde et de la réintroduire après un intervalle de plus en plus éloigné. On rencontre pendant quelque temps au point du canal où un tissu cicatriciel s'est formé, un certain degré de sensibilité et d'induration; mais bientôt la sonde passe sans obstacle et est portée sans peine à 8 et 10 millim. de diamètre. Le malade, qui doit s'être habitué à pratiquer le cathétérisme, met une sonde le matin et le soir pendant deux ou trois heures et s'en débarrasse durant la nuit. Plus tard il ne la réintroduit qu'au bout de vingt-quatre, puis de quarante-huit heures, et finit par n'en faire usage qu'une fois toutes les semaines ou tous les quinze jours. Nous avons eu des opérés qui avaient négligé de se sonder depuis six mois, et qui avaient conservé un jet d'urine très-volumineux et parfaitement libre. On ne saurait espérer une guérison plus parfaite, et on la rend permanente en dilatant de temps à autre le canal avec les plus gros numéros des sondes Mayor, dont l'emploi est plus commode et plus favorable que celui d'aucun autre instrument.

B. L'introduction d'un cathéter dans la coarctation urétrale n'est pas toujours aussi facile que nous venons de le supposer. On éprouve souvent les plus grands obstacles à passer des bougies même filiformes au travers du rétrécissement, et après y avoir réussi par hasard, on reste des jours, des semaines et des mois sans y parvenir de nouveau. Dans ce cas, si des accidents commandent l'opération (voy. obs. II et IV), on doit profiter du moment où une bougie a été introduite pour pratiquer immédiatement l'urétrotomie.

L'opération est soumise aux règles déjà exposées; mais réclame une attention plus minutieuse encore et quelques légères modifications.

Le malade chloroformé et placé dans la même position que pour la taille; on fait saillir l'urètre au-dessus du rétrécissement au moyen d'une grosse algalie métallique, sur l'extrémité de laquelle on fend le canal dont les parois sont saisies et renversées latéralement avec de fines érignes. On éponge le sang ou l'on dirige un jet d'eau froide sur la plaie pour laisser voir le trajet de la bougie. Dès que celle-ci est reconnue, on applique perpendiculairement et ensuite obliquement sur elle le bout d'un stylet d'argent cannelé, et en la pressant d'avant en arrière, on fait cheminer vers la vessie la bougie et le stylet qui marchent ensemble, et le dernier franchit ainsi le rétrécissement.

On pourrait également se servir d'un stylet dont le bout serait bifurqué ou pointu, pour mieux s'adapter à la bougie, et ne pas l'abandonner, mais nous ne l'avons pas trouvé nécessaire. En tous cas, il est indispensable de traverser la coarctation avec un stylet métallique, parce qu'il y aurait, croyons-nous, beaucoup d'imprudence à en tenter la section sur la bougie. Outre la difficulté de suivre la direction de l'instrument à une aussi grande profondeur, on serait exposé à le couper, et cet accident compliquerait gravement les difficultés de l'opération.

Dès que le stylet a pénétré au delà de l'obstacle, on incise ce dernier et l'on se comporte comme nous l'avons indiqué, pour tout le reste de la cure.

2° Lorsque le rétrécissement est resté infranchi, l'opération de la boutonnière est sans contredit la plus difficile de la chirurgie, et ne devrait être tentée que par des hommes d'un grand sang-froid et de beaucoup d'expérience.

Les premiers temps de l'opération ne diffèrent pas des précédents, mais l'embarras et l'anxiété commencent au moment où l'urètre a été divisé sur l'extrémité d'une algalie de gros volume, au devant du rétrécissement. Une indication capitale, que nous avons déjà signalée, consiste à fixer les parois du canal avec des érignes, de minces crochets mobiles, un fil ou une épingle, pour être certain de les retrouver toujours; cette précaution prise, on les écarte et les érignes oculaires sont d'une grande utilité pour cet usage; on dirige un jet d'eau froide sur la plaie et on examine avec soin les tissus altérés, saillants, mamelonnés, indurés, valvulaires, etc., qui constituent la coarctation. On les explore successivement avec la pointe arrondie d'un stylet, et on en cherche le pertuis en évitant les violences et les ruptures; si le stylet pénètre (obs. I) à travers la stricture, on se comporte d'après les règles décrites, et l'opération s'achève heureusement. Dans le cas où le stylet ne rencontre pas d'orifice, quelle sera la conduite du chirurgien? La première indication *a* consiste à forcer l'obstacle; la seconde *b*, à le diviser dans une étendue de quelques millimètres; la troisième *c*, à aller ouvrir l'urètre, au devant de la prostate, et à le sonder d'arrière en avant pour limiter l'espace occupé par le rétrécissement et parvenir à le diviser sans fausses routes et d'une manière régulière.

a. L'anatomie pathologique apprend que les rétrécissements sont quelquefois très-courts, membraneux, valvulaires, et que l'urètre est toujours dilaté derrière eux par le choc de l'urine, chassée avec force par la vessie. Ces dispositions font comprendre l'avantage des pressions sagement pratiquées contre la coarctation, avec l'extrémité d'un stylet d'acier. Le danger est nul, puisque les désordres produits ne sauraient avoir de gravité, et les résultats peuvent être des plus favorables si l'instrument s'engage dans le canal, moment où l'opération redevient régulière.

b. Si les essais de pression restent infructueux, on est autorisé à porter le bistouri sur les tissus indurés et à chercher le canal à quelques millimètres de distance. On s'aide encore, dans ces explorations, de la pointe du stylet, et en les bornant comme nous le recommandons, on se maintient à l'abri de tout accident.

c. Lorsque les tentatives précédentes échouent, la seule ressource est de prolonger la plaie vers la prostate et de reconnaître le bord antérieur de cet organe et la portion membraneuse de l'urètre qui s'en

dégage. Si l'on possède bien l'anatomie du périnée et que l'on soit un peu familiarisé avec les recherches de ce genre, la découverte de la prostate et de la région membraneuse du canal n'est pas très-difficile. Cette dernière est dure, arrondie, presque égale au diamètre du petit doigt sur le vivant et toujours assez large au niveau du bord prostatique antérieur, pour qu'on puisse y engager assez aisément une sonde très-flexible en caoutchouc. Il serait prudent de commencer par pousser l'instrument dans la vessie pour être bien certain qu'on est réellement dans l'urètre, et ensuite on le dirigerait d'arrière en avant vers le rétrécissement, et on fendrait toute la portion intermédiaire du canal sur une sonde cannelée d'argent cuit, recourbée sur elle-même à angle aigu. La portion membraneuse n'a pas beaucoup plus de 3 centimètres de longueur et se cicatriserait très-vite, en raison de la normalité des tissus divisés. Dès que l'on aurait précisé par ce double cathétérisme et cette double plaie, antérieure et postérieure, l'épaisseur de la coarctation, on en traverserait le centre avec un stylet et on en achèverait la section, pour se conduire ensuite comme nous l'avons conseillé.

La présence d'une sonde de 6 à 7 millimètres de diamètre servirait de moule à la cicatrice, et l'intégrité de la prostate et du col de la vessie sauvegarderaient les fonctions de ces organes et laisserait la miction libre et volontaire, sans désordres redoutables dans l'appareil génital.

Il suffit, au reste, de réfléchir à la grandeur des plaies et aux terribles violences qu'entraîne fréquemment l'opération de la taille pour comprendre que l'urétrotomie périnéale ne dépasse pas le degré de confiance et de hardiesse que réclame l'intérêt des malades, lorsque des infirmités incurables altèrent la santé et compromettent la vie.

Quatre fois nous avons pratiqué l'urétrotomie externe, pendant ces deux dernières années, dans des cas d'apparence désespérée, et quatre fois nous avons obtenu des guérisons rapides et complètes. Ces observations serviront de complément et de commentaire aux considérations précédentes et montreront l'extrême importance d'une opération trop légèrement condamnée par une école et des hommes qui n'en avaient ni étudié ni compris les indications et les ressources.

(La fin au prochain numéro.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION D'UNE PARALYSIE DU MOUVEMENT ET DE LA SENSIBILITÉ DANS LE MEMBRE SUPÉRIEUR DROIT, LA RÉGION CERVICALE, LA JOUE ET LA PAUPIÈRE SUPÉRIEURE DU CÔTÉ CORRESPONDANT, CONSÉCUTIVE AUX TENTATIVES FAITES POUR RÉDUIRE UNE LUXATION DE L'ÉPAULE CHEZ UN JEUNE SUJET; lue à la Société de biologie, par le docteur E. LE BRET.

OBS. — Lenoir, fusilier au 25e léger, âgé de 22 ans, blond, lymphatique, d'une constitution moyenne, a fait, en février 1853, une chute de sa hauteur pendant le maniement des armes, et s'est alors brisé l'épaule droite. Le même jour, pour réduire cette luxation, sur la nature de laquelle il ne nous donne point de renseignements, entre autres dispositions, on attacha fortement un drap noué au-dessus du coude et destiné à l'extension que pratiquaient des hommes vigoureux; cette constriction aurait été assez forte pour que l'impression du lien restât longtemps visible sur la peau. A peine la tête de l'humérus était-elle ramenée en place, et le membre abandonné à lui-même, que, sans avoir éprouvé de douleur, ce jeune soldat s'aperçut de la paralysie occupant toute la longueur du bras et de l'avant-bras; l'incapacité des mouvements était absolue; en même temps il y avait, et nous observons encore cinq mois après l'accident, une anesthésie complète de la peau, à partir du pli du coude jusques et y compris l'extrémité des doigts; le côté correspondant du cou et de la joue avaient perdu toute motilité et étaient devenus insensibles à toute excitation tactile; enfin, la paupière supérieure de l'œil droit s'est abaissée alors, et en la soulevant avec la main gauche, le malade a parfaitement remarqué depuis le même moment que sa vue s'est notablement et progressivement affaiblie de ce côté.

Depuis lors, malgré l'emploi répété de vésicatoires volants, d'électrisations administrées irrégulièrement, il est vrai, la paralysie a persisté; peu à peu, les muscles de l'épaule, du bras et de l'avant-bras ont subi de l'atrophie; leur texture est mollasse, et au moignon scapulo-huméral particulièrement, la saillie des os fait contraste avec l'aplatissement des plans musculaires. Les doigts sont souvent engourdis, refroidis et bleuâtres, comme cyanosés, mais surtout avec la sensation constante de fourmillements dont ils restent le siége, il arrive que des douleurs lancinantes, par moment, gagnent de la pulpe des dernières phalanges, remontent jusqu'au creux sus-claviculaire dans la région cervicale, et occasionnent de vives souffrances au malade.

Ces divers détails ont été recueillis et constatés par nous pendant le séjour de cinq semaines que ce militaire a fait à l'hôpital de Balaruc. On le soumit, durant ce laps de temps, chaque jour, à des douches thermales promenées sur toute l'étendue du membre paralysé, et à des applications prolongées de boues chaudes extraites de la source elle même. Ce traitement a été ponctuellement suivi, à un repos de cinq jours près nécessité par un peu de fatigue vers le milieu de la saison.

Le 25 septembre, à sa sortie, l'état général de Lenoir est parfait; la face tend à reprendre de la régularité et est redevenue sensible sur tous les points; la paupière supérieure est tout à fait relevée et obéit à la volonté; il y a une légère contraction permanente dans l'iris du côté affecté, sans déformation, et surtout le retour des facultés visuelles, est manifeste, sans aucune gêne ni diminution. Quant au membre supérieur, il pend encore inerte au côté; toutefois, le malade accuse de nombreux fourmillements dans toute l'étendue du bras et de l'avant-bras, jusqu'à l'extrémité des doigts. L'aspect de la peau, particulièrement à la main, offre une coloration naturelle, et sans aucun doute la circulation capillaire s'y effectue mieux. Les muscles de l'épaule et ceux du bras ont grossi et sont plus résistants à la pression. Lenoir peut exécuter quelques mouvements d'élévation et d'abduction de l'épaule, et il revêt seul la manche de sa capote, ce qu'il ne pouvait faire auparavant. Le retour de la sensibilité cutanée est évidente au pli du coude, mais elle n'a pas dépassé cette limite inférieurement; quand on passe sur le nerf cubital, dans la gouttière de l'humérus en arrière, Lenoir ressent très-bien l'engourdissement des doigts auxquels se distribue ce nerf; si on comprime sur le plexus cervical profond, et au niveau de l'origine du plexus brachial, au-dessous et en arrière des attaches inférieures du muscle sterno-mastoïdien, on détermine une sensation très-vive et très-douloureuse dans tout le membre. En résumé, sous l'influence du traitement thermal, il y a amélioration dans la nutrition et la tonicité musculaire du membre préalablement paralysé suivant le mode qui a été indiqué.

C'est surtout sous le rapport de certains détails de l'accident que cette observation nous a semblé devoir présenter quelque intérêt. Il n'est pas nouveau dans la science que des tentatives plus ou moins heureuses, exécutées pour amener la réduction d'une luxation de l'épaule, aient, entre autres complications, déterminé une paralysie du côté correspondant.

Desault (Œuv. comp., t. I, p. 355) rapporte deux observations, l'une où la paralysie complète du bras succéda, le quatrième jour, à des manœuvres infructueuses, dans un cas de luxation de l'épaule en bas et du côté droit, et persista sans ressource après réduction définitive, l'autre qui montre une paralysie des muscles du bras droit survenue à peu près au moment de la chute sur l'épaule et en même temps que la luxation, laquelle disparut, seize jours ensuite, sous l'influence de frictions irritantes. On trouve également, cités par Boyer, des exemples de paralysie du deltoïde, observés dans des circonstances analogues, selon un mécanisme bien connu. Il est à regretter que l'âge des sujets de ces diverses observations n'y soit pas relaté. En effet, dans l'année 1827, du RÉPERTOIRE GÉNÉRAL D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE (t. III, p. 55), nous trouvons consignés par M. Flaubert (de Rouen) des cas fort intéressants d'hémiplégie plus ou moins complète, consécutive à deux tentatives de réduction de luxation de l'épaule. Une femme de 64 ans, portant une luxation axillaire depuis trois semaines, une femme de 70 ans qui s'était luxé l'épaule droite un mois auparavant, et un homme, d'une cinquantaine d'années, ayant une luxation de l'épaule gauche, à quinze jours de date, ont fourni à l'auteur du mémoire les faits sur lesquels il s'appuie pour démontrer à quelles suites imprévues et fâcheuses les manœuvres d'extension et de contre-extension peuvent donner lieu dans les cas de luxation de l'épaule. Mais on remarquera que, chez tous ces malades, l'âge (de 50 à 70 ans) avait pu modifier les conditions anatomiques des nerfs et peut-être des centres nerveux. D'autre part, le second sujet d'observation de M. Flaubert a succombé avec divers désordres fonctionnels, et à l'autopsie (*loc. cit.*) on a vu tous les nerfs du bras réunis au niveau du creux de l'aisselle par du tissu cellulaire depuis longtemps enflammé à un léger degré et aminci, modification due sans doute à la pression persistante de la tête de l'humérus; dans les muscles scalènes on découvrit les extrémités rompues des nerfs appartenant aux quatre dernières paires du plexus brachial; la séparation avait eu lieu à l'implantation même de la moelle, et les ganglions des racines postérieures flottaient libres au dehors du canal ostéo-fibreux; les extrémités périphériques des nerfs étaient tout à fait normales. M. Flaubert signale l'intégrité du cerveau, mais aussi l'injection des méninges rachidiennes et un ramollissement du tissu médullaire dans une partie de la portion cervicale. L'auteur conclut en dernier lieu que l'inflammation antérieure à la réduction lui paraît principalement prédisposer les parties à se déchirer, en occasionnant les adhérences des vaisseaux et des nerfs aux parties voisines, du moins en empêchant le déplacement et le redressement des courbures que ces organes présentent au voisinage des articulations.

Dans l'observation qui a fait l'objet de cette communication, le sujet

était jeune et plein de santé; c'est dans un exercice militaire qu'il a éprouvé l'accident dont il s'agit; la réduction de la luxation a été tentée et opérée presque immédiatement. La traction exécutée par des hommes vigoureux dans le sens de l'extension a sans doute dépassé les bornes de l'élasticité des tissus et des cordons nerveux en particulier. La déchirure a été instantanée, comme la paralysie qui en a fait preuve; cette rupture a-t-elle eu pour siége un ou plusieurs nerfs? Nous pouvons présumer que plusieurs branches des plexus brachial et cervical profond et superficiel ont été lésées, et que par un ébranlement remontant de bas en haut, si on peut s'exprimer ainsi, la paralysie a atteint le nerf de la 7e paire. Resterait à déterminer comment le prolapsus de la paupière supérieure a pu se maintenir, tandis que la pupille était contractée et légèrement mobile, avec affaiblissement de la vue; mais le malade n'a été soumis à mon observation que cinq mois après les premiers accidents; et pendant le traitement thermal même, les mouvements de la paupière, ainsi que la vue, la sensibilité tactile de la face et du cou, quelques mouvements d'élévation de l'épaule, l'activité de la circulation capillaire et un notable degré de tonicité des muscles du membre supérieur ont été recouvrés; il y avait jusqu'à un certain point une tendance de réparation et de guérison. Quoiqu'il laisse à désirer au point de vue physiologique, ce fait se recommande encore, ce nous semble, sous le rapport pratique, et mérite d'être mis en regard avec ceux du même genre qui ont été recueillis.

OBSERVATION DE PYÉLO-NÉPHRITE AVEC DISTENSION RÉNALE (lue à la Société de biologie); recueillie par MM. CHARCOT et VULPIAN (1).

OBS. — La nommée Mayer (Joséphine), âgée de 19 ans, entre à l'hôpital de la Charité, dans la salle Sainte-Anne, au n° 22, le 24 décembre 1852.

Cette malade se rappelle qu'elle a présenté, dans sa première jeunesse, de nombreuses glandes au cou, et qu'elles n'ont disparu qu'à l'âge où ses règles se sont établies; quelques-unes ont dû suppurer, si l'on en juge par une cicatrice assez étendue et irrégulière qui siége à la partie gauche du cou. Elle a eu aussi des croûtes sur le cuir chevelu. Son père et sa mère sont morts du choléra en 1849; elle a un frère et une sœur qui sont bien portants. A l'âge de 11 ans, elle a ressenti des maux de tête assez violents; elle était sujette à des étourdissements; de plus, elle devint très-pâle et très-faible, mais elle ne toussait pas. Ses règles parurent à 14 ans et demi pour la première fois, et après un intervalle de deux mois, elles devinrent régulières. Une amélioration très-sensible de la constitution de la malade coïncida avec l'apparition de la menstruation. A la suite d'une peur, les règles se supprimèrent pendant neuf mois, puis se montrèrent de nouveau à l'âge de 16 ans. Quelques mois après, elle venait à Paris, et à peine y était-elle arrivée que ses règles cessèrent pour ne plus reparaître. Dans son pays, cette malade était logée dans un endroit sain, elle était bien nourrie; à Paris, elle se trouva dans des conditions bien différentes, et elle se fatiguait beaucoup. De nouveau, elle fut prise de maux de tête, devint très-pâle; elle s'essoufflait facilement et avait de temps à autre des battements de cœur.

Vers le mois de février 1852, elle s'aperçut pour la première fois de douleurs assez fortes à la région lombaire, de picotements dans les jambes, mais surtout dans la jambe droite, et d'une faiblesse très-grande qui l'empêchait presque de se tenir debout. Ses douleurs de la région lombaire étaient beaucoup plus vives du côté droit que du côté gauche; elle vomissait quelquefois.

Ces différents phénomènes devinrent de plus en plus prononcés pendant le mois de mars; la malade fut bientôt obligée de quitter son travail et d'entrer à l'hôpital. C'est à l'hôpital de la Charité, et dans la même salle Sainte-Anne, qu'elle entra cette première fois, le 8 avril 1852. A cette époque, elle n'avait remarqué aucun trouble du côté des voies urinaires: elle urinait tout à fait comme avant sa maladie.

Pendant les premières semaines de son séjour à l'hôpital, son état ne s'améliora pas; elle était toujours tourmentée des mêmes douleurs à la région lombaire droite, et ces douleurs offraient des exacerbations pendant lesquelles elles se propageaient à la région inguinale droite; elle vomissait souvent, même sans avoir mangé; enfin, elle avait quelquefois le dévoiement.

La malade fut traitée par l'iodure de potassium. Elle resta à l'hôpital jusqu'au 18 juillet, et lorsqu'elle sortit, elle se trouva dans un état d'amélioration assez grande pour pouvoir reprendre son travail. Elle se tenait très-bien sur ses jambes, avait pris un peu d'embonpoint et ne sentait plus aucune douleur.

Pendant trois mois, elle put se croire guérie; mais, au mois de novembre, elle perdit son appétit, s'amaigrit; elle éprouva derechef des douleurs plus vives que lors de sa première entrée à l'hôpital. Ces douleurs, limitées au côté droit, commençaient à la région lombaire de la colonne vertébrale, s'étendaient de dedans en dehors à la partie antérieure du flanc droit et descendaient jusqu'à l'aine; de là elles gagnaient la partie antérieure et interne de la cuisse droite, et étaient accompagnées de crampes et d'engourdissements dans toute la longueur de la jambe. A cette époque, elle souffrait quand elle urinait, et quand elle avait cessé d'uriner, la douleur de l'aine était beaucoup plus vive; quelquefois le jet d'urine s'arrêtait pendant quelques moments. D'après la malade, dès le début de cette rechute, l'urine contenait un dépôt purulent.

Après six semaines de souffrances elle entre à l'hôpital pour la seconde fois, le 24 décembre 1852.

Deux ou trois jours après son entrée à l'hôpital, la malade ressent des douleurs beaucoup plus vives, les urines deviennent franchement purulentes, et en même temps il sort du sang; même, pendant quatre jours, la malade rend des urines sanglantes, très-rouges. Elle vomit des matières verdâtres, et ces vomissements se répètent fréquemment; elle est prise aussi de diarrhée.

C'est huit à dix jours après l'entrée de la malade à l'hôpital qu'on s'aperçoit d'une tumeur abdominale, qui n'a jamais disparu depuis cette époque, et qui, d'après la malade, avait déjà alors, à très-peu de chose près, le volume, la forme et la situation qu'elle présentait au moment où nous avons pu l'observer.

On prescrit à la malade de l'iodure de potassium, qu'elle prend tous les jours très-exactement; mais cette fois le médicament reste impuissant et la maladie poursuit ses progrès.

Vers la fin du mois d'août 1853, cette malade est extrêmement amaigrie, ses forces sont complétement épuisées; c'est à peine si elle peut se lever une heure pendant la journée. Elle a toujours des vomissements, de la diarrhée et des coliques. Ses douleurs sont beaucoup moins intenses que dans les trois premiers mois de l'année. Sa tumeur offre les caractères suivants:

Par l'inspection, on aperçoit une voussure assez considérable de la paroi abdominale du côté droit, commençant à la région lombaire, mais ayant son maximum à la partie latérale et antérieure à 5 centimètres en dehors de l'ombilic. Les vaisseaux sous-cutanés abdominaux de ce côté sont beaucoup plus développés que ceux du côté opposé.

Quand on palpe toute la région droite de l'abdomen, on y sent une résistance due à la présence d'une tumeur dont on peut même apprécier assez exactement les limites à travers la paroi antérieure. On reconnaît qu'elle occupe tout le flanc droit et la région ombilicale jusqu'à 4 centimètres en dehors et à gauche de la ligne médiane.

Enfin la percussion confirme les données précédentes. Elle montre de plus que la tumeur, dans une assez grande étendue, de haut en bas, présente une sonorité qui contraste avec la matité du reste de la tumeur. Cette sonorité paraît due à la présence d'un intestin et probablement du colon entre la tumeur et la paroi abdominale. Par la percussion, on reconnaît la limite inférieure de la tumeur; cette limite se trouve à 2 centimètres au-dessus de l'arcade crurale.

La palpation éveille chez la malade des douleurs vives; ce n'est qu'avec beaucoup de précautions qu'on peut la pratiquer. On sent alors une fluctuation non douteuse dans une grande partie de la tumeur.

Cette tumeur présente de singulières alternatives de gonflements et d'affaissements successifs. Pendant deux jours, elle augmente de volume; la malade souffre beaucoup plus et urine beaucoup moins; puis au bout de deux jours, la miction devient facile et abondante, l'urine plus chargée de pus, la tumeur s'affaisse et les douleurs diminuent. C'est aussi pendant que la tumeur est le plus volumineuse que la malade a le plus grand nombre de selles diarrhéiques et de vomissements.

La malade n'a jamais rendu ni calcul, ni gravier par l'urètre.

Elle a rendu trois ou quatre fois, en urinant, des gaz par l'urètre, et chaque fois que ce phénomène s'est montré, il avait été précédé par des borborygmes dans la tumeur, qui devenait plus sonore à la percussion, et donnait une sensation de gargouillement à la palpation. C'est il y a trois semaines qu'elle a ainsi, pour la première fois, rendu des gaz par l'urètre.

L'urine a été examinée au microscope et on y a trouvé des globules de pus, des cellules épithéliales et des globules de sang décolorés.

Au commencement du mois d'octobre, la malade ne peut plus se lever; sa diarrhée a considérablement augmenté. Elle va jusqu'à vingt fois à la selle, tandis que jusque-là elle y allait deux ou trois fois seulement. Quelques plaques de muguet se montrent dans sa bouche; son appétit est presque nul.

Le 10 du mois d'octobre, elle fait garder ses selles où elle a aperçu des matières blanchâtres analogues à celles qui se déposent dans son urine, et du sang. Ces matières, examinées au microscope, sont reconnues pour être du pus; il y a, de plus, de nombreux globules de sang.

La malade perd l'appétit de plus en plus, elle a beaucoup de fièvre, une soif vive. Elle a des sueurs nocturnes.

Le 24, la tumeur s'est beaucoup affaissée; la saillie qu'elle formait est effacée. Cependant on sent toujours la tumeur un peu plus profondément.

Les plaques de muguet avaient disparu, mais il s'en forme de nouvelles sur la langue et dans la gorge.

La malade meurt le 4 novembre, dans le marasme le plus complet, sans avoir jamais présenté aucun trouble cérébral.

L'autopsie est faite le 5 novembre, 27 heures après la mort de la malade.

A l'ouverture de l'abdomen, on constate que la tumeur est formée par le rein droit énormément distendu. Ce rein offre des dimensions très-considérables. Le foie est déprimé à son niveau; son bord antérieur est aminci et relevé. Le rein descend en bas dans la fosse iliaque droite interne jusqu'à une petite distance du ligament de Fallope. En arrière et en dehors, il est complétement en rapport avec la paroi abdominale. En avant, il en est séparé dans une petite partie de sa largeur par le colon ascendant et le cœcum qu'il a soulevés; deux ou trois anses d'intestin grêle sont accolées à son bord interne. Sa surface extérieure est gris rougeâtre; elle est très-légèrement bosselée; il est facile, en palpant cette surface, de reconnaître que ces bosselures ré-

(1) Les pièces ont été mises sous les yeux de la Société.

pondent à des collections liquides, et que la paroi de ces collections est très-mince. L'urètre paraît, à première vue, très-court, car il semble ne commencer qu'à la partie tout à fait inférieure de la tumeur; mais en le suivant, par la dissection, on parvient à s'assurer qu'il suit toute la moitié inférieure du bord interne du rein en y adhérant, et qu'il commence réellement à la partie moyenne du rein. L'uretère est très-large. Lorsqu'on cherche à détacher du rein le colon ascendant, on s'aperçoit que la séparation est facile dans toute la longueur, si ce n'est dans un espace large comme une pièce de 1 franc, espace où le colon et le rein sont unis par une adhérence assez résistante. On ouvre le colon de bas en haut; au niveau de l'adhérence que nous venons de signaler, on voit deux petits trous offrant chacun 4 à 5 millim. de diamètre. Sur le bord de ces trous, l'intestin est très-aminci; mais il n'offre point les traces d'une inflammation soit ancienne soit récente. Quand on presse le rein, on fait sortir du pus presque pur à travers ces orifices. On ouvre le rein de son bord convexe à son hile; il s'écoule aussitôt une grande quantité de pus épais, crémeux, d'un blanc un peu verdâtre. On s'aperçoit aussitôt que la substance rénale a complétement disparu et qu'elle est remplacée par une coque fibreuse, épaisse de 3 ou 4 millim. Mais à l'intérieur de cette coque, on ne trouve pas une poche unique, mais bien plusieurs loges indépendantes les unes des autres, sans aucune communication directe; de telle sorte qu'il faut ouvrir le rein dans toute sa longueur et même dans plusieurs sens pour parvenir à les vider toutes du liquide purulent, d'ailleurs le même partout, qu'elles renferment. Elles sont séparées les unes des autres par des cloisons qui ont absolument le même aspect et la même épaisseur que la paroi extérieure. Plusieurs d'entre elles sont encore divisées par des cloisons incomplètes, qui se dirigent de la surface externe vers le fond de la loge, mais qui n'atteignent pas ce fond. La forme générale de chaque loge est conique à sa base extérieure et à sommet intérieur. Au sommet de chacune d'elles (elles sont au moins au nombre de 8 à 10), on voit un orifice très-resserré, semblable à une fente et qui conduit à une cavité commune qui est le bassinet. Une de ces loges, située au milieu du rein et à base dirigée vers le bord externe est beaucoup plus grande que les autres. Leurs parois sont recouvertes d'une légère couche membraneuse, probablement pyogénique. Le bassinet est très-petit; il est rempli entièrement par un calcul de la grosseur d'une noisette, brun, irrégulier à la surface, mais non rameux. Ce calcul bouche presque complétement l'orifice de l'uretère. Un autre calcul très-petit est renfermé dans le bassinet avec celui dont nous venons de parler. Nous avons déjà dit que les orifices de chaque loge s'ouvraient dans le bassinet; on voit en effet, dans le fond de celui-ci, de petites fentes étroites, par lesquelles on pénètre isolément dans chacune des loges. L'uretère ouvert montre des parois très-épaissies et une membrane muqueuse gonflée et congestionnée. L'enveloppe fibreuse commune, à l'endroit où elle adhère au colon ascendant, est percée de pertuis nombreux, forme une sorte de crible spongieux à travers lequel sort le pus de la loge principale. La veine rénale droite présente des parois très-épaissies et un calibre bien rétréci; elle est presque oblitérée au moment où elle atteint le rein. Les parois de la veine cave elle-même, au-dessous de la naissance des veines rénales, sont indurées.

Le rein gauche est beaucoup plus volumineux que dans l'état normal. On l'ouvre du bord externe au bord interne, il s'écoule beaucoup de pus, et l'on voit qu'il offre aussi des lésions profondes. Toutes les pyramides de Malpighi ont à peu près disparu; elles ont été refoulées excentriquement par la distension continue des calices et se sont atrophiées par suite de cette compression. La substance corticale qui revêtait la base des pyramides, celle qui les séparait les unes des autres, a subsisté en très-grande partie. Il en résulte des loges coniques, à base tournée à l'extérieur, à sommet dirigé vers l'intérieur, fermées dans toute leur étendue, si ce n'est à leur sommet où se trouve un large orifice qui s'ouvre dans le bassinet. C'est donc une sorte de répétition de la lésion de l'autre rein, mais à un degré beaucoup moins avancé. La disposition de la substance corticale qui a persisté dans le rein gauche explique la conformation et l'aspect intérieurs du rein droit. Il est probable que les cloisons, qui dans le rein droit séparent les différentes loges les unes des autres, sont résultées de la transformation fibreuse des colonnes de Bertin. Les orifices qui faisaient communiquer les loges avec le bassinet étaient d'abord larges, mais ils se sont rétrécis consécutivement.

La membrane interne des calices dilatés et du bassinet du rein gauche est injectée, épaissie et ramollie; il en est de même de la membrane muqueuse de l'uretère du côté gauche, qui est aussi volumineux que celui du côté droit.

La vessie est petite, revenue sur elle-même; sa membrane muqueuse est gonflée, très-plissée, violacée et ramollie. Les orifices des uretères sont comme dans l'état normal. Ces lésions de la vessie sont certainement secondaires; on pourrait même se demander si celles du rein gauche ne sont pas secondaires aussi. La maladie, d'abord limitée au rein droit, n'a-t-elle pas pu gagner la vessie par l'uretère droit, puis remonter jusqu'au rein gauche par l'uretère gauche, le bassinet et les calices? Nous croyons aussi que si, pendant un temps, le pus que l'on trouvait dans l'urine pendant la vie de la malade venait du rein droit, depuis longtemps il devait être fourni en grande partie par le rein gauche qui en sécrétait aussi en grande abondance et dont le bassinet était libre, ainsi que l'orifice de l'uretère.

L'intestin grêle ne présente aucune lésion. Le gros intestin, contrairement à ce qu'on aurait pu penser, n'offre aucune trace d'ulcérations ni même d'inflammation. L'estomac est exempt d'altération.

Le foie a subi la transformation graisseuse sur plusieurs points disséminés. Le cœur est normal. On trouve dans le poumon gauche quatre ou cinq petits groupes de tubercules, séparés les uns des autres par des intervalles assez grands où le parenchyme est tout à fait sain. Les centres nerveux n'offrent rien à noter.

— Pendant la vie, on a été sur le point de ponctionner la tumeur. Après avoir vu l'autopsie, nous avons reconnu que la ponction n'aurait apporté qu'un bien faible soulagement à la malade; car, d'une part, l'autre rein était très-malade, et il est douteux que la maladie y eût arrêté ses progrès; d'autre part, la ponction n'eût vidé qu'une des loges du rein droit, et plusieurs des loges qui auraient persisté étaient inaccessibles aux instruments chirurgicaux.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

(Suite.)

II. THE DUBLIN QUARTERLY JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE.

NOTE SUR LE CLIMAT ET LES MALADIES DE LA VILLE DE CORK; par M. JOHN POPHAM, médecin de l'hôpital du Nord à Cork.

La ville de Cork est située dans une vallée irrégulière, ouverte à l'est et à l'ouest. La rivière de la Lee qui la traverse est navigable pendant la marée. Une partie du sol sur lequel se trouve aujourd'hui bâtie la ville était anciennement occupé par des marais, d'où l'appellation primitive de Corcagh (marais). Le sol varie de caractère des deux côtés de la Lee : au nord on rencontre le *grauwacke* et l'*ardoise*, au sud le calcaire de transition. Au voisinage de la ville, de nombreuses vallées parallèles à celles de la Lee sont quelquefois inondées et forment des marais. Dans le bassin même de la Lee, à l'ouest de la ville, on trouve un terrain marécageux qui s'étend jusqu'aux portes de la ville. La quantité de pluie peut être évaluée, d'après une moyenne calculée sur vingt-cinq années, à 38,096 pouces. Les variations extrêmes de cet élément météorologique sont considérables; elles s'élèvent de 25,438 pouces, quantité de pluie tombée en 1844, à 60,375, quantité tombée en 1848. Notons ici que ce dernier chiffre, tout à fait exceptionnel, correspond aux époques de disette et de fièvres qui ont causé tant de maux en Irlande.

Une moyenne de sept années, de 1846 à 1852, ne donne que vingt-huit jours, dans lesquels le thermomètre Fahrenheit est descendu à 32°, au-dessous. Il ne neige que trois ou quatre fois par an; la grêle est tombée en moyenne de cinq à six fois dans l'année. La fréquence relative des différents vents est indiquée par les chiffres suivants : nord-ouest, 75 jours; ouest, 72; sud-ouest, 63; sud-est, 37; nord, 32; est, 30; nord-est, 28; sud, 27.

La température annuelle moyenne de 1849 à 1852 a été de 51,5° F.; soit : pour l'hiver 42,4°, pour le printemps 50,6°, pour l'été 62,3°, pour l'automne 50,5°.

La ville présente encore aujourd'hui plusieurs causes d'insalubrité dans sa partie nord, qui a été de tout temps cruellement ravagée par les épidémies, particulièrement dans la dernière épidémie de typhus. Tous les renseignements relatifs aux épidémies qui se sont montrées dans cette localité se résument dans les faits suivants :

Smith, dans son HISTOIRE DE CORK, rapporte que cette ville, en 1528, a été ravagée par une fièvre maligne appelée suette. En 1535, 1547, 1607, des maladies d'une nature indéterminée régnèrent épidémiquement. En 1650, sous le nom de peste, les historiens ont probablement désigné la dyssenterie maligne qui fit tant de victimes pendant le règne de Cromwell. En 1708 et 1718 se montrent la dyssenterie et le typhus fever, en 1731 la variole, en 1740 la fièvre et la dyssenterie, en 1762 et 1782 la grippe, en 1799 et 1800 la famine et le typhus. En 1803 la grippe se montre de nouveau; en 1810 les fièvres de nature contagieuse se généralisèrent et firent beaucoup de victimes dans la classe pauvre; en 1814 on observa de nouveau ces maladies; mais en 1817, à la suite d'une disette, ce fut le typhus véritable. En 1832 le choléra fit sa première apparition; en 1837 il y eut une épidémie de grippe très-meurtrière. En 1841 et 1842 des épizooties graves se montrent sur le bétail. En 1846 et 1847 le pays eut à souffrir à la fois des horreurs de la disette et des ravages d'un typhus très-grave. En 1849 enfin le choléra reparut de nouveau.

Parmi les maladies endémiques nous citerons, avec le docteur Popham : 1° la *fièvre*, probablement le *typhus fever*, qu'il attribue aux effluves dégagées d'un grand nombre d'hommes vivant pêle-mêle comme des animaux dans des logements mal ventilés; 2° la fièvre intermittente, qui ne se montre que dans certaines années; 3° la dyssenterie quelquefois rare et légère, quelquefois très-grave; 4° le scor-

but qui s'est développé à la suite de la maladie de la pomme de terre; 5°. parmi les maladies thoraciques, il faut compter en première ligne la phthisie qui, sur 1,101 décès observés en 1851 sur la population du Workhouse, a donné 57 décès par tuberculisation pulmonaire.

LUXATION DES VERTÈBRES CERVICALES SANS FRACTURE; par M. RICHARD G. H. BUTCHER, examinateur d'anatomie et de physiologie du collége royal des chirurgiens.

Les observations analogues à celle dont nous allons donner ici le résumé sont assez rares pour que de grands chirurgiens, Boyer, A. Cooper, Delpech, n'en aient pas vu d'exemples. Nous citerons pour mémoire les cas que rappelle le docteur Butcher. Lawrence a rapporté une observation de luxation complète du corps et des apophyses articulaires d'une vertèbre cervicale sans fracture aucune des os, et la pièce est conservée au musée de l'hôpital Saint-Barthélemy. Dupuytren, dans ses leçons, ne cite qu'un cas de luxation simple. Samuel Cooper, dans son dictionnaire, parle d'un cas semblable. Liston a publié, en 1837 (THE LANCET), une observation de luxation complète de la 4e et de la 5e vertèbre cervicale. Les ligaments propres des vertèbres étaient déchirés, ainsi que quelques-uns des tendons du muscle long du cou; il n'y avait point de fracture des apophyses articulaires. Norris, dans une statistique des fractures et des luxations publiée dans le JOURNAL AMERICAN de 1841, parle d'un cas analogue. Le docteur Lasalle a rapporté dans la GAZETTE MÉDICALE, novembre 1841, un exemple de luxation de la 6e sur la 5e vertèbre cervicale. Enfin une observation du JOURNAL D'ÉDIMBOURG a trait à un fait semblable.

Le fait suivant a été observé à l'hôpital Mercer le 4 février 1853.

OBS. — Un homme de 36 ans ayant fait une chute, l'occiput en avant, du sommet d'une voiture sur le pavé, fut relevé privé de la faculté de mouvoir les membres inférieurs et en grande partie même les membres supérieurs. Il se plaignit d'abord de douleurs très-vives à la partie inférieure du cou. L'intelligence était intacte, la voix se produisait, mais faiblement. Une dépression notable existait entre les 5e et 6e vertèbres cervicales, et il y avait là un sillon transversal formé par les parties molles. La tête était un peu déjetée en arrière et à droite, et la face tournée aussi dans la même direction. En avant, le cou était proéminent et la trachée faisait une saillie notable. Les muscles tendus ou contractés empêchaient tout mouvement des parties. Les extrémités inférieures étaient étendues, flasques et immobiles, toute sensibilité avait disparu sur ces membres, sur le tronc et jusqu'au cou. La sensibilité était en partie conservée aux extrémités supérieures; les avant-bras et les doigts en étaient entièrement privés, tandis que les bras la conservaient à un faible degré; la motilité était tout à fait abolie dans ces membres. Il y avait paralysie complète des muscles intercostaux; le thorax était immobile, si ce n'est à son extrémité inférieure. Le pouls était lent et faible, la peau froide; les déjections alvines se faisaient involontairement. Cinq heures après l'accident, le pouls était plein et fort, la température générale élevée et celle des membres inférieurs principalement d'une manière exceptionnelle. (Il est à regretter que l'auteur n'indique point par quel moyen il a évalué cette élévation de la température des parties paralysées.) La respiration était accélérée.

Le jour suivant, on note encore cette élévation relative de la température des membres inférieurs. Puis somnolence, anxiété respiratoire. Mort cinquante-sept heures après l'accident.

Les apophyses articulaires des cinquième et sixième vertèbres cervicales étaient éloignées les unes des autres d'environ un quart de pouce, surtout du côté gauche.

La cinquième cervicale formait une saillie considérable en avant du corps des vertèbres, le fibro-cartilage intervertébral était entièrement rompu et permettait une diminution d'un tiers du diamètre antéro-postérieur du canal rachidien.

RAPPORT SUR L'ÉPIDÉMIE DE DYSSENTERIE QUI SEVIT AU NORD DE L'IRLANDE EN 1852; par le docteur MALCOLM, médecin de l'hôpital général de Belfort.

Plusieurs médecins de l'hôpital de Belfort observèrent que, pendant l'automne de 1852, les diarrhées, fréquentes à cette époque de l'année, se compliquaient assez fréquemment de symptômes cholériques et dyssentériques. Cette dernière complication surtout éveilla l'attention, et on chargea un comité de transmettre aux praticiens des villes voisines un certain nombre de questions portant sur la constitution médicale, sur la nature des affections régnantes et sur les effets des divers traitements. Ce sont les réponses adressées au comité qui ont fourni les matériaux du rapport que nous passons en revue.

La dyssenterie se montra en premier lieu à Belfort, au commencement de juillet; elle atteignit son apogée le 4 septembre et diminua rapidement ensuite de cette époque au 1er novembre. Pendant ces trois mois d'épidémie, on compta au dispensaire 1,121 diarrhées et 776 dyssenteries. La population de cette ville, d'après le recensement de 1851, serait de 100,300 habitants. L'épidémie, qui se montrait principalement sur la classe pauvre, revêtait une grande variété de formes, depuis la simple diarrhée jusqu'aux dyssenteries typhoïques, hémorrhagiques, etc.

A Londonderry, située comme Belfort sur la mer, mais sur un terrain plus élevé, sur une population de 19,888 habitants, la dyssenterie ne prit pas le caractère épidémique.

A Newry, il y eut quelques dyssenteries de forme inflammatoire, ainsi qu'à Armagh.

A Newtownards, l'épidémie, bien que modérée, révélait des symptômes typhoïdes.

A Lisburn, la maladie fut plus grave et se compliquait quelquefois de symptômes cholériques.

A Ballymma, épidémie à peine marquée.

A Coleraine, à Lurgar et à Downpatrick, immunité complète, ainsi qu'à Banbridge, à Monaghan, à Cavan, à Donaghadée, à Clonès, à Antrim, à Randalstown, à Saintfield.

A Carrickfergus, diarrhées nombreuses, quelques cas de choléra, peu de dyssenteries.

A Portadour, à Bangor, à Ballymoney, à Portaferry, peu de malades; il y en a au contraire un nombre considérable à Larne.

Nous mentionnons ces faits sans entrer plus avant dans les détails, afin de donner une idée de l'étendue de cette manifestation épidémique et de l'irrégularité de la distribution.

Quant à l'étiologie, sur 40 médecins, 30 ont attribué aux variations atmosphériques une influence marquée sur le développement de la maladie; ils invoquent tour à tour le changement des saisons, les brusques variations thermométriques, le froid humide, la température élevée, la sécheresse longtemps continuée, l'influence de la chaleur humide; 25 fois on a pu constater l'influence de l'alimentation, un changement de nourriture, l'usage immodéré des fruits acidules et des légumes frais, les aliments de mauvaise qualité, des excès d'alimentation, les boissons froides pendant que la peau est en transpiration, les mauvaises qualités de l'eau; 2 fois on a considéré la maladie comme contagieuse.

Les types ou formes de cette dyssenterie ont été rapportés aux espèces suivantes : sur 39 médecins, 16 déclarent que la maladie a été aiguë, inflammatoire et sthénique; 12, typhoïde et asthénique; 6, cholérique.

L'anatomie pathologique, étudiée dans un petit nombre de cas seulement, a donné les résultats suivants : l'inflammation de la muqueuse du gros intestin se rencontre toujours plus ou moins, depuis la simple congestion folliculaire jusqu'à la perforation la plus complète. Les premiers degrés comprennent ce qu'on peut appeler la *forme catarrhale* caractérisée par un mucus abondant, visqueux et coloré. A un degré plus avancé correspondent l'épaississement des tuniques et une exsudation de lymphe dans le tissu sous-muqueux et à la surface libre de la membrane muqueuse, on peut donner à cet état la dénomination de *variété croupale*; il y a eu dans ces cas des douleurs abdominales vives et des symptômes typhoïdes. Le troisième degré serait caractérisé par l'ulcération des follicules et de la muqueuse jusqu'aux couches plus profondes de l'intestin. Il y aurait alors des symptômes typhoïdes plus marqués.

Sans adopter ces distinctions, nous les citons ici afin de donner un aperçu de l'état de la science et des doctrines médicales en Irlande. Nous terminerons par le compte rendu du traitement.

Sur 49 praticiens, 46 se louent de l'administration de l'opium, soit seul, soit combiné à d'autres substances; 32 ont adopté les préparations mercurielles unies à l'opium; 28 ont donné en même temps des astringents; 20 recommandent aussi les purgatifs doux; 22, les émissions sanguines; 15 parlent en termes élogieux des injections intestinales et des vésicatoires.

Les différentes médications se rangent de la manière suivante d'après l'ordre de leur adoption :

1° l'opium associé aux mercuriaux; 2° l'opium et les astringents; 3° l'opium et les purgatifs; 4° l'opium et les diaphorétiques; 5° l'opium et les vésicatoires; 6° les mercuriaux et les astringents; 7° l'opium, les astringents et les diaphorétiques; 8° l'opium, le mercure et le vésicatoire; 9° l'opium, le mercure et les émissions sanguines; 10° l'opium, les astringents et les vésicants.

DE L'ANÉVRISME VARIQUEUX SPONTANÉ; par M. ROBERT MAYNE, professeur de pathologie et médecin des hôpitaux.

Pendant longtemps et jusqu'à ces dernières années, on avait pensé que les anévrismes variqueux et les varices anévrismales dépendaient toujours d'une lésion traumatique. Quand on eut découvert des exem-

ples de communication morbide des grosses branches artérielles et veineuses sans le concours d'aucune lésion traumatique, il fallut modifier nécessairement l'histoire de l'anévrisme variqueux au point de vue étiologique et chercher à l'aide de quel mécanisme pathologique se produisent les communications anormales dont nous parlons. A ce point de vue, il est bon, avant de citer l'observation que rapporte le docteur Mayne, de passer en revue avec lui les principaux cas de cette curieuse affection que la science possède.

En 1831, le professeur Syme publia, dans le XXXVIe volume du JOURNAL D'ÉDIMBOURG, les détails d'une observation dans laquelle il avait trouvé une communication de l'aorte abdominale et de la veine cave, d'un centimètre à peu près d'ouverture. Le JOURNAL DE DUBLIN (t. XVIII, p. 166) relate le cas d'un anévrisme vrai de l'iliaque primitive s'ouvrant dans la veine correspondante. Le tome XXI du même recueil (p. 443) parle d'un anévrisme de l'aorte qui communiquait avec la veine cave supérieure. Le CYCLOPEDIA OF ANATOMY AND PHYSIOLOGY, en traitant des conditions pathologiques des artères, parle d'une communication analogue entre l'artère et la veine poplitée.

Après ces communications importantes, mais isolées, le mémoire le plus important qui ait été publié sur cet intéressant sujet est celui du docteur Thurnam ; il a été inséré au tome V de la seconde série des TRANSACTIONS MÉDICO-CHIRURGICALES DE LONDRES. L'auteur y comprend dans le même titre les communications des anévrismes de l'aorte avec l'artère pulmonaire, ainsi que l'oreillette droite et le ventricule droit du cœur.

Nous arrivons maintenant à l'exposition des principaux détails de l'observation du docteur Mayne.

OBS. — Une femme de 50 ans fut admise à l'hôpital du South-Dublin-Union le 22 avril 1853. Elle avait été employée les jours précédents à des travaux manuels fatigants et qui exigeaient qu'elle se tînt le corps courbé et la tête fortement penchée en avant. Dans cette posture, elle éprouva subitement une sensation d'étranglement analogue à celle d'un lien étreignant fortement le cou. Au même instant la face changea de coloration, la respiration s'embarrassa, il survint une suffocation extrême et des vertiges.

Le lendemain de l'accident, l'attention se porta d'abord sur la couleur cyanique de la face dont la teinte était d'un rouge très-foncé, ainsi que le cou, les épaules et la partie supérieure du thorax. Les autres parties du corps étaient pâles et presque exsangues. Les yeux étaient saillants et présentaient tous deux de l'œdème sous-conjonctival. La face, les deux côtés du cou, les parties antérieures et supérieures du thorax étaient bouffis. Les clavicules disparaissaient sous ce gonflement, qui ne donnait pas à la pression la sensation de l'emphysème ni l'impression de l'œdème. Toutes les veines de la tête, du cou, des extrémités supérieures et des parties supérieures du thorax, toutes les branches de la veine cave supérieure en un mot, étaient turgescentes et variqueuses. Le pouls radial était ondulant et à 110 pulsations. La malade gardait la position assise dans son lit ; le décubitus horizontal amenait immédiatement la suffocation et augmentait la teinte cyanique du visage.

La percussion donnait un son normal dans toute la poitrine, si ce n'est dans la région thoracique antérieure droite où la matité existait, du tiers interne la clavicule au sternum d'une part et d'autre part au mamelon, comprenant ainsi la moitié supérieure du sternum. Vers l'extrémité sternale de la seconde côte droite, la main percevait une impulsion forte, simple et systolique. On y percevait aussi un frémissement distinct avec souffle très-intense. La région précordiale ne présentait rien d'anormal, si ce n'est que le souffle s'y propageait en s'affaiblissant. Les grosses veines du cou faisaient entendre un bruit analogue an bruit de rouet.

L'intelligence s'affaiblit peu à peu, les réponses devinrent lentes, il survint des vomituritions. La malade mourut le huitième jour dans un état de convulsions épileptiformes.

L'autopsie montra une congestion extrême des veines du crâne, l'œdème du tissu cellulaire du cou, de la poitrine, des extrémités supérieures. La jugulaire interne du côté droit avait presque le volume de l'intestin grêle, et elle était distendue par un sang noir. La jugulaire interne gauche, la sous-clavière et la veine innominée étaient remplies de coagula noirs non adhérents. Le cœur a l'état normal. La crosse aortique était énormément distendue, et cette distension comprenait toute l'aorte ascendante et 2 pouces environ de l'aorte descendante. Les différentes parties de l'artère formaient une vaste poche oblongue qui remplissait le médiastin et se projetait à droite du sternum. De la partie supérieure de ce sac anévrismal naissaient le tronc brachio-céphalique, la carotide et la sous-clavière gauche. La veine innominée, du côté gauche, adhérait à la tumeur, et cette adhérence était tellement intime qu'il était impossible de la séparer du sac dont les parois en ce point ne formaient qu'une cloison très-amincie qui séparait le sang artériel du sang veineux. Des adhérences semblables unissaient la veine cave supérieure à l'anévrisme, et il existait là une communication entre l'aorte et la veine cave, la cloison intermédiaire ayant été détruite en un point. La veine innominée gauche et la veine cave supérieure avaient notablement diminué de volume dans le lieu de leur adhérence à l'aorte. Un coagulum mou et noir remplissait la dilatation anévrismale. L'orifice de communication des deux vaisseaux était ovale, à bords irréguliers et dentelés, sorte de boutonnière traversée à son centre par une bride irrégulière.

DES APPLICATIONS LOCALES DES VAPEURS DE CHLOROFORME DANS LE TRAITEMENT DE DIVERSES AFFECTIONS, ET SPÉCIALEMENT DANS CELLES DE L'UTÉRUS ; DESCRIPTION D'UN INSTRUMENT INVENTÉ POUR CET OBJET ; par S. L. HARDY, examinateur et membre du collége royal des chirurgiens d'Irlande.

Nous n'avons pas besoin de faire ressortir ici les immenses avantages qui pourraient résulter de l'application anesthésiante locale du chloroforme si cette méthode venait à se généraliser, si les indications en étaient établies d'une manière précise, si son mode d'application et son action étaient plus efficaces et applicables à un plus grand nombre de cas. Le docteur Hardy propose un instrument assez ingénieux pour appliquer localement la vapeur du chloroforme. Cet appareil se compose d'un tube destiné à conduire la vapeur sur la partie douloureuse, d'un cylindre contenant une éponge imbibée de chloroforme et d'une vessie de caoutchouc à parois élastiques. Ces trois pièces communiquent les unes avec les autres, seulement le tube conducteur est pourvu d'une soupape à l'aide de laquelle on peut l'isoler du cylindre générateur de la vapeur ; et ce même cylindre, à l'aide d'une autre soupape, permet au besoin l'entrée de l'air. La pression exercée avec les mains sur la vessie de caoutchouc chasse l'air qu'elle contient et l'oblige à passer à travers le cylindre, où il traverse l'éponge imbibée de chloroforme pour s'échapper au dehors par l'orifice étroit du tube conducteur. On peut ainsi comparer cette action à une douche de vapeur de chloroforme.

L'auteur a employé avec succès ces douches anesthésiantes dans différentes affections : A un carcinome qui avait détruit le col utérin et donnait lieu à des douleurs intolérables ; B des ulcérations du col accompagnées de dysménorrhée ; C des états d'irritabilité de l'utérus ; D des fissures douloureuses du mamelon ; E le prurit de la vulve.

De ces observations qui pèchent un peu par les détails, il conclut :

1° Que, dans un grand nombre d'affections qui s'accompagnent de douleur ou d'irritabilité des parties, l'application locale de la vapeur de chloroforme agit aussi promptement contre le symptôme douleur que les inhalations ;

2° Que l'application locale de cette vapeur n'est accompagnée d'aucun effet fâcheux, et qu'on peut conséquemment l'employer dans des cas où les inhalations sont contre-indiquées ;

3° Que la rapidité d'action de ces douches en fait un moyen supérieur à l'opium et aux narcotiques dans la plupart des affections douloureuses et spasmodiques, surtout dans celles de l'utérus. Ces derniers médicaments ont en outre l'inconvénient de porter leur action sur le tube digestif, tandis que la vapeur de chloroforme agit d'une manière tout à fait locale et provoque seulement dans les parties sur lesquelles on la dirige une sensation de chaleur.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 15 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

M. CHEVREUL lit des considérations générales sur les sciences occultes, les sciences du domaine de la philosophie naturelle et la méthode, pour servir d'introduction à des mémoires concernant le pendule dit explorateur, la baguette divinatoire et les tables tournantes. (Nous reviendrons sur cette communication.)

— M. ISID. GEOFFROY-SAINT-HILAIRE, en présentant le premier volume de son HISTOIRE NATURELLE GÉNÉRALE DES RÈGNES ORGANIQUES, présente un court résumé du contenu de cet ouvrage. (Voir le n° du 18 février.)

NOUVELLE MÉTHODE D'URÉTROTOMIE, POUR LA CURE RADICALE DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE.

M. MAISONNEUVE présente, sous ce titre, un mémoire qu'il résume en ces termes :

La nouvelle méthode que j'ai l'honneur de soumettre à l'Académie, sous le nom d'*urétrotomie de dedans en dehors*, a l'avantage d'arriver au même résultat que les précédentes (la méthode de Syme, l'urétrotomie d'avant en arrière et l'urétrotomie d'arrière en avant de Civiale et Reybard), sans présenter presque aucun de leurs inconvénients ; de plus, son exécution est si simple et si facile, qu'elle est à la portée de tous les praticiens.

L'instrument dont je me sers n'est point un instrument nouveau ; il est connu de tous les chirurgiens ; son mécanisme leur est familier : c'est tout simplement le lithotome du frère Côme, légèrement modifié dans sa longueur et sa courbure, pour le nouvel usage auquel on le destine.

Pour pratiquer cette opération, on commence par dilater l'urètre au moyen

de bougies, jusqu'à ce que le rétrécissement permette l'introduction de l'urétrotome, puis on procède de la manière suivante :

Le malade étant couché sur le dos, le chirurgien, placé à droite, introduit l'urétrotome comme un cathéter ordinaire jusqu'à 3 centimètres au delà du rétrécissement; et tourne sa concavité en haut. Puis, tenant la verge tendue sur l'instrument, il ouvre celui-ci en pressant sur la bascule, et, par un mouvement de traction, lui fait parcourir un trajet de 2 centimètres d'étendue. Ce mouvement suffit pour que la lame tranchante dégagée de sa gaîne incise tous les obstacles qui s'opposeraient à son développement, sans intéresser les parties saines intermédiaires.

Il est bien entendu qu'on a fixé d'avance le degré de l'ouverture de l'urétrotome, de manière à ce que la lame ne puisse atteindre les parties saines. Ce degré est, pour les cas ordinaires, de 15 millimètres.

A l'appui de ma méthode, je joins cinq observations qui en démontrent l'efficacité. (Comm. : MM. Velpeau, Civiale.)

CURE RADICALE D'UN ANÉVRISME PAR INJECTION D'ACÉTATE DE SESQUIOXYDE DE FER.

M. LUSSANA adresse sur ce sujet une lettre dont nous reproduisons l'extrait suivant :

Avant les belles expériences de M. le docteur Pravaz, un célèbre chirurgien d'Italie, Monteggia, avait conseillé dans le traitement des anévrismes, « l'injection des astringents dans le sac, préalablement piqué avec un trocart, » pour obtenir une coagulation prompte et durable du sang, après avoir comprimé l'artère au-dessus pendant un temps assez long. » (Voy. ISTITUZIONI CHIRURGICHE, t. II, 2e édit., Milan.) Mais ce vœu du grand opérateur resta inexaucé jusqu'à ces derniers temps, où, grâce à l'habileté persévérante de M. le docteur Pravaz, les anévrismes furent traités par l'injection du perchlorure de fer. M. Ruspini, après avoir pris connaissance des recherches et des essais de M. le docteur Pravaz, songea à remplacer le sel de fer qu'avait employé le médecin français par une autre substance jouissant d'une activité au moins égale, et ne présentant pas les inconvénients que le chlore amène toujours à la suite des injections du perchlorure de fer. Après un grand nombre d'essais, M. Ruspini reconnut que l'acétate de peroxyde de fer, avec une puissance hémostatique supérieure, n'introduisait dans l'organisme aucune substance nuisible à l'économie, et en conclut qu'on devait le préférer dans le traitement des anévrismes. Mais jusque-là ses expériences n'avaient porté que sur des matières albumineuses ou sur de légères hémorrhagies. En janvier de cette année, je proposai à M. Ruspini d'essayer son hémostatique dans un cas d'anévrisme de l'artère maxillaire externe. Le succès, comme on va le voir, couronna nos espérances.

Marie Gelmi, jeune fille âgée de 22 ans, avait depuis longues années une tumeur molle, flottante et homogène dans l'épaisseur de la joue gauche, entre le coin de la bouche et l'angle de la mâchoire. La forme de cette tumeur était ovoïde, et son volume celui d'une grosse noix. Une piqûre faite avec une fine aiguille en avait laissé s'échapper un jet de sang rutilant, ce qui ne permettait plus de doutes sur la nature anévrismatique artérielle de la tumeur.

Dans le courant de janvier de cette année, chez mon excellent ami et collègue le docteur Pierre Gelmi, et avec son concours, je pratiquai dans la tumeur, à l'aide d'une lancette très-effilée, une ponction de 3 millimètres environ de largeur, du côté qui regardait la cavité buccale. A peine l'incision fut-elle pratiquée, que le sang en jaillit rouge et abondant. J'introduisis aussitôt dans la plaie le bec effilé d'une petite seringue en verre remplie d'acétate de peroxyde de fer pur. Je poussai dans la tumeur de 8 à 10 gouttes de la solution hémostatique, et, après en avoir sorti l'appareil injecteur, je tins mon doigt sur l'incision pendant une minute à peu près. L'ayant alors retiré, on ne vit plus aucune goutte de sang s'échapper de l'ouverture; la tumeur, de molle et flottante, était devenue solide et dure, et avait légèrement augmenté de volume. La malade n'avait jeté qu'un petit cri au moment de l'injection, mais la douleur qu'il avait causé s'était aussitôt arrêtée.

Les jours suivants se passèrent sans que le sang sortît par la petite ouverture. La tumeur devint plus dure et plus épaisse, et ses contours enflèrent légèrement par suite d'œdème sous-cellulaire. Il n'y eut point d'inflammation.

La jeune fille se porta constamment bien et put vaquer sans interruption à ses travaux journaliers.

Au bout d'une semaine, l'enflure œdémateuse s'était effacée; la tumeur, toujours dure, diminua peu à peu par absorption lente et graduelle.

Le dixième jour, une piqûre d'essai, qui avait dépassé l'épaisseur de la muqueuse buccale, ne fit pas sortir de sang et rencontra la résistance très-sensible du caillot anévrismatique. La résorption se continue avec régularité, et la forme du visage y gagne sensiblement chaque jour. (Comm. : MM. Thénard, Roux, Velpeau, Lallemand, Rayer.)

DÉVELOPPEMENT DES VERS INTESTINAUX.

M. KUECHENMEISTER, dont les travaux concernant le développement des vers intestinaux et leur mode de transmission d'un animal à l'autre, ont obtenu une médaille au concours pour le grand prix des sciences physiques de 1853, en adressant ses remercîments à l'Académie, lui communique quelques nouveaux faits relatifs à ce sujet; de ces faits, les uns sont dus à ses propres recherches, d'autres à celles de M. R. Leuckart (de Dresde).

M. Leuckart a fait sur le développement des cœnures des expériences comparatives. Il nourrissait depuis longtemps, dans deux cages distinctes, des souris blanches, et sur aucun de ces animaux, dont il avait sacrifié à diverses époques, un assez grand nombre pour ses expériences, il n'avait trouvé de cœnures. Cependant, ayant placé dans une des cages des œufs de *tænia crassicollis*, en ayant mis dans l'eau et les aliments qu'il introduisait dans la cage, il a vu, au bout de quelque temps, les souris qui habitaient cette cage infestées de cœnures, tandis que celles de la cage voisine n'en avaient pas plus que par le passé.

M. Kuechenmeister annonce l'intention d'adresser prochainement à l'Académie des pièces conservées dans l'alcool, et offrant tous les états de développement des cœnures, depuis la grosseur d'un petit grain de moutarde jusqu'à celle d'une noix.

— M. BOULU adresse un mémoire sur un nouveau mode d'application de l'électricité magnétique au traitement des maladies. (Comm. : MM. Magendie, Despretz, Rayer.)

— Dans le comité secret de cette séance, la section de botanique, par l'organe de son doyen, M. Ad. Brongniart, a présenté la liste suivante de candidats pour la place vacante, par suite du décès de M. Auguste de Saint-Hilaire :

Au premier rang : M. Moquin-Tandon;

En deuxième rang, *ex æquo* et par ordre alphabétique : M. Duchartre, M. Payer.

L'élection a eu lieu dans la séance du 21.

Sur 50 votants :

M. Moquin-Tandon a obtenu. . . .	36 voix.
M. Duchartre	6
M. Payer	5
Billets blancs	3

En conséquence, M. Moquin-Tandon a été proclamé membre de l'Académie, sauf l'approbation de l'empereur.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

SÉANCE DU 21 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. JOBERT (DE LAMBALLE).

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre du commerce transmet un rapport final de M. le docteur Heulard (d'Arcy), médecin des épidémies pour l'arrondissement de Clamecy, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné au village de Château-du-Bois (Commune d'Entrain). (Comm. des épid.)

Le même ministre transmet une caisse contenant 15 bouteilles d'eau minérale provenant d'un puits artésien situé à Sotteville-les-Rouen, avec demande d'analyse.

— M. CHOPIN annonce à l'Académie qu'il va exercer la médecine à Sidney (Australie), et qu'il se met à sa disposition pour remplir telle mission scientifique dont elle jugerait utile de le charger.

— M. REMY (de Châtillon-sur-Marne) adresse l'histoire d'une hernie étranglée, irréductible, guérie sans opération après la formation d'une escarre considérable comprenant le sac qui contenait la portion d'intestin étranglée, longue de 5 centimètres, sans laisser d'anus artificiel. (Comm. : MM. Malgaigne, Jobert.)

— M. MAISONNEUVE se porte candidat pour la section d'anatomie pathologique.

Après la lecture du procès-verbal et de la correspondance, M. le vice-président annonce à l'Académie la mort de son président M. Nacquart.

L'Académie pour honorer la mémoire de son président, lève immédiatement la séance.

BIBLIOGRAPHIE.

PRÉCIS DE L'HISTOIRE DE LA PETITE VÉROLE, SUIVI D'UN MODE DE TRAITEMENT CONSTITUTIONNEL ET LOCAL QUI REND CETTE MALADIE RELATIVEMENT SANS DANGER ET PRÉVIENT LES DIFFORMITÉS CAUSÉES PAR L'ULCÉRATION DE LA PEAU; par HENRI GEORGE. — 1 vol. in-8° de 130 pages. — 2e édition. — Paris, 1853.

Cet ouvrage est écrit en français par un Anglais; aussi ne peut-on lui demander ce style coulant qui rend la lecture facile et attrayante. Malheureusement la méthode, qui est de toutes les langues, s'y fait également désirer; aussi peut-on avancer que, même en anglais, ce livre ne brillerait pas par le talent d'exposition.

Il commence par trois dédicaces, dont une à une altesse royale, une autre au corps des médecins et chirurgiens, et une troisième à Laennec, auquel l'auteur se montre fort reconnaissant pour l'avoir plusieurs fois tiré d'embarras, pendant sa longue carrière médicale, par ses indications touchant l'usage de l'émétique dans quelques variétés de *pulmonie*. M. George doit avoir le cœur bon et généreux : il est reconnaissant

pour tous ceux qui ont fait du bien à l'humanité, et de plus, il se montre d'une grande courtoisie pour tous les médecins qu'il cite, qu'il en approuve ou non les opinions. Sa réserve et son urbanité nous dictent notre conduite : on gagne toujours à être honnête. M. George, d'ailleurs, paraît mû par le seul désir d'être utile, comme il le déclare avec simplicité dans son avertissement; si ses observations, dit-il, contribuent à soulager une partie des maux auxquels l'homme est destiné, son ambition est satisfaite.

M. George nous fait l'effet d'un de ces estimables et dignes praticiens de province, doués d'un tact médical précieux, prescrivant bien, guérissant souvent, mais sachant mal dire ce qu'ils font si bien, et conséquemment plus utiles aux individus qu'ils soignent qu'aux médecins, auxquels ils ne sont pas très-habiles à indiquer la bonne voie, à transmettre les résultats de leur expérience.

M. George veut d'abord prouver que ce qu'on appelle communément fièvre secondaire dans la variole, ou fièvre de suppuration, n'est pas une fièvre; et, pour ce, il met les uns au bout des autres les opinions de divers auteurs qui ont plus ou moins abondé dans ce sens. C'est une ébullition de la constitution, comme dit Sydenham, un tumulte général qui provient bien plutôt du système nerveux que du système vasculaire. Aussi ne faut-il pas saigner, comme dans les véritables fièvres, mais laisser au système vasculaire la force nécessaire pour maintenir l'équilibre.

Après avoir parcouru ces pages, on ne sait réellement pas ce que pense précisément M. George, et l'on ne pourrait le formuler scientifiquement. Cela pouvait se dire cependant en deux mots : pour lui la fièvre secondaire n'est point une fièvre essentielle comme celle de la période prodromique, mais une fièvre symptomatique allumée par les pustules enflammées, puis suppurées. La fièvre des prodromes ne reconnaît point de lésions organiques pour cause, c'est la manifestation dynamique d'un virus qui, introduit dans l'économie, trahit sa présence en allumant la fièvre, en retentissant dans toute l'économie, avant de se trahir, d'autres disent avant de s'éliminer par les lésions locales cutanées spéciales. On est sobre d'antiphlogistiques dans les prodromes parce qu'on veut laisser à l'économie la force nécessaire pour opérer la coction, puis l'élimination du virus. Soustraire la fièvre secondaire à la classe des fièvres essentielles pour n'en faire plus qu'un symptôme, qu'une fièvre engendrée par les pustules, ce n'est point prouver qu'on doive s'abstenir de saignées. Si, dans ce cas, des organes sont vivement compromis par la phlegmasie, si des congestions menacent les parenchymes, ces manifestations morbides devront être réprimées par les moyens usuels en pareilles circonstances : l'économie n'a rien à éliminer, il n'y a point de coction à respecter, et conséquemment les contre-indications ne sont point impérieuses en général. Si, finalement, les praticiens qui ont secoué toute idée préconçue, ne saignent guère dans cette période, c'est parce que l'expérience leur a dicté cette conduite, et si les hommes de l'art qui interrogent les origines et cherchent à remonter au pourquoi des choses, sont tout aussi réservés, ce n'est certes point parce que la fièvre secondaire ne serait qu'une réaction symptomatique.

M. George compare la fièvre variolique secondaire à celle qui existe avec un rhumatisme articulaire. Eh bien! ici, la saignée générale est assez souvent indiquée. Le rhumatisme guéri, dit-il, la fièvre tombe, donc il ne faut pas s'inquiéter de la fièvre ni l'attaquer directement par des antiphlogistiques. Mais, objecterons-nous, si cette médication générale agit sur l'affection locale, certes nous y aurons recours. Or il peut en être de même dans cette période pustuleuse et suppurative de la variole; quelques antiphlogistiques sont quelquefois utiles pour réprimer le molimen inflammatoire qui se porte trop violemment à la peau ou même sur les viscères.

Sans doute l'inflammation et la suppuration des pustules sont une cause puissante de la fièvre secondaire, mais celle-ci reconnaît-elle vraiment cette seule origine? L'arrêt, soit spontané, soit provoqué, de la pustulation, n'amène-t-il pas quelquefois une issue funeste? S'il faut être sobre de saignées dans cette période, c'est donc pour laisser à la nature la somme nécessaire de forces pour procéder au travail d'élimination, c'est, en un mot, parce qu'il y a encore quelque chose d'*essentiel* dans cette fièvre, et non, comme le pense M. George, parce qu'elle serait purement symptomatique.

Assez de théorie : M. George y échoue et nous n'y brillerions pas. Suivons-le dans le champ de la pratique; c'est là que nous le trouvons vraiment utile et bien inspiré.

Et cum pustulæ sunt digestæ, jaceat patiens super farina rizis et fumigetur cum foliis myrti olivarumque, et dessiccabantur.

Les préceptes tirés d'un livre perdu du médecin juif Aaron, qui pratiquait à Alexandrie au septième siècle, sont le point de départ de la thérapeutique de M. Henry George. Dans la variole confluente, le corps n'est plus qu'une immense plaie en suppuration; des brûlures de moindre étendue et bien moins profondes causent journellement la mort. Il faut donc chercher à contenir la pustulation dans de justes limites, et, si elle est déjà arrivée à son entier développement, protéger les surfaces dénudées et accélérer le travail de réparation, de cicatrisation. Or M. George arrive à ces fins par les moyens suivants.

Lors de la pustulation, il entoure le malade d'une poudre absorbante; il a choisi la calamine. Son effet est de restreindre l'inflammation, de dérober au contact de l'air les surfaces dénudées, de permettre la formation rapide de l'épiderme, de s'opposer aux frottements douloureux contre les draps, d'absorber le pus, d'empêcher en grande partie les plaies profondes et les cicatrices difformes, bref de dépouiller la période suppurative des varioles confluentes des périls dont elle est pleine.

Si l'on est appelé quand les pustules sont gonflées de pus, ou quand elles sont arrivées à suppuration sous le cataplasme de poudre absorbante, il faut enlever avec soin la pellicule soulevée par chacune d'elles et saupoudrer la surface dénudée avec la poudre absorbante. La calamine n'est pas sans quelques dangers sur de telles surfaces; une poudre inerte la remplacerait peut-être avantageusement.

Ces principes sont bons, ces moyens constituent un traitement local utile. On avait déjà cherché à arrêter la pustulation de la face par le vigo cum mercurio, par la cautérisation, et celles de tout le corps par leur rupture au moyen de frictions rudes, après ramollissement préalable dans un grand bain. L'indication a donc été saisie depuis longtemps. Reste à savoir quel moyen est le meilleur, le plus inoffensif et le plus efficace à la fois.

Le camphre en poudre, dont le malade serait entouré à l'aide d'un drap, paraît un moyen beaucoup plus efficace encore à M. George. Il semble s'opposer à la confluence de la pustulation et empêcher les cicatrices plus sûrement que les poudres absorbantes. M. George prétend qu'appliqué sur la gorge, il arrête ces angines si douloureuses qui augmentent les souffrances du malade. Enfin il recommande son usage interne, sans insister sur ce point.

Ce n'est point d'aujourd'hui non plus qu'on donne le camphre à l'intérieur dans la variole : *Remedium sine camphorâ in febribus malignis* disait Etmuller, je crois, *est sicut miles sine gladio*. Depuis plus de cinq ans, nous donnons le camphre associé à l'opium dans certains cas de varioles, et M. Worms, médecin principal de l'hôpital militaire du Gros-Caillou, de qui nous tenons cette pratique, assure en tirer des résultats extrêmement remarquables dans les formes les plus graves de variole confluente.

M. George ne s'arrête pas là : les applications camphrées produisent un très-grand bien dans le choléra, dans la fièvre puerpérale et enrayent le tétanos. Certes le camphre est un agent puissant, et l'on n'en a peut-être pas encore obtenu tout ce qu'il peut donner, faute de l'avoir manié assez hardiment; mais M. George s'aventure beaucoup et compromet son remède favori, quand, se basant sur quelques faits rares par lui observés, il étend ainsi un peu précipitamment le domaine de ses indications et le cercle de ses succès.

F. JACQUOT.

VARIÉTÉS.

— CONCOURS POUR UNE PLACE DE PHARMACIEN EN CHEF DANS LES HÔPITAUX DE PARIS. — Ce concours s'est ouvert le 20. Le jury est composé de MM. Buignet, Cap, Grassi, Lutz, Réveil, Gosselin et Bricheteau; suppléants : MM. Robert, Vigla et Quévenne.

La question à traiter par écrit a été ainsi posée : « Théories sur la constitution chimique des sels; Histoire naturelle des coléoptères; préparations pharmaceutiques fournies par la cantharide. »

— ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Le mercredi 22 mars 1854, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration de l'assistance publique, rue Neuve-Notre-Dame, 2, à Paris, pour la nomination à trois places de médecins au bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices.

MM. les docteurs qui voudront prendre part à ce concours devront se présenter au secrétariat de l'administration pour y prendre connaissance des conditions d'admission, et se faire inscrire, du mercredi 22 février courant au 6 mars prochain, à quatre heures de relevée.

Ce concours portera à six le nombre des médecins du bureau central qui seront nommés cette année.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

CONSTITUTION MÉDICALE.

DES MALADIES RÉGNANTES ET DE LA MORTALITÉ EN ANGLETERRE PENDANT LE DEUXIÈME SEMESTRE DE 1853.

Les relevés de la mortalité fournissent des documents qui peuvent servir à éclairer l'histoire des épidémies et des constitutions médicales; mais ce but ne sera atteint qu'à la condition expresse de commenter ces résultats, de les analyser, d'en étudier la portée et de comparer les tableaux nécrologiques aux statistiques des maladies régnantes extraites des registres des divers établissements hospitaliers. Sans ces précautions, on arrive à des résultats qui ne sont pas comparables entre eux, et on n'a plus sous la main qu'une longue suite de faits stériles. Pour faire de l'épidémiologie avec les statistiques mortuaires, il faut s'aider de la clinique, de la pathologie et de l'anatomie pathologique. La clinique précise le diagnostic, établit le caractère et la nature des maladies régnantes, définit leurs complications; la pathologie, étudiant le classement des affections ainsi déterminées, en voit les rapports étiologiques et peut conduire à une classification plus naturelle des maladies; l'anatomie pathologique constate les rapports des lésions avec les symptômes : elle voit quels sont les symptômes sans lésion et quelles sont les lésions sans symptômes.

Ces différentes recherches sont indispensables; mais comment les mettre en œuvre en dehors des grands centres de population, qui ne possèdent même pas encore chez nous un système complet d'enregistrement des décès? Cet enregistrement se fait en Angleterre avec un soin qui n'est égalé nulle part. Quant aux autres conditions, que nous posions tout à l'heure, elles font défaut, et soit difficulté de recueillir les documents, soit embarras pour les mettre en œuvre, les rapprochements que nous indiquons n'ont pas été faits. Nous allons voir pourtant, par l'analyse des rapports sur les mariages, les naissances et les décès du troisième et du quatrième trimestre de 1853, combien il aurait été indispensable de joindre à ces relevés les indications explicatives que nous réclamons.

Dans le troisième trimestre, il y a eu en Angleterre et dans le pays de Galles 92,332 décès; le trimestre correspondant de l'année précédente avait donné 100,497 décès, soit un excédant de 8,165. Cette diminution notable de la mortalité a été observée dans tous les comtés, à l'exception de quelques districts du Durham et du Northumberland. En 1848, dans le même trimestre, immédiatement avant l'invasion du choléra, on a constaté une diminution analogue. Ce premier fait coïncide avec les remarques de la GAZETTE MÉDICALE sur la dépression du chiffre de la mortalité qui précède l'invasion des épidémies cholériques. Dans les districts très-peuplés, comprenant les grandes villes, la mortalité a été à raison de 2,4 pour 100 par an (la moyenne étant de 2,6), et dans les districts ruraux et les petites villes, elle a été à raison de 1,7 pour 100 par an (la moyenne étant de 1,9).

A Londres, le nombre des morts a été de 12,918, chiffre inférieur à la moyenne. Sur ce nombre, les maladies zymotiques figurent pour 3,456, comprenant 1,232 diarrhées et 137 choléras. Le chiffre moyen des diarrhées du même trimestre, dans les années antérieures, est de 1,400; le chiffre du choléra correspond au chiffre moyen des trois années antérieures. Il y aurait donc eu à Londres, dans le troisième trimestre de 1853, au début de l'épidémie cholérique, une diminution des diarrhées, au lieu de cette augmentation considérable des affections diarrhéiques qu'on observe avant, pendant et après les épidémies cholériques. Ces résultats ont besoin d'être interprétés, et c'est ici que doivent intervenir les méthodes dont nous venons de parler. Quand on cherche quelle est la nature des affections comprises dans les statistiques sous le terme vague de *diarrhées*, on reconnaît bientôt que cette unité factice comprend des maladies entièrement différentes : 1° les diarrhées infantiles de nature très-complexe et encore mal déterminée; 2° les diarrhées dyssentériques; 3° les diarrhées des phthisiques; 4° la diarrhée cholérique. Ces espèces, qu'on pourrait multiplier encore, règnent quelquefois isolément, quelquefois combinées l'une à l'autre. Ainsi il n'est pas rare, en temps d'épidémie dyssentérique, de rencontrer chez les phthisiques des lésions intestinales et une terminaison de la maladie qui se rapproche plus de la marche et des symptômes de la dyssenterie que ceux de la tuberculisation. J'en dirai autant de la fièvre typhoïde, du choléra et d'un grand nombre d'autres affections. Comment distinguer ces nuances dans les classifications nécrologiques, et si on ne les distingue pas, quelle confusion ne doit-il pas en résulter dans l'application de la statistique à l'épidémiologie? Remarquons, du reste, ici que si la clinique, la pathologie, l'anatomie pathologique, appliquées d'une manière méthodique à la solution de ces questions, peuvent faire disparaître quelques-unes de ces difficultés, elles ne peuvent certainement pas, à l'heure actuelle, éclairer complétement ce sujet.

Dans le quatrième trimestre de l'année passée, il y a eu en Angleterre 103,341 décès. Ce trimestre se signale par une excessive mortalité, puisque dans les treize dernières années les décès n'ont dépassé que deux fois ce nombre, à savoir, dans les quatrièmes trimestres de 1846 et de 1847, où la mortalité s'est élevée à 108,937 et à 103,479. La moyenne annuelle de la mortalité de 1843 à 1852 est de 2,252 p. 100; la mortalité moyenne du quatrième trimestre de ces dix années est à raison de 2,186 par an, et la mortalité correspondante du trimestre en 1853 s'élève à 2,272.

La capitale a fourni un contingent considérable à ce surcroît de mortalité. En octobre, novembre et décembre dernier, les décès se sont élevés à Londres au chiffre de 16,390, soit un excédant de 2,709 sur les décès de l'année précédente. Les maladies zymotiques, qui revêtent le plus souvent le caractère épidémique, y figurent pour un nombre considérable, et nous en donnons ici les chiffres comparés à ceux du troisième trimestre.

	DÉCÈS du 4e trimestre 1853.	DÉCÈS du 3e trimestre 1853.
Choléra	728	137
Typhus (comprenant les fièvres continues, le typhus fever et la fièvre typhoïde)	724	585
Scarlatine	668	397
Coqueluche	667	426
Diarrhée	565	1232

FEUILLETON.

FRAGMENTS DU JOURNAL D'UN CHIRURGIEN DE MARINE.

PREMIER FRAGMENT. — Tonga-Tabou. — Le prêtre médecin. — Fata-Fao et le chirurgien Vanoua.

(Suite. — Voir le n° 48 de l'année 1853 et le n° 2 de l'année 1854.)

Mais nous avons fait le tour du monde avec le choléra, la peste et l'éléphantiasis des Arabes, mauvaise compagnie de laquelle nous avons hâte de sortir, pour nous retrouver dans la fraîche habitation de Vanoua, qui nous attend avec sa petite clinique.

Vanoua avait, comme Fata-Fao, un charmant enfant, éveillé et gracieux, souple comme un cygne, alerte comme un écureuil, qui, perché sous les feuilles pleureuses et pendantes d'un casuarina, nous jetait des graines et des fleurs. A un signe de son père, il descendit, et le pauvret se prêta de la meilleure grâce du monde à une démonstration chirurgicale. Vanoua voulait me faire voir comment il faisait ses scarifications, moyen auquel il a recours pour une foule de maladies. A l'aide d'une coquille tranchante de trident, il pratiqua très-dextrement une demi-douzaine de petites incisions parallèles et assez rapprochées, sur le bras de l'enfant qui ne pouvait s'empêcher de pincer les lèvres de temps en temps. Le chirurgien allait continuer, quand je lui fis comprendre que c'était assez, et que j'étais complétement édifié sur sa manière de faire et sur son habileté. Il provoqua l'issue du sang à l'aide de pressions et en recommandant au patient de contracter les muscles du bras. Un petit miroir paya la bonne volonté du pauvre enfant, qui, tout sanglant, poussa un cri de joie, et alla tout content s'ébattre sur un tertre voisin, non sans se mirer vingt fois avec une coquetterie de jeune fille.

Un adolescent, maigre et chétif, aux chairs blafardes, aux lèvres grosses, à l'œil bleuâtre et opalin, lymphatique et scrofuleux en un mot, se tenait dans un coin. Vanoua me fit voir une tumeur blanche du genou droit, sur laquelle il avait pratiqué à maintes reprises, mais sans succès, de nombreuses scarifications. Il voulait tenter la guérison par un autre moyen vraiment très-rationnel et point du tout sauvage, par les moxas. Ceux-ci étaient faits avec de la bourre de cocos bien sèche, fine, roulée en forme de petits cylindres serrés, feutrés; ils brûlèrent bien, un peu vite cependant, et laissèrent des escarres suffisamment profondes. Il en posa deux sur la partie la plus saillante de la tumeur, et pansa la plaie avec je ne sais quelle pulpe végétale étendue sur des feuilles qui furent fixées en place à l'aide de liens en bourre de cocos. Les moxas avaient été maintenus sur la partie en les passant dans une plaque de coquille perforée pour les recevoir, moyen assez simple et ingénieux. Si nous ne nous trompons, les Tongataboutiens appellent *tafa* les scarifications et *tapa* les moxas.

Le même adolescent portait sous l'aisselle un volumineux abcès recouvert d'une mince peau bleuâtre, toute prête à se rompre pour donner issue au pus.

On voit que le chiffre des diarrhées a encore diminué d'une manière notable dans le quatrième trimestre, pendant que le choléra exerçait ses ravages, ce qui prouve bien que ces affections diarrhéiques ne relèvent point du choléra et dépendent probablement des dyssenteries automnales, souvent bien plus graves que la diarrhée cholérique. Celle-ci en effet, alors même qu'elle a sévi d'une manière épidémique, peut quelquefois ne pas figurer dans le contingent de la mortalité, à cause de son extrême bénignité.

Tandis que dans les districts populeux, comprenant les grandes villes du royaume, la mortalité a été considérable, les districts ruraux, où la population est clair-semée n'ont pas présenté d'excédant de mortalité. Dans la première catégorie, 117 districts ont fourni une mortalité annuelle de 2,778 p. 100, la mortalité annuelle moyenne pour ce trimestre pendant les dix dernières années ayant été de 2,634. Dans les 507 districts de la seconde catégorie, la mortalité a été de 1,911 p. 100, la moyenne étant de 1,905.

L'excédant de mortalité du quatrième trimestre ne se répartit pas également dans toutes les parties du territoire. Dans les districts du sud-est, du sud et du sud-ouest, les décès n'ont pas dépassé la moyenne d'une quantité sensible, à l'exception de quelques villes, Exeter et Chippenham, où la scarlatine et le typhus ont fait des ravages. Il en est de même des districts d'York, à l'exception des grandes villes telles que Bradford, Sheffield, York, Doncaster, où la scarlatine et la rigueur de la saison ont élevé le chiffre des morts.

Dans les districts du centre ouest et nord et dans ceux du pays de Galles, la mortalité a, au contraire, dépassé la moyenne. Dans les comtés de Stafford et de Warwick, la scarlatine a fait de grands ravages, ainsi qu'à Fenton ; à Sedgley, on a compté 316 décès, chiffre dépassant la moyenne de 123. et sur ce nombre la scarlatine figure pour un total de 149, ou à peu près la moitié du nombre total des décès. A Wolverhampton, on compte 860 décès, soit 103 au-dessus de la moyenne; à Bronswich, 540 décès, dont 100 d'excédant; à Dudley et à Birmingham, 1,032 et 1,444, ou plus de 300 au-dessus de la moyenne dans chacune de ces villes. La scarlatine figure pour un contingent considérable dans tous ces chiffres. Cette affection, dont nous avons déjà noté l'existence dans le trimestre précédent, s'est étendue à un plus grand nombre de localités et a acquis une gravité inaccoutumée dans le quatrième trimestre où elle s'est étendue dans la partie montagneuse du pays de Galles, à Cardigan, Wrexham, Ruthin, Corwen. Dans les districts du nord, la mortalité a été inférieure à celle du trimestre précédent, et c'est cependant dans cette région que le choléra a atteint un plus grand nombre de localités.

La distribution géographique et la statistique du choléra en Angleterre pendant le dernier semestre de 1853 doit nous occuper en dernier lieu. L'épidémie qui vient de disparaître s'est montrée d'abord dans les villes du littoral, comme les deux épidémies précédentes. Elle aurait débuté à Londres le 20 août, tandis que l'invasion des épidémies antérieures ne remonte pas au delà des mois d'octobre 1848 et 1831.

Le tableau suivant donne une idée exacte de la mortalité cholérique et de la distribution de l'épidémie dans les deux trimestres :

TROISIÈME TRIMESTRE.

Londres.	137 décès.
Newcastle-U.-T. . . . . } Gateshead, etc. . . . . . }	2,000

QUATRIÈME TRIMESTRE.

Stockton	13 décès.	Bedlington.	13 décès.
Bishop Auckland. .	10	Cockermouth	44
St-Nicolas (Durham).	6	Newcastle	x
Easington.	3	Londres	728
Helton-le-Hole . . .	7	Plymouth	44
Sunderland.	18	Stoke Damarel. . . .	x
Wistoc	15	Redruth	32
Gateshead	94	Holbeach.	9
Tynemouth.	124	Liverpool	t63

On voit qu'à part la mortalité considérable de Newcastle et de Gateshead, dans le troisième trimestre, toutes les autres localités, et nous n'en excepterons même pas Londres, n'ont présenté qu'un petit nombre de décès cholériques. L'épidémie cholérique est donc étrangère, en Angleterre comme chez nous, à l'augmentation considérable de la mortalité, elle s'est montrée dans plusieurs localités que nous ne mentionnons même pas ici, parce qu'elle y a sévi sous la forme bénigne de diarrhées cholériformes, et n'a donné lieu à aucun décès; telles sont les villes de Westham et de Downham, où la diarrhée a été épidémique, cholériforme ou accompagnée de choléras légers.

La détermination des espèces morbides, telle que nous venons de la définir, ne constitue encore qu'un premier degré de l'étude des épidémies; l'analyse des causes vient ensuite, et elle comprend en première ligne l'étude des modificateurs hygiéniques. Les documents que nous avons sous les yeux nous fournissent à ce sujet des données qu'il est important de mentionner.

Dans le troisième trimestre, le prix des différentes substances alimentaires a été beaucoup plus élevé que dans le trimestre correspondant de 1852 ; le blé a éprouvé une hausse de 26 p. 100, les pommes de terre de 31 p. 100, la viande de mouton et de bœuf de 23 à 24 p. 100. Il est nécessaire d'ajouter que le prix des salaires a été élevé pour les différentes professions, et qu'en même temps le travail du laboureur et de l'ouvrier a été plus demandé.

Dans le quatrième trimestre, le prix des denrées alimentaires et des moyens de chauffage s'est encore élevé. La hausse du blé a été de 73 p. 100, celle des pommes de terre de 43 p. 100. L'activité du commerce et de l'industrie, et l'accroissement du chiffre des salaires ont seuls permis à la population laborieuse de faire face à cette augmentation du prix des matières de première nécessité.

THOLOZAN.

Il s'agissait de l'ouvrir avec la coquille tranchante; mais le patient, après la douleur de deux moxas, ne se souciait pas d'une nouvelle épreuve. Vanoua ne se tint pas pour battu; il feignit d'explorer la tumeur et la fendit adroitement à l'improviste. Un flot de pus sanieux s'en échappa aussitôt. Il nous a semblé que le chirurgien désignait par le nom de *kaouso* ces incisions destinées à ouvrir un passage à la suppuration; peut-être ce mot s'applique-t-il à toute incision en général.

Cette opération faite à l'improviste, à la volée pour ainsi dire, n'a pu nous donner une idée de l'art et des précautions avec lesquels procèdent les chirurgiens de Tonga. Mariner rapporte un fait qui dénoterait beaucoup d'habileté et plus de hardiesse peut-être encore.

La pointe barbelée d'une flèche était entrée dans le thorax, entre la cinquième et la sixième côte, à droite, et le roseau qui porte la lance s'était rompu, de sorte que rien n'apparaissait au dehors et qu'un roseau, employé en guise de sonde exploratrice, ne rencontrait même point le corps étranger. Une incision fut pratiquée. Le chirurgien fit l'extraction de la flèche en s'aidant d'un roseau, et le malade guérit parfaitement en six semaines. Certes ce serait là un beau cas, même chez nous; car, d'après la description de Mariner, il s'agissait très-probablement d'une plaie pénétrante de poitrine.

Le roseau joue un grand rôle dans l'arsenal du chirurgien de Tonga-Tabou; Vanoua nous en fit voir qui, taillés de plusieurs façons, servaient de sonde et même de bistouri. Il est probable que le roseau n'est appelé à remplir ce dernier office que dans les circonstances où la peau amincie n'offre pas grande résistance; la coquille aiguisée nous semble préférable en général, mais, taillée en forme d'aiguille mince et longue, elle serait probablement trop cassante, et l'opérateur risquerait de laisser un nouveau corps étranger dans les chairs qu'il entame avec ce fragile instrument.

Vanoua tira d'un coffret un autre instrument qu'il débarrassa avec lenteur et précaution des morceaux de fine natte qui l'enveloppaient; il y mettait tant de solennité qu'on eût dit un évêque se disposant à montrer de saintes reliques. C'était en effet son instrument le plus précieux, un morceau unique en son genre, dont il nous fit un pompeux éloge, en ayant soin, par son redoublement de lenteur, d'exciter davantage encore notre curiosité, déjà fortement éveillée. Le manche sortit le premier, comme une momie, de dessous les nombreuses bandelettes enroulées autour de la relique de ce bon Vanoua; et c'était certes un fort joli manche en bois de casuarina, bien travaillé, bien fouillé, sculpté en bizarres arabesques et terminé par un dieu, nous dirions mieux par un vilain magot, ouvrant une large bouche et posant ses poings sur les hanches, comme une dame de la halle en train de débiter de jolies choses aux acheteurs. Je fis un mouvement d'impatience; mais Vanoua, qui s'amusait probablement de ma curiosité ou qui ne voulait pas qu'on agît si cavalièrement avec son petit trésor, n'en alla pas plus vite, et s'arrêta même un instant pour nous vanter les mérites de son instrument mirifique. Il servait à ouvrir les tumeurs et à pratiquer des incisions; mais la crainte d'user, de dégrader ou de perdre cet instrument unique, l'avait fait jusqu'alors réserver pour les cas graves et exceptionnels; le Toui-Tonga et quelques Eguis de haut parage avaient seuls l'honneur et le privilége d'avoir leur peau entamée par cet instrument, dans les cas chirurgicaux ordinaires.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR LES FISTULES PULMONAIRES CUTANÉES (lu à l'Académie de médecine); par M. E. BOUCHUT, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Sainte-Marguerite, membre de la Société de biologie.

On sait combien sont fréquentes les perforations du poumon, qui laissent à leur suite des communications fistuleuses avec les bronches ou avec la cavité pleurale. Traumatiques ou organiques, primitives ou secondaires, elles constituent, à divers degrés, des accidents redoutables, souvent mortels, mais quelquefois salutaires lorsqu'ils sont le moyen employé par la nature pour rejeter au dehors un produit étranger inclus dans l'organisme. Ce sont là des fistules pulmonaires *pleurales* et *bronchiques*, dont la description ne laisse plus rien à désirer aujourd'hui et qu'on retrouve jointe, comme un complément nécessaire, à la description de certaines maladies du poumon, notamment de l'hydropneumothorax et des vomiques.

Il est une troisième variété de perforation pulmonaire beaucoup moins étudiée que les deux précédentes, c'est la perforation qui, à l'aide d'un trajet fistuleux, met en communication l'intérieur du poumon avec le tissu cellulaire sous-cutané du thorax et avec l'air extérieur lorsque la peau a été secondairement détruite par l'ulcération. Cette perforation est le point de départ des *fistules pulmonaires cutanées*. J'ai eu l'occasion d'en observer plusieurs sur le vivant et sur le cadavre: les unes étaient ouvertes sous la peau, les autres à sa surface et communiquant avec l'air extérieur. Comme ces faits sont rares et qu'il s'y rattache des particularités médico-chirurgicales fort importantes, j'ai cru devoir les réunir à ceux qui existent déjà dans la science pour en faire une étude attentive, et je viens en soumettre le résultat de mes recherches.

J'étudierai dans l'ordre suivant, d'après l'analyse de 23 faits, les causes, les caractères extérieurs, le diagnostic et le traitement de ces fistules.

Les fistules cutanées du poumon sont le résultat ordinaire de l'évolution des tubercules dans la phthisie pulmonaire, du ramollissement de ces tubercules, de l'adhérence des poumons aux parois de la poitrine, de l'ulcération régulière de ces parois, de l'amincissement de la peau et de son ouverture extérieure par ulcération. Ainsi en a-t-il été dans les observations de Foubert (MÉM. DE L'AC. DE CHIR.), de M. Voisin (REV. MÉD., 1831), de M. Velpeau (ANATOMIE CHIRURGICALE, abcès de l'aisselle), de M. Raciborski (BULLET. DE L'ACAD. DE MÉD., 1841), de M. Forget (même bulletin, 1845), de M. Grapin (ARCH. DE MÉD., octobre 1844), de M. Martin Magron dans une observation qu'il m'a communiqué, de M. Lebert (PHYSIOL. PATHOLOG.), de M. Rayer et de M. Fouquier (communication orale), de M. Andral dans son COURS DE PATHOLOGIE; ainsi ai-je vu se former ces fistules chez deux sujets dont je rapporte ici les observations.

FISTULE PULMONAIRE SOUS-CUTANÉE; ABCÈS MULTIPLES DU POUMON (*sans doute des cavernes tuberculeuses*).

OBS. I. — Un homme de 30 ans eut un crachement de sang à la suite d'une fluxion de poitrine, dont il fut mal guéri, il y a environ trois ans. Ce crachement de sang était accompagné d'une toux fréquente, d'une fièvre plus ou moins forte, selon le régime ou la conduite qu'il observait. Tous ces accidents n'ont pu être détruits par tous les remèdes les mieux indiqués; enfin le malade a craché du pus, et est tombé dans le marasme. C'est dans cette situation, environ deux mois avant sa mort, qu'en observant toutes les parties extérieures de sa poitrine, je remarquai que lorsqu'il toussait, il se formait une tumeur grosse comme un petit œuf de poule entre le cartilage xiphoïde et le rebord cartilagineux de la dernière des vraies côtes et des deux premières des fausses. J'observai qu'en comprimant avec la main cette tumeur, lorsque le malade toussait, ma main était poussée comme elle l'eût été par quelque partie qui aurait formé une hernie en cet endroit-là; ce qui fit croire à quelques praticiens qui voyaient le malade que c'était effectivement une hernie de l'estomac. Cependant j'eus de la peine à me persuader que c'en fût une, parce que j'apercevais constamment une espèce d'ondulation, qui me fit soupçonner que c'était plutôt une tumeur humorale qui pouvait être produite par la suppuration du poumon. Ce soupçon, qui me paraissait assez bien fondé, m'aurait engagé à faire l'ouverture de cette tumeur, s'il n'y avait pas eu sur cette maladie des avis différents, et si le malade n'avait pas été dans un état d'épuisement qui rendait l'opération trop douteuse; il survint un dévoiement qui le fit périr bientôt après.

Je fis l'ouverture de son cadavre. J'ouvris avec précaution le côté droit de la poitrine, en séparant quatre ou cinq côtes du sternum sans intéresser le diaphragme et le médiastin; le poumon était adhérent de ce côté-là dans toute sa circonférence. Je fis plusieurs incisions dans la substance de ce viscère, où je trouvai plusieurs endroits en suppuration; je trouvai entre autres un abcès fort considérable, qui répondait précisément vis-à-vis du lieu où se formait la tumeur; il était placé sur le diaphragme, et borné à sa partie gauche par le médiastin. Je détruisis toute la substance du poumon, et je nettoyai le diaphragme et le médiastin, dans cet endroit, de toutes les parties du poumon qui avaient contracté des adhérences. Je poussai ensuite avec les doigts de la main gauche de la portion du diaphragme entre le cartilage xiphoïde et le rebord cartilagineux dont j'ai parlé, et il parut en dehors une tumeur à l'endroit où était placée celle qu'avait le malade. Je portai la pointe de mon bistouri dans la tumeur que j'avais formée avec mes doigts, précisément entre les cartilages des vraies et des fausses côtes, afin de conduire mon instrument le long du cartilage que forment par leur réunion la dernière des vraies côtes et les deux premières des fausses. J'entrai avec facilité dans la poitrine; je fis même une ouverture assez grande pour y porter le doigt.

Cette observation m'a rappelé quelques autres cas où j'ai vu de semblables tumeurs dans des gens morts de suppuration du poumon; et comme il pourrait arriver que les malades se trouvassent en meilleur état que celui dont je viens de parler, ne pourrait-on pas ouvrir de pareils abcès, et leur sauver la vie? Je crois que l'exemple que je rapporte suffit pour faire comprendre la possibilité de l'opération et déterminer à la faire lorsqu'on pourra se flatter de quelque succès. (MÉM. DE L'AC. DE CHIRUR.)

FISTULE PULMONAIRE CUTANÉE.

M. Voisin a rapporté l'histoire suivante observée dans le service de M. Lugol, à l'hôpital Saint-Louis, et publiée dans la REVUE MÉDICALE.

OBS. II. — Un jeune homme, né de père inconnu et d'une mère bien constituée, ayant atteint l'âge de 18 ans malgré de nombreuses bronchites survenant tous les hivers, malade depuis dix-huit mois, est entré à Saint-Louis, salle Saint-Jean, n° 5, le 24 janvier 1831.

J'étais enfin à bout de patience... Je tendis la main en m'avançant vivement vers Vanoua, qui, compatissant pour moi en craignant pour sa relique, la débarrassa de ses derniers langes, et me laissa voir... un vieux et laid grattoir d'acier, usé par la pierre, un de ces vulgaires et larges grattoirs qu'on monte sur un manche de bois dans lequel ils rentrent en se cachant dans une coulisse. Quelle déception! Et néanmoins, en y réfléchissant bien, Vanoua avait raison; car un instrument de fer, métal que ne produisent point les îles polynésiennes, est assez supérieur aux coquilles tranchantes, aux roseaux taillés et à la serpentine pour mériter ce culte et ces honneurs. Vanoua tenait ce grattoir d'un baleinier, et l'avait acheté pour six paniers de bananes et un cochon. Je promis à mon excellent hôte de lui donner quelque chose de mieux, et lui destinai une lame de bistouri droit que j'avais cassée en deux et que je ne pensais certes pas être encore un objet si précieux. Peut-être quelques confrères retrouveront-ils un jour, dans le coffret de Vanoua, s'ils vont le visiter à sa case, mon fragment de lame enchâssé dans un manche artistement travaillé, et enveloppé dans une foule de linge et de bandelettes, comme le grattoir du baleinier.

Nous aurons bientôt terminé la clinique de notre confrère sauvage; nous l'avons vu expérimenter sur son fils et traiter l'adolescent scrofuleux; il ne reste plus que deux sujets dans la case du chirurgien de Tonga.

L'un est un enfant porteur d'une conjonctivite aiguë; Vanoua le pansa avec le suc acide du Spondias, et nous dit que ce jus amer du Baulo est également un topique efficace.

Un homme d'un âge mûr attendait son tour. Vanoua nous fit voir qu'il n'avait plus qu'un testicule; l'autre glande séminale, dégénérée sans doute, avait été coupée au-dessous d'une ligature pratiquée avec un fil de bourre de coco. Cette opération se nomme *boka*.

Il est une autre et singulière opération que nous n'avons pu bien comprendre, malgré les longues explications que Vanoua nous répéta cinq ou six fois avec commentaires et éclaircissements. Cette opération, nommée *toko-losi*, est empruntée aux Vitiens, les voisins mélanésiens de Tonga, et consisterait dans une sorte de séton passé dans l'urètre même. On l'emploie comme révulsif dans les cas de *guita* ou tétanos, affection qui n'est point rare dans ces îles, dans les blessures du bas-ventre, dans l'état d'allanguissement et d'épuisement du système nerveux, enfin dans le *momoko*, sorte de marasme, de phthisie, qu'il nous est impossible de désigner plus explicitement.

Nous en étions là lorsque le petit garçon entra tout effarouché, et, au même instant, nous vîmes paraître à la porte la tête de Fata-Foa qui, après avoir invectivé les gens de la maison, venait lancer un regard menaçant à notre nouvel ami Vanoua. Je me précipitai à la porte pour lui parler, mais il s'enfuit sans se retourner, et disparut bientôt sous les bananiers.

Averti qu'on partirait probablement le lendemain, je prolongeai ma visite à Vanoua, bien résolu à faire encore un tour sur les bords de la délicieuse lagune, à interroger de nouveau le chirurgien sur son art et à ne rentrer que dans la nuit à mon bord. Les nuits étoilées de Tonga sont si belles avec leur douce clarté tombant d'une voûte sans nuages, et tamisant à travers les déchiquetures des cocotiers sur les cases paisibles et sur les gazons toujours fleuris!

Il avait pendant cette période séjourné trois mois dans le service de M. Breschet, où il était venu pour une tumeur placée dans le côté gauche du cou. Ce chirurgien crut devoir l'ouvrir à l'aide du bistouri, d'où une fistule pulmonaire cutanée persistante, et traitée comme une plaie simple par du cérat et des cataplasmes émollients.

Il vint à Saint-Louis avec cette fistule, placée au-dessus de la clavicule gauche, au milieu du triangle formé par cet os, le sterno-mastoïdien et par le scalène antérieur. Au moment de la toux, du pus sortait mélangé avec de l'air. Un stylet pénétrait par son propre poids à 4 pouces de profondeur.

D'ailleurs ce malade toussait beaucoup, suait la nuit et avait de la diarrhée. Il n'avait jamais eu d'hémoptysie. Il n'y avait pas d'expectoration buccale; les matières sortaient par la fistule. La région sous-claviculaire était obscure et vibrait comme un pot fêlé. La voix y retentissait avec ce timbre connu sous le nom de pectoriloquie, et du gargouillement s'entendait à distance.

Bientôt le pus devint fétide, ainsi que l'haleine; il sortait de la fistule chaque jour avec plus d'abondance, de force et de bruit. On entendait l'air s'échapper à cinq ou six pas du malade. Il éteignait dans son courant la flamme d'un papier et n'était pas lui-même inflammable. Les forces s'épuisèrent ainsi, et au bout de six mois, le 16 juin, cet individu succombait dans un état de consomption très-avancé.

L'autopsie permit de constater l'adhérence du poumon gauche à la paroi thoracique et la présence d'une énorme caverne dans son lobe supérieur. Cette caverne énorme, remplie de pus jaune, bien lié, très-fétide, est tapissée par une membrane grisâtre, mollasse, percée de trous par les ouvertures de quelques bronches et pour sa communication avec la fistule cutanée qui est au-dessus du sternum.

Sa paroi antérieure est formée par les parois du thorax altérées; la première côte a perdu par la carie un pouce de son étendue, et les deuxième, troisième et quatrième côtes sont superficiellement érodées.

Le lobe inférieur de ce poumon renferme des granulations tuberculeuses miliaires assez multipliées.

Dans le poumon droit existaient d'autres granulations tuberculeuses, un gros tubercule superficiel pleural, dit M. Voisin, et comprimant le sommet du poumon; enfin des abcès, remplis de pus compact, le long de la colonne vertébrale, et correspondant à des caries de plusieurs vertèbres dorsales.

FISTULE PULMONAIRE SOUS-CUTANÉE.

Obs. III. — M. Velpeau, dans son Anatomie chirurgicale, cite à l'occasion des abcès de l'aisselle le fait d'un homme ayant un vaste foyer de la région axillaire, qui mourut dans son service, et chez lequel on trouva une communication entre ce foyer extrapectoral et une caverne pulmonaire tuberculeuse.

FISTULE PULMONAIRE SOUS-CUTANÉE.

Obs. IV. — M. Raciborski a observé un phthisique chez lequel se trouvait dans le dos, en dedans de la fosse sous-épineuse, une tumeur molle soulevée dans les mouvements d'expiration et de toux. Elle était en même temps le siége d'un gargouillement très-prononcé dans les quintes de toux. (Bull. de l'Acad. de méd., 1841, 1er juin.)

FISTULE PULMONAIRE CUTANÉE.

Obs. V. — M. Forget a rapporté l'observation d'un phthisique chez lequel une tumeur, d'abord indolente et molle, avait mis deux mois pour acquérir le volume d'un œuf, rougir, s'amollir et devenir très-douloureuse dans les efforts de la toux.

Cette tumeur était placée à la partie moyenne des septième et huitième côtes; elle offrait 6 centimètres en tous sens et elle était peu saillante, d'un rouge livide, molle, fluctuante, avec crépitation emphysémateuse. Réductible à une pression modérée, elle rentrait dans le thorax avec un bruit de gargouillement analogue à celui qui accompagne la réduction de la hernie entérocèle. Cette manœuvre ne provoquait ni toux ni crachats, mais seulement des éructations. La toux la faisait reparaître; mais il ne s'y passait rien de particulier dans les simples mouvements respiratoires.

En palpant à travers ces téguments amincis, on trouvait les deux côtes sous-jacentes dénudées et rugueuses. Le contour de la tumeur était constitué par un bourrelet de tissu cellulaire induré. La percussion, pratiquée à la périphérie de l'abcès, donnait ordinairement un son normal, quelquefois sensiblement humorique ou même tympanique, mais dans une zone bien étroite; l'auscultation n'y faisait percevoir que quelques râles muqueux sans gargouillement.

La tumeur s'ouvrit enfin naturellement. Du pus mêlé de bulles d'air sortait par l'orifice fistuleux, qui se fermait et s'ouvrait alternativement. C'était un abcès communiquant avec une caverne pulmonaire; car un stylet pénétrait à plusieurs centimètres de profondeur dans le poumon.

A la mort du malade, on trouva plusieurs côtes cariées, le poumon, adhérent dans toute son étendue, farci de tubercules à divers degrés, rempli de cavernes, dont l'une communiquant avec la fistule cutanée par un trajet assez étendu. (Bull. de l'Acad. de méd., t. II, p. 46, 1845.)

FISTULE PULMONAIRE CUTANÉE.

Obs. VI. — Un homme de 42 ans, cordonnier, depuis longtemps malade, toussant beaucoup, crachant abondamment des matières épaisses, puriformes, ayant craché du sang à plusieurs reprises, portait plusieurs cavernes tuberculeuses disséminées dans le poumon droit.

L'une d'elles, fort superficielle, contracta des adhérences avec la paroi antérieure du thorax, entre la sixième et la septième côte; il en résulta un abcès thoracique qui s'ouvrit à l'extérieur, et consécutivement une fistule pulmonaire cutanée par où sortait l'air dans l'expiration. Quand on faisait tousser le malade, le courant était si violent qu'il pouvait facilement éteindre la flamme d'une bougie. On pouvait introduire dans cette caverne un stylet jusqu'à 7 et 8 centimètres de profondeur. M. Martin Magron donna des soins pendant deux ans à cet homme, qui continuait de travailler aux objets de sa profession, et qui traîna encore quatre ou cinq années avant de mourir. (Communiquée par M. Martin Magron.)

FISTULE PNEUMO-PLEURO-SOUS-CUTANÉE.

Obs. VII. — M. de Castelnau a publié dans les Archives, t. XII, p. 330, 1841, l'observation d'un empyème vidé dans les bronches, et dans lequel on vit l'air traverser la plèvre costale pour arriver jusque sous la peau du mamelon (1).

Quelques jours après, une tumeur d'un pouce de diamètre, un peu rouge, douloureuse, non fluctuante, se montrait un peu en dedans du mamelon. Bientôt cette tumeur augmenta jusqu'à 2 pouces de diamètre, et faisait entendre de la crépitation dans les mouvements d'inspiration et de toux, ainsi que par la pression des doigts. Cette tumeur était réductible; elle diminua peu à peu, et au bout de quinze jours elle avait disparu, laissant après elle un vague sentiment de douleur locale.

Le malade mourut. Il avait un empyème, et les parois de la poche étaient tapissées par une fausse membrane couverte de pus.

A l'endroit où existait la petite tumeur observée pendant la vie, les cartilages des quatrième, cinquième et sixième côtes sont à nu; celui de la cinquième est même érodé. Une érosion semblable existe également à la deuxième

(1) Dans ce cas, la fistule du poumon était, chose rare, ouverte dans la cavité pleurale, et consécutivement sous la peau du thorax par une seconde ouverture.

Nous errâmes quelques heures sur les petits tertres qui dominent la lagune, puis nous rentrâmes chez Vanoua, où nous attendait une collation dont les bananes, les fruits d'arbres à pain et des coquillages firent tous les frais. Je recueillis encore quelques détails sur la chirurgie indigène. Vanoua pratique pour les entorses des manœuvres et massages pareils à ceux de nos rebouteurs; il réduit les luxations et connaît l'extension et la contre-extension; il remet aussi les fractures et maintient les fragments immobiles à l'aide d'éclisses appliquées sur un feutrage de bourre de cocos recouvrant le membre, et maintenues par de petites cordes. Ces détails sont bien incomplets sans doute, mais, pour en mieux parler, il aurait fallu être témoin de ces pansements et de ces manœuvres.

Vanoua nous fit voir quelques vases de bois ou de coco où il conservait certaines drogues, entre autres une huile qu'on emploie en frictions dans les cas de douleurs rhumatismales ou à la suite de chute, de contusion, etc.; puis des sucs végétaux amers destinés à panser les plaies ou ulcères qu'il appelait *kahi et pala*; enfin notre hôte nous vanta les vertus émollientes de la pulpe de canne à sucre et son efficacité pour réprimer l'inflammation qui se développe à la suite des blessures par instruments tranchants. Ce fait nous rappela une scène intéressante qui s'est passée lors d'un voyage de Cook. Un insulaire avait reçu de si près un coup de fusil chargé à dragées, qu'il fut mis dans le plus piteux état, de sorte que le capitaine même, qui avait ordonné cet acte violent, se prit à s'attendrir, chose assez rare à cette nature ferme, mais un peu dure. Un chirurgien anglais fut chargé de panser le patient, et il allait se servir de pâte de bananes, quand les insulaires lui apportèrent des cannes à sucre dont ils tirèrent la pulpe, remède bien plus efficace que la banane, d'après leur expérience. Le chirurgien anglais se conforma à leurs désirs. Les bons insulaires, si malmenés par Cook, se montraient très-reconnaissants des soins donnés à leur compatriote, et les femmes surtout s'attendrissaient jusqu'aux larmes. Forster, historien du voyage et narrateur de cette scène, conte que l'amie du chirurgien, dont il trace un portrait plus flatteur, plus complaisant que s'il eût décrit un bel insecte doré, animal qu'il prise moins probablement, Forster conte que cette belle amie de notre confrère anglais lui prodiguait toutes les marques possibles de reconnaissance, de tendresse et d'affection. Il paraît que les graves marins de Cook avaient chacun leur amie. Cela ne nous regarde point. Mais le fait est qu'à Tonga on a souvent des motifs pour s'écarter de la compagnie de ses hôtes, le soir et la nuit surtout.

La nuit était tombée, et je me promenais très-décemment en société de Vanoua et d'une partie de sa famille. Dans un bosquet assez sombre, auprès d'une case d'assez pauvre apparence, se tenait, à la lueur de torches fumeuses, un groupe de femmes affairées. Nous nous approchâmes, dans l'ombre des bois, sans être remarqués : c'était Fata-Fao, toujours Fata-Fao, qui tenait une hache de pierre levée sur un enfant; l'instrument s'abattit, coupa un doigt au patient, et les cris des femmes redoublèrent. Je ne compris rien à cette scène sanglante, mais mon Outougamiz me faisait horreur. Je crois qu'au lieu de nourrir mon manitou avec son sang, comme l'ami de René, il eût plutôt versé le mien par cruauté et par jalousie. J'entraînai Vanoua qui ne se fit pas prier, mais Fata-Fao nous aperçut et jeta une insulte au pauvre chirurgien.

Cette mutilation n'avait pourtant rien que de très-naturel, comme me l'ap-

côte. En arrière, dans toute la partie inférieure de la cavité, on voit à nu les nerfs intercostaux, qui sont disséqués par l'ulcération. Au niveau du point où était la tumeur, on ne peut pas retrouver de communication avec le tissu cellulaire sous-cutané. Dans toute l'étendue correspondante à cette tumeur, ce tissu est induré et comme cartilagineux dans l'épaisseur de 2 millimètres.

FISTULE PULMONAIRE SOUS-CUTANÉE, AVEC EMPHYSÈME DU TISSU CELLULAIRE.

Obs. VIII. — M. Rayer a soigné dans la ville, avec M. Fouquier, un homme d'une quarantaine d'années, phthisique, et qui mourut de la manière suivante :

Vers la fin de la maladie, le côté gauche du cou augmenta insensiblement de volume, et la face elle-même devint bouffie. Ces parties étaient le siége d'un *emphysème sous-cutané*, caractérisé par une crépitation fine qui s'étendit bientôt à toute la partie supérieure gauche de la poitrine. Les accidents durèrent ainsi pendant cinq jours, et la mort seule les empêcha d'augmenter ou de s'accroître.

Il eût été fort avantageux sans doute de faire l'autopsie de ce malade ; mais le diagnostic de la phthisie tuberculeuse étant bien établi, on ne peut avoir de doutes sur la cause de l'emphysème sous-cutané du col, qui, partant de la région sus-claviculaire, s'étendit à la face et à la partie supérieure de la poitrine. Il me paraît probable que, chez ce malade, une caverne placée au sommet du poumon gauche aura contracté des adhérences avec le sommet de la cavité pleurale ; qu'un travail d'ulcération aura détruit les parties en creusant ainsi jusqu'à la région sus-claviculaire, et que là, dans le tissu cellulaire sous-cutané, l'air aura trouvé un chemin pour s'étendre au cou et aux parties environnantes. C'est donc à une *perforation pulmonaire* tournée du côté de la peau qu'il faut attribuer les accidents offerts par ce malade ; c'est ce que j'appelle une fistule pulmonaire sous-cutanée.

FISTULE PULMONAIRE CUTANÉE.

Obs IX.—M. Rayer a eu, dans son service à la Charité, un homme phthisique qui présenta une tumeur des parois thoraciques qui s'ouvrit et donna lieu à une fistule pulmonaire cutanée. La communication avec le poumon était des plus évidentes ; l'air qui s'échappait de l'ouverture sortait avec assez de violence pour éteindre la flamme d'une bougie. Ce malade mourut. L'autopsie a été faite; mais les notes recueillies à cet égard ont été perdues, et il ne me reste plus que cette communication orale succincte de M. Rayer. C'est un fait qu'il faut ajouter aux autres, mais dont on ne peut profiter autrement.

FISTULE PULMONAIRE CUTANÉE, AVEC EMPHYSÈME DU TISSU CELLULAIRE.

Obs. X. — M. Andral cite dans son cours l'observation d'un homme tuberculeux chez lequel une perforation pulmonaire, communiquant sous la peau du thorax, avait déterminé un emphysème sous-cutané très-étendu.

FISTULE PULMONAIRE CUTANÉE TROUVÉE SUR UN CADAVRE.

Obs. XI. — Je disséquais à Clamart en 1838, lorsqu'il me vint pour sujet d'études le cadavre d'un homme ayant une large plaie sous la clavicule gauche ; elle me parut être le résultat d'un cautère. En m'exerçant à la percussion, j'entendis, dès le premier choc, l'air sortir de cette plaie, entraînant avec bruit quelques particules de liquide. Je renouvelai l'expérience, et toujours, à chaque coup donné sur la poitrine, du gargouillement se faisait entendre, et il était causé par de l'air venant des profondeurs du thorax et traversant une couche de mucus.

Ce sujet avait, dans le sommet du poumon gauche, une caverne, dont la paroi antérieure, ulcérée, avait contracté des adhérences avec le thorax. L'ulcération avait détruit les parties molles entre la première et la deuxième côte. Celle-ci était en partie cariée et séparée de son cartilage; puis le travail ulcératif avait rejoint celui du cautère placé sur la peau. Un autre cautère existait sous la clavicule droite.

Les deux poumons étaient, au sommet, remplis de cavernes en rapport les unes avec les autres. Les lobes inférieurs ne renfermaient que de rares granulations tuberculeuses.

Le sujet était, d'ailleurs, dans un état de consomption fort prononcé.

TUBERCULES DU POUMON; TROIS FISTULES PULMONAIRES CUTANÉES.

Obs. XII. — Une femme de 23 ans, atteinte de phthisie tuberculeuse, est entrée à la Pitié en 1843, dans le service de M. Gendrin.

Sur la partie latérale droite du cou, dans le creux sus-claviculaire, existe une large fistule à travers laquelle l'air s'échappe dans les mouvements respiratoires, assez fortement pour éteindre la flamme d'une bougie.

Au niveau de la quatrième côte, près du sternum, dans l'espace intercostal, je trouve une seconde fistule donnant également passage à de l'air.

Il y en a une autre qui traverse le sternum lui-même, dont la perte de substance peut avoir 14 millimètres environ.

La malade s'est graduellement affaiblie, et elle a succombé le 11 mars 1843.

Nécropsie. — De larges excavations tuberculeuses existent au sommet des deux poumons.

A une petite distance de la bifurcation des bronches, sur la partie gauche de la trachée, une ulcération communique avec un trajet fistuleux, traversant un ganglion bronchique, contournant la partie postérieure de la trachée, et vient s'ouvrir à la partie latérale droite du col.

Le poumon droit est adhérent avec la plèvre, au niveau des trajets fistuleux; il renferme des excavations ouvertes à l'extérieur au niveau du sternum et du quatrième espace intercostal. Dans cette caverne s'ouvrent un grand nombre de gros tuyaux bronchiques.

Les deux poumons sont d'ailleurs remplis, du sommet à la base, de tubercules miliaires. Il n'y a aucune trace de pneumothorax. Les ganglions bronchiques tuberculeux sont énormes. Les intestins offrent quelques ulcérations tuberculeuses. Plusieurs vertèbres thoraciques étaient attaquées d'un commencement de carie osseuse. (M. Lebert, Physiologie pathologique.)

TUBERCULES PULMONAIRES; FISTULE CUTANÉE DU POUMON OUVERTE AU-DESSUS DE LA CLAVICULE.

Obs. XIII. — Une jeune fille de 17 ans entra à la Charité, dans le service de M. Velpeau, pour des douleurs à la partie supérieure et latérale du cou.

Il se forma dans cette région un, deux, trois et successivement plusieurs autres abcès, qui s'ouvrirent au dehors et donnèrent lieu à un foyer de suppuration intarissable. Peu à peu les forces diminuèrent, la malade maigrit et commença à tousser; elle avait une diarrhée opiniâtre. L'auscultation montra l'existence de cavernes pulmonaires au niveau des sommets des deux poumons; puis de l'air s'échappa tout à coup par les fistules sus-claviculaires, et à chaque mouvement de toux, il en sortait du pus.

La nécropsie montra une communication directe entre une des cavernes du sommet du poumon gauche et les fistules du cou (M. Lebert. *loc. cit.*)

Dans cette observation curieuse, la production de la fistule pulmonaire est un peu différente de ce qu'elle est ordinairement. Des abcès du cou ont creusé jusque vers le sommet de la poitrine et du poumon tuberculeux pour aller à la rencontre de la caverne pulmonaire. On peut se demander si c'est la caverne qui a progressé au de-

---

prit Vanoua; on la connaît sous le nom de *toutou-nima*. Il est bien peu d'insulaires qui n'aient quelques phalanges et même un doigt de moins. Quand un proche est malade, un des parents sacrifie une phalange pour apaiser la divinité; une seconde et une troisième phalange peuvent subir ensuite le même sort, si la mort menace de nouveau quelqu'un de la famille. L'opération se pratique ordinairement dans la case du moribond ou à sa porte. La plaie est exposée à la vapeur d'une herbe aromatique, et la cicatrisation s'opère rapidement.

J'ai dit qu'on avait quelquefois à Tonga des raisons pour être seul; elles sont de diverses sortes; la mienne était bonne. Je m'égarai dans un bois assez épais, et en cherchant à retrouver mon chemin, je me perdis davantage. Je comptais sur un guide qui me manqua. Dans une clairière, j'aperçus un groupe de cases et beaucoup de mouvement parmi la population : les hommes gesticulaient, parlaient avec vivacité, et les femmes avaient l'air effrayé. Cette scène ne me parut pas rassurante, et je m'éloignai. Dans les champs, je fus croisé à quelque distance par des guerriers armés qui ne me reconnurent point, grâce à ma précaution de me dérober derrière les palissades, les hautes herbes ou les fougères. Un autre bosquet se présenta devant moi, peu fourré, formé de cocotiers espacés et de rares touffes d'arbres plus épais. J'avais hâte de regagner la case de Vanona, ou mieux encore le mouillage; je crus reconnaître mon chemin, et traversai le bois malgré les rumeurs qui semblaient en sortir. Des guerriers passaient et repassaient. Sur le point d'être découvert, ne pouvant plus ni avancer ni reculer, je me réfugiai dans un bouquet de fougères; la position était des plus critiques, et j'étais loin d'être rassuré. Une fois dans ma cachette, je m'orientai un peu; des lueurs rougeâtres illuminaient une clairière, et de là aussi s'échappaient les clameurs. Je gravis deux ou trois mètres sur la tige accidentée d'un arbre rameux, et, caché sous les feuilles, je pus découvrir la scène mystérieuse qui se passait non loin de moi, autour d'un faï-toka que je me rappelai avoir visité les jours précédents.

Ce *faï-toka*, tombeau des *touï-tonga*, grands chefs de l'île, consiste en une pyramide d'une vingtaine de pieds d'élévation, formée d'assises ou gradins décroissants. Les pierres, longues de 18 à 22 pieds, sur 6 ou 8 de largeur, impliquent des moyens plus puissants et des connaissances autres que celles dont les Tougataboutiens sont actuellement en possession. La civilisation de ces peuples a déchu depuis l'époque où ces constructions ont été faites. Tonga-Tabou n'est pas seule dans ce cas : les moraï de Taïti et les statues colossales de l'île de Pâques trahissent aussi une civilisation antérieure plus avancée.

Dans ma cachette, je ne pensais guère à décrire le *faï-toka*. Une douzaine d'hommes seulement s'agitaient autour du tombeau, et quelques esclaves accroupis paraissaient occupés à préparer un four creusé en terre. Fata-Fao, car cet homme semblait me poursuivre toujours, était là, se promenant avec un énorme casse-tête sur l'épaule. Je le suivis des yeux. En passant derrière les esclaves, il leva soudain sa massue et en asséna un coup terrible sur la tête de l'un d'eux. La victime roula par terre sans proférer un cri; les autres esclaves s'enfuirent, et des clameurs sortirent de toutes les parties des champs et du bois. Comme tout le monde se précipitait vers le *faï-toka*, je sortis de

hors par ulcération, ou si, au contraire, c'est le foyer purulent du cou qui a pénétré jusque dans la caverne. J'accepte plus volontiers cette dernière hypothèse.

TUBERCULES DU POUMON; FISTULE PULMONAIRE SOUS-CUTANÉE.

OBS. XIV. — M. Lebert a vu à l'hôpital de Larey un phthisique qui portait entre la quatrième et la cinquième côte du côté droit, près du sternum, une tumeur, sans changement de couleur à la peau, et qui se gonflait dans la toux et dans l'expiration. Le son était clair au pourtour. Le stéthoscope, appliqué dessus, faisait entendre une respiration tubaire lorsqu'il respirait faiblement et un gargouillement lorsqu'il toussait. Ce malade ayant quitté l'hôpital pour aller mourir chez lui, le cadavre n'a pu être examiné

HUIT FISTULES PULMONAIRES CUTANÉES.

OBS. XV. — M. Saurel a donné en 1852 des soins à un phthisique âgé de 17 ans, qui présentait, en outre des signes ordinaires à la phthisie, les particularités suivantes :

Sur le côté droit, en dehors et un peu au-dessous du mamelon, existait un empâtement assez considérable, d'un diamètre à peu près uniforme, embrassant dans son étendue quatre à cinq côtes. Dans la partie correspondante du poumon droit, se trouvait une vaste caverne. Une fistule finit par s'ouvrir dans ce vaste empâtement, puis une seconde, puis une troisième, et ainsi de suite jusqu'à huit. L'air était expiré et inspiré par ces ouvertures. Durant les expirations, il s'échappait avec un bruit rappelant celui du mirliton. Pendant l'inspiration, on n'entendait qu'un bruit de gargouillement.

Peu à peu toute la matière de la suppuration prit son cours par les ouvertures fistuleuses; les aliments ne furent plus vomis, mais la diarrhée resta la même; le sommeil, précédemment interrompu souvent et longtemps par les quintes de toux et le besoin d'expectorer, revint; l'enfant ne toussa plus, ne sua plus. Cependant il s'écoulait toujours par les ouvertures fistuleuses une quantité énorme de matière. Ce malade vécut sept à huit semaines après l'ouverture de la première fistule. Sa mort offrit encore une particularité remarquable : le râle trachéal s'étant établi, la vie fut encore maintenue quelque temps par l'accès, dans la poitrine, de l'air à travers les fistules; elle ne cessa que lorsqu'elles furent engorgées à leur tour.

(Saurel, REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI).

Ailleurs les fistules cutanées du poumon existent également chez des phthisiques; mais leur origine est différente : elles résultent d'une blessure ou de l'intervention volontaire de l'art au moyen de la thoracentèse. De Bligny a, comme on le sait, rapporté sommairement un cas désespéré de phthisie du poumon observé en 1670 chez M. de la Genevraye, et dont la guérison aurait été (*dit-on*) obtenue à la suite d'un coup d'épée reçu dans la poitrine, et qui aurait provoqué de copieuses évacuations purulentes. C'est là un fait sur lequel nous n'avons malheureusement pas d'autres détails, et qui n'a pas pour nous une très-grande importance.

Chez d'autres sujets, la fistule est la conséquence de la thoracentèse. Mettant en pratique les conseils de Baglivi et de Gilchrist, quelques médecins ont cherché, dans des cas particuliers, à ouvrir les cavernes tuberculeuses du poumon, à établir une fistule cutanée, dans le double but d'évacuer la suppuration pulmonaire et de faciliter la guérison. En 1830, le docteur Krimer crut trouver un cas de phthisie favorable à ses projets de thoracentèse. Il fit une incision entre deux côtes, au niveau de la caverne, et il introduisit une sonde dans son intérieur. Il arriva ce qu'il est facile de prévoir : une pneumonie aiguë, qui fut aussitôt réprimée par les antiphlogistiques; on espérait même la guérison, lorsqu'au bout de six semaines une seconde pneumonie, développée par le côté opposé, vint emporter le malade. La caverne déblayée par l'opération était, dit-on, presque comblée et couverte de bourgeons charnus d'une grande épaisseur. (JOURNAL COMPLÉMENTAIRE DES SCIENCES MÉDICALES, 1830.)

Un médecin de Bruxelles, M. Graux, a pratiqué treize fois cette même opération; mais il n'a pas eu la chance de voir s'établir la fistule qu'il ambitionnait. Tous ses malades ont succombé avant le temps, parce qu'à défaut d'adhérences suffisantes, l'air et une partie de la matière tuberculeuse renfermée dans les cavernes s'étaient épanchés dans la cavité pleurale.

A Paris, j'ai vu faire cette opération, mais d'une façon plus méthodique et plus convenable, de manière à lui enlever au moins ses dangers immédiats et à obtenir une fistule pulmonaire cutanée. C'est à M. Bricheteau, un des membres de cette assemblée, que nous devons ce progrès. Il a publié ses observations dans le tome Ier du JOURNAL DE MÉDECINE et dans son ouvrage SUR LES MALADIES CHRONIQUES DE LA POITRINE. M. Bricheteau a la précaution d'établir au préalable des adhérences entre le poumon et la paroi thoracique au moyen de cautères successifs, et ce n'est qu'après avoir établi ces adhérences qu'il pénètre dans l'intérieur de la caverne, sans redouter les accidents de l'hydrothorax. Le premier malade de M. Bricheteau vécut neuf mois avec sa fistule, et mourut d'une péricardite; le second emporta la fistule chez lui au bout de deux mois, et on ignore ce qu'il est devenu. Voici les deux observations recueillies par M. Bricheteau.

(*La suite au prochain numéro.*)

URÉTROTOMIE.

DE L'URÉTROTOMIE EXTERNE OU PÉRINÉALE (OPÉRATION DE LA BOUTONNIÈRE), COMME MÉTHODE DE TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENTS ORGANIQUES DE L'URÈTRE; par le professeur C. SÉDILLOT. (Mémoire présenté à l'Académie des sciences.)

(Suite. — Voir les n°s 2, 3, 4 et 8.)

RÉTRÉCISSEMENT DATANT DE VINGT ANS, COMPLÈTEMENT INFRANCHISSABLE; COMPLICATIONS DU CÔTÉ DES REINS ET DE LA VESSIE; URINES PURULENTES ET FÉTIDES, EXPULSÉES GOUTTE A GOUTTE PAR PRESSION DE LA MAIN SUR LE PÉRINÉE; URÉTROTOMIE SANS CONDUCTEUR, LE 11 JUILLET 1851; GUÉRISON RAPIDE ET PERSISTANTE.

OBS. I. — M. le capitaine B. fut atteint en 1831 d'une blennorrhagie qu'il traita lui-même, et qui fut un peu plus tard suivie d'un rétrécissement situé vers le bulbe, dans la partie antérieure de la région membraneuse. Les accidents de dysurie ayant successivement augmenté, M. D. subit en 1835 un traitement de deux mois pour la dilatation et put reprendre son service. Cependant le rétrécissement reparut trois ans plus tard, et l'obligea, de 1839 à 1841, à entrer dans divers hôpitaux pour y demander des secours. Le dernier cathétérisme qui avait pu être pratiqué datait de 1840, et avait été exécuté à Lyon

---

mes fougères et m'en allai au lagon, dont la découverte du tombeau royal m'avait indiqué la direction. Dans ma précipitation, je m'embarrassai plusieurs fois dans les plantes volubiles pendues aux casuarinas, dont les branches tremblèrent, et des nuées de roussettes s'en détachèrent et vinrent m'effleurer de leurs ailes noires.

Arrivé au lagon, je trouvai un groupe marchant à la lueur des torches, et je me cachai bravement pour le laisser passer; il rasa ma retraite, et je reconnus ce brave Vanoua qui me cherchait depuis quatre ou cinq heures; car mes aventures n'avaient pas duré moins de ce long temps. Je le joignis immédiatement, rassuré par cette bonne rencontre. Mon premier mot fut de lui dire : Je voudrais bien m'en aller, et une pirogue me porta bientôt à bord.

En chemin, j'appris qu'un grand chef était malade, et qu'un sacrifice humain, *naudjia*, avait été résolu pour obtenir sa guérison de la Divinité courroucée. Fala-Fao, qui décidément avait des instincts sanguinaires, s'était chargé de remplir l'office de sacrificateur, ou, si l'on veut, de bourreau, et son casse-tête avait frappé à l'improviste un esclave destiné au sacrifice, et dont on avait détourné l'attention en le chargeant d'apprêter un four. Tout ce mouvement, ces allées et ces venues, ces cris, ces rumeurs venaient de la préoccupation causée par la maladie du chef; peut-être même les ambitions agissaient-elles déjà, dans l'expectative d'un prochain décès. Il n'était question ni d'attaque de notre bâtiment, ni d'assaillir ceux des nôtres qui étaient à terre; j'avais donc eu une peur chimérique; seulement Vanoua me déclara que Fala-Fao, profondément blessé, pouvait bien machiner quelque trahison contre lui et contre moi, et que nous ferions bien de nous tenir sur nos gardes.

Arrivé à bord, je donnai à Vanoua mon vieux bistouri, accompagné de quelques menus objets, et, la brise ayant fraîchi, nous quittâmes le mouillage et Tonga-Tabou.

***,
chirurgien de 1re classe.

— M. le docteur Daremberg, qui a déjà été chargé, par M. le ministre de l'instruction publique, de différentes missions, vient de partir pour entreprendre de nouvelles recherches en Allemagne et en Italie. M. Daremberg doit recueillir dans les bibliothèques les manuscrits qui peuvent intéresser l'histoire de la médecine et l'histoire générale. M. Bussemaker est adjoint à M. Daremberg comme secrétaire.

— Le nombre des malades est toujours très-considérable en ce moment. Pour obvier à l'insuffisance du nombre des lits d'adultes dans les hôpitaux de Paris, et en attendant l'ouverture si désiré de l'hôpital de Lariboissière, l'administration de l'assistance publique vient de faire ouvrir à l'hospice de Bicêtre deux services supplémentaires qui ont été confiés à des médecins du bureau central, MM. Moutard-Martin et Delpech. Bien qu'éloignés de Paris, ces services seront fort utiles et ils permettront de recevoir un grand nombre de malades qu'on se trouvait, faute de place, dans la triste nécessité de refuser au bureau central d'admission.

par M. le docteur Laroche, et depuis six années M. B. n'urinait plus qu'avec les plus grandes difficultés.

Pendant les trois premiers mois passés à l'hôpital de Strasbourg en 1851, on avait mis en usage tous les moyens de pénétrer dans la vessie. Les bougies filiformes à extrémité droite ou contournée en spirale, ta cautérisation d'avant en arrière, les injections forcées, la dilatation successive de toute la portion du canal située au devant du rétrécissement, la sonde à demeure, les algalies métalliques de différents volumes, un traitement résolutif par l'iodure potassique et les frictions mercurielles, plusieurs applications de sangsues, tout avait échoué, et l'on avait en vain eu recours au chloroforme pour faciliter les essais de cathétérisme. Le malade passait pour ainsi dire sa vie à se comprimer avec la main le périnée en arrière du rétrécissement pour chasser mécaniquement quelques gouttes d'urine au travers de la coarctation, et calmer ainsi les besoins d'uriner qui le tourmentaient.

L'état général s'aggravait de jour en jour; les urines étaient mêlées de pus; des douleurs sourdes et parfois aiguës se faisaient ressentir dans les reins et la vessie. Appétit nul, fièvre, émaciation, découragement.

Une pareille situation ne pouvait se prolonger sans danger, et je me décidai à pratiquer l'urétrotomie externe et périnéale, avec l'acquiescement empressé du malade, qui demandait avec instance qu'on l'arrachât à ses souffrances et à une mort certaine.

L'opération fut faite le 11 juillet 1851, en présence de MM. les docteurs Bertherand et Thinus, chirurgiens-majors, Lenoir et Fourquet, aides-majors, Casse, Kaula, et de MM. les sous-aides-majors Fenn, Fourcault, etc. Le malade placé comme pour l'opération de la taille sous-pubienne et complétement chloroformisé, une algalie en argent fut introdnite dans l'urètre jusqu'au point où elle fut arrêtée par le rétrécissement et fut confiée à un aide, chargé en même temps de retenir la verge et les bourses. Une incision de 0,04 divisa le raphé périnéal jusqu'à 0,03 en avant de l'anus, atteignit les tissus subjacents et ensuite le bulbe, qui fut franchement coupé pour mettre à découvert la portion subjacente de l'urètre et l'extrémité arrondie de l'algalie, sur laquelle le canal fut ouvert avec la précaution d'en saisir immédiatement les bords avec de fines érignes à crochets assez longs et recourbés. Peu de sang s'était écoulé de la plaie, et la section du bulbe n'avait pas fourni d'hémorrhagie. L'algalie fut enlevée; un jet d'eau froide servit à bien dégager et à reconnaître les tissus, et j'explorai la surface du rétrécissement avec la pointe d'un stylet mousse cannelé en argent. Après quelques essais infructueux, je parvins à trouver un pertuis dans lequel s'engagea la pointe de l'instrument, que je poussai jusqu'à la cannelure, sur laquelle je fendis en avant les parties intermédiaires, dans une étendue de 7 à 8 millimètres. Je fis glisser un autre stylet sur la cannelure du premier, et j'eus ainsi deux conducteurs que je pus écarter et entre lesquels je fis glisser une sonde en gomme élastique, afin de savoir si j'étais réellement dans l'urètre. La sonde ayant progressé sans obstacle et ayant bientôt laissé échapper un jet d'urine, tous les doutes furent levés et notre principal but atteint. Nous retirâmes la sonde en laissant les deux stylets en place, et nous la fîmes arriver dans la plaie périnéale par l'orifice du gland et en parcourant toute la portion antérieure de l'urètre. Nous saisîmes avec une pince l'extrémité de l'instrument, au moment où elle apparut à la plaie du périnée, et nous la dirigeâmes entre nos stylets conducteurs dans la portion postérieure de l'urètre jusqu'à la vessie. Les stylets furent retirés et la sonde fixée sur le gland, après qu'on se fût assuré qu'elle ne faisait pas une saillie de plus de 15 millimètres dans la vessie. L'opération, depuis le début de la chloroformisation jusqu'au moment où le malade fut reporté dans son lit, avait duré cinq quarts d'heure; on avait employé 145 grammes de chloroforme, et il avait fallu un temps considérable pour amener une complète résolution musculaire. Un traversin fut placé sous les jarrets, une alèse sous le bassin, et aucun pansement ne fut prescrit.

Deux heures plus tard, l'anesthésie durait encore; mais peu à peu la conscience redevint lucide et entière, et lorsque le malade fut convaincu qu'il avait été réellement opéré et qu'il portait une sonde dans la vessie, il se crut guéri et en manifesta la plus grande satisfaction.

Les deux premiers jours furent assez pénibles; il y eut de nombreux vomissements, de l'inappétence, de l'insomnie, quelques retentissements douloureux du côté des reins, mais ensuite le calme, le bien-être, le sommeil et l'appétit reparurent.

Les urines, d'abord bourbeuses, fétides et catarrhales, s'éclaircirent, et l'amélioration devint évidente.

Le 21 juillet, dixième jour de l'opération, la sonde fut changée sans aucune difficulté.

Le 25, un peu d'urine s'écoula par la plaie, sous l'influence d'un déplacement de l'instrument; il en résulta de la douleur et des envies fréquentes d'uriner, avec écoulement simultané de liquide par la sonde et par la plaie, avec un peu de sensibilité et de gonflement dans le testicule gauche et le cordon du même côté.

Le 31 juillet, l'orchite avait fait des progrès; le testicule avait quadruplé de volume et les accidents allaient en augmentant, lorsque l'emploi de l'onguent mercuriel belladoné amena une résolution tellement prompte et manifeste que nous l'attribuâmes à une influence générale du mercure sur l'économie, et nous reprîmes un traitement spécifique, en prescrivant une pilule par jour de 5 milligrammes de sublimé, avec 1 décigramme d'extrait de salsepareille. La plaie périnéale avait beaucoup diminué d'étendue, et laissait écouler seulement quelques gouttes d'urine pendant les contractions de la vessie.

Le 3 août, on change de nouveau la sonde, qui était en partie fermée par des mucosités purulentes; on a continué les frictions mercurielles sur le testicule, qui a en partie recouvré son premier volume et se distingue très-bien d'un abcès indolent formé un peu plus bas dans le scrotum. Le malade va parfaitement, reprend de l'embonpoint et de la gaieté.

Le 12 août, l'abcès a été ouvert et a donné issue à du pus noirâtre et fétide.

Le 15 août, je retire complétement la sonde, dont la présence est inutile par suite de la cicatrisation parfaite de la plaie. Une sonde Mayor n° 4 est introduite pendant une heure chaque jour dans la vessie, où elle parvient sans rencontrer aucun obstacle.

Le 30 août, le malade, qui urine très-bien et très-facilement, accuse de la douleur dans le rein droit, et on constate un léger accès fébrile le soir. Nous nous expliquons cet état par le régime trop excitant qu'a suivi le malade, qui a profité de son amélioration pour manger deux fois par jour de la viande rôtie et boire du vin. On revient au régime maigre, et on prescrit le sous-carbonate de potasse.

Le 18 septembre, pouls normal, disparition des douleurs rénales, urines claires et faciles. Le malade, qu'on avait cessé de sonder depuis quinze jours, ne souffre nullement de l'introduction de la sonde Mayor n° 3, que l'on choisit en raison de l'étroitesse de l'orifice du gland, et on ne sent, en parcourant le canal, aucune induration ni aucun obstacle au niveau de la cicatrice périnéale.

Les forces reparurent successivement, et à la fin du mois le capitaine B. partit en convalescence, et retourna ensuite à son corps pour y reprendre son service. La seule recommandation que nous lui fîmes fut de faire usage de temps à autre des sondes Mayor et d'en augmenter le volume, en commençant par les plus petites, dans le cas où le canal présenterait quelque tendance à se rétrécir.

Une année plus tard, le capitaine avait pris un embonpoint considérable; il n'avait plus éprouvé aucun accident et se vantait d'avoir un jet d'urine aussi gros que le petit doigt, quoiqu'il n'eût pas eu recours au cathétérisme depuis cinq mois.

Les résultats de cette opération furent, on le voit, aussi heureux qu'il était possible de l'espérer, et le séjour de dix semaines à l'hôpital ne fut pas commandé par les suites de l'urétrotomie, mais dépendit de l'affection des reins et de l'extrême faiblesse où était tombé le malade.

RÉTRÉCISSEMENT DE LA PORTION MEMBRANEUSE DE L'URÈTRE, DATANT DE QUINZE ANS ET COMPLIQUÉ DE FISTULES URINAIRES PÉRINÉALES; DYSURIE; IMPOSSIBILITÉ DE SONDER LE MALADE ET DE DILATER LE RÉTRÉCISSEMENT; OPÉRATION DE LA BOUTONNIÈRE SUR UNE BOUGIE CONDUCTRICE; GUÉRISON COMPLÈTE. (Observation recueillie par M. le docteur A. BRUCH, chirurgien interne.)

OBS. II. — M. K., pharmacien suisse, âgé de 48 ans, vint à l'hôpital civil de Strasbourg à la fin de juin 1851, réclamer les soins de M. le professeur Sédillot pour un rétrécissement urétral datant de quinze ans, et compliqué depuis six mois de fistules urinaires. Traité une première fois avec beaucoup de succès en 1835, par M. Wurtzer (de Bonn), la dysurie avait reparu quelques années plus tard, et avait été combattue en 1841 par M. Frœnkel (d'Ebenfeld) au moyen de la cautérisation. Depuis ce moment le jet de l'urine, quoique devenu filiforme, n'avait plus été interrompu, lorsqu'au commencement de l'année 1851 et à la suite d'un voyage pénible, survinrent des accidents inflammatoires, un abcès périnéal et une fistule urinaire consécutive.

Le malade, à son entrée à l'hôpital le 20 juin 1851, rend encore un jet d'urine filiforme, accompagné de l'écoulement du même liquide par la fistule. Lorsqu'un peu d'inflammation se manifeste vers le rétrécissement, l'urine ne coule plus que goutte à goutte, et l'orifice fistuleux en laisse échapper davantage.

Les tentatives de cathétérisme avec les bougies les plus fines restent infructueuses, et on recommande au malade, qui en a l'habitude, de les varier lui-même de mille manières, et d'essayer s'il sera assez heureux pour franchir la coarctation. Une dermatose suspecte et d'anciens accidents syphilitiques font prescrire un traitement mercuriel par les pilules de sublimé (0,005).

Le 2 juillet, le malade est parvenu à introduire dans sa vessie une bougie très-fine, que l'on sent fortement pressée dans le rétrécissement, et qui est laissée à demeure.

Deux jours plus tard la bougie s'est échappée, malgré les précautions prises pour la fixer, et on ne réussit pas à la replacer. Le malade n'est pas plus heureux pendant plusieurs jours, puis il la fait pénétrer de nouveau, et lorsque après quarante-huit heures on la retire pour la remplacer par une autre un peu plus volumineuse, on rencontre des difficultés insurmontables, et on ne peut même plus réintroduire la première bougie. On a essayé les sondes à demeure fixées contre le rétrécissement, les algalies métalliques, la cautérisation d'avant en arrière, sans plus de succès. Enfin, le 4 juillet, le malade, qui n'a pas cessé de varier ses tentatives de cathétérisme, surmonte fortuitement l'obstacle et reporte une bougie filiforme dans la vessie, où on la fixe immédiatement avec le plus grand soin, d'après les recommandations de M. Sédillot, qui n'attend que cette condition opératoire pour pratiquer l'urétrotomie périnéale, à laquelle le malade est depuis longtemps décidé.

Le 22 juillet 1851, M. K... est transporté à l'amphithéâtre de la clinique et on le chloroformise jusqu'à la résolution musculaire la plus complète, en présence de MM. les docteurs Donné, Moreau, Michel, Lenoir, Jacquin, Hugueni, Gérard, etc., et des élèves de la Faculté.

Le malade étant placé et contenu comme pour l'opération de la taille souspubienne, M. Sédillot fait glisser une bougie conique, assez résistante et de 2 millimètres environ de diamètre, le long de la première et en poussant les deux bougies ensemble. Lorsqu'il est arrivé au rétrécissement, il fait pé-

trer la seconde, et substitue ainsi un conducteur plus volumineux et plus facile à retrouver dans les plaies, à la première bougie, qui est enlevée. Le succès de cette manœuvre fut attribué à l'anesthésie et à la plus grande force avec laquelle on poussa la sonde, l'opérateur n'étant plus arrêté par la douleur et les plaintes du malade et n'ayant pas à redouter de fausse route, puisque les bougies se trouvaient accolées et engagées dans une voie déjà tracée.

On plaça immédiatement dans l'urètre une algalie d'argent propre à arcbouter contre le rétrécissement et à en indiquer le siége, et le périnée ayant été fendu sur la ligne médiane à partir de ce point, dans une étendue 3 à 4 centimètres, le bulbe fut directement divisé et l'urètre incisé sur l'algalie. Les lèvres de la plaie du canal ayant été soulevées de chaque côté avec de petites pinces érignes, l'opérateur engagea sur la bougie la pointe d'un stylet cannelé, sur lequel il fendit le rétrécissement d'avant en arrière. L'incision ainsi pratiquée pouvait avoir 10 ou 12 millimètres de longueur. On retira la bougie, et sur le stylet cannelé on fit glisser un second stylet de même métal, et en écartant les deux instruments on s'assura de la dilatabilité du canal, dans lequel on engagea entre les deux stylets une sonde de caoutchouc qui parvint sans peine dans la vessie. L'urine ne sortit pas cependant par la sonde; et pour lever toute incertitude M. Sédillot, qui attribuait cette circonstance à l'oblitération des yeux de l'instrument par quelque caillot sanguin, poussa une injection d'eau dans la sonde. Aussitôt un jet d'urine lancé avec force justifia cette supposition, et montra le succès des manœuvres opératoires qui venaient de s'accomplir. La sonde fut dégagée, et après qu'on eut fendu le trajet fistuleux pour en faciliter la cicatrisation, M. Sédillot la réintroduisit par le gland jusque dans la plaie périnéale, où on en conduisit l'extrémité entre les stylets, et de là dans la vessie. Les stylets conducteurs, devenus inutiles furent enlevés et la sonde fixée à l'entrée de la vessie, ce qui est toujours facile en cherchant le point où l'urine cesse de couler, point qui correspond à la dernière ouverture de l'instrument (œil de la sonde).

128 grammes de chloroforme avaient été employés, et l'opération, depuis les premières inspirations anesthésiques, avait duré près d'une heure.

Le malade fut placé dans le décubitus dorsal, les jarrets contenus par un traversin, et la plaie fut abandonnée sans pansement.

Dans la journée, ni réaction ni douleur; l'urine coule librement par la sonde, et le malade, qui ne souffre plus du besoin d'uriner, s'applaudit beaucoup de ce résultat.

Les deux jours suivants se passent sans aucun accident. Le 25, on accorde quelques aliments. Le 27, la sonde se bouche par des mucosités, et un peu d'urine passe par la plaie. On nettoie l'instrument par une injection d'eau tiède. Le 31, la plaie est en voie de rapprochement et de cicatrisation, le trajet fistuleux suppure beaucoup On reprend le traitement mercuriel.

Le 3 août, M. Sédillot change la sonde, dont les yeux et l'extrémité étaient déjà revêtus d'une incrustation calcaire, ce qui en rendit l'extraction un peu difficile. L'introduction d'une nouvelle sonde eut lieu sans obstacle, et soulagea beaucoup le malade, dont les urines, à partir de ce moment, coulèrent entièrement par la sonde sans qu'une seule goutte en parût à la plaie.

Le 9 août, on change la sonde qui est déjà incrustée de dépôts calcaires. On cautérise la plaie périnéale depuis quelques jours avec le nitrate d'argent.

Le 13 août, nouvelle sonde. La dernière était déjà incrustée. (Pastilles de sous-carbonate de soude.)

Le 16 août, M. Sédillot, dans le but de favoriser la cicatrisation du trajet fistuleux, qui aurait été fendu, comme nous l'avons dit, pratique une incision demi-circulaire au-dessus et en dehors de l'orifice externe pour en permettre le rapprochement, faire disparaître l'état de tension de la peau et des tissus subjacents. Le testicule gauche paraît un peu engorgé. (Frictions mercurielles.)

Le 22 août, la plaie périnéale provenant de l'urétrotomie est fermée; on retire la sonde et on se borne à l'introduire deux fois chaque jour. Le malade urine par le canal, à gros jet et sans aucune douleur.

Le 28, on suspend le traitement mercuriel qui a déterminé un peu de salivation. La dermatose et l'engorgement testiculaire ont complétement disparu. Le trajet fistuleux et l'incision autoplastique sont cicatrisés.

Le 30, on peut considérer le malade comme parfaitement guéri. La miction s'exécute de la manière la plus normale. Les sondes d'un gros diamètre parviennent aisément dans la vessie sans rencontrer aucun obstacle ni aucune induration au niveau de l'ancien rétrécissement.

Le 9 septembre, le malade, dont la satisfaction est extrême, quitte l'hôpital dans un état de santé excellent, et la seule recommandation que lui fasse M. Sédillot est de faire un usage fréquent des sondes Mayor, de manière à maintenir pendant au moins une année la dilatation du canal.

M. Heer, chirurgien interne de l'hôpital, a écrit à la fin de l'année 1852 à M. K..., qui lui a répondu que sa guérison restait parfaite et qu'il n'avait plus éprouvé aucun accident.

RUPTURE DE LA PORTION MEMBRANEUSE DE L'URÈTRE; PONCTION PÉRINÉALE DE LA VESSIE; CANULE DU TROCART LAISSÉE A DEMEURE PENDANT PLUS DE TROIS MOIS; CALCUL VOLUMINEUX DANS LA VESSIE; RÉTRÉCISSEMENT URÉTRAL INFRANCHISSABLE; URÉTROTOMIE EXTERNE OU PÉRINÉALE; RÉTABLISSEMENT DU CANAL, ET PLUS TARD TAILLE LATÉRALISÉE; GUÉRISON COMPLÈTE. (Par M. le Dr JANDEL, chirurgien interne.)

OBS. III. — Le nommé Veiderbaum (Gustave), ramoneur, âgé de 31 ans, tomba, vers la fin du mois d'août 1850, sur l'angle d'une pierre pendant qu'il nettoyait une cheminée. Cet homme ressentit immédiatement des douleurs violentes dans les testicules, qui ne l'empêchèrent pas de se remettre à travailler au bout de quelques minutes. Un quart d'heure plus tard, ayant senti le besoin d'uriner, il ne put y satisfaire et s'aperçut que les bourses et la verge étaient considérablement tuméfiées. A l'hôpital de Mulhouse où il fut reçu, les tentatives de cathétérisme échouèrent, et dans l'urgente nécessité où l'on se trouvait de donner issue aux urines accumulées depuis plus de vingt-quatre heures, une ponction vésicale fut faite au travers du périnée avec un trocart droit. La canule de l'instrument laissée en place permit l'évacuation d'une grande quantité d'urine mêlée à du sang et à des caillots fibrineux. Le soulagement éprouvé par le malade fut immédiat, et la canule fut assujettie et maintenue en place pour assurer la miction.

Lorsque les premiers accidents se furent dissipés, tels que la douleur et le gonflement, on s'efforça de faire pénétrer dans la vessie des sondes et des bougies de formes et de volumes variés; mais on ne put y réussir, et le malade, qui renouvelait à chaque moment ces essais, ne fut pas plus heureux.

Pendant dix semaines l'urine coula librement par la canule, que l'on n'avait pas changée; mais plus tard le liquide s'échappa entre les parties molles ulcérées et l'instrument, qui se boucha de plus en plus et finit par ne pas laisser passer une seule goutte d'urine. On voulut retirer la canule, mais on ne put y parvenir, en raison d'une agglomération calcaire qui en occupait l'extrémité, faisait saillie et tumeur dans la vessie et mettait obstacle à l'extraction de l'instrument.

Alors découragement complet, inappétence, douleurs intermittentes le long du canal, depuis l'anus jusqu'à la fosse naviculaire, réfractaires à plusieurs applications de sangsues et aux fomentations narcotico-émollientes; fréquentes envies d'uriner, incomplétement satisfaites; gène considérable produite par la présence de la canule; ulcérations et dépôts calcaires autour de l'instrument : tel était l'état du malade lorsqu'il entra dans le service de M. Sédillot le 16 décembre 1851, plus de trois mois après sa chute.

Le 18 décembre le malade est chloroformé et la canule extraite. Il fallut employer une assez grande force pour rompre la pierre qui se continuait avec les incrustations externes et internes de la canule et l'empêchait de céder aux tractions de l'opérateur. Une sonde droite de petit volume, portée directement par le périnée dans la vessie, permet de constater dans ce viscère la présence d'un calcul volumineux.

Dans la journée, l'urine qui s'échappe librement par la fistule entraîne une petite pierre de la grosseur d'un pois et des sédiments calcaires assez abondants, provenant probablement des parois du canal accidentel.

19 décembre. On multiplie infructueusement les tentatives du cathétérisme, et M. Sédillot reconnaît que deux sondes métalliques introduites, l'une dans l'urètre et l'autre dans la fistule, se rencontrent et se touchent à une certaine profondeur, ce qui explique comment on voit sortir quelques gouttes d'urine par la verge au moment des contractions de la vessie.

20 décembre. Rétrécissement rapide du trajet fistuleux; on ouvre un abcès périnéal superficiel, et on extrait du trajet fistuleux avec une mince curette un petit fragment calcaire.

30 décembre. On a combattu une légère irritation produite par les opérations susmentionnées, et on a inutilement renouvelé les tentatives de cathétérisme.

7 janvier 1852. *Urétrotomie périnéale.* M. le professeur Sédillot pratique l'opération de la boutonnière, en présence de MM. les docteurs Moreau, Michel, Bolu, Thinus, Lenoir, Fourquet, Hugueni, Gérard, et de MM. les élèves de la clinique.

Le malade, placé comme pour l'opération de la taille, est soumis à une chloroformisation complète. L'opérateur porte une algalie dans l'urètre jusqu'au rétrécissement, et la confie à un aide chargé d'en faire saillir le bec à la région périnéale. Une incision de 4 à 5 centim. est faite sur la ligne médiane à partir du raphé des bourses; quelques artérioles sont liées; le bulbe divisé donne peu de sang et l'algalie est mise à nu par l'ouverture faite au canal, dont les bords sont saisis avec de fines érignes et maintenus écartés. M. Sédillot, malgré toute l'attention et les recherches possibles, ne parvenant pas à découvrir de trajet ni de pertuis au milieu du tissu fibreux et induré qui représente le canal, suppose ce dernier oblitéré, et fend avec la pointe du bistouri une partie de l'épaisseur de la coarctation d'avant en arrière dans une étendue de quelques millimètres. S'armant alors d'une algalie d'argent conduite par l'urètre jusqu'à l'obstacle, il la pousse légèrement dans la direction du canal en la soutenant avec le bout du doigt porté dans la plaie, surmonte une légère résistance, et continuant à faire avancer l'instrument avec précaution, parvient dans la vessie, d'où s'échappe un jet d'urine qui ne laisse pas de doute sur le succès du cathétérisme. La cicatrice provenant de la rupture primitive de l'urètre avait été en grande partie divisée par l'instrument tranchant, et la sonde pénétrant sous l'influence d'un assez faible effort dans la portion du canal située en arrière et restée libre avait pu arriver à la vessie. On constata de nouveau la présence d'une pierre volumineuse dans l'intérieur de ce viscère; mais M. Sédillot ne voulut pas l'extraire sur-le-champ de crainte de déterminer des délabrements trop considérables dans une région depuis si longtemps gravement affectée, et il renvoya à un autre moment la recherche du calcul. La sonde fut fixée à demeure, et le malade reporté à son lit avec les mêmes précautions que celles des opérations précédentes. Dans la journée, il s'écoule par la sonde de l'urine, du sang liquide et quelques caillots. A quatre heures du soir, le malade éprouve un pressant besoin d'uriner et une vive douleur dans la vessie. On débouche la sonde, on en abaisse le pavillon, et il s'en échappe un demi-litre d'urine rougeâtre. Une injection émolliente est ensuite faite dans la vessie et en res-

sort sans difficultés. Nuit bonne pendant laquelle l'urine s'échappe par la sonde, entre elle et le canal et un peu par la plaie.

10 janvier. Le malade urine facilement, en laissant sa sonde ouverte, ou en la fermant et la débouchant, lorsqu'il en éprouve le besoin ; il se plaint de céphalalgie et de douleurs dans l'aine gauche. (Six sangsues ; cataplasmes ; lavements ; eau de Sedlitz ; boissons adoucissantes ; soupes et fruits cuits.)

15 janvier. La région inguinale n'est plus douloureuse ; la sonde est sortie accidentellement et a été réintroduite sans peine par le malade. Quelques gouttes d'urine passent encore par la plaie, qui se rétrécit.

22 janvier. L'incision périnéale est presque entièrement fermée, a un bon aspect et est rarement mouillée par l'urine, qui coule parfois entre les parois du canal et l'instrument. Le liquide qui sort par la sonde abandonne un dépôt blanchâtre de muco-pus très-abondant. Le malade accuse de vives douleurs dans le gland et le long de l'urètre. On a remplacé, le 18 janvier, l'algalie d'argent par une sonde en caoutchouc à courbure fine, d'un calibre plus considérable, sans aucun obstacle ; les douleurs persistent et sont attribuées par le malade lui-même à la pression du calcul sur le col de la vessie.

29 janvier. Un abcès s'est formé au périnée et communique avec l'urètre, où il se vide incomplétement ; on y plonge un bistouri, et l'ouverture tégumentaire est maintenue béante au moyen d'une mèche.

3 février. *Taille latéralisée.* L'urètre est libre et assez large pour recevoir de grosses sondes. La miction est volontaire et facile, la plaie de l'urétrotomie presque entièrement cicatrisée. L'urétrotomie a été suivie d'un succès complet, mais les effets du calcul vont en progressant. Douleurs du gland, du canal et de la vessie ; accès fébriles ; insomnies ; inquiétudes ; émaciation. Ces accidents décident M. le professeur Sédillot à ne pas différer l'opération de la taille, qui est pratiquée à l'amphithéâtre de la clinique le 3 février. Le malade chloroformé, le professeur introduit un cathéter d'acier à large cannelure dans la vessie, fait une plaie nouvelle au périnée d'après les règles ordinaires de cette opération, se sert du lithotome caché de frère Côme, porte sur un gorgeret mousse une tenette droite et charge, et extrait un calcul du volume d'une grosse noix, qui s'écrase en partie entre les mors de l'instrument et laisse apercevoir au centre une surface lisse et noirâtre, qui répondait évidemment à la canule du trocart, sur laquelle il s'était formé. De nouveaux fragments de pierre sont ensuite saisis et enlevés, et au moyen d'une injection on débarrasse la vessie des derniers détritus calcaires. Le malade est reporté dans son lit, où il passe une très-bonne journée. On a laissé l'urètre libre ; l'urine s'est écoulée par la plaie ; quelques gouttes seulement ont été rendues par le méat urinaire.

4 et 5 février. État satisfaisant.

9 février. On introduit une sonde en caoutchouc dans la vessie ; l'instrument est bien supporté ; l'urine s'en échappe par jet et ne sort plus par la plaie, qui se rétrécit. Le malade retire sa sonde et la replace lorsqu'il sent le besoin de vider sa vessie. Son état général est très-favorable ; il est plein de confiance et reprend de l'embonpoint.

27 février. Veiderbaum urine sans sonde et à gros jet. Les plaies périnéales sont fermées, à l'exception d'un point fistuleux correspondant à la ponction du trocart. L'amélioration continue.

Le 29 mars le malade quitte l'hôpital parfaitement guéri. Toutes les plaies sont cicatrisées ; l'urine est claire et rendue à volonté, à gros jet et librement, mais ne peut être retenue plus de deux ou trois heures. Les sondes, d'un volume de 8 millimètres de diamètre, arrivent facilement dans la vessie sans rencontrer d'obstacle. L'embonpoint et les forces sont revenues, et rien ne pourrait faire supposer l'extrême gravité des accidents auxquels Veiderbaum a si heureusement échappé.

Nota. Cinq mois plus tard, un médecin de Mulhouse écrivait à M. le professeur Sédillot : « J'ai recherché votre opéré, et je l'ai trouvé très-bien portant. La miction s'accomplit parfaitement, mais à des intervalles assez rapprochés ; il travaille et marche beaucoup, se nourrit bien, et témoigne hautement sa joie et sa reconnaissance de sa guérison inespérée. »

Cette observation est certainement un des plus remarquables exemples de succès de l'opération de la boutonnière, et les annales de l'art comptent peu de faits plus probants en faveur des immenses et heureuses ressources de la chirurgie. M. le professeur Sédillot a exposé, dans ses leçons, les motifs qui lui avaient fait opérer le malade en plusieurs temps. S'il eût procédé immédiatement à l'extraction du calcul, il eût fallu prolonger l'incision de l'urètre jusqu'à la vessie, et agrandir la plaie périnéale. La prostate déjà traversée par la canule du trocart eût été fendue, et il eût été fort à craindre, dans l'état d'épuisement et de souffrance où se trouvait le malade, qu'il eût succombé aux accidents produits par l'étendue de pareils désordres. La vaste solution de continuité des portions membraneuse et prostatique du canal urinaire, largement baignée par l'urine, ne se serait pas consolidée ; le rétrécissement eût reparu, et des fistules incurables ou nécessitant de nouveaux traitements eussent probablement persisté.

En s'occupant en premier lieu de la restauration du canal, le danger était beaucoup moindre et les chances de succès plus assurées. L'opération de la taille devenait elle-même plus simple, en la pratiquant sur une région saine et par une plaie directe. L'écoulement momentané de l'urine ne compromettait plus la portion restaurée de l'urètre, et ne pouvait causer de rétrécissement ni de fistules.

M. Sédillot ne voulut pas tenter la lithotritie pour ne pas fatiguer des tissus nouvellement cicatrisés, et ne pas rappeler l'inflammation dans la poche urinaire qui était depuis longtemps irritée. On sait quels accidents dépendent souvent de la présence de quelques fragments calcaires arrêtés dans le canal, et de l'extraction des instruments lithotriteurs rendus plus volumineux par les détritus du calcul amassés entre leurs branches. La taille prévenait ces complications, donnait des résultats immédiats plus certains, ménageait l'urètre et méritait d'être préférée.

(La fin au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

(Suite.)

III. THE MONTHLY JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE.

Il est utile, avant de commencer cette revue, de faire observer que l'ancienne rédaction du MONTHLY JOURNAL, composée des professeurs Christison, Syme, Simpson, Bennett, Maclagan, Robertson, a fait place, en septembre 1853, à la rédaction unique du docteur Robertson.

Les cahiers d'avril à décembre 1853 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Des progrès de la chirurgie pratique en Angleterre pendant les trente dernières années* ; par le professeur Syme. 2° *Considérations sur le mode d'action des saignées locales dans les maladies des organes internes* ; par J. Struthers. 3° *Théorie de la menstruation* ; par le docteur J. Mathieu Duncan. 4° *Des déformations des valvules du cœur considérées comme causes de maladie* ; par le docteur Thomas B. Peacock. 5° *Réflexions pratiques sur la prophylaxie et le traitement de la scarlatine ; sur l'administration du chlorure de fer dans le traitement de l'érysipèle, et sur l'emploi de l'aconit dans le rhumatisme* ; par le docteur G. W. Balfour. 6° *De la fièvre jaune épidémique observée sur le navire* le Highflyer, *en* 1852 ; par le docteur J. Watson. 7° *Du danger des bougies en gutta-percha* ; par le professeur Syme. 8° *Exostose pédiculée du conduit auditif externe, cause de surdité.* 9° *Plaie d'arme à feu du poumon gauche ; plaie du crâne avec perte de substance considérable du cerveau ; guérison dans les deux cas* ; par le docteur G. Mackay. 10° *Cas d'amputation tibio-astragalienne* ; par le docteur C. C. King. 11° *Altération particulière de la résonnance thoracique dans certains cas de pleurésie et de pneumonie* ; par le docteur W. O. Markhom. 12° *Observations sur les fièvres de la Jamaïque* ; par le docteur J. Mayrath. 13° *Analyse du liquide contenu dans un kyste du corps thyroïde* ; par le docteur Maclagan. 14° *De la resection de l'articulation du genou* ; par le docteur R. J. Mackensie. 15° *Cas de paralysie du moteur oculaire commun* ; par J. Struthers. 16° *Paracentèse du thorax dans trois cas d'empyème survenus à la suite de la scarlatine* ; par P. Brotherston. 17° *Anévrisme de l'aorte thoracique* ; par le docteur James Andrew. 18° *Du traitement hypnotique* ; par James Braid. 19° *Du traitement du ténia par l'écorce de fougère mâle* ; par le docteur R. Christison. 20° *Durée de la grossesse* ; par le professeur Simpson. 21° *Observation de chlorome* ; par le docteur A. King. 22° *Recherches sur la mortalité* ; par le docteur R. Christison. 23° *Statistique des causes de mort* ; par le docteur J. Begbie. 24° *Extraction du corps étranger du larynx.* 25° *Note sur le son tympanique du tissu pulmonaire partiellement condensé* ; par W. O. Markham. 26° *D'un nouveau conducteur pour le traitement des rétrécissements par l'incision.* 27° *Du chloroforme dans la coqueluche* ; par le docteur Fleetwood Churchill. 28° *De la version dans les cas d'angustie du bassin* ; par J. Traill. 29° *Guérison d'un rétrécissement de l'urètre existant depuis l'enfance (incision externe)* ; par le docteur Kilburne. 30° *Cas d'épiphora* ; par B. Bell. 31° *Du genre de mort à la suite des inhalations de chloroforme* ; par E. R. Bickersteth 32° *Observations pratiques sur les présentations pelviennes du fœtus* ; par le docteur C. Bell. 33° *Des conditions de l'urine dans le typhus fever et la fièvre typhoïde* ; par le docteur G. W. Edwards. 34° *Observations sur le sang des cholériques* ; par le docteur W. Robertson. 35° *Cas d'obstruction fécale* ; par le docteur Christison. 36° *Observations sur la fièvre jaune épidémique de Port-Royal (Jamaïque)* ; par le docteur J. Watson. 37° *Deux observations de côtes rudimentaires, suivies de remarques sur les variations du nombre des côtes* ; par le docteur J. Struthers. 38° *Observations chirurgicales : tumeur du tibia ; hydrocèle du cordon ; tumeur érectile de la langue ; ulcère cancéreux de la région temporale ; rupture du ligament rotulien d'un côté et fracture de la*

rotule du côté opposé chez le même sujet; tumeur fibreuse du sinus maxillaire; tumeur cancéreuse de la conjonctive; polype du rectum; carie du poignet; piqûre du thorax et probablement du cœur par une aiguille, sur un enfant de 4 mois; fistule anale compliquée; polype de l'épiglotte; cancer du pénis (service du professeur Syme); par le docteur W. M. Dobie. 39° *De l'usage externe de l'huile dans le traitement des scrofules, de la phthisie;* par le professeur Simpson. 40° *Du climat de Malaga;* par A. W. Pinkerton. 41° *Fréquence de la chromato-pseudopsis;* par G. Wilson. 42° *De la contagion et de l'infection dans leurs rapports avec les maladies épidémiques;* par J. Grove. 43° *Cas de mort par l'inhalation du chloroforme.* 44° *De l'usage externe de la belladone dans le delirium tremens;* par le docteur J. Grieve. 45° *Dépôts ossiformes de la membrane hyaloïde et du cristallin de l'œil humain;* par J. Kirk. 46° *Des caractères des urines qui déposent de l'oxalate de chaux;* par le docteur D. Maclagan. 47° *Rapport sur une épidémie locale de dyssenterie;* par R. Christison.

DES PROGRÈS DE LA CHIRURGIE DANS LA GRANDE-BRETAGNE PENDANT LES TRENTE DERNIÈRES ANNÉES; par JAMES SYME Esq., professeur de clinique chirurgicale à l'Université d'Édimbourg. (Mémoire lu à la Société médico-chirurgicale de cette ville.)

Les opinions du professeur Syme sur les progrès de la chirurgie nous intéressent à plus d'un titre : elles montrent l'état actuel des connaissances chirurgicales en Angleterre, la manière dont nos voisins d'outre-mer apprécient telles ou telles innovations, les procédés qui sont particulièrement en faveur chez eux. Nous ferons bon marché de l'excision des ovaires, de l'ouverture de l'abdomen dans les cas d'étranglement interne, de l'excision du genou, de la rupture brusque des ankyloses, et de quelques autres opérations qui ont eu chacune leurs promoteurs, et qui ne figurent pas, du reste, au nombre des progrès réels signalés par notre savant confrère d'Édimbourg.

En première ligne, il signale les modifications importantes introduites dans l'art des pansements, l'abandon des bandelettes cératées et agglutinatives, des plumasseaux de ouate ou de charpie, des bandages roulés, pour faire place à l'usage exclusif des pansements à l'eau ou au linge mouillé recouvert de soie huilée.

Aux bandelettes agglutinatives employées selon la méthode de Baynton dans le traitement des ulcères calleux ou indolents des jambes, on a substitué l'emploi du large vésicatoire, qui réduit ces gonflements indolents des tissus de la jambe, et conduit au moins aussi rapidement et plus économiquement à la cicatrisation des surfaces suppurantes.

L'administration à l'intérieur de l'iodure de potassium a remplacé, on sait avec quels avantages, l'usage de la potasse caustique contre les ulcères vénériens ou mercuriels, et l'emploi du fer et des autres moyens chirurgicaux contre les lésions du périoste et des os qui correspondent aux symptômes tertiaires de la syphilis.

Un système de rapprochement des lambeaux ou des lèvres des plaies par instrument tranchant, mieux entendu, permet le plus souvent d'arriver à la réunion immédiate en favorisant l'écoulement du sang versé à la surface des plaies, tandis que jadis la réunion immédiate des lèvres des plaies retenait à l'intérieur de la solution de continuité le sang épanché qui écartait les surfaces destinées à se réunir, et donnait lieu plus tard à des abcès qui devaient s'ouvrir au dehors.

La gangrène sénile, contre laquelle la chirurgie aurait jusqu'à ces derniers temps épuisé en vain et tour à tour des ressources d'antiphlogistiques, de toniques, d'opération, serait aujourd'hui traitée avec grand avantage par le repos au lit, l'abstention de toute nourriture animale, avec le lait et l'eau pour seules boissons, la morphine contre l'insomnie ou la douleur et les émollients appliqués localement. Sous l'influence de ces moyens, on verrait, nous dit le professeur Syme, la gangrène s'arrêter, et après l'élimination des escarres, les ulcères se cicatriser complètement.

La pratique des amputations a aussi été singulièrement simplifiée, et au lieu de la méthode circulaire, les procédés à lambeaux ont peu à peu prévalu, si ce n'est pour la partie inférieure de la cuisse chez les sujets musclés et la partie supérieure de la jambe, où la méthode circulaire réunit plus d'avantages.

Les os du tarse et l'articulation tibio-tarsienne, qui sont si souvent atteints de carie, nécessitaient autrefois l'amputation de la jambe au tiers supérieur : aujourd'hui, quand la maladie ne s'étend pas au-dessus de l'extrémité articulaire du tibia et du péroné, l'amputation du pied suffit, et il est prouvé par l'expérience que les téguments épais de la plante du pied peuvent fournir à la jambe un point d'appui solide.

Le coude est, après l'articulation tibio-tarsienne, la jointure le plus souvent attaquée par des maladies graves des os, dont le seul moyen de guérison était jadis l'amputation du bras : aujourd'hui la resection du coude est une des opérations chirurgicales qui comptent les succès les plus brillants, des malades ainsi traités ayant été guéris avec conservation des mouvements et une difformité à peine sensible.

Les diverses maladies articulaires confondues sous le nom de tumeurs blanches étaient jadis et sont encore quelquefois traitées, en Angleterre comme chez nous, par les saignées, les vésicatoires, les émollients; le cautère actuel n'était pas employé dans les cas semblables en Angleterre il y a une trentaine d'années : aujourd'hui ce moyen, employé chez nos voisins avant le développement de la suppuration, agit d'une manière efficace dans la plupart des cas et enraye la marche de ces maladies, qu'on entretenait autrefois avec les antiphlogistiques et les cataplasmes.

Dans le traitement des anévrismes, et particulièrement pour ceux de la fémorale et de la poplitée, l'emploi plus méthodique et mieux entendu de la compression a rendu de nos jours de grands services.

La ponction de la vessie par le rectum est certainement encore, entre les mains de beaucoup de praticiens, une excellente ressource qui obvie aux inconvénients si graves du cathétérisme forcé.

Nous signalerons encore, avec le professeur Syme, les modifications importantes que la *méthode sous-cutanée* a permis d'introduire dans le traitement des corps cartilagineux libres des articulations, et par la généralisation des sections tendineuses, à la cure de la plupart des difformités; l'ablation des os de la face pour le cas de tumeurs cérébriformes ou fibreuses et fibro-cartilagineuses; l'ouverture large avec enlèvement d'une portion des parois dans les kystes des os maxillaires; la simple ouverture maintenue béante dans les abcès du sinus maxillaire et pratiquée au-dessus des petites molaires, dans la paroi externe du sinus; l'arrachement des polypes fibreux des cavités nasales, au lieu de la ligature; la méthode par déplacement appliquée aux restaurations faciales; l'excision des amygdales, méthode toute française, introduite par nous à Édimbourg et de là en Angleterre, où elle s'est généralisée; la ponction du thorax par la méthode sous-cutanée; le débridement des hernies sans ouverture du sac; le traitement de l'hydrocèle par les injections iodées; les règles plus pratiques, plus sûres et plus faciles pour l'application de la lithotomie et de la lithotritie, pour le traitement des rétrécissements de l'urètre par la dilatation ou par l'incision, pour la guérison des fistules anales et des coarctations du rectum, pour le traitement des hémorrhoïdes internes par la ligature, pour la division partielle du sphincter anal dans les cas de fissure, et pour sa section sous-cutanée dans les cas de contraction spasmodique.

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES SUR LE MODE D'ACTION DES SAIGNÉES LOCALES DANS LES AFFECTIONS DES ORGANES INTERNES; par JOHN STRUTHERS, membre du collége royal des chirurgiens et professeur d'anatomie à Édimbourg.

Les viscères contenus dans l'abdomen ou le thorax ont une circulation tout à fait indépendante de celle des parois qui enveloppent ces cavités. Tous les viscères de l'abdomen reçoivent le sang artériel d'arrière en avant de la partie antérieure de l'aorte, et émettent le sang veineux directement ou indirectement dans la veine cave inférieure. Il y a donc là pour ainsi dire une circulation abdominale, de l'aorte à la veine cave, qui n'a d'autre communication avec la circulation des parois abdominales que par les troncs primitifs de l'aorte et de la veine cave. La seule exception est l'anastomose des vaisseaux mésentériques inférieurs avec les branches artérielles et veineuses du périnée. De là la pratique française des saignées périnéales dans les maladies des viscères abdominaux.

Les parois abdominales reçoivent des branches des artères sous clavières et iliaques; quelques-unes viennent même de l'aorte; mais ces dernières mêmes ne communiquent aucunement avec les branches du même tronc qui alimentent les viscères abdominaux. Les saignées des parois abdominales agiraient donc comme saignées générales, et non pas, comme on le pense généralement, comme saignées locales.

La même remarque s'applique aux parois thoraciques. Il est évident que la saignée de ces parois ne peut influencer la circulation pulmonaire ou cardiaque que par l'intermédiaire de la circulation générale, en diminuant la quantité de sang qui du cœur droit se rend dans les poumons, ou bien en dérivant une petite quantité du sang qui se rend normalement dans les artères bronchiques, cette dernière dérivation n'agissant, du reste, pas plus sur les poumons que sur les parties les plus éloignées du corps.

Les considérations suivantes complètent cette démonstration : 1° le péritoine, qui se réfléchit en différents points des parois abdominales sur les viscères, possède des vaisseaux propres qui ne s'anastomosent pas avec les artères mésentériques pendant que celles-ci côtoient le péritoine pour atteindre les intestins. La même remarque s'applique aux plèvres et à l'arachnoïde. Les ligaments suspenseurs et postérieurs du foie contiennent des vaisseaux sanguins très-menus émanés des mammaires internes et des intercostales, et en outre on n'a jamais démontré que ces branches capillaires communiquent avec les vaisseaux propres du foie. Il en est de même de la petite anastomose qui serait censée exister entre les vaisseaux diaphragmatiques et l'extrémité inférieure de l'œsophage; il ne viendra certes à l'idée de personne aujourd'hui de soutenir que les effets des saignées épigastriques, dans certains états de l'estomac ou dans certaines affections du foie, peuvent être attribuées à ces anastomoses si éloignées, à ces rapports si indirects.

Ces remarques ne s'appliquent point au cerveau. Il y a, en effet, pour cet organe une communication directe avec l'extérieur, par l'intermédiaire des veines émissaires du trou pariétal et du trou mastoïdien. Cette dernière surtout, communiquant librement avec le sinus latéral, peut être considérée comme une sorte de soupape de sûreté à l'aide de laquelle une partie du sang veineux du cerveau qui passe par le sinus latéral peut refluer vers les téguments de la tête. De plus, le principe de la dérivation est applicable ici, les artères du cuir chevelu provenant de la bifurcation du tronc qui alimente le cerveau.

Afin de ne point se laisser égarer par ces détails de pure anatomie, il faut se rappeler que, dans la pratique, le traitement le plus sûr et le plus rationnel est souvent celui des saignées locales, contrairement aux faits que nous avons ici rappelés. Nous ne connaissons point au juste la localisation des maladies et les limites de leur action sur les différentes parties du corps. Là où existent des douleurs que nous croyons pouvoir rattacher au foie, c'est peut-être le feuillet séreux du diaphragme ou du péritoine pariétal qui est intéressé. Telle douleur que nous rapportons au rein peut tenir à un état morbide particulier des parois abdominales. Le traitement doit donc, dans tous ces cas, agir comme si l'affection s'étendait des parties viscérales aux enveloppes superficielles de la région.

DES VICES DE CONFORMATION DES VALVULES DE L'AORTE, CONSIDÉRÉES COMME CAUSES DE MALADIES DU CŒUR; par THOMAS B. PEACOCK, médecin adjoint à l'hôpital Saint-Thomas, médecin à l'hôpital des maladies de la poitrine (Londres).

L'auteur a décrit précédemment deux sortes de déformation des valvules aortiques : l'une dans laquelle deux valvules se trouvent en quelque sorte confondues par leurs côtés contigus et l'absorption ou l'atrophie de la cloison ainsi formée; l'autre où l'on ne trouve que deux valvules de grandes dimensions, l'un de ces voiles présentant encore les traces d'une troisième valvule qui se sera soudée dans la vie fœtale et aura cessé de se développer. Ces défauts de conformation peuvent exister quelquefois sans donner lieu à des maladies du cœur, l'orifice aortique n'étant ni obstrué pendant la systole, ni béant pendant la diastole. Mais le plus souvent on trouve, chez les sujets porteurs de ces lésions, des altérations diverses des valvules elles-mêmes et du cœur qui témoignent de la facilité avec laquelle l'inflammation et les dégénérations diverses s'emparent des tissus dont la conformation n'est point normale.

Adoptant la classification ordinaire de ces lésions, le docteur Peacock les rapporte aux *rétrécissements* ou aux *insuffisances*, et il fait voir comment le processus morbide amène ces altérations sur des parties primitivement déformées. Nous ne suivrons point l'auteur dans ces détails, qui varient suivant une foule de circonstances particulières aux observations, et qu'il est impossible de décrire dans leur généralité. Les trois observations dont nous donnons ici le sommaire terminent le mémoire : « Soudure de deux valvules aortiques chez un sujet de 18 ans; endocardite sub-aiguë donnant lieu à la destruction de la cloison médiane et à une insuffisance aortique; mort trois ans après le début des accidents. » — « Soudure des bords contigus des valvules aortiques chez un homme de 40 ans, donnant lieu à un rétrécissement; anévrisme peu volumineux de la base du ventricule; rhumatisme léger; pneumonie double. Mort quatre mois après le début des premiers accidents appréciables. » — « Déformation des valvules de l'aorte; expansion imparfaite de la double valvule au point de la soudure; rhumatismes antérieurs; insuffisance; altération de la valvule mitrale. Sujet de 40 ans. Mort quatre mois après le début des accidents cardiaques. »

D'UNE ALTÉRATION PARTICULIÈRE DU SON OBTENU PAR LA PERCUSSION DANS CERTAINS CAS DE PLEURÉSIE ET DE PNEUMONIE; par W. O. MARKHAM, médecin adjoint à l'hôpital Sainte-Mary de Londres.

Le phénomène sur lequel le docteur Markhom appelle l'attention dans ce mémoire avait été signalé par quelques observateurs. Mais ces remarques étaient restées dans l'oubli, parce qu'on pensait qu'elles se rapportaient à des faits entièrement exceptionnels. Nous empruntons au docteur Markham quelques-unes de ses citations à ce sujet, afin de faire mieux voir quel était l'état de la question.

Dans le VIe volume du JOURNAL DE DUBLIN, les docteurs Hudson et Graves parlent d'un son trachéal ou tympanitique qu'ils rencontrèrent dans la pneumonie, dans des conditions tout à fait spéciales.

Skoda, dans la première édition de son TRAITÉ D'AUSCULTATION, parle longuement de ce son amphorique et cherche à le rapporter à sa véritable cause.

Williams dit avoir observé un son analogue au-dessous de la clavicule, dans certains épanchements pleurétiques.

Dans des cas rares, dit le docteur Walshe, la percussion peut donner un son tympanique au-dessus des parties hépatisées du poumon.

Enfin, M. Roger, dans le 29e volume des ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, dit avoir trouvé presque constamment, dans la pleurésie accompagnée d'épanchement, une résonnance plus grande ou du moins toute particulière du côté de l'épanchement, dans la région sous-claviculaire.

Toutes les variétés de son que l'on perçoit dans ces circonstances, par la percussion, se rapportent, suivant M. Markham, au caractère creux, tubaire, tympanique, amphorique ou métallique. Il faudrait, suivant cet auteur, adopter à ce sujet l'explication de Skoda, à savoir, que ces caractères particuliers du son tiennent à la diminution de volume des cellules pulmonaires, soit par suite d'une compression de dehors en dedans, comme dans les épanchements pleurétiques, soit par la congestion plus grande des vaisseaux ou par l'infiltration sanguine ou plastique.

Il nous semble que cette opinion n'est pas soutenable, à moins qu'on ne trouve des différences entre la sonoréité exagérée de la pleurésie et de la pneumonie et celle de l'emphysème pulmonaire. Nous savons que souvent ces résonnances empruntent à des circonstances mal appréciées le caractère métallique, hydraérique. Suivant nous, il y a là deux choses : le poumon toujours plus dilaté qu'à l'état normal, et une épaisseur plus ou moins considérable de liquide. Restent les cas dans lesquels le son n'a pas le caractère métallique ou hydraérique, et est analogue à celui du pneumo-thorax ou de l'emphysème pulmonaire. Nous dirons bientôt ce qu'il faut penser de ces faits.

ANALYSE DU FLUIDE EXTRAIT D'UN KYSTE DU CORPS THYROÏDE; par le docteur DOUGLAS MACLAGAN, F. V. S. E.

OBS. — Une jeune femme portait à la partie antérieure du con une tumeur du volume d'une poire, provenant du lobe gauche du corps thyroïde. La dureté de cette tumeur, son siége, firent penser que l'on avait affaire à un kyste. Les applications de teinture d'iode à l'extérieur, la solution d'iodure de potassium à l'intérieur diminuèrent à plusieurs reprises un volume auquel la tumeur revenait dès que ce traitement était suspendu.

La ponction, suivie d'une injection iodée, amena la guérison du kyste.

Le liquide extrait par la ponction pesait 60 grammes; il était complétement incolore et d'une limpidité analogue à celle de l'eau de source la plus pure. Pesanteur spécifique, 1009,47; léger dépôt albumineux par l'ébullition; quelques rares cellules épithéliales transparentes et irrégulièrement triangulaires.

L'analyse chimique donna les résultats suivants :

Eau	989,44
Résidu solide	10,56
Albumine	1,16
Graisse liquide	0,22
Graisse solide et urée?	0,34
Matière animale soluble	1,48
Phosphate de chaux	0,26
Chlorure de sodium	5,80
Id. de potassium	0,32
Acide sulfurique, chaux, magnésie, etc.	0,64
Total	10,22
Perte	0,34

L'absence de matière colorante et la petite quantité des matériaux solides rendent cette composition remarquable. Le liquide de l'hydrocèle vaginale contient de 6 à 17 p. 100 de matériaux solides, dont 4 ou

6 d'albumine. Dans l'observation que nous consignons ici, le total des solides était d'environ 1 p. 100, et l'albumine ne s'élevait pas beaucoup au-dessus de 1 p. 1,000. Y aurait-il quelque rapport à établir entre les alternatives d'absorption et de réapparition de cette tumeur et la composition du liquide presque entièrement aqueux qu'elle contenait?

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 20 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

SUR L'HYPERTROPHIE DE LA LANGUE.

M. SÉDILLOT lit un mémoire conçu en ces termes :

L'hypertrophie simple avec procidence de la langue est une affection rare que l'on trouve à peine mentionnée dans les ouvrages les plus récents de pathologie et de médecine opératoire.

MM. Velpeau, Vidal, Nélaton, Malgaigne, se sont préoccupés de cette gênante et dangereuse difformité, et l'on est obligé de recourir à des documents plus anciens pour en trouver des observations.

Notre regrettable collègue, le professeur Blandin, avait cité, dans le DICTIONNAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES (art. *Langue*), Galien, Scaliger, Marcellus Donatus, Trioen, T. Bartholin, Paul de Sorbait, Percy, Mirault (d'Angers), comme ayant rapporté des exemples d'hypertrophie de la langue compliquée de procidence, et il avait signalé les principales altérations qui peuvent accompagner et aggraver cet état.

L'excision et la ligature ont été les moyens de traitement habituellement employés, et l'on connaît quelques beaux résultats de ces opérations. La question ne nous a pas cependant paru épuisée sous le rapport des causes, de la nature, des progrès et de la thérapie de l'affection elle-même et des lésions consécutives dont elle peut être suivie, et nous avons jugé digne de l'intérêt de l'Académie l'observation suivante, recueillie à notre clinique.

OBS. (recueillie par M. Herr, élève interne). — Le nommé Krant (Auguste), âgé de 9 ans, fut présenté à la clinique de M. le professeur Sédillot; le 16 novembre 1853, pour une hypertrophie très-considérable de la langue, qui pendait continuellement hors de la bouche sans pouvoir y être ramenée, et menaçait l'enfant de suffocation.

D'après les renseignements transmis par les parents et le médecin habituel de la famille, la langue avait commencé à s'hypertrophier cinq années auparavant, à la suite de la section du filet, pratiquée pour faciliter la prononciation.

Dès la première année, la langue ne pouvait déjà plus être replacée dans la bouche, et était le siége de douleurs très-vives qui réagissaient sur la santé générale et forçaient parfois le petit malade à garder le lit. Pendant les quatre dernières années, toute souffrance disparut, mais l'hypertrophie fit des progrès continuels.

Malgré la gêne causée par une aussi grande infirmité, la constitution n'est pas notablement altérée, et l'on constate seulement un peu de pâleur et d'amaigrissement. La parole est embarrassée, l'haleine n'offre aucune mauvaise odeur.

La longueur totale de la langue, de la pointe au voile du palais, offre 0m,13 d'étendue, et la portion qui dépasse les lèvres a 0m,05 de diamètre longitudinal, 0m,053 de largeur et 0m,027 d'épaisseur.

La face supérieure de l'organe est couverte en arrière de papilles fungiformes très-développées qui ressemblent à de véritables végétations.

Toutes les dents inférieures, depuis les grosses molaires, sont cachées et réunies par une épaisse couche de tartre, et forment une arcade parfaitement lisse et arrondie sur laquelle glisse la langue sans excoriation ni douleur.

On a essayé des applications de sangsues et des cautérisations répétées; mais l'inutilité de ces tentatives et l'embarras croissant de la déglutition et de la respiration, l'écoulement incessant de la salive, l'altération de plus en plus marquée de la voix et la difformité croissante, ont décidé les parents à venir réclamer les ressources d'un traitement plus efficace.

M. le professeur Sédillot ayant jugé l'excision indiquée, la pratiqua de la manière suivante, le 19 décembre 1853 :

L'enfant, assis sur une chaise, la tête appuyée et maintenue contre la poitrine d'un aide, l'opérateur saisit l'extrémité antérieure de la langue avec une pince de Museux, et confia à deux aides le soin de fixer et d'écarter les bords de l'organe avec des instruments de même nature. Il devint dès lors facile d'enlever en un instant une large portion triangulaire de l'organe par deux coups de ciseaux dirigés d'avant en arrière et de dehors en dedans. Deux grosses artères donnèrent un jet abondant de sang et furent immédiatement liées. Trois points de suture enchevillée réunirent les deux lambeaux, dont les extrémités furent en outre assujetties par deux points de suture ordinaire pour plus de régularité.

La portion de langue excisée avait 0m,09 de longueur, et comprenait toute la largeur de l'organe jusqu'au niveau de l'arcade dentaire. La dissection et le microscope n'y révélèrent que des tissus sains (muscles, vaisseaux, nerfs, papilles et muqueuse) considérablement hypertrophiés.

L'enfant eut dans la journée une hémorrhagie promptement arrêtée par des lotions d'eau Pagliari.

Les jours suivants, la réunion s'accomplit sans accidents; mais on est surpris que la langue, dont plusieurs personnes avaient cru l'excision trop étendue, fasse encore saillie hors de la bouche et semble peu diminuée de volume. Cette circonstance paraît de peu d'importance à M. le professeur Sédillot, qui l'explique par un gonflement inflammatoire accidentel.

Le 24, sixième jour de l'opération, on enlève les sutures dont les chevilles avaient légèrement excorié l'organe, et l'on constate une réunion heureusement achevée.

Le 1er décembre, l'enfant fait rentrer librement sa langue dans la bouche, quoique la tuméfaction persiste encore; mais il ne peut rapprocher les arcades dentaires. On constate, par une mensuration précise, que la présence de la langue entre les dents, pendant le long intervalle de cinq années, a déterminé l'incurvation permanente en bas, du maxillaire inférieur. Cette incurvation part de la deuxième grosse molaire, seule dent dont le contact soit possible avec la mâchoire supérieure. A partir de ce point jusqu'à la ligne médiane, l'écartement des deux arcades dentaires va en augmentant, et atteint 28 millimètres entre les deux incisives médianes.

M. le professeur Sédillot pense qu'on pourra remédier à cette déviation du maxillaire par une fronde de caoutchouc vulcanisé, embrassant la moitié antérieure du menton et fixée vers le sommet de la tête.

L'enfant garde sa salive, avale et respire librement, parle beaucoup mieux et quitte l'hôpital le 19 décembre 1853, un mois après son opération.

Il ne sera peut-être pas sans intérêt de signaler quelques-unes des considérations qui ressortent de cette curieuse observation :

1° Il serait difficile d'attribuer l'hypertrophie à la section du filet, et nous penchons à croire que l'affection était antérieure à l'opération, et qu'elle avait été la véritable cause de la gêne de prononciation dont les parents s'étaient inquiétés. L'hypertrophie resterait inexpliquée sans renseignement étiologique. C'est une lacune à combler qui appelle l'attention des observateurs.

2° L'épaisse couche de tartre enveloppant les dents de la mâchoire inférieure, et venant préserver la langue de toute action mécanique irritante ou ulcéreuse, est une disposition fort remarquable, et il faudrait, dans de pareils cas, ne pas s'opposer à cette espèce d'encroûtement calcaire qui nonseulement prévint les dilacérations de la langue, mais soutint les dents et les empêcha de s'incliner horizontalement et de s'ébranler, comme on le constate si fréquemment.

3° La déviation permanente du maxillaire inférieur portée à 3 centimètres au moins d'écartement, si l'on tient compte du croisement normal des incisives, montre combien il importe de remédier de bonne heure à ces hypertrophies compliquées de procidence linguale dont les inconvénients et les dangers ne sont pas complétement immédiats, puisque des déformations consécutives peuvent en résulter, et compromettre pour longtemps l'intégrité si importante des formes et des fonctions de la bouche.

4° L'excision, dans les cas d'hypertrophie simple, est le procédé opératoire le plus favorable, et ne saurait, sous aucun rapport, être comparée à la ligature, qui entraîne de véritables dangers de suffocation par la tuméfaction quelquefois très-considérable des parties étranglées, détermine une suppuration prolongée, et offre beaucoup moins de chances d'une réunion régulière.

L'excision est prompte et peut être suivie d'une guérison complète en peu de jours; nous recommandons notre procédé comme le plus sûr et le plus facile.

5° La réunion des deux lambeaux réclame la suture enchevillée, et nous conseillons de recourir à de petites plaques d'ivoire arrondies d'un centimètre environ de hauteur sur 2 de longueur, percées de deux ouvertures pour le passage d'un double fil que l'on serre et fixe de chaque côté. C'est le meilleur moyen d'obtenir l'affrontement complet des lambeaux pendant un temps assez long pour la consolidation de la plaie. Les ligatures simples coupent trop rapidement les tissus et exposent à laisser une langue bifide, accident dont nous avons été témoin.

6° L'élévation de l'appareil hyoïdien par suite de la procidence linguale disparaît avec la cause qui l'a produite; mais il n'en est pas de même de la déviation permanente du segment antérieur de la mâchoire. L'art doit intervenir, et la fronde élastique dont nous avons conseillé l'emploi nous paraît le meilleur moyen de combattre efficacement cette gênante difformité chez les enfants dont l'accroissement n'est pas encore achevé.

STRUCTURE DE L'ENCÉPHALE DES POISSONS SÉLACIENS.

M. DUVERNOY lit, au nom d'une commission, un rapport sur un mémoire de MM. Philipeaux et Vulpian qui a pour sujet la structure de l'encéphale des raies et des squales, et l'origine des nerfs crâniens chez ces poissons. M. le rapporteur, après avoir analysé le travail considérable de MM. Philipeaux et Vulpian et avoir rappelé à cette occasion la détermination qu'il a précédemment présentée des éléments de l'encéphale chez les poissons, résume en ces termes le jugement de la commission sur ce travail.

Ce travail mérite les encouragements de l'Académie :

1° Par l'analyse nouvelle qu'on y trouve de la structure des différentes parties de l'encéphale de plusieurs espèces appartenant aux familles des raies et des squales, et principalement du bulbe, dans lequel ils ont reconnu des faisceaux intermédiaires, comme dans la moelle allongée de l'homme;

2° Pour avoir suivi jusque dans la profondeur de ce bulbe, et particulière-

ment dans ses faisceaux intermédiaires, les radicules des différentes paires de nerfs, depuis la troisième jusqu'à la onzième inclusivement;

3° Pour avoir découvert dans dix de ces paires de nerfs au moins deux sortes de filets radiculaires, dont les uns sont des filets qui s'entre-croisent, dont les autres suivent leur direction primitive jusqu'à la tige nerveuse dans laquelle ils doivent se rendre;

4° Pour avoir distingué, dans la majorité de ces paires de nerfs, des filets radiculaires de commissures qui lient intimement les nerfs d'une même paire.

La généralité de ces trois dispositions dans l'origine des nerfs crâniens ne peut manquer de devenir, pour la physiologie, une donnée anatomique importante. En conséquence, la commission propose: 1° d'accorder son approbation au nouveau travail anatomique dans lequel MM. Philipeaux et Vulpian ont avancé la connaissance difficile de la structure intime des différentes parties du cerveau des poissons de la grande division des sélaciens de Cuvier ou des plagiostomes de M. Duméril, et celle de l'origine profonde des nerfs crâniens de ces poissons; 2° et de les inviter à étendre leurs recherches à plusieurs autres espèces de cette classe appartenant à des genres et à des familles différentes.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

M. Serres demande la parole au sujet de ce rapport et s'exprime en ces termes:

Dans le rapport que l'Académie vient d'entendre sur l'origine des nerfs crâniens chez les Sélaciens, M. le rapporteur est revenu sur la détermination qu'il avait précédemment présentée des éléments de l'encéphale chez les poissons. Je reviens, à mon tour, sur les objections que j'ai faites à cette opinion. Si, en effet, chez certains poissons osseux (la carpe et la morue), le volume des lobes optiques avait pu porter les anciens anatomistes (Camper, Haller) à les considérer comme les analogues des hémisphères cérébraux des autres classes des vertébrés, il ne pouvait plus en être de même chez les sélaciens ou poissons cartilagineux.

Chez ces derniers poissons, le volume des lobes optiques est, d'une part, beaucoup moindre que celui des hémisphères cérébraux et du cervelet; et, d'autre part, la forme, la position et les rapports des lobes cérébraux se rapprochent tellement, chez les sélaciens, de la disposition qu'ils offrent chez quelques reptiles, que leur analogie n'a pas été méconnue.

Aussi la détermination de Camper et de Haller ne porte-t-elle que sur les poissons osseux. Jamais ces illustres zootomistes n'eussent assimilé aux hémisphères cérébraux, des lobes dans l'intérieur desquels pénètre et se prolonge le *processus cerebelli ad testes*.

Notre honorable rapporteur vient de rappeler qu'il avait fait des réserves sur l'assimilation des lobes optiques des poissons, aux hémisphères cérébraux des autres classes des vertébrés. Or ce sont ces réserves que je viens fortifier, en montrant que cette assimilation est erronée et contraire aux principes de détermination de l'encéphale, dans les quatre classes composant le premier embranchement du règne animal.

Ma seconde observation est relative aux éminences mammillaires de l'encéphale de l'homme. Ces éminences blanchâtres sont un des caractères spécifiques de l'encéphale humain; elles disparaissent déjà chez les singes.

Or, si ces éminences ont disparu de la surface externe de l'encéphale chez les mammifères, les oiseaux et les reptiles, comment se reproduiraient-elles chez les poissons? Tous les anatomistes savent que ces éminences, chez l'homme, sont le relief extérieur des radiations de la substance médullaire innominée de Reil; on sait aussi que, à cause de leurs rapports, Santorini les a nommées *tubercule des piliers antérieurs de la voûte*. Or la substance médullaire innominée, ainsi que la voûte à trois piliers, manquant chez les poissons, les anatomistes modernes n'ont pas admis l'existence des éminences mammillaires dans cette classe, malgré les efforts de Treviranus, dont on reproduit l'opinion; et, au contraire, en suivant les indications de cet anatomiste célèbre, ils ont reconnu, dans le lobule situé à la base de l'encéphale des sélaciens et des poissons osseux, un élément encéphalique qui leur est propre, élément dont le rudiment est représenté, dans les autres classes, par le *tuber cinereum*, qui se trouve en arrière du *kiasma* des nerfs optiques.

M. Charles Bonaparte fait observer, à l'occasion du même rapport, que la répartition vicieuse des poissons en *osseux* et *cartilagineux* doit être écartée, surtout quand il s'agit du cerveau, si bien organisé dans quelques-uns de ces poissons (les *sélaciens* — squales et raies), simple (les *lamproies*) ou presque nul dans quelques autres (les *branchiostomes* ou *amphioxis*).

Jamais division n'a été moins naturelle que celle des poissons en cartilagineux et osseux; car le squelette lui-même, mou par différentes raisons, est tantôt fibreux, tantôt granuleux. Parmi les osseux, le brochet (carnivore) est le mieux organisé, quant à l'encéphale, de tous ceux qu'il a observés, et bien supérieur à la carpe, etc.

— M. Dezautière adresse une lettre relative à un cas de monstruosité sur lequel M. Isidore-Geoffroy Saint-Hilaire donne les détails suivants:

L'animal envoyé à l'Académie par M. le docteur Dezautière est un cochon monstrueux, né, il y a quelques jours, aux environs de Decize (département de la Nièvre). Il appartient à la famille des monstres doubles monosomiens et au genre opodyme ou polyopse.

Les exemples d'opodymie abondent dans la science, mais principalement dans deux espèces remarquables entre toutes par la fréquence de la duplicité monstrueuse, le chat et le bœuf; chez le chat, c'est même à peine si l'opodymie peut être appelée un cas rare. Chez le cochon, au contraire, elle est peu connue, et je n'avais même pu en citer un exemple dans cette espèce que d'après les observations de M. Otto et de M. Gurlt, les unes et les autres faites sur le même individu, appartenant au musée de l'Université de Berlin. L'envoi de M. Dezautière offre, sous ce point de vue, quelque intérêt pour la science, et son cochon opodyme sera utilement placé dans la collection tératologique du muséum d'histoire naturelle, si l'Académie veut bien en faire don à cet établissement.

— M. Bayard adresse une note sur l'identité de la fièvre typhoïde avec la variole, et sur l'utilité qu'il y aurait à renoncer à la vaccine pour revenir à l'inoculation. (Comm.: MM. Serres, Andral et Rayer.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

SÉANCE DU 28 FÉVRIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre du commerce transmet:

1° Un rapport de M. Hocber, médecin cantonal à Obernai (Bas-Rhin), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Walff, depuis le 1er décembre jusqu'au 1er janvier dernier. (Comm. des épid.)

2° Une caisse contenant douze bouteilles de l'eau d'une source située à Saint-Gorre (Allier), et que l'on demande l'autorisation d'exploiter comme eau minérale.

3° Un mémoire de M. Billiard, médecin à Corbigny (Nièvre), sur la cause de la maladie des pommes de terre, de la vigne, etc.

L'auteur résume son mémoire en ces termes:

L'absence ou la diminution de l'ozone contenu dans l'air développe chez l'homme et chez certains animaux les phénomènes auxquels on a donné le nom de choléra.

L'excès de l'ozone dans l'air détermine la maladie des plantes contenant du sucre, de la glucose, de la fécule, et connue sous le nom de maladie des pommes de terre, de la vigne, de la betterave, etc. (Comm.: MM. Chatin, Bouchardat.)

— M. Auberge, médecin principal à l'hôpital militaire de Bône, envoie le rapport sur l'épidémie qui a régné à Bône en 1853. (Comm. des épid.)

— M. Artigala (de Tarbes) adresse une notice sur les établissements thermaux et sur les causes qui produisent l'énergie médicinale des eaux. (Comm. des eaux minérales.)

— M. Poujol, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier, écrit qu'ayant entendu la lecture du mémoire de M. Piorry, sur les inspirations d'iode dans le traitement de la phthisie pulmonaire, la discussion à laquelle cette lecture a donné lieu, et les réflexions qu'elle a suggérées, il a pensé que l'Académie n'apprendrait pas sans intérêt qu'il s'occupe depuis quelque temps, mais plus particulièrement depuis trois mois environ, avec succès, du perfectionnement des traitements spécifiques appropriés à la curation des différentes espèces de phthisie pulmonaire admises par les auteurs.

— M. Thomas A. Wise (d'Édimbourg) adresse un mémoire intitulé: Choléra, sa nature et son traitement. (Comm. du choléra.)

— M. Girault, médecin à Onzain (Loir-et-Cher) demande que la commission désignée pour l'examen des succédanés du sulfate de quinine se rende dans la localité où il exerce pour constater les résultats qu'il obtient.

— M. le Président annonce à l'Académie la mort de M. Accari, correspondant à Valence.

M. le président rend compte ensuite des obsèques de M. Nacquart, et sur son invitation, M. Dubois (d'Amiens) donne lecture du discours qu'il a prononcé au nom de l'Académie.

La lecture de ce discours est accueillie par les applaudissements de l'assemblée.

— M. le Président informe l'Académie qu'elle aura à procéder, dans la séance prochaine, à la nomination d'un président en remplacement de M. Nacquart. Les membres seront convoqués à domicile.

— M. Robinet, au nom de la commission des remèdes secrets, lit une série de rapports sur des remèdes secrets ou nouveaux.

Il n'y a pas lieu d'accorder le bénéfice des décrets relatifs aux remèdes.

Ces conclusions sont adoptées sans discussion.

Pendant la lecture de ces rapports, l'Académie a procédé au scrutin pour la nomination de deux membres de la commission du prix Nadaud, en remplacement de M. Nacquart, décédé, et de M. Villermé, empêché par un voyage de prendre part aux travaux de cette commission.

Les deux membres élus sont MM. Mélier et Bouchardat.

CHOLÉRA.

M. Thomas, membre correspondant, lit un mémoire sur le choléra asiatique.

Dans ce mémoire, M. Thomas soumet à l'Académie, comme complément des diverses communications qu'il lui a adressées pendant son dernier voyage et depuis son retour à Paris, le résultat de ses études sur le choléra qu'il a observé en 1832 et 1833, à la Nouvelle-Orléans, pendant trois épidémies successives. Il envisage le choléra sous le rapport de son essence particulière, de son traitement et de sa propriété non contagieuse.

M. Thomas résume son mémoire en disant qu'il croit à la nature nerveuse du choléra asiatique dès son invasion, mais avec des complications fréquentes constituant, soit des lésions d'organes, soit d'autres lésions, aussi graves parfois que celles du système nerveux et nécessitant par conséquent des moyens

également énergiques, pour tâcher d'en triompher, et qu'il adopte l'opinion de la non-contagion du choléra.

D'après M. Thomas, les diarrhées prodromiques existent presque toujours, ainsi que l'ont établi M. J. Guérin et les médecins anglais, et commencent la maladie plutôt qu'elles ne l'annoncent. Bien traitées, elles guérissent, et alors les symptômes si graves de la maladie qu'elles précèdent d'ordinaire ne se développent pas.

M. Thomas termine ce mémoire par l'indication des moyens qui lui paraissent susceptibles, sinon de prévenir, du moins d'atténuer les résultats funestes trop communs du choléra asiatique.

Suivant M. Thomas, outre les mesures d'hygiène publique adoptées d'après les avis de l'Académie et du conseil de salubrité, on devrait édifier à Paris, dans les diverses parties de la ville et de la banlieue, en choisissant des endroits très-élevés, des établissements destinés à recevoir, en temps d'épidémie de choléra, les malades indigents, qui, ainsi que tout le monde le sait, en raison de la cherté des loyers, sont habituellement logés dans les quartiers bas et humides de la ville. Il serait important que ces établissements, tout en étant situés sur des hauteurs, fussent placés le plus près possible des quartiers malsains, afin d'éviter les transports des malades à de trop longues distances.

M. Thomas va au-devant de l'objection qui pourrait lui être faite à l'égard des frais considérables qu'entraînerait la construction de ces établissements, en demandant qu'il n'en fût fait qu'un seul pour le moment à titre d'essai et pour parer aux éventualités d'une épidémie prochaine.

La séance est levée avant cinq heures.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

SÉANCE DU 26 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

L'Académie reçoit diverses communications officielles et privées relatives au projet de loi sur l'art de guérir.

Elle reçoit en outre :

Une note pour servir à l'histoire du charbon, par M. Ancelon ;

Et un travail de M. le docteur Willaine (de Leuse), intitulé : COUP D'ŒIL SUR LA PROFESSION DE MÉDECIN ET SUR LES MOYENS DE L'AMÉLIORER.

Cette séance a été consacrée en partie à la lecture et à la discussion des rapports sur les prix. Nous nous bornerons à en indiquer les résultats :

1° Sur la question relative à la pleuropneumonie exsudative des bêtes bovines, l'Académie a décidé, sur le rapport de M. Gaudy, que la question serait retirée du concours, et qu'une médaille d'encouragement sera accordée à l'auteur du mémoire inscrit sous le n° 3, dont le nom ne sera publié que du son consentement.

2° Pour la question relative aux moyens d'éviter les amputations et les resections osseuses, le prix a été décerné à M. le docteur Decaisne, médecin de garnison.

L'Académie reprend la discussion du mémoire de M. Didot, relatif à la pleuropneumonie des bêtes bovines.

PLEUROPNEUMONIE DES BÊTES BOVINES.

M. VERHEYEN prend la parole pour défendre les conclusions de la commission contre les attaques de M. Didot, et en particulier contre le travail intitulé : DEUX JOURNÉES A HASSELT. Il s'attache, dans une longue argumentation qu'il est impossible de résumer, à discuter les principaux faits énoncés dans le travail de M. Didot et à examiner les conséquences logiques qui en découlent.

L'orateur conteste notamment l'exactitude des quatre propositions dans lesquelles se résume toute l'argumentation de M. Didot, à savoir : que toute bête bovine convenablement inoculée résiste à l'épizootie pneumonique; que toute bête guérie d'une première atteinte n'en contracte pas une seconde; que les bêtes guéries d'une première atteinte ne sont plus aptes à être inoculées; qu'enfin une première inoculation bien réussie rend l'animal impropre aux manifestations d'une seconde, propositions dont il cherche en vain la justification dans le travail de M. Didot; et il nie que le liquide extrait d'un poumon malade soit un virus.

De tous les faits recueillis et de toutes les inoculations pratiquées depuis dix-huit mois, il lui paraît ressortir d'une manière évidente que la pleuropneumonie exsudative, quoique contagieuse, n'est pas inoculable, pas plus que la scarlatine, où le sang, la salive, la bile, la sueur, les déjections ont échoué; et il conclut, avec M. Gluge :

1° Que la pleuropneumonie épizootique ne possède pas de produits anatomiques caractéristiques appréciables au microscope;

2° Que le produit inflammatoire de l'inoculation ne se distingue d'aucun autre produit d'inflammation par des caractères anatomiques.

Le liquide extrait d'un poumon malade ne possédant pas les propriétés d'un virus, on ne peut attribuer son activité qu'à une infection septique, ce que confirment les accidents gangréneux, toujours en rapport avec le degré de décomposition putride qu'a éprouvée la matière.

La discussion continue et est renvoyée à la séance prochaine.

— M. LEROY-D'ÉTIOLLES, membre correspondant, lit un mémoire sur les moyens d'extraire de la vessie les corps étrangers autres que les pierres et leurs débris. (Voir le résumé de ce mémoire dans le numéro du 21 janvier de la GAZETTE MÉDICALE.)

Après la lecture de ce mémoire, M. Leroy-d'Étiolles communique à l'Académie, au nom de M. Matthieu, fabricant d'instruments de chirurgie, un appareil destiné à faciliter la transfusion du sang et surtout à prévenir la coagulation de ce liquide.

SUR LE CHOLÉRA QUI A RÉGNÉ EN RUSSIE.

M. le professeur ÉVERARD, membre honoraire, lit un travail intitulé : UN MOT SUR LE CHOLÉRA QUI RÈGNE EN RUSSIE.

L'auteur, après avoir fait connaître la marche qu'a suivie le choléra dans sa dernière invasion dans les deux capitales de la Russie, et après en avoir exposé les caractères, la forme, l'anatomie pathologique et le traitement, étudie les points de contact qui existent entre cette affection et la fièvre intermittente. Il appelle surtout l'attention sur un fait qui a été observé tout particulièrement au grand hôpital de Crasno-Celo. C'est que les malades atteints de fièvre intermittente avec diarrhée bien prononcée, montraient une tendance à un état typhoïde, comme on l'a vu chez les cholériques.... « Le choléra diffère de la fièvre intermittente par sa grande impétuosité et par la durée indéfinie du froid ; les principaux organes de la vie en sont si fortement éprouvés que la réaction est nécessairement lente et difficile, et qu'un deuxième accès est presque impossible. Cependant, si on prête une grande attention au lit d'un cholérique, on voit manifestement des efforts douloureux, des retours de crampes et de vomissements, se montrer avec des intervalles plus ou moins réguliers de calme et de repos.

» ..... On sait quelle importance il faut attacher aux premiers accès d'une fièvre pernicieuse; on sait également qu'il est rare que le choléra ne soit point précédé de quelques dérangements *significatifs* en temps d'épidémie; les faits suivants confirment cette opinion.

» Dans les deux camps de Crasno-Celo et de Gatchina, le nombre des cholériques ayant monté jusqu'au chiffre de 30 et 40 dans les vingt-quatre heures, le docteur Mandt eut l'heureuse idée de proposer la mesure suivante : chaque soldat devait être visité deux fois le jour au régiment par l'officier de santé du bataillon, et à la moindre indisposition gastrique accompagnée d'une apparence de diarrhée, il devait cesser tout exercice et subir un traitement préventif. Quelques doses légères de noix vomique, seule ou avec 1/50 de grain d'acide phosphorique lui étaient administrés. Cet ordre si simple produisit un effet admirable; le chiffre, de 50 cholériques par jour et plus, descendit promptement à 15, 10 et 3. »

L'expérience suivante parait surtout à M. Éverard de nature à donner un grand appui à l'affinité qu'il prétend exister entre le choléra et les fièvres intermittentes.

Le docteur Mandt, ayant pris en sérieuse attention mes idées sur la nature du choléra, voulut bien en faire l'application, d'autant plus qu'elles ne faisaient point opposition au traitement qu'il avait adopté. Les circonstances en fournirent bientôt l'occasion. On était alors dans les derniers jours du mois d'août; le choléra, par suite des mesures préventives, avait diminué au point que le grand rassemblement de troupes ne donnait plus qu'un ou deux cas par jour, et même parfois vingt-quatre heures se passaient sans en fournir un seul. Le moment des grandes manœuvres était arrivé, elles commencèrent par une guerre simulée; le temps devint froid et pluvieux, des marches et contre-marches fatiguèrent la troupe, il fallut camper et changer de terrain incessamment, comme si l'ennemi était en présence. En peu de jours, le choléra reprit tout son empire et 40 à 50 soldats furent atteints chaque vingt-quatre heures; notez que le nombre des *intermittentes* s'accrut dans la même proportion. L'essai commença sur 4 malades qui avaient subi une forte attaque de choléra et dont l'état était très-alarmant; la mort paraissait imminente; les médicaments administrés à l'intérieur furent suspendus ou considérablement diminués; le traitement fut plus spécialement dirigé contre un principe intermittent. L'usage de la noix vomique ne fut point supprimé, mais ce médicament fut employé d'une autre manière et joint à un fébrifuge très-puissant; en conséquence, 1/20 de gr. de noix vomique et 2 à 4 grains de sulfate de quinine furent dissous dans un véhicule de 2 onces, dans lequel on fit mettre en suspension une très-petite partie de camphre avec une légère addition d'un mucilage. Cette préparation fut injectée dans le rectum toutes les deux heures et jusqu'à six à huit doses successives. Après vingt-quatre heures de ce traitement, l'état des 4 malades avait changé très-favorablement. Encouragé par ce premier essai, on l'appliqua de suite à 20 autres cholériques. Cette fois on administra les lavements aussitôt que les premiers soins et les remèdes déjà connus avaient contribué à ramener la chaleur, en un mot aussitôt que les déjections alvines étaient en grande partie arrêtées; un mieux sensible ne tarda point à se faire apercevoir sur un grand nombre, et ce qu'il y eut de remarquable, c'est que les symptômes typhoïdes firent complétement défaut chez la plupart de ceux qui avaient été soumis à ce traitement.

L'auteur ajoute encore à l'appui de cette opinion les observations faites dans plusieurs localités du Caucase, de la Perse et de la Turquie. J'ai eu occasion, dit-il, de recevoir les renseignements les plus précis par plusieurs médecins qui ont accompagné les armées russes dans ces contrées, sur les fièvres qui ont fait des ravages affreux parmi les troupes. Ces fièvres sont si rapidement mortelles que la nuance entre les formes qu'elles revêtent et celles du choléra est presque nulle; la mortalité est peut-être plus grande encore, car le génie intermittent, moins violent dans ce premier accès, continue de frapper et de détruire la plupart de ceux qui n'ont point succombé dans les premiers jours. Pendant le traitement de ces fièvres graves qui règnent au Caucase, le sulfate de quinine est porté à des doses énormes et encore il manque le plus souvent son effet. Je pense que dans ce cas, ainsi que

chez les cholériques, l'estomac est trop lésé pour tirer parti de ce remède; il faudrait préférer la voie plus utile de l'intestin rectum. J'espère que les expériences qui seront faites dans ces contrées viendront bientôt confirmer les résultats que je m'en promets.

M. Everard complète ses recherches sur ce sujet par un parallèle entre la formation successive des symptômes de ces deux affections, et il arrive à en conclure que dans l'une comme dans l'autre le grand nerf sympathique est l'organe génésique de tous les symptômes.

M. Stas présente au nom de M. Depaire, pharmacien à Bruxelles, une note sur les variétés de chlorures mercureux employées en médecine, dont l'Académie ordonne l'insertion au Bulletin.

La séance est levée à trois heures et demie.

SÉANCE DU 31 DÉCEMBRE 1855.

MM. Thiry, Heuze, Husson, Warlomont et Vanden Broeck, nommés membres correspondants dans l'une des précédentes séances, déclarent adhérer à l'art. 6 du règlement et sont proclamés correspondants.

— M. Putégnat (de Lunéville) adresse un travail intitulé : La syphilis constitutionnelle doit-elle être considérée comme cause de la scrofule et du rachitisme?

— M. le docteur Mazade (d'Anduze) adresse une communication manuscrite ayant pour titre : Recherches sur l'emploi du sulfate de quinine dans le traitement de la fièvre typhoïde.

— M. Bellefroid demande la parole pour une motion d'ordre. Il propose que le rapport sur l'avant-projet de loi sur l'art de guérir soit soumis à la délibération de l'assemblée dans la séance prochaine, afin qu'elle puisse être portée, dans le cours de la présente session, devant les chambres législatives.

— M. le Président annonce que la commission est prête à présenter son rapport dans la séance prochaine; plusieurs séances extraordinaires successives seront consacrées à la discussion de ce rapport.

TRAITEMENT DE LA GALE.

M. Vleminckx fait une nouvelle communication sur la suppression des salles de galeux dans les hôpitaux militaires. L'honorable président annonce que les prévisions qu'il avait exprimées dans sa communication précédente se sont réalisées. Il n'y a plus et il ne doit plus y avoir, dans les établissements sanitaires de l'armée, de salles de galeux : toutes sont fermées et ne se rouvriront plus. Quant à l'armoire en fer dont il avait entretenu l'Académie, elle est construite et fonctionnera la semaine prochaine. Enfin M. Vleminckx a reconnu, depuis sa dernière communication, qu'il n'était pas nécessaire de recourir à une température élevée pour détruire les sarcoptes et les œufs de sarcoptes qui résident dans les effets de couchage et d'équipement; il a constaté que la désinfection pouvait se faire non moins promptement à l'aide d'un fort dégagement de chlore que par une température élevée. (Voir pour cette communication le numéro du 25 février de la Gaz. Méd.)

M. de Hemptinne demande à M. Vleminckx s'il a fait l'essai de la vapeur d'eau comme désinfectant; il pense que ce moyen serait plus avantageux que celui que propose l'honorable président, l'emploi du chlore pouvant n'être pas sans danger pour les malades.

M. Seutin pense aussi qu'il y aurait de l'inconvénient à substituer à la chaleur la vapeur de chlore. L'emploi de la chaleur a deux avantages : non-seulement elle désinfecte, mais elle réchauffe le patient. La vapeur de chlore, au contraire, serait souvent nuisible à celui qui en ferait usage. Enfin, tout en reconnaissant les avantages du moyen proposé par M. Vleminckx pour la guérison de la gale chez les militaires, M. Seutin pense que ce moyen ne serait guère applicable dans les hôpitaux civils et dans la pratique civile, et qu'il ne conviendrait pas pour le traitement de la grosse gale.

M. Vanden Broeck croit que l'emploi du sulfure calcaire et du savon amènera presque nécessairement la formation d'un savon calcaire insoluble à la surface de la peau. Il vaudrait mieux, suivant lui, employer le sulfure de potassium ou un sulfure de sodium; l'effet qu'on veut obtenir se produirait plus sûrement. M. Vanden Broeck est également d'avis que le chlore aurait plus d'un inconvénient, entre autres celui d'altérer les objets d'équipement du soldat, et que l'emploi de l'air chaud lui serait préférable, ainsi qu'à la vapeur d'eau suréchauffée dont un membre a proposé l'usage.

M. Vleminckx répond aux objections qui viennent d'être adressés à l'emploi du chlore en faisant observer qu'on a trouvé le moyen d'y remédier, en plaçant l'appareil nécessaire pour le dégagement du chlore en dehors de la salle même de désinfection.

A l'égard des observations de M. Seutin, M. Vleminckx fait remarquer que ce que l'on appelle la grosse gale n'est le plus souvent qu'un érythème ou toute autre affection herpétique qui ne doit pas sa source à l'acarus et qui n'a rien de commun avec la gale.

CHOLÉRA ÉPIDÉMIQUE.

M. Graux fait une communication sur le choléra épidémique. L'objet de ce travail est de chercher à connaître la maladie dans ses lésions premières, dans la production, l'enchaînement et la généralisation de ses phénomènes physiologiques, dans ses altérations anatomiques. Mais avant d'entrer dans les développements que comporte ce plan, M. Graux montre à la compagnie des pièces anatomo-pathologiques qui ont pour objet de faire voir que pendant la période cyanique du choléra, il se produit une coagulation du sang dans le ventricule droit du cœur, où ce fluide se trouve arrêté.

Cette coagulation fibrineuse, variable par son volume et sa densité, pénètre souvent jusque dans l'artère pulmonaire. Le caillot qu'elle forme, d'une résistance considérable, remplit dans l'artère pulmonaire l'effet d'un bouchon, et produit un obstacle physique ne laissant au sang qu'un passage plus ou moins difficile, qui ne lui permet plus de se rendre librement dans l'appareil respiratoire et dans les cavités gauches du cœur. Il résulte de là que les poumons ne sont plus traversés par le sang, que le battement des artères diminue de force et d'étendue, et quelquefois cesse tout à fait.

M. Graux fait coïncider ces phénomènes avec une altération profonde du sang qui conduit directement à la coagulation dans les cavités droites du cœur. Ces renseignements, ajoute-t-il, ne sont pas inutiles pour le traitement, parce que, lorsque des entraves s'opposent au rétablissement des plus importantes fonctions de l'économie, il importe de les connaître et de bien les déterminer.

Ainsi, d'après M. Graux, la cessation du pouls devrait coïncider avec le moment de la formation du caillot en question. Ce caillot varie en volume, en densité, suivant la durée de son existence et l'état du sang. Tantôt il se forme instantanément; d'autres fois il se forme plus lentement. Si l'oblitération n'est pas complète, et si le sang n'est pas trop profondément altéré, la vie persiste et le pouls se conserve à un état fibrillaire jusqu'à la mort ou jusqu'à ce qu'une réaction imparfaite l'établisse. M. Graux assure avoir invariablement rencontré ce caillot dans les autopsies des personnes mortes du choléra.

Le résultat de ces recherches est que, dans l'opinion de M. Graux, le siége du choléra n'existe pas dans le tube intestinal, mais que la maladie consiste dans une altération du sang dont la diarrhée, les vomissements, ne sont que des symptômes.

Une discussion s'élève sur cette communication.

MM. Lequime, Lebeau, Vleminckx, Seutin, Stas et Vanden Broeck adressent diverses objections à l'hypothèse de M. Graux sur la localisation du choléra dans le système sanguin et sur le rôle qu'il attribue au caillot, que son existence à la suite d'un grand nombre d'autres affections démontre être un phénomène commun à plusieurs maladies et non spécial au choléra.

A la suite de cette discussion, qui sera reprise à l'occasion de l'impression du mémoire de M. Graux, M. Seutin fait la proposition de nommer une commission de trois ou de cinq membres chargés d'appliquer le traitement employé en Russie, et dont M. Everard a entretenu l'Académie dans la dernière séance.

L'Académie n'étant pas en nombre pour prendre une résolution, cette proposition n'a pas de suite.

La séance est levée à deux heures trois quarts.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SEANCES PENDANT LE MOIS DE NOVEMBRE 1853; par M. le docteur Le Bret, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — Physiologie.

1° Expériences sur les résultats de la section d'une moitié latérale de la moelle épinière, a la région dorsale; par M. Brown-Séquard.

M. Brown-Séquard communique de nouvelles recherches sur les résultats de la section d'une moitié latérale de la moelle épinière à la région dorsale.

Il a trouvé :

1° Que la racine postérieure de la paire de nerfs, située immédiatement en arrière de la section, conserve sa sensibilité. S'il y a une différence dans le degré de cette sensibilité, c'est plutôt en plus qu'en moins. Au contraire la racine postérieure correspondante du côté opposé perd manifestement de sa sensibilité. Cette expérience prouve que l'entre-croisement des racines postérieures dans la moelle épinière se fait en grande partie presque aussitôt après l'entrée des racines dans la moelle.

2° Que les racines antérieures, en arrière et du côté de la section, causent beaucoup plus de douleur quand on les irrite que les racines antérieures chez un animal intact. En d'autres termes, ce que M. Magendie a appelé *sensibilité récurrente* est de beaucoup plus intense du côté de la section, et au contraire manifestement diminué du côté opposé. Ceci s'explique aisément par l'augmentation de l'irritabilité musculaire et de l'excitabilité des nerfs moteurs et sensitifs du côté correspondant à la section et la diminution des mêmes propriétés vitales du côté opposé.

3° Que l'iris n'a pas un centre particulier pour la contraction de ses fibres rayonnées, ainsi que l'ont avancé MM. Budge et Waller. Une section d'une moitié latérale de la moelle épinière, au niveau des neuvième et dixième vertèbres dorsales, est suivie de la dilatation de la pupille, ainsi que des divers effets de la section du grand sympathique au cou, découvertes par Petit, John Reid et M. Claude Bernard. De plus, la galvanisation de la moitié latérale de la moelle épinière, au niveau des cinq dernières vertèbres dorsales, produits des effets inverses à ceux de la section de la même moitié latérale.

2° Des effets de la section des nerfs vagues sur la force du coeur; par le même.

Plusieurs physiologistes et en particulier le professeur Ludwig (de Zurich)

et Jacobson, élève de Volkmann, ont constaté que la force du cœur, mesurée à l'aide de l'hémadynamomètre, est augmentée après la section des nerfs vagues. M. Cl. Bernard (1), ignorant les résultats obtenus par Jacobson, a fait quelques expériences dont il a conclu que la force du cœur, mesurée aussi par l'hémadynamomètre, diminue considérablement après la section des nerfs vagues. J'ai trouvé que ces résultats, tout à fait opposés en apparence, s'observent constamment cependant après la section de ces nerfs. Ils existent l'un après l'autre. Quelques minutes après la section, on constate déjà une augmentation de force; une heure après, chez les lapins et les chiens, l'accroissement est plus marqué. Puis vient une période qui varie excessivement (suivant l'espèce des animaux mis en expérience et suivant les individus), dans sa durée et quant au moment où elle se montre, et pendant laquelle la force du cœur est redevenue normale. Enfin la force du cœur diminue et va sans cesse en diminuant jusqu'à la mort de l'animal. Plus les animaux meurent vite après la section des nerfs vagues, plus la période de diminution de force se montre vite : je l'ai vue survenir une dizaine de minutes après l'opération chez un cochon d'Inde adulte qui mourut en vingt-deux minutes. Je l'ai vue, au contraire, ne se montrer que plus de vingt-quatre heures après l'opération, sur un chien vigoureux qui a survécu quatre jours. Si pendant que la force du cœur est notablement diminuée on asphyxie l'animal, on voit la force s'augmenter en moins d'une minute et d'une manière très-notable; c'est là un résultat semblable à celui que John Reid a obtenu en asphyxiant des animaux sur lesquels les nerfs vagues n'avaient pas été coupés.

Pourquoi la force du cœur augmente-t-elle d'abord après la section des nerfs vagues, et diminue-t-elle ensuite? Je ne puis entrer ici dans de longues explications à cet égard; je me bornerai à dire qu'après la section de ces nerfs les vaisseaux du cœur se dilatent et que la quantité de sang qui y circule augmente. D'un autre côté, il devient de plus en plus veineux et chargé d'acide carbonique. Or comme, ainsi que je l'ai démontré ailleurs (2), plus il y a d'acide carbonique dans le sang des vaisseaux du cœur, plus le cœur est excité à battre, il est tout simple que l'énergie du cœur augmente tant que sa contractilité n'a pas été diminuée. Mais la contractilité diminue, parce que toute action la fait diminuer, de sorte que plus le cœur agit énergiquement, plus il tend à perdre de son énergie. Si la réparation était suffisante, il pourrait continuer à battre avec force; mais la réparation ne peut être bien faite par un sang insuffisamment chargé d'oxygène. Il suit de tout cela que le cœur s'épuise parce que, d'une part, il dépense plus de force qu'à l'ordinaire, et d'une autre part en ne réparant pas autant qu'à l'ordinaire ce qu'il perd. Il doit donc arriver et il arrive effectivement un moment où l'irritabilité est beaucoup trop faible pour obéir même à une excitation bien plus grande que l'excitation normale des contractions du cœur.

3° NOUVEAU FAIT RELATIF A L'ARRÊT PASSIF DU COEUR PAR LA GALVANISATION DU NERF VAGUE; par le même.

J'ai trouvé que la section, c'est-à-dire la paralysie des nerfs vagues, est suivie de la dilatation, ou, en d'autres termes, de la paralysie des vaisseaux sanguins du cœur, tandis que la galvanisation, c'est-à-dire l'excitation des nerfs vagues, fait contracter les vaisseaux et surtout les artères. J'ai expliqué ailleurs, par cette contraction, l'arrêt passif du cœur qui a lieu lorsqu'on galvanise les nerfs vagues, près de la moelle allongée. J'ai trouvé depuis un fait qui est tout à fait en rapport avec l'explication que j'ai donnée.

On sait que si l'on galvanise les nerfs vagues loin de leur extrémité centrale, on ne voit pas le cœur s'arrêter, tandis que si on les galvanise près de la moelle allongée, que celle-ci soit détruite ou non, le cœur s'arrête. Il semble donc qu'il y ait dans différentes parties des nerfs vagues des propriétés différentes. Ce n'est là cependant qu'une trompeuse apparence. Et d'abord j'ai trouvé et publié depuis longtemps que dans l'expérience des frères Weber, le cœur reste sans contractions, non parce qu'il a perdu son irritabilité (si on le touche, il se contracte aussitôt), mais parce que la cause qui l'excite normalement à agir cesse d'exister. Cette cause n'est autre que l'excitation produite sur les fibres du cœur par le sang contenu dans les petits vaisseaux; ceux-ci étant contractés, l'excitant en est expulsé et il n'y a plus d'excitation. Maintenant quand on applique le courant galvanique sur les nerfs à une grande distance du cœur, on excite les nerfs et on fait contracter les vaisseaux et cesser l'action du cœur; mais quand le courant est appliqué aux nerfs près du cœur, il en passe une partie dans cet organe, et si, d'une part, les vaisseaux étant contractés, la cause normale des battements du cœur est supprimée, on lui en substitue une autre, qui est l'excitation galvanique. Si j'ai raison, on doit voir, pendant le passage du courant, le cœur continuer à battre; mais dès que le courant est interrompu, il doit cesser de se mouvoir, et c'est là ce qu'on observe en effet. Les vaisseaux restent contractés pendant quelque temps, après que le courant a été ouvert, il y a arrêt du cœur pendant quelque temps. J'ai répété cette expérience un nombre de fois très-considérable; toujours elle m'a donné les mêmes résultats.

Quand on a séparé les nerfs vagues des tissus voisins, on observe en galvanisant l'extrémité centrale des deux nerfs les mêmes faits que lorsqu'on les galvanise près du cœur; on voit le cœur continuer à battre pendant que le courant passe et s'arrêter aussitôt qu'il est interrompu. Dans ce cas le courant passe par le cœur, comme dans l'expérience précédente. Il n'y a donc pas de propriétés différentes dans les diverses parties des nerfs vagues.

(1) COMPTES RENDUS DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE, t. I, 1849.

(2) Voyez mon livre intitulé : EXPERIMENTAL RESEARCHES APPLIED TO PHYS. AND PATHOL., 1853.

4° NOUVELLES PREUVES DE L'ENTRE-CROISEMENT DES FIBRES SENSITIVES DANS LA MOELLE ÉPINIÈRE; par le même.

Je viens ajouter les preuves suivantes à celles que j'ai déjà données à cet égard.

1° Si on coupe transversalement une moitié latérale de la moelle épinière, on trouve, en excitant la surface de section du bout, séparé de l'encéphale en apparence, que la sensibilité y existe à un degré très-prononcé; si on excite les filets des racines postérieures en arrière et du côté de la section, on les trouve extrêmement sensibles, tandis qu'au contraire la sensibilité diminue notablement dans les racines postérieures correspondantes du côté opposé. Un fait curieux à noter est que les racines antérieures, du côté et en arrière de la section, acquièrent, à un très-haut degré, ce que M. Magendie a appelé *sensibilité récurrente*. Ceci dépend de l'augmentation d'irritabilité dans les muscles où vont se rendre ces racines.

Quand la section d'une moitié latérale de la moelle épinière est faite au cou, près de la moelle allongée, chez un lapin, on obtient des résultats extrêmement tranchés. Les nerfs de l'oreille, qui viennent de la moelle épinière, étant mis à nu, on peut les pincer, les brûler du côté où la moelle est intacte, sans presque causer de douleur à l'animal. Du côté de la section, au contraire, l'oreille et surtout les troncs de ses nerfs ont une sensibilité très-exagérée.

2° Une douzaine de faits pathologiques que j'ai recueillis et que je publierai bientôt montrent qu'une altération de la moelle allongée ou de la protubérance s'accompagne d'anesthésie du côté opposé du corps. Si l'entre-croisement des fibres sensitives se faisait, comme on le dit, dans la protubérance et dans le bulbe rachidien, on devrait trouver, quand ces organes sont lésés d'un côté, une paralysie incomplète de sensibilité dans les deux côtés du corps. Si la paralysie est complète et seulement dans le côté opposé au côté altéré, c'est que, ainsi que je le soutiens, l'entre-croisement se fait dans la moelle épinière même.

II. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

1° KYSTE HYDATIQUE DU PETIT BASSIN AYANT DÉTERMINÉ UNE HERNIE DE LA VESSIE; par M. PERRIN.

Le hasard des dissections m'a fait rencontrer, chez un sujet d'une soixantaine d'années, un énorme kyste, aussi remarquable par sa rareté que par le déplacement organique qu'il avait provoqué.

Cette tumeur avait son siége en grande partie dans le petit bassin, dont elle remplissait presque toute la capacité. L'une des extrémités de son grand diamètre reposait sur le rectum, vers le niveau de la troisième pièce du sacrum, et prenait des adhérences solides sur l'aponévrose périnéale supérieure, par l'intermédiaire d'une bande fibreuse disposée transversalement dans une étendue de 8 centimètres. L'autre extrémité, dirigée en haut et en avant, avait franchi le détroit supérieur du petit bassin, et remontait jusqu'à 5 centimètres au-dessous de l'ombilic. Par la palpation et la percussion, on pouvait, malgré l'épaisseur des parties, la découvrir et la limiter dans la région hypogastrique avec la plus grande facilité. Ainsi, comme on le voit, sa direction et sa situation étaient tout à fait celles de l'utérus, à cette époque de la grossesse où, trop à l'étroit dans la cavité du petit bassin, il s'élève dans la cavité abdominale.

En cherchant à apprécier les rapports du kyste, j'ai trouvé un très-remarquable déplacement de la vessie sur lequel j'appelle toute l'attention; car il ne s'est pas encore présenté en pareil cas. La moitié antéro-supérieure de la vessie a abandonné le petit bassin pour venir se loger dans la cavité scrotale du côté gauche, de telle façon que la forme totale de l'organe est celle d'un bissac contourné en fer à cheval et embrassant dans sa concavité l'os des pubis.

La portion herniée forme une tumeur volumineuse, allongée et parfaitement semblable à une hernie inguinale ordinaire. En pratiquant le taxis, l'urine s'écoule par le canal; la tumeur s'affaisse et ne représente plus qu'une masse ovoïde, dure et résistante au toucher. A la dissection, je la trouve composée de la peau du dartos, d'un tissu graisseux très-abondant, au milieu duquel se trouve une poche vésicale à tuniques hypertrophiées et pouvant contenir environ 150 grammes de liquide. Le testicule, le cordon, recouverts de la tunique vaginale et fibreuse, sont rejetés en arrière et en dehors.

La portion non herniée est constituée par le bas-fond de la vessie, soulevé et entraîné derrière la symphyse pubienne. Enfin la portion rétrécie du bissac appuie sur la branche horizontale gauche du pubis, en dehors de l'épine de cet os, et y prend de nombreuses adhérences. Les uretères descendent jusqu'au fond du petit bassin, s'accolent sur les faces latérales du kyste, comme on peut le voir sur la pièce, et remontent de bas en haut et d'arrière en avant pour gagner le bas-fond de la vessie.

Le péritoine ne pénètre plus dans le petit bassin en arrière. Au niveau de la symphyse sacro-iliaque, il quitte la face antérieure du rectum, se porte sur la tumeur, qui en est coiffée dans toute sa portion abdominale, puis redescend vers les pubis, touche à peine en ce point à la vessie, et se continue avec le péritoine pariétal derrière l'anneau inguinal externe. J'aurais bien désiré conserver intégralement cette curieuse disposition; malheureusement je ne pouvais pas disposer du sujet. Ayant été obligé d'extraire la tumeur sans toucher au bassin, il m'a été également impossible d'étudier les modifications de forme et de siége qu'auraient pu subir les vésicules séminales.

Après l'ablation de la tumeur, j'ai examiné le rectum : je l'ai trouvé vide,

peu développé et sans trace de dilatation ni d'hypertrophie de ses tuniques.

Tel est l'état des organes environnants; passons maintenant à l'examen du kyste lui-même.

C'est une poche qui présente à peu près le volume et la forme d'une tête de fœtus à terme. Son grand diamètre est de 15 centimètres, ses diamètres transversaux de 9 et 11 centimètres et son poids de 900 grammes. Ses parois, de nature fibreuse et inégalement résistantes, sont le siége d'une vascularisation très-riche, disposée en houppes ou en réseaux à mailles très-fines. On remarque sur quelques points de sa surface des traînées rougeâtres d'apparence musculaire, mais qui ne sont sans doute que du tissu cellulaire gorgé de sang.

Vers le sommet de la tumeur et dans une étendue de 5 à 6 centimètres, le sac s'épaissit et offre une apparence cartilagineuse. A l'autre extrémité, se trouve une bande fibreuse assez large, sorte de pédicule qui servait seul de point d'attache solide à la tumeur; car le reste de sa surface était revêtu d'un tissu cellulaire lâche. J'ai cherché vainement à obtenir sur le kyste intact le frémissement hydatique.

Voulant m'assurer de la nature de son contenu, j'ai pratiqué une ponction à travers laquelle sont sortis deux acéphalocystes et une petite quantité de sérosité limpide. En plongeant le doigt dans l'intérieur de la poche, on trouve une grande quantité d'acéphalocystes de toutes dimensions et peu de liquide ambiant.

A l'examen microscopique, que je dois à l'obligeance de M. Robin, des échinocoques ont été trouvées en très-grand nombre dans la plupart des poches hydatiques; mais il n'y avait pas de crochets libres.

J'ai recherché avec soin dans le foie, la rate, le cerveau, le poumon, des tumeurs semblables; mais tous ces organes, qui sont le siége de prédilection des kystes hydatiques, étaient parfaitement sains, et, chose bizarre, j'en ai rencontré un, volumineux même, dans la capsule surrénale droite.

Je n'ai point de renseignements directs relativement aux troubles fonctionnels qui ont pu exister pendant la vie. Cet homme a été frappé d'apoplexie, et a succombé après un séjour de trente-six heures à l'infirmerie.

Toujours est-il qu'il était, au moment où la mort l'a surpris, dans un parfait état de santé; qu'il habitait l'hôtel des Invalides depuis longtemps et qu'il n'est jamais venu réclamer les secours de la chirurgie; qu'il a été sondé plusieurs fois pendant sa longue agonie sans aucune difficulté, et que des lavements ont pu lui être administrés sans effort. J'ai répété aussi le cathétérisme sur le cadavre, la tumeur étant en place, sans éprouver de résistance. Enfin, en pressant légèrement sur la cystocèle, comme nous l'avons dit, l'urine s'écoule largement par le canal.

C'est en réunissant toutes ces circonstances qu'il m'est permis jusqu'à un certain point de suppléer aux commémoratifs, et de dire que les troubles fonctionnels n'ont point été comparables à ce que l'on observe dans des conditions semblables.

Je n'ai pu savoir à quelle époque remonte la hernie de la vessie, ni si elle a été même reconnue pendant la vie; je le regrette, car cette donnée aurait fourni approximativement l'âge de la tumeur.

2° NOTE SUR UNE TUMEUR D'ASPECT FIBRO-CARTILAGINEUX TROUVÉE LIBRE DANS LA CAVITÉ DU PÉRITOINE; présentée par le docteur ONÉSIME LECOMTE.

RECHERCHES SUR LA STRUCTURE DE CE PRODUIT ET AUTRES ANALOGUES; par M. CH. ROBIN.

J'ai l'honneur de présenter à la Société une production organique, remarquable par son siége et ses divers caractères, que j'ai trouvée sur le cadavre d'un vieillard de 67 ans, mort d'une affection organique du cœur, dans le service de M. Hutin, chirurgien en chef des Invalides.

C'est une tumeur qui était contenue dans la cavité même du péritoine, entièrement libre, sans adhérence aucune. Elle reposait dans le bassin, au fond du cul-de-sac péritonéal intermédiaire à la vessie et au rectum, un peu à gauche de la ligne médiane.

Rien pendant la vie n'avait pu faire soupçonner l'existence de ce corps, et l'autopsie n'a révélé aucune trace de péritonite ancienne ou récente. Nous regrettons cependant de n'avoir point examiné avec une plus minutieuse attention les viscères abdominaux, et notamment la rate, qui a présenté, dans quelques cas à sa surface certaines productions spéciales.

Quant à la tumeur, voici en peu de mots sa description : elle offre le volume d'une bille de billard de petite dimension; sa circonférence mesure 14 centimètres; elle pèse 55 grammes. Sa forme est très-régulièrement sphérique. Sa surface était, sur la pièce fraîche, lubréfiée par une légère couche de sérosité, lisse, unie, comme séreuse. Il n'y a pas de membrane enveloppante, et s'il a existé un pédicule, on ne voit rien du moins qui rappelle l'insertion de ce pédicule. La consistance de cette tumeur est dense, élastique. La pression par deux doigts opposés permet d'apprécier cette consistance et donne en outre la sensation d'une partie centrale beaucoup plus dure.

Si, en effet, on partage la tumeur en deux portions, on la trouve composée d'une partie périphérique et d'un noyau. La partie périphérique beaucoup plus considérable est d'un gris terne; elle semble formée de couches concentriques et rappelle assez bien, par son élasticité et son aspect extérieur, les disques intervertébraux.

Le noyau est ossiforme. C'est une petite masse calcaire arrondie qu'il serait facile d'énucléer.

Telle est cette production, assez insolite. M. Cruveilhier, qui l'a examinée, l'a trouvée digne de tout intérêt. Ce savant professeur a consacré, dans son *Anatomie pathologique générale*, t. II, p. 131, un court chapitre aux corps étrangers organiques des séreuses. Ces corps, il les a rencontrés, non-seulement dans la grande séreuse abdominale, mais encore dans la tunique vaginale, simulant alors un troisième testicule.

Quelle est l'origine de ces produits anatomo-pathologiques? Proviendraient-ils, comme dans l'hypothèse que nous avons entendu émettre à notre savant et excellent maître M. le professeur Larrey, de l'organisation d'un caillot? Serait-ce d'abord une production adhérente de la rate ou de quelque point du péritoine s'en détachant ensuite pour devenir libre dans la cavité séreuse? Nous avons dû invoquer l'aide du microscope.

M. Ch. Robin, professeur agrégé de la Faculté a bien voulu étudier cette tumeur et nous faire part de quelques recherches nouvelles. Voici ce que nous avons écrit sous sa dictée :

« Pour comprendre l'étude de la structure de ce produit morbide, il est nécessaire de connaître déjà celle de certaines fausses membranes ou productions d'aspect fibro-cartilagineux qu'on observe, soit sur la rate, soit dans la plèvre, au sommet du poumon, ou dans quelques points du péritoine. Ces productions, qui ont l'aspect extérieur des fibro-cartilages, et qui en ont même reçu le nom dans la plupart des traités d'anatomie pathologique, ont une structure qui en diffère beaucoup. Voici quelle est cette structure, d'après les recherches de M. Robin, qui jusqu'ici n'ont pas encore été publiées. Le tissu de ces productions est constitué par une matière d'une grande densité, se présentant généralement sous la forme de fibres volumineuses (de 5 à 12/1000 de millimètre), soit aplaties, soit prismatiques. Ces fibres sont surtout remarquables par leurs anastomoses fréquentes à l'aide de courtes ramifications partant d'une fibre et se jetant après un court trajet sur la fibre voisine. Leur substance est d'une grande ténacité. Elle est en outre très-finement granuleuse. Les granulations sont pour la plupart de nature azotée, et très-peu sont graisseuses.

» Il importe de noter aussi que toute la substance de ces productions d'aspect fibro-cartilagineux n'offre pas cette disposition fibrillaire anastomotique. On trouve çà et là des portions qui sont entièrement homogènes et qui seulement peuvent se déchirer en lamelles aplaties, de conformation très-variable. Ces portions de substance, homogènes au lieu d'être fibrillaires, ne constituent jamais que de très-petites parties dans la masse de la pseudo-membrane d'aspect cartilagineux. Ce n'est que çà et là, dans la préparation microscopique, qu'on les aperçoit interposées aux portions fibrillaires, et ne s'en distinguant pas à l'œil nu, ni par la couleur. Jamais ces productions, qui n'ont du fibro-cartilage que l'aspect, ne renferment de vaisseaux capillaires ou autres, même lorsqu'elles atteignent une épaisseur de un centimètre.

» Tous ces détails de structure rendront maintenant beaucoup plus faciles à saisir ceux que nous allons donner sur le corps étranger du péritoine.

» 1° PORTION PÉRIPHÉRIQUE. — Le microscope montre que toute la portion élastique qui environne le noyau calcaire présente absolument la structure des pseudomembranes dont nous venons de parler. On y distingue parfaitement les portions fibrillaires. Les fibres sont toutefois un peu plus volumineuses que dans la majorité des pseudomembranes cartilaginiformes adhérentes. Les anastomoses sont aussi un peu moins fréquentes; mais, à part ces détails secondaires, la structure est identiquement la même. On y reconnaît aussi des portions homogènes non subdivisées en fibrilles, mais dont les bords se déchirent en lamelles sous l'influence des tractions exercées à l'aide des aiguilles pour faire la préparation.

» Ici, toutefois, se remarque une particularité qu'on n'observe pas dans les productions d'aspect fibro-cartilagineux adhérentes. Ce sont de nombreuses gouttes d'huile distribuées dans l'épaisseur des fibrilles ou des portions homogènes de la substance. Elles donnent un aspect tout particulier aux préparations du tissu de ce corps étranger. Leur contour est net et foncé. Leur centre est brillant et jaunâtre. Leur diamètre varie de 1 à 5/1000 de millimètre.

» Leur nature graisseuse est indiquée par leur aspect physique, et en outre par ce fait qu'elles se dissolvent sous l'influence de l'éther lorsque le tissu du corps étranger a été ramolli par l'acide acétique.

» Cette structure particulière indique donc que probablement ce corps étranger est une de ces productions d'aspect fibro-cartilagineux de la rate, ou de quelque point du péritoine viscéral ou pariétal qui sera devenu libre après avoir été adhérent pendant un temps qu'il est impossible de déterminer.

» Inutile d'insister sur le mécanisme d'après lequel ces corps peuvent devenir libres, question qui se rattache à l'histoire des corps des cavités closes en général, et non à la structure dont nous traitons ici.

» Indiquons, en terminant, que les gouttes graisseuses que l'on trouve ici d'une manière exceptionnelle, comparativement aux fausses membranes adhérentes, se rencontrent dans les cas où, chez les animaux, on vient à introduire dans l'abdomen, soit un ovaire, soit un testicule qui y séjourne plus ou moins longtemps. Les gouttes graisseuses, ainsi que le montrent les expériences auxquelles il est fait allusion ici se produisent en grande quantité dans ces organes pris sur un animal et introduits dans le péritoine d'un autre.

» 2° Le noyau ossiforme est formé uniquement d'une grande quantité de carbonate et d'un peu de phosphate de chaux. Il offre l'aspect qu'on retrouve dans toutes les concrétions calcaires, à savoir, celui de corpuscules ou granulations polyédriques irrégulières et de volume très-variable. »

III. — TOXICOLOGIE.

SUR LE FUSEL-OIL; par M. BROWN-SÉQUARD.

Un liquide, connu aux États-Unis sous le nom de *fusel-oil*, est extrait de

l'eau-de-vie de pommes de terre et existe aussi quelquefois dans le chloroforme. C'est à ce *fusel-oil* que M. Jackson (de Boston) rapporte les propriétés délétères que présente le chloroforme dans certaines circonstances. L'opinion de M. Jackson n'a pas été admise par la plupart des autres médecins de Boston qui sont arrivés, au contraire, à considérer le *fusel-oil* comme un principe tout à fait inerte.

M. Brown-Séquard a entrepris, à son tour, des expériences pour chercher à découvrir sur quels faits sont basées des opinions aussi contradictoires. Il a pu reconnaître : 1° que le *fusel-oil* est un des poisons les plus violents, lorsqu'on l'introduit dans l'économie par inhalation ; 2° qu'introduit par l'estomac, à doses considérables, il ne produit aucune action, pourvu qu'on prenne toutes les mesures nécessaires pour empêcher son passage dans les voies respiratoires. La manière de voir contraire, professée par M. Jackson d'un côté, et de l'autre par les médecins de Boston, trouve une explication dans le mode différent d'expérimentation dont ils ont fait usage. M. Jackson faisait inhaler le *fusel-oil*, tandis que les autres expérimentateurs l'ingéraient par l'estomac. D'ailleurs M. Brown-Séquard a vu que, privé du *fusel-oil*, le chloroforme peut encore exercer une action toxique et qu'il conserve toutes ses propriétés anesthésiques. Il termine sa communication en mentionnant que M. le docteur Storer (de Boston) a prescrit le *fusel-oil* à un bon nombre de phthisiques, et que dans tous les cas la marche de la maladie aurait été manifestement enrayée.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE DECEMBRE 1853 ; par le docteur LE BRET, secrétaire.

I. — ANATOMIE.

NOTE SUR LES NERFS DES ORGANES DE LA COPULATION CHEZ L'HOMME ; par M. CH. ROUGET, aide d'anatomie de la Faculté.

L'excellente monographie de Kobelt, le travail le plus complet que nous ayons sur les organes de la copulation, ne renferme que très-peu de détails relatifs à la description anatomique des nerfs de ces organes.

Kobelt ne fait que reproduire ce que l'on trouve dans Cruveilhier, Longet, Muller et Valentin sur les nerfs dorsaux, le rameau urétro-bulbaire et le plexus caverneux ; il y ajoute seulement l'exposé de la disposition plexiforme des nerfs du gland.

Il y avait encore à compléter utilement, sous ce rapport, les travaux de Kobelt : c'est ce que j'ai tenté de faire.

Les nerfs des tissus érectiles de la verge proviennent de deux sources : du *grand sympathique* et du *nerf honteux interne.*

1° DU GRAND SYMPATHIQUE :

Des filets longs et grêles du plexus hypogastrique, accolés aux parties latérales de la prostate et de la portion membraneuse de l'urètre, arrivent sous la symphyse des pubis, et là s'anastomosent entre eux et avec un rameau du nerf honteux qui, distinct du nerf dorsal de la verge, est intimement accolé à l'artère honteuse interne jusqu'au moment où elle se divise en artère caverneuse et artère dorsale de la verge. De ces anastomoses multiples résulte un plexus en partie décrit déjà sous le nom de *plexus caverneux.* De ce plexus se détachent un ou deux filets très-grêles, décrits et figurés déjà par Valentin et Muller, qui pénètrent avec l'artère caverneuse dans l'intérieur du corps caverneux. Ces filets, qu'on ne peut guère suivre au delà du tiers postérieur de la verge, accompagnent exactement l'artère caverneuse et ses branches.

Mais le plexus caverneux fournit d'autres filets, au nombre de quatre ou cinq au moins, qui, indépendants de toute branche artérielle, se portent directement en arrière et en bas, vers les racines du corps caverneux, dans l'intérieur de laquelle ils se perdent.

Je n'ai pas encore rencontré de ganglions nerveux dans le plexus caverneux ; mais presque tous les filets qui en partent ont les caractères des nerfs de la vie organique.

2° DU NERF HONTEUX INTERNE :

Les branches dorsales de la verge, très-rapprochées l'une de l'autre sous la symphyse des pubis, s'écartent un peu au delà de cette symphyse, et placés sur les côtés de la gouttière qui loge la veine dorsale, donnent, chemin faisant, de nombreux rameaux à la peau du pénis et du prépuce et se dirigent vers le gland. Arrivés au niveau de la couronne, les filets nerveux, déjà isolés, se divisent en deux ordres : les uns paraissent plonger immédiatement dans l'intérieur du gland, mais restent en réalité interposés au prolongement des corps caverneux et au tissu du gland lui-même, dans lequel ils se terminent cependant de la façon indiquée par Kobelt. Un ou deux autres filets, contournant la couronne du gland, se portent en bas et en dehors sur les côtés du frein, et m'ont paru se distribuer en partie à la muqueuse des environs du méat.

Mais outre ces filets terminaux, les nerfs dorsaux, dans toute la longueur de leur trajet, depuis la racine de la verge jusqu'au gland, fournissent des rameaux grêles, mais nombreux (*rameaux coronaires*), dont la disposition ne me paraît pas avoir été exactement indiquée.

Ces ramuscules, au nombre de trois à cinq de chaque côté, grisâtres, demi-transparents, se détachent en dehors des nerfs dorsaux et contournent, conjointement avec les *veines en couronne*, les corps caverneux sur lesquels ils sont immédiatement appliqués, fournissant des filets qui traversent presque immédiatement de petits orifices de l'enveloppe fibreuse ; ils gagnent la gouttière que forme de chaque côté la rencontre du corps spongieux et des corps caverneux. Là ils se terminent par des filets qui se portent les uns en avant, les autres en arrière le long de la gouttière, et vont s'anastomoser avec des filets semblables des autres ramuscules.

Ces anastomoses et la terminaison des ramuscules constituent une espèce de plexus (*plexus latéral du pénis*) étendu de la racine de la verge au voisinage du gland, et caché dans la gouttière urétro-caverneuse. De ce plexus naissent les filets nerveux qui pénètrent dans le corps spongieux de l'urètre et dans le corps caverneux par les orifices mêmes qui donnent passage à des veinules efférentes, plexus veineux intermédiaire de Kobelt.

A la face inférieure du pénis, et spécialement du corps spongieux de l'urètre, existent deux rameaux nerveux dont il n'avait, je crois, été fait nulle mention jusqu'ici.

La branche périnéale superficielle du nerf honteux fournit, au niveau de l'extrémité postérieure du muscle bulbo-caverneux, plusieurs rameaux destinés à ce muscle, et un ou deux filets très-grêles (urétro-bulbaires ?) qui pénètrent immédiatement dans l'extrémité postérieure des renflements latéraux du bulbe.

Mais un rameau beaucoup plus considérable, confondu sans doute jusqu'ici avec les rameaux musculaires, pénètre à l'extrémité postérieure du bulbe, dans une espèce de canal formé par le raphé médian du muscle bulbo-caverneux. Dans toute l'étendue de ce canal du raphé, les nerfs, semblables des deux côtés, sont intimement accolés l'un à l'autre ; mais à l'extrémité antérieure du muscle bulbo-caverneux, les deux rameaux s'écartent, et cachés dans l'épaisseur de l'enveloppe fibreuse du corps spongieux, ils cheminent parallèlement jusqu'au voisinage du gland, et là se terminent partie par des filets qui s'anastomosent avec le *plexus latéral de la verge*, partie par des filets qui pénètrent dans le tissu spongieux de l'urètre par la face inférieure. Aucun filet ne se porte à la peau. Ce rameau (*urétro-pénien*) est entièrement destiné au corps spongieux de l'urètre, auquel il fournit de nombreux filets durant tout son trajet. Un de ces filets surtout, qui naît à la hauteur de la partie moyenne du muscle bulbo-caverneux, peut être suivi assez loin dans l'intérieur du tissu spongieux.

Dans l'état de flaccidité de la verge, les nerfs *urétro-péniens*, dont la longueur égale presque celle de la portion spongieuse de l'urètre, présentent, comme les nerfs dorsaux, de nombreuses ondulations, qui s'effacent dans l'allongement de la verge par l'érection.

Ces rameaux nerveux, que leur trajet caché d'abord dans le raphé du bulbo-caverneux, puis dans l'épaisseur de la membrane fibreuse de l'urètre, avait jusqu'ici dérobés aux recherches, me paraissent importants, non-seulement à cause de l'étendue de leur trajet, de leur mode de terminaison, mais surtout parce qu'ils appartiennent en propre au tissu spongieux de l'urètre, et complètent l'exacte symétrie des différentes parties du pénis.

Aux deux corps caverneux de la verge correspondent les deux *nerfs dorsaux ;* aux deux moitiés du corps spongieux, accolées, mais séparées cependant par une cloison fibreuse, indiquée par Kobelt et démontrée récemment par M. Jarjavay, correspondent les deux nerfs *rétro-péniens* ou *nerfs inférieurs* de la verge.

Les nerfs dorsaux et les nerfs inférieurs fournissent des filets directs : les premiers aux corps caverneux, les seconds au corps spongieux. Les uns et les autres concourent à la formation des *plexus latéraux* de la verge, d'où partent à la fois des branches destinées au corps caverneux et à l'urètre.

Si l'on excepte les branches cutanées des nerfs dorsaux et les branches terminales de ces mêmes nerfs, destinées en partie aux papilles du gland, les nerfs de la verge me paraissent presque uniquement destinés au tissu érectile de cet organe. Cela est incontestable pour les filets du plexus caverneux (surtout pour ceux qui se perdent dans les racines de ces corps) et pour les filets des rameaux coronaires qui percent directement l'enveloppe fibreuse des corps caverneux. Chez le cheval, j'ai suivi jusqu'à leur terminaison dans le tissu érectile des rameaux des nerfs dorsaux, qui pénètrent dans les corps caverneux, sur les côtés de la gouttière qui loge la veine dorsale.

Serait-il vrai que le rameau urétro-bulbaire traverserait seulement le tissu spongieux pour se terminer à la muqueuse de l'urètre? Cette opinion me paraît le résultat d'idées préconçues, plutôt que de l'observation directe des faits. Les filets qui pénètrent dans le bulbe de l'urètre sont extrêmement grêles, et le bulbe fait une saillie considérable, tout à fait distincte du canal muqueux. J'ai toujours vu ces filets se perdre dans l'intérieur du bulbe bien avant d'atteindre la muqueuse. J'en dirai autant des filets du nerf urétro-pénien ; j'en ai pu suivre quelques-uns, dans un assez long trajet, dans l'intérieur du tissu spongieux, sans jamais parvenir à conduire aucun filet jusqu'à la muqueuse. Sans nier absolument que quelque portion de ces nerfs soit destinée à la muqueuse, je me crois autorisé au moins à affirmer qu'ils se terminent en très-grande partie dans le tissu érectile lui-même.

Le plexus caverneux, que Valentin, Muller et Kobelt encore regardent presque comme l'unique origine des nerfs des tissus érectiles de la verge, n'en fournit donc qu'une très-faible partie, tandis que les rameaux coronaires des nerfs dorsaux, les plexus latéraux et les nerfs inférieurs de la verge constituent une source abondante d'innervation pour ce tissu, que l'anatomie comparée et l'examen microscopique nous montrent musculaire ou au moins contractile. Et c'est là, ce me semble, un argument puissant en faveur de ceux qui font jouer au tissu caverneux un rôle actif dans le phénomène de l'érection.

Les recherches dont je viens de consigner les résultats ont été entreprises à l'occasion d'un concours. Les faits nouveaux que je signale, je les ai exposés publiquement et démontrés par des préparations anatomiques déposées au musée de la Faculté, dans le courant d'avril 1853. J'insiste sur cette date, une publication récente, dans laquelle se trouve une indication incomplète

des nerfs urétro-péniens, étant de six mois postérieure aux premières démonstrations que j'ai données de ces nerfs.

II. — Physiologie.

1° Sur un point de priorité dans la question du tournoiement; par M. Brown-Séquard.

Un physiologiste distingué, M. Moritz Schiff, a adressé à la Société de biologie une réclamation de priorité a propos de quelques faits que j'ai publiés en 1851 : il s'agit d'une espèce de tournoiement que je croyais être le premier à décrire, et que M. Schiff avait déjà observé en 1845. Je vais dire en quoi ce que j'ai vu concorde avec ce qu'il a vu et en quoi nos observations diffèrent. Nous avons tous deux observé qu'après une certaine lésion de l'encéphale, les animaux tournent, non par un mouvement de manége ni par un roulement, mais en se portant de côté, tout en maintenant l'*axe longitudinal* de leur corps dans un des *rayons du cercle* de tournoiement. Il est certain que M. Schiff avait décrit cette espèce de tournoiement avant moi; mais je dois dire qu'il y a des différences tranchées entre ce qu'il a vu et ce que j'ai observé comme cause de ce tournoiement, et que de plus quelques circonstances intéressantes que j'ai observées paraissent lui avoir échappé.

1° M. Schiff avait ouvert la cavité crânienne, et je ne l'ai point ouverte.

2° Il a coupé une portion de l'encéphale, et je n'ai fait que piquer à l'aide d'une épingle; de sorte que la lésion s'est presque bornée à l'écartement des éléments d'une partie de cet organe.

3° Il a coupé une portion d'un des pédoncules cérébraux en même temps qu'une petite partie de la protubérance; je n'ai pas touché aux pédoncules.

4° C'est le bord externe de la protubérance qui a été lésé dans ses expériences : c'est près de la ligne médiane que j'ai piqué cet organe.

5° J'avais aussi piqué les tubercules nates et testes d'un côté, et M. Schiff ne paraît pas avoir lésé ces parties.

Mon expérience ne ressemble donc à la sienne que par le résultat obtenu; ici encore cependant il y a entre nous de grandes différences. Je n'ai pas vu de diminution dans les mouvements volontaires d'aucun des quatre membres; M. Schiff, au contraire, dit avoir vu le membre postérieur du côté opposé au côté lésé plus ou moins paralysé.

J'avais observé ce fait curieux qu'après l'enfoncement de l'épingle à travers les tubercules, l'animal tournait par le mouvement de manége ordinaire, mais qu'il y avait changement dans l'espèce de tournoiement lorsqu'en continuant de pousser l'épingle, je l'enfonçais à travers une partie de la protubérance. Ainsi la piqûre de la protubérance n'est pas seulement capable de produire l'espèce nouvelle de tournoiement découverte par M. Schiff, mais elle peut aussi changer en cette nouvelle espèce le mouvement ordinaire de manége. M. Schiff n'a rien vu de semblable à ceci; de plus, il croit que l'existence d'une paralysie d'un ou de deux membres est en partie la cause du tournoiement. Quand, au lieu d'employer des sections, il aura fait usage des piqûres pour produire le tournoiement, il saura que la paralysie n'est nullement nécessaire pour que le tournoiement ait lieu.

Dans mes expériences, j'ai vu un fait singulier qui n'a pas été, que je sache, observé par M. Schiff : c'est que, du côté où j'avais lésé les tubercules et la protubérance, l'œil semblait avoir la liberté de ses mouvements, tandis que de l'autre côté l'œil était convulsé. C'est là une action croisée fort bizarre.

Les recherches de M. Schiff sont exposées dans une brochure intitulée : De vi motoria baseos encephali, in-8°, 1845; les miennes sont rapportées dans le t. III des Comptes rendus de la Société, p. 79, 1851, et dans mon livre, Experimental researches applied to physiology and pathology, p. 22. In-8°. New-York, 1853.

III. — Pathologie.

Cas de môle hydatiforme, expulsé à plusieurs reprises pendant les derniers temps de la vie; par M. Depaul.

M. Depaul met sous les yeux de la Société des pièces qu'il doit à l'obligeance de M. le docteur Pajot, et dont l'observation présente un cas de môle hydatiforme expulsé à plusieurs reprises, dans les derniers temps de la vie, par une jeune femme d'une vingtaine d'années, enceinte, pour la seconde fois, de trois mois et demi environ, et chez laquelle le ventre s'était développé comme dans une grossesse de neuf mois, avec œdème des extrémités inférieures, douleurs abdominales, dyspnée, émaciation et agitation continuelle. Le ventre donnait une fluctuation nette. On pensa d'abord à l'existence d'un kyste de l'ovaire; mais le col, modifié comme il l'est à huit mois chez une multipare, indiqua bientôt que la collection de liquide était dans l'utérus. Les accidents de dyspnée augmentant, on fit pénétrer une sonde de gomme élastique dans la matrice; il en est sorti du sang veineux pur en assez grande quantité. L'ergot de seigle (2 grammes en six paquets) provoqua l'expulsion, à plusieurs reprises, de plus de trois bocaux semblables de masses hydatiformes.

La malade ayant succombé, l'autopsie n'a pu être faite.

IV. — Tératologie.

Cas d'épispadias et d'extrophie de la vessie, observé par M. le docteur H. Jacquart.

La loi de dualité ou de symétrie si difficile à vérifier pour certains organes, à cause de la promptitude avec laquelle les deux moitiés viennent se souder sur la ligne médiane, se révèle à nous avec évidence dans certains vices de conformation ; on peut citer entre autres ceux de la vessie et de l'urètre.

Nous en rapportons ici un double exemple, observé en 1840 à l'hôpital Beaujon pendant le cours de notre internat dans cet hôpital, chez le même individu, affecté à la fois d'extrophie vésicale et d'épispadias.

Au n° 263 de la salle Saint-Edmond entre, pour se reposer quelques jours, un nommé Alexandre Michel, âgé de 24 ans, mécanicien, né à Argentan (Orne). Ses cheveux sont blonds, les poils du pubis roux, sa peau est blanche et fine, sa taille au-dessus de la moyenne. Il est d'un tempérament légèrement lymphatique ; son système musculaire est médiocrement développé. Sa santé est très-bonne ; il éprouve cependant de temps en temps des coliques qu'il s'explique par la présence des deux tumeurs qu'il porte aux aines. L'ombilic a sa position normale.

La partie inférieure de la ligne blanche, à quatre travers de doigt au-dessus du pubis, s'élargit en un triangle dont le sommet est tourné en haut et la base en bas. Les os pubiens ne se sont pas réunis sur la ligne médiane. La symphyse n'existe pas. Immédiatement au-dessus du niveau qu'elle devrait occuper, la paroi abdominale antérieure manque, dans l'étendue de 4 centimètres, pour former une ouverture arrondie qui se trouve remplie par une membrane de nature muqueuse, mamelonnée, fongueuse, comme framboisée, et d'un rouge tellement vif qu'on croirait qu'elle va laisser exsuder du sang. Son aspect n'est pas constamment le même, car les mamelons et les plis qu'elle présente à sa surface changent de temps en temps, comme par un mouvement vermiculaire produit par la contraction d'une couche musculeuse sous-jacente.

Autour de cette tunique muqueuse, à son union avec la peau des parois abdominales, se trouvent des cicatrices rayonnées d'un blanc bleuâtre et de la nature des tissus inodulaires. Cette membrane n'est autre que celle de la surface interne de la vessie dont les deux moitiés latérales, séparées en avant et seulement réunies en arrière, forment une demi-bourse concave en arrière, repoussée qu'elle est par les intestins, et dont la circonférence adhère à l'ouverture de la paroi abdominale.

Ainsi la vessie, au lieu d'être une cavité complète, est restée à l'état de poche retournée, et vient boucher la solution de continuité de la ligne blanche.

Le volume de la tumeur mamelonnée qu'elle forme augmente quand le sujet fait des efforts.

Des bourses aux régions inguinales s'étendent deux tumeurs. A la partie inférieure de chacune d'elles, on constate la présence des testicules sensibles à la pression; au-dessus se trouvent des anses intestinales, et on reconnaît que la communication avec l'abdomen est très-large des deux côtés.

Il y a, comme nous l'avons dit précédemment, absence de symphyse pubienne.

La peau des bourses, de la verge et de la partie supérieure des cuisses est rouge et excoriée par l'écoulement presque incessant de l'urine. Il s'exhale de toute sa personne une forte odeur ammoniacale.

La verge, dans l'état de flaccidité lorsqu'on l'examine sans la déplacer, est ramassée sur elle-même, et n'a pas plus de 3 à 4 centim. de longueur. Le gland paraît bilobé.

Quand on abaisse la verge vers les bourses on l'allonge, et on reconnaît que la paroi supérieure du canal de l'urètre manque complétement, ou que les deux moitiés droite et gauche forment en bas où elles se sont réunies une gouttière médiane et ne se sont pas soudées supérieurement.

C'est un cas d'épispadias, vice de conformation de l'urètre sur lequel M. Breschet a un des premiers appelé l'attention, beaucoup moins fréquent que l'absence de la paroi inférieure en totalité on en partie qui constitue l'hypospadias.

Nous ne voyons au-dessus de la gouttière urétrale, entre elle et la muqueuse vésicale, aucune ouverture appréciable qu'on puisse rapporter à une portion de l'urètre.

Si on examine avec soin les différents mamelons de la muqueuse vésicale, on reconnaît les deux orifices des urètres et on voit l'urine sourdre par ces ouvertures d'une manière *intermittente*.

Ayant un jour à la visite brusquement découvert le jeune homme qui fait le sujet de cette observation, nous surprîmes les organes génitaux dans l'état d'éréthisme, et sa verge avait alors un développement notable.

Ainsi, sur le même sujet, existent trois vices de conformation ou arrêts de développement qui confirment la loi d'homœozygie si bien exposée par M. le professeur Serres :

1° Division de la paroi abdominale à la partie inférieure de la ligne blanche;

2° Absence de réunion antérieure des deux moitiés de la vessie, dont la circonférence est soudée à l'ouverture de l'abdomen ;

3° Epispadias ou division de la paroi supérieure de l'urètre.

(*La suite au prochain numéro.*)

BIBLIOGRAPHIE.

ELEMENTI D'EMATOLOGIA CONSIDERATA IN RAPPORTO ALLA FISIOLOGIA, ALLA PATOLOGIA, ALLA TERAPEUTICA E ALLA TOSSICOLOGIA. — ÉLÉMENTS D'HÉMATOLOGIE CONSIDÉRÉE DANS SES RAPPORTS AVEC LA PHYSIOLOGIE, LA PATHOLOGIE, LA THÉRAPEUTIQUE ET LA TOXICOLOGIE; par M. RAMIERI BELLINI, adjoint à la chaire de clinique médicale de l'Université de Pise, etc. — Un vol. in-8° de 400 pages. — Pise, 1853.

Le titre annonce que l'auteur s'est donné pour tâche de demander à son sujet tout ce qu'il peut produire; c'est un traité complet; qu'il soit le bienvenu. Des analyses chimiques seules font désirer des applications à la médecine, la physiologie conduit à la pathologie, et les cadres nosologiques ne sont faits que pour résumer les principales indications thérapeutiques; c'est ici le but final du médecin. M. Bellini envisage la question sous tous ces aspects, et y joint la toxicologie. Suivons l'auteur dans les diverses parties de cette vaste tâche.

La première partie est destinée à l'examen des méthodes expérimentales; M. Bellini y apporte une bonne critique et une grande impartialité, car il rend bien mieux justice aux travaux étrangers que nous ne le faisons généralement en France. Ce fut vers 1837 que l'hématologie, sortant de l'ornière des expérimentations partielles, fut l'objet d'études suivies et réellement profitables à la science: Denis et Lecanu travaillaient en France à cette rénovation pendant que Bufalini, Matteucci, Guatteri et Cozzi opéraient de la même façon en Italie, quoiqu'avec des procédés moins positifs. Dès 1813, Bufalini, protestant contre l'organicisme exclusif de Brown, étudiait les liquides et tâchait de ramener la médecine à l'humorisme oublié. Quant à nous, nous allions entrer dans la période du broussaisisme qui fut suivie de l'organicisme qui règne encore trop aujourd'hui à l'école de Paris; c'étaient là, avouons-le, des circonstances qui n'encourageaient guère l'étude du sang. Mais, dès qu'une salutaire réaction se manifesta, la France s'enrichit rapidement de travaux importants. Elle n'avait jamais, du reste, complétement perdu de vue l'hématologie, comme en témoignent les recherches de Prévost et Dumas, de Rochoux, de Boudet, etc.

Le véritable auteur de l'*hématologie médicale*, c'est Andral, sans contredit. C'est lui qui a fait concourir à une fin vraiment médicale toutes les recherches chimiques et micrographiques, c'est lui qui a tracé de grandes catégories de maladies, répondant à tout autant de changements dans la composition du sang. Son petit TRAITÉ D'HÉMATOLOGIE restera un monument. MM. Becquerel et Rodier ont continué son œuvre avec labeur et succès, mais en partant des principes arrêtés par le maître, auquel on ne peut contester ni la pénétration, ni l'originalité, ni l'esprit philosophique.

L'étude et la critique des procédés expérimentaux sont suivies de considérations étendues sur les circonstances qui font varier la composition du sang, indépendamment des conditions physiologiques et pathologiques. Il est indispensable de bien apprécier ces circonstances, sous peine de mettre sur le compte de la maladie des altérations qui ne la reconnaissent point pour cause.

La seconde partie a pour titre: *Du sang et de l'origine des matériaux qui entrent dans sa composition.* L'auteur résume ainsi ses opinions: L'albumine, la fibrine et les sels ont leur source, leur origine dans le monde extérieur, chez l'adulte et chez l'enfant, et la nutrition de celui-ci établit que la caséine peut se métamorphoser en fibrine. C'est, au contraire, dans notre économie qu'il faut chercher l'origine des globulins et des globules blancs et rouges; les globules rouges et l'urée sont en quantité proportionnelle à la masse et à la qualité des aliments ingérés. Les substances grasses du sang et les gaz oxygène et azote, ainsi que l'eau, reconnaissent deux sources, l'une extérieure et l'autre propre à l'organisme.

La troisième partie est intitulée: *De la vie du sang et en particulier des caractères qui en établissent la réalité, tirés de l'examen de ce liquide extrait des vaisseaux; de ses principaux usages; des causes de consommation de ses matériaux; des conditions qui doivent être remplies pour qu'il puisse satisfaire à ses fins et destination.* M. Bellini cherche à y établir les principaux points que voici.

La vie du sang n'est autre que sa faculté de maintenir les actes dynamo-chimico-organiques des animaux. La vie du sang artériel sortant des vaisseaux rouges est représentée par sa coagulation rapide, par son isola solide, compacte, résistante, élastique, et la vitalité de ce même sang artériel sortant des veines se trahit par la couleur rouge foncée et presque noire des globules, par la coagulation lente de la fibrine, et par un caillot ayant les mêmes caractères que celui du sang artériel, c'est-à-dire solide, compacte, résistant et élastique. Comme conséquence, si le sang veineux se maintient longtemps liquide hors de ses conduits, c'est à la fois la preuve d'un haut degré de vitalité du sang artériel et d'une vitalité diminuée du sang veineux. Les globules artériels qui ont la couleur rouge grâce à l'oxygénation, entretiennent les actes de la sensibilité et de l'irritabilité, servent à augmenter l'affinité et la cohésion de la fibrine et de l'albumine, contribuent à la dénutrition de la fibre et prennent part à la recomposition ou restauration organique. Le gaz oxygène est surtout consommé par l'acte de la dénutrition. La fibrine, l'albumine, les matières grasses, l'eau, les sels, et même l'hématosine qui est mise en liberté par la désagrégation ou par une sorte de simple pressurage des globules rouges, sont employées à la fabrication de la fibre et des liquides excrémentitiels et récrémentitiels. Les matériaux du sang peuvent traverser les parois perméables des capillaires. Les orifices de ces conduits poreux peuvent être plus ou moins diminués, ou amplifiés, ou même complétement obstrués, surtout comme effet de l'accélération du cours du sang, phénomène qui peut amener une obturation complète et empêcher le passage de ces matériaux. Si cette accélération est moindre, les gaz seuls peuvent encore passer par ces porosités rétrécies. A un degré moindre encore de cette accélération, correspond plus d'ampleur des porosités et conséquemment le passage des gaz, de l'eau et des sels; puis, à mesure que le calibre s'agrandit par suite de la diminution de la rapidité circulatoire, on voit passer les gaz, l'eau, les sels et l'albumine, puis enfin tous ces matériaux et la fibrine, dernier phénomène qui coïncide avec la plus grande amplitude des orifices et avec un cours si lent de la circulation que c'est presque déjà de la stase. Comme le sang ne circule pas avec la même rapidité dans les capillaires de toutes les parties de l'économie, et que, par conséquence, les porosités des capillaires de toutes ces parties n'ont pas les mêmes dimensions, il s'ensuit naturellement que les matériaux du sang ne sont pas répandus indistinctement dans tous les tissus, mais que ces matériaux seuls qui sont en rapport avec la porosité des capillaires de la partie y sont versés. Voilà donc expliquée la raison pour laquelle chaque organe reçoit du sang les seules substances dont il a besoin pour se nourrir ou pour fournir aux sécrétions. Il est clair enfin que les solutions de continuité du système vasculaire permettent l'issue de tous les matériaux du sang, indépendamment des conditions énumérées ci-dessus.

Telles sont les opinions de M. Bellini; mais nous craignons fort qu'il ne répugne au lecteur d'accepter cette explication purement hydraulico-mécanique des élections assimilatrices et des spécialités sécrétoires, c'est-à-dire des phénomènes les plus intimes, les plus délicats de notre organisme, de ces phénomènes enfin pour lesquels les matérialistes eux-mêmes sont obligés d'admettre la force vitale ou quelque chose d'approchant.

La quatrième partie traite des variations de quantité du sang et de ses matériaux constitutifs dans les diverses conditions physiologiques et pathologiques, et des principes qu'on y rencontre alors, tels que bile, pus, sucre, etc.

Notre honorable confrère de Pise qui ne s'est pas montré très-difficile pour admettre l'explication physique des sécrétions et des assimilations, est beaucoup plus sévère, et souvent à raison, quand il s'agit d'accepter les résultats expérimentaux des hématologistes. Il pense, et nous pensons avec lui, qu'on ne sait que du plus au moins quelle est la masse du sang; il ajoute qu'on n'a pas plus de certitude quant à la quantité des matériaux qui entrent dans sa composition. C'est ici trop de rigueur; dans de telles conditions, en effet, il n'y aurait pas lieu d'écrire un traité d'hématologie, mais tout simplement de bâtir quelques théories plus ou moins spécieuses et de rassembler et d'augmenter les recherches expérimentales. Le livre de M. Bellini établit lui-même que son auteur est trop sévère; sa valeur et son utilité prouvent que l'hématologie médicale est plus avancée, malgré ses nombreux desiderata, que ne le pense le laborieux professeur pisan. Les chiffres exprimant les quantités des divers matériaux, donnés par M. Bellini, sont presque tous tirés des publications des expérimentateurs français: MM. Prévost et Dumas, Denis, Simon, Lecanu, Andral et Gavarret, Becquerel et Rodier, Poggiale, Lassaigne, etc. Nous n'y voyons figurer les analyses d'aucun chimiste italien. C'est qu'en effet on s'est trop préoccupé de la théorie dans la péninsule; on a voulu expliquer avant de connaître; l'imagination a souvent devancé les faits. Une bonne analyse chimique du sang me semble pourtant la base de l'hématologie. Cette besogne est difficile, car mille circonstances viennent influencer les quantités, hors de l'état pathologique; il faut faire la part de toutes, et le plus sage serait certainement, au lieu de donner un chiffre net

comme exprimant la normale, d'indiquer les extrêmes entre lesquels elle peut osciller sans cesser de mériter son nom.

La sixième partie traite des variations de qualité des matériaux du sang. On n'a pas oublié que, dans la précédente partie, M. Bellini a parlé du sang sous le rapport de la quantité de ses éléments. On y trouvera des considérations ingénieuses et quelquefois bien fondées sur cette difficile question. L'auteur est loin d'être neuf en hématologie et en observation; on reconnaît à chaque pas un homme habitué à cette matière. Mais ses expériences qui, en 1848, montaient déjà à 700, ne semblent point avoir été des analyses complètes du sang; il a eu pour but principal d'apprécier le degré d'oxygénation et de rechercher l'action des médicaments sur ce liquide, dans le but d'éclairer la médecine légale et de ramener l'humorisme. C'est donc là que nous trouverons la partie vraiment originale de l'ouvrage. Hâtons-nous d'y arriver.

M. Bellini nie à peu après tous les résultats de MM. Andral et Gavarret, Becquerel et Rodier, quant à la signification des quantités de telle et telle substance du sang; il ne croit pas surtout que ces modifications dans les quantités soient les causes prochaines de beaucoup de maladies qu'on a cherché à mettre sous leur dépendance; mais, par contre, il attribue un grand rôle à l'activité de la respiration, à l'énergie de l'hématose, au degré d'oxygénation du sang, sur l'état matériel et fonctionnel de la fibre organique, sur la manifestation, les allures, la durée et la nature des maladies, et sur les dispositions que contracte l'économie à se laisser impressionner par telle ou telle cause morbifique.

Un exemple pris au hasard montrera quel parti M. Bellini prétend tirer des degrés d'activité de l'hématose et de la circulation.

Dans la pyrétologie italienne, il est souvent parlé de la diathèse phlogistique et de la diathèse dissolutive, qui représentent en effet deux grands états généraux de notre organisme à l'état de maladie; seulement ces deux états peuvent être primitifs ou secondaires, essentiels ou accidentels, cas dans lesquels ils ont une signification et des exigences bien différentes, ce qu'on n'a peut-être pas assez remarqué. Dans son chapitre XXXIX, M. Bellini envisage ces deux diathèses dans le sang, et s'enquiert de leur rôle comme cause prochaine des maladies. Mais d'abord ces deux états opposés de l'organisme sont constitués par bien autre chose que la diathèse du sang, qui n'y figure que pour un élément, très-important, il est vrai; donc étudier seulement dans le liquide circulatoire ces diathèses, c'est n'envisager qu'une face de la question. Aussi peut-on prédire d'avance que cet examen ne conduira pas à la détermination de la cause prochaine, à moins que l'entrainement exercé par le sujet qu'on traite, ou le désir de lui rapporter tous les phénomènes pour en rehausser l'importance, ne poussent l'auteur à l'exagération et à l'erreur. M. Bellini a su résister en grande partie à ces dangers: n'examinant qu'un des éléments des états généraux appelés ***phlogistiques*** et ***dissolutifs***, ou encore ***réaction***, ***fièvre*** et ***affaissement***, ***adynamie***, ***putridité***, n'examinant que l'état du sang dans ces états, il a la prudence de ne point prétendre y trouver leur cause prochaine tout entière.

Voyons quels sont les phénomènes chimiques et physiologiques du sang et des fonctions respiratoires qui semblent amener ces effets, ou tout au moins qui coexistent avec eux. En se restreignant ainsi, on se pose certainement une question soluble. Or ce n'est pas la fibrine qui paraît à M. Bellini susceptible de maintenir la fièvre, mais bien l'accroissement de la circulation et la suroxygénation du sang; mais, ajoute-t-il, cette suroxygénation ne peut être la cause prochaine de la fièvre; elle est produite elle-même par une autre cause, et celle-ci continue à agir et à maintenir cette suroxygénation, qui ne pourrait persister par ses propres forces. En effet, une sorte de fièvre s'allume quand on s'est livré à un exercice violent, à la course, par exemple, qui excite l'hématose, et la calorification est également augmentée quand on a respiré dans une atmosphère artificielle très-oxygénée; mais ces phénomènes tombent aussitôt que la course cesse, ou que la respiration ne s'exerce plus dans ce milieu artificiel. La diathèse dissolutive rentre dans le même cas: le sang est pauvre, peu oxygéné, la respiration peu active; mais là ne réside point la cause prochaine des fièvres typhoïdes, putrides: il est une autre cause qui amène cette désoxygénation, et qui la maintient quand elle a été produite.

M Bellini ne reste plus fidèle à cette prudence et à cette sage réserve, lorsqu'il cherche, dans le chapitre suivant, les causes de la conversion de la diathèse phlogistique en diathèse dissolutive, et *vice versâ*, mutations qui préoccupent beaucoup les pyrétologistes romains, comme nous l'avons établi dans nos ÉTUDES CRITIQUES sur cette école. Quand, au milieu d'une fièvre vive, au sein d'une diathèse phlogistique, la scène change et que la diathèse dissolutive arrive se substituer à la première, c'est que, par suite de l'exagération même de la circulation, la fonction s'embarrasse, l'oxygénation pneumatosique ne se fait plus bien et tombe même au-dessous de son degré normal et physiologique. Quand, au contraire, la réaction s'allume chez un scorbutique, chez un cholérique cyanosé, c'est que la respiration redevient légitime, et que le sang artériel s'oxygène plus fortement dans le poumon. Ce sont encore là, à notre avis, des phénomènes concomitants dont la nature a besoin pour arriver à ses fins; mais ces mutations dans les fonctions respiratoires sont amenées elles-mêmes par d'autres causes, causes prochaines, dans la plupart des cas du moins; c'est ce qu'aurait dû dire M. Bellini, pour continuer le système réservé qu'il avait suivi précédemment.

Puisque la fièvre dissolutive s'accompagne de désoxygénation du sang, il faut administrer les médicaments propres à redonner de l'activité à l'hématose, entre autres les excitants diffusibles, et quand le sang est suroxygéné et la fièvre phlogistique vive, on prescrit, au contraire, les médicaments propres à dissoudre le sang et à maintenir la respiration et la circulation dans de justes limites, par exemple: les carbonates alcalins, le nitre, la crème de tartre, l'émétique, les acides étendus, les mercuriaux, le laurier-cerise, la digitale, etc.

M. Bellini ne croit pas que l'augmentation des globules rouges soit la cause prochaine des hémorrhagies actives; mais il lui attribue simplement le rôle de causes prédisposantes ou occasionnelles. Il ne pense pas non plus que leur diminution rende compte de tous les phénomènes de la chlorose, et en soit ainsi la cause prochaine. Il dénie à l'augmentation de la fibrine la moindre part à la génération de la congestion phlegmasique, et ne croit pas que la diminution de la fibrine amène ces hémorrhagies qu'on observe chez les sujets en proie à la diathèse dissolutive. La diminution de quantité de l'albumine ne serait point non plus la cause prochaine des hydropisies, et l'augmentation de l'eau n'y prend pas non plus part. Enfin nous avons vu ce que pense l'auteur touchant les diathèses phlogistiques et dissolutives.

Continuant à attribuer une importance capitale à l'hématose et à voir dans les degrés d'oxygénation des globules le changement le plus capital et le plus influent qui puisse survenir dans le sang, M. Bellini déclare que les substances vénéneuses fixes ou volatiles semblent surtout détruire la vie du sang en le désoxygénant directement ou indirectement.

Certes à l'hématose est liée la vitalité du sang, et il n'est pas d'influence aussi capitale sur ce liquide que celle de l'oxygène. ***A priori*** on peut donc déclarer que M. Bellini n'a pas tort de mettre cette oxygénation au premier rang; mais, quant aux démonstrations partielles de son rôle en telle ou telle circonstance, elles ne s'appuient pas sur des bases aussi positives, aussi expérimentales que beaucoup des principes établis par d'autres savants, et que le médecin de Pise a révoqués en doute comme insuffisamment démontrés.

Les divers médicaments et les toxiques ont pour effet, soit la sédation, soit l'accélération de la circulation et de l'hématose; mais toutes ces substances, données à une certaine dose, ralentissent la circulation, diminuent la chaleur animale, débilitent la puissance musculaire; à ces effets de sédation correspondent la supersécrétion urinaire, l'apparition de l'albumine dans les urines, ainsi que la diaphorèse. On sait que la peau, aride au milieu des grandes inflammations, se couvre souvent de sueur plus tard, et que cette sueur peut être le signe de la résolution; elle annonce, en effet, la chute du mouvement fébrile, la diminution de l'inflammation, la cure.

Que les vertus désobstruantes, fondantes, résolutives accordées à beaucoup de substances semblent tenir à leur puissance de maintenir la fibrine dissoute ou de la ramener à cet état de dissolution quand elle a commencé à se concréter.

Nous avons dit qu'une partie des recherches originales de M. Bellini consiste dans l'étude de l'influence des médicaments et des poisons sur l'état du sang. Les conclusions, appuyées de ses expériences, viennent d'être données. Reste à savoir quel secours la médecine légale pourra tirer de l'investigation portant sur le sang: M. Bellini déclare qu'elle n'en tirera aucun; mais il ajoute que les changements de qualité et de quantité des matériaux du sang ont une importante valeur clinique. Terminons cette analyse par un coup d'œil sur les sept ou huit pages consacrées à établir ces faits, qui doivent être, en définitive, le but que se propose le médecin hématologiste. Le reste n'est qu'un marchepied pour arriver à cette fin.

L'étiologie ne peut être éclairée que par les changements de quantité des globules rouges et de l'oxygène: leur augmentation fait présager que les sujets sont prédisposés à la fièvre, aux congestions, aux hémorrhagies, surtout de l'encéphale et du poumon; leur diminution

fait présager une prédisposition aux affections nerveuses et aux congestions des viscères abdominaux.

On le voit, l'étiologie ne tirerait pas grand profit de tout cet échafaudage si péniblement élevé qu'on nomme hémntologie, et que M. Bellini déclare avoir atteint des conditions telles qu'il ne craint pas de qualifier l'hématologie du nom de science hématologique.

Voyons si le diagnostic et la séméiologie en profiteront davantage.

L'augmentation de la masse du sang indique la pléthore absolue ou relative, c'est-à-dire la diminution de tous les actes d'assimilation et de désassimilation, ou l'augmentation des premiers seulement, c'est-à-dire de la sanguification. La diminution de la masse du sang indique, au contraire, l'anémie.

C'est là peu de chose, et aucune gloire n'en reviendrait à l'hématologie, puisque, d'après M. Bellini, on ne sait point quelle est la quantité normale du sang, et que les variations de celle-ci s'estiment, comme par devant, par l'apparence du malade, par l'examen des phénomènes sensibles, absolument comme du temps d'Hippocrate.

Nous ne pouvons que parler dans les mêmes termes de l'odeur du sang, annonçant la diathèse dissolutive, si ce liquide sent l'urine ou l'ammoniaque, ou l'ingestion de divers médicaments si l'on en perçoit l'odeur. Il y a encore longtemps qu'on sait cela. La saveur sucrée annonce qu'il y a du sucre dans le sang... Passons à quelque chose de plus relevé, et pour cela nous sommes obligé de négliger les indications tirées de la densité et de la viscosité; car que nous apprendraient-elles? Que l'augmentation de ces caractères dénoterait soit la *diathèse phlogistique*, soit la diathèse opposée ou *dissolutive*, l'anémie, le jeûne et surtout la privation des boissons, etc. L'augmentation des globules indique que l'individu est d'un tempérament artériel; que c'est un adulte; qu'il est du sexe masculin, bien nourri, etc., et leur diminution dénote le contraire. On voit que nous sommes toujours à chercher les bienfaits pratiques et médicaux de l'hématologie, et que nous les cherchons en vain en suivant M. Bellini.

Augmentation considérable du chiffre de l'albumine et de la fibrine dénote grande accélération de la circulation, forte contraction des parois vasculaires et conséquemment mouvement fébrile énergique, choses qui se voient certes bien sans analyse. Fibrine augmentée, avec albumine normale ou presque normale, ou un peu diminuée, dénote mouvement fébrile moins fort et congestion simple, sans stase, dans quelque partie du corps. Légère augmentation des deux principes dénote chlorose ou hydrohémie peu avancées, ou encore congestions graves simples ou hémorrhagiques. Grande diminution de la fibrine coagulable, avec augmentation apparente de l'albumine dénote diathèse dissolutive avec présence dans le sang d'*acides* ou d'*alcalis*.

L'augmentation de l'eau indique hydrohémie ou chlorose, ou encore tempérament sanguin, ou encore choléra arrivé à la cyanose.—Mieux vaut, comme on le voit, ne rien consulter que d'interroger un seul élément du sang, puisqu'il peut dire les choses les plus contraires.

Sels. Leur augmentation dénote circulation rapide, contraction des parois vasculaires, forte fièvre ou encore scorbut; leur diminution trahit l'exagération des sécrétions et des éliminations.

L'urée et l'acide urique sont le signe d'une fièvre vive, de quelque obstacle aux fonctions rénales, de résorption de ce liquide déjà sécrété, de rhumatisme et de la goutte.

Est-il bien possible que l'hématologie, telle que l'ont faite MM. Andral et Gavarret, Becquerel et Rodier et de laborieux médecins de la péninsule, M. Bellini compris, aboutisse à cet humble accouchement d'une souris par une montagne? Certes il y a en vérité plus de bruit que de produit; mais nous sommes néanmoins plus avancés qu'on pourrait le croire en lisant l'ouvrage dont nous rendons compte.

M. Bellini sera-t-il plus heureux dans sa recherche de l'utilité de l'hématologie, en examinant non plus les changements de quantité, mais de qualité des substances contenues dans le sang? Voyons-le en quelques lignes.

La couleur peu obscure des globules rouges du sang veineux annonce qu'il y a peu d'acide carbonique dans ce sang, et conséquemment qu'il y a peu d'oxygène inspiré, et par suite l'abondance des sels du sérum, les états hydrohémiques, chlorotiques, asphyxiques et apoplectiques incomplets. Si les globules sont plus obscurs, on présagera: beaucoup d'oxygène inspiré, beaucoup d'acide carbonique dans le sang, l'état phlogistique ou dissolutif, asphyxie ou apoplexie incomplètes, cyanose cholérique, scorbut, *purpura hæmorrhagica*, empoisonnements divers. — On savait une partie de cela avant l'hématologie; quant à la partie qui semble neuve, elle est loin d'être toujours fondée: par exemple, nous ne concevons pas aisément les rapports que M. Bellini a ainsi établis: beaucoup d'oxygène inspiré, beaucoup d'acide carbonique par suite de la combustion, sang noir, asphyxie; car nous ne pensons pas que, dans l'asphyxie ni dans l'apoplexie complètes, c'est-à-dire dans celles dont parle M. Bellini, il y ait puissante absorption d'oxygène : c'est le contraire qui a lieu. (P. 379.)

M. Bellini continue son examen à son point de vue original, c'est-à-dire en rapportant tout ou presque tout au degré d'oxygénation du sang, en faisant jouer le plus grand rôle à ce degré d'oxygénation, en y lisant le pronostic et le diagnostic. C'est de cette façon qu'il passe en revue l'albumine et la fibrine, sans arriver à rien de satisfaisant pour le diagnostic.

En deux mots, l'ouvrage de M. Bellini est une œuvre consciencieuse et érudite, qui expose bien l'état de la science au sujet de l'hématologie; la chimie y est cependant un peu sacrifiée aux aperçus physiologiques et aux vues *à priori*. L'originalité de l'œuvre consiste dans l'étude approfondie, mais trop spéculative, des changements que les divers degrés d'oxygénation du sang peuvent apporter dans les quantités et surtout dans les qualités de ses divers matériaux qui constituent ce liquide. Ces recherches ont conduit le professeur de Pise à quelques utiles rectifications et à la fixation de quelques points nouveaux importants; mais voulant trop en étendre l'application, il est tombé souvent dans le vague, et prétendant en tirer trop de conséquences, il a été conduit quelquefois hors des voies du positif et du vrai. Ces reproches n'enlèvent rien au mérite général de l'ouvrage.

FÉLIX JACQUOT.

VARIÉTÉS.

— Les premières épreuves du concours pour trois places de médecins du bureau central sont terminées. Ont été admis à prendre part aux épreuves définitives les dix candidats dont les noms suivent :

MM. Bernard (Ch.), Boucher de la Ville-Jossy, Caben, Guibout, Lallier, Lasègue, Leudet, Matice, Racle, Richard.

— Le JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX publie la note suivante, sur un cas de traitement de brûlures graves par le collodion :

« Nous fûmes appelés, le 3 août dernier, pour voir un petit garçon d'environ huit mois, gras, frais, bien portant, et à qui sa bonne venait de laisser tomber sur le corps une tasse de lait presque bouillant. Ce liquide avait été répandu sur le thorax, l'abdomen et les cuisses.

» Il y avait environ une heure de l'accident lorsque j'arrivai près de l'enfant. Ses cris étaient incessants et accusaient la plus vive douleur. Il ne pouvait tenir en place, et la roideur presque convulsive de ses membres, le tremblement de sa mâchoire, faisaient craindre un état encore plus grave.

» Des phlyctènes existaient à la base de la poitrine, sur le bas-ventre, le scrotum et la cuisse droite dans une grande étendue. En attendant qu'on apportât le mélange que j'avais demandé de 30 grammes de collodion et de 6 grammes d'huile de ricin, j'évacuai avec soin la sérosité des phlyctènes et des vésicules, par de petites piqûres avec une aiguille déliée, et j'appliquai des compresses froides sur les parties atteintes.

» Vaine ressource : l'enfant continuait à crier et à s'agiter. Bientôt on apporte le collodion; je l'étends à l'instant même avec le bouchon du flacon à large ouverture qui le contenait, sur toutes les parties brûlées, et, bien que l'enfant ne cessât de crier, à mesure que j'appliquais le remède, il semblait, de moment en moment, redoubler ses cris.

» L'épiderme avait été enlevé de la plus large phlyctène auprès de l'ombilic; il en résulta une douleur plus atroce de l'application du remède. Je recouvris toutes les parties où étaient étendues le collodion, de coton en rame, qui y adhéra parfaitement bien, et la peau se trouvait ainsi à l'abri du contact de l'air et des corps étrangers.

» Deux ou trois minutes s'étaient à peine écoulées, que l'enfant commençait à se consoler; mais la douleur semble revenir par accès.

» L'étendue de ces brûlures, dont une partie atteignait le troisième degré, l'irritabilité de l'enfant, son embonpoint, et l'injection capillaire de sa peau, me faisaient craindre quelque accident. Je retournai le voir quatre heures après, et je fus agréablement surpris de le trouver gai et jouant sur les bras de sa bonne.

» Après deux ou trois jours, le coton se détacha des parties les moins atteintes, et le point de l'abdomen où je redoutais une longue suppuration, n'en donna pas du tout; seulement, là, le coton ne tomba que plusieurs jours après.

» On ne peut se faire une idée de la promptitude et de l'excellent effet du collodion dans la brûlure. Nous ne saurions trop recommander ce moyen. »

— Le fait de l'incendie de l'établissement thermal de Baréges est heureusement démenti.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

CONSTITUTION MÉDICALE.

RÉAPPARITION DU CHOLÉRA.

On a observé, depuis une dizaine de jours, en ville et dans les hôpitaux, quelques nouveaux cas de choléra. Depuis la fin de janvier, la maladie s'était au moins complétement assoupie. Faut-il voir, dans les cas nouveaux qui se sont répétés assez rapidement, une résurrection de l'épidémie, ou une simple manifestation cholérique résultant de l'éclosion de quelques germes attardés, et en quelque façon ravivés sous l'influence de la constitution atmosphérique régnante? C'est ce que nous allons examiner.

Les cas de choléra observés dans les hôpitaux avaient atteint, le 8 au matin, le chiffre de 22, dont 20 pour les hôpitaux civils et 2 pour les hôpitaux militaires. Des 20 cas observés dans les hôpitaux civils, 19 s'étaient déclarés à l'intérieur; et à l'exception de 2 ou 3, tous se sont déclarés à l'hôpital de la Charité, dans les salles affectées en décembre dernier aux malades cholériques. L'explosion a eu lieu successivement, mais dans un temps assez court : à la Charité d'abord, dans les salles de M. Rayer, puis dans celles de M. Piorry, puis enfin dans celles de M. Briquet. Dès les premiers jours du mois, on constatait également quelques autres cas isolés à l'Hôtel-Dieu et à Saint-Louis.

Quant au caractère et à la gravité de la maladie, on les a retrouvés presque ce qu'ils sont en temps d'épidémie. Les trois périodes : diarrhéique, algide et cyanique, se sont manifestées presque dans tous les cas, et la mort a jusqu'ici prélevé sa dîme dans les proportions à peu près ordinaires. Ainsi, le 8 au matin, les 22 cholériques des hôpitaux civils avaient donné 13 décès.

En ville, on a aussi constaté quelques cas. On n'a aucun moyen de s'assurer du nombre des malades, mais jusqu'au 8 au matin on avait compté dans les dixième et douzième arrondissements 2 décès. Pour notre part, nous avons connu 1 cas observé sur une jeune femme de 20 ans, appartenant à une famille élevée, et qui a été emportée en quelques jours. Ce cas, survenu dans le premier arrondissement, ne paraît pas avoir été déclaré comme choléra.

Tels sont les faits. La première question à examiner est de savoir s'ils portent avec eux l'indice d'une nouvelle constitution cholérique, et s'ils doivent faire craindre une recrudescence de l'épidémie.

Depuis un mois environ, nous nous étions enquis avec soin de l'état de la constitution médicale. Or, jusqu'à ces derniers jours, nous nous sommes assuré qu'il ne régnait, au moins d'une manière générale, aucune affection diarrhéique. On a vu, sous le règne des vents d'est et nord-est, se développer beaucoup de grippes, de pneumonies, d'états typhoïdes, mais sans prédominance aucune du côté du ventre. Le seul fait général et caractéristique qu'on ait constaté, c'est un état constitutionnel gastrique, adynamo-typhoïde, imprimant un fond commun aux formes diverses de la constitution médicale. Mais nous le répétons, de prodromes cholériques, de flux intestinaux, de crampes, de véritable cholérine, point. A ce premier point de vue donc, il est permis de croire que les cas de choléra observés ne sont pas les avant-coureurs d'une recrudescence épidémique. L'examen plus immédiat de leur origine, de leur filiation et de leur génération fera peut-être mieux comprendre leur caractère et leur portée.

La très-grande majorité des cas observés l'a été dans le même hôpital et dans les salles consacrées aux cholériques de la dernière épidémie. Un premier cas s'est développé dans les salles de M. Rayer, un second dans les salles de M. Piorry, un troisième dans celles de M. Briquet, qui touchent aux précédentes. Puis, dans la même salle, 4 cas nouveaux; presque en même temps 6 autres cas se sont manifestés dans la salle des hommes de M. Rayer; et sur 14 malades, 13 cas se sont développés dans l'hôpital; 1 seul est venu du dehors.

Les faits qui précèdent portent avec eux un grave enseignement. Pour ne rien ôter aux conséquences qu'on en peut tirer, commençons par indiquer tous les éléments de la question.

Des cas de choléra observés à nouveau, la plupart se sont développés dans les hôpitaux, et particulièrement dans des salles affectées naguère au traitement des cholériques. Mais il en est venu quelques-uns du dehors, et il s'en est développé d'autres presque en même temps en ville. Il y a donc ici à considérer deux ordres d'influences, comme il y a à tenir compte de deux ordres de faits : premièrement, comment et pourquoi, à l'hôpital de la Charité, aux Enfants-Trouvés, à l'Hôtel-Dieu, à Saint-Louis et en ville, a-t-on observé presque en même temps la réapparition de cas de choléra développés d'une façon isolée, et sans communication directe ou indirecte; secondement, comment et pourquoi tous les cas de choléra observés à la Charité se montrent-ils à la suite les uns des autres dans le même hôpital, dans des salles qui se touchent, et dans des salles consacrées naguère au traitement de la maladie. C'est que sans doute il y a dans la production et la marche du choléra des faits de différents ordres et des conditions de manifestation et de filiation d'une nature et d'une portée différentes.

Les faits, on vient de les voir. La maladie avait cessé, et elle reparaît tout à coup sur plusieurs points, sans prodromes épidémiques. Cela porte à croire, ce nous semble (nous ne disons pas cela prouve), que des germes cholériques déposés par la dernière épidémie, dans des localités infectées par elle, se sont ravivés tout à coup, ont éclos en quelques jours, sous l'influence d'un état météorologique particulier. Puis une fois développés sur un point, ils y ont donné naissance à d'autres cas, soit avec le secours d'autres dépôts cholériques, foyers d'infection non détruits, soit simplement par transmission directe et à nouveau des effluves cholériques. Ces faits, avec la meilleure volonté du monde, mais aussi avec une logique impartiale, ne sauraient s'interpréter autrement. Ce n'est ni l'instant ni le lieu de généraliser ces données. Nous ne voulons, pour le moment, que marquer au passage quelques faits particuliers; que signaler à leur occasion les interprétations dont ils sont susceptibles. Plus tard, ils auront une signification plus sûre, et avec d'autres ils porteront leur fruit. Sommairement ils veulent donc dire : 1° que des cas de choléra peuvent occasionnellement naître ou se reproduire sous des influences déterminées, indépendantes de la cause spécifique de la maladie, qui reste une et absolue dans son essence, mais qui varie dans ses modes de manifestation; 2° qu'une fois développée dans un lieu et sous l'influence des conditions météorologiques de son apparition ou réapparition, la maladie tend à s'y propager de proche en proche, par le fait de la transmission de ses propres germes.

FEUILLETON.

M. ORFILA. — LE 12 MARS 1853.

Demain sonnera le funèbre anniversaire! A pareil jour, l'an passé, sous l'impression de ce coup terrible, nous sentions faillir notre courage, tant la mort a de rigueurs, non pour ceux qu'elle frappe, mais pour ceux qui restent, tant le spectacle de cette rude guerre faite à l'homme épouvante l'humanité! M. Orfila mourant alors, se trouvait dans des conditions d'âge et de santé qui rentraient dans la loi commune, il avait d'ailleurs assez souffert pour aspirer au repos; il pouvait dire : J'ai payé ma dette! Par conséquent personne n'était en droit de le plaindre, l'épi mûr tombait sous la faux de l'éternel moissonneur, et si des cœurs brisés s'entouraient de deuil, c'était le tribut légitime des plus saintes affections, celles de la famille et des amis. Le monde n'a rien à voir dans ces douleurs intimes; nous ne venons pas ici remuer ces cendres encore tièdes, apporter un nouveau tribut de louanges, provoquer des regrets que la réflexion pourrait rendre plus amers et plus justes : non, ce qui a été tenté, ce qui doit l'être bientôt, nous dispense de ce soin pieux. Cherchons dans la mort un autre enseignement, elle en fournit de toute sorte; tâchons seulement de bien choisir.

Les médecins que des talents éprouvés portent aux plus hautes positions dans l'enseignement ou dans la pratique sont par cela même un point de mire vers lequel se dirigent les regards de tous leurs confrères. Le bruit que fait leur nom, l'éclat qui les environne sont un puissant stimulant pour la malignité, et si l'on a pu dire, il y a déjà bien longtemps, qu'il n'y a rien de pis que la jalousie des médecins entre eux, cette vérité devient de plus en plus vraie à mesure que l'on monte dans la hiérarchie, car les passions augmentent d'énergie en raison de l'importance des causes qui les font naître.

On conviendra que peu d'hommes ont été mieux faits que M. Orfila pour exciter l'envie; amoureux de toutes les gloires, il a courtisé toutes les fortunes, il n'est pas de succès qu'il n'ait obtenu, pas de faveurs dont il n'ait été comblé; et comme il avait le triomphe retentissant, jugez si les jaloux se sentaient blessés, s'ils supportaient patiemment la chance si longtemps fidèle à ce *joueur* habile.

Ce dernier mot qui nous échappe pourrait bien exciter des susceptibilités; amis ou ennemis trouveront l'expression peu digne de l'homme, de son talent, de la gravité de sa personne, de l'importance de ses travaux, et cependant nous ne sommes pas tenté de l'effacer, car mieux qu'une autre elle rend notre pensée. La vie est un jeu de hasard tempéré par l'étude, par l'observation, par la hardiesse du coup d'œil, par la sagacité du joueur; nous ne parlons pas de ceux qui trichent. Avec une égale mise de fonds, les uns perdent tout dès le début, d'autres résistent à ces chances contraires, luttent avec bonheur et parviennent au succès, uniquement parce qu'ils l'ont voulu, disent les uns, parce que le sort les a favorisés, disent les autres. Mais ce qu'on

Telle n'est pas toute l'histoire étiologique du choléra, mais c'en est au moins un chapitre en raccourci.

Mais si, en présence d'un nombre limité de faits, il est prudent et logique d'être sobre d'inductions scientifiques, il serait imprudent, et nous oserons ajouter cruellement absurde de ne pas profiter des enseignements pratiques qu'ils portent avec eux. Or si 14 ou 15 cas se sont développés dans un espace limité, et sur des malades en quelque façon couchés côte à côte, il est du devoir de l'administration de conjurer un mal qui peut s'aggraver. Elle doit faire évacuer les salles où le choléra se manifeste, pour n'y laisser que des cholériques; ou tout au moins elle doit laisser quelque espace entre les lits occupés par ces derniers et ceux occupés par d'autres malades. On peut discuter sur le plus ou moins de rigueur logique des principes qui commandent cette règle, mais celle-ci reçoit du salut des malades qu'elle doit protéger un appoint de certitude qui en commande immédiatement la mise en pratique. L'administration de l'assistance publique a fait un premier pas, lorsque, sur notre réclamation, servant de porte-voix à l'opinion publique, elle a distrait les cholériques répandus dans les salles pour les réunir dans des salles particulières : elle en fera un second lorsqu'elle ordonnera l'évacuation des salles envahies par le choléra, ou au moins la mise à distance des lits occupés par les cholériques. Qu'on se souvienne du dépôt de Saint-Denis et surtout de la Salpêtrière en 1849.

JULES GUÉRIN.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR LES FISTULES PULMONAIRES CUTANÉES (lu à l'Académie de médecine); par M. E. BOUCHUT, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Sainte-Marguerite, membre de la Société de biologie.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

PHTHISIE PULMONAIRE; TARTRE STIBIÉ A PETITES DOSES; CAUTÈRES MULTIPLIÉS SOUS LA CLAVICULE DROITE; OUVERTURE EXTÉRIEURE DE LA CAVERNE; EXTRACTION DE PUS ET DE MATIÈRE TUBERCULEUSE; AFFAISSEMENT ET OBLITÉRATION PARTIELLE DE L'EXCAVATION; AMÉLIORATION CONSIDÉRABLE ET GUÉRISON PROBABLE PENDANT QUINZE MOIS; MORT DES SUITES D'UNE PÉRICARDITE AU MOMENT OU LA SANTÉ SEMBLAIT LE PLUS CONSOLIDÉE. (Bricheteau, MALADIES CHRONIQUES DE LA POITRINE.)

OBS. XVI. — Huard, journalier, âgé de 29 ans, demeurant rue de Seine, n° 78, dit s'être toujours bien porté jusqu'au mois de mai 1835, époque à laquelle il fut pris, sans cause connue, de toux et d'une légère dyspnée. Au mois de septembre de la même année, il commença à cracher du sang, ce qui ne l'empêcha pas de faire pendant quatre mois le service pénible de garçon d'hôtel garni. Au mois de janvier 1836, la toux, la dyspnée, l'inappétence le forcèrent d'entrer à l'hôpital Necker. Pendant ce temps, on lui fit quelques saignées, on lui appliqua des sangsues sur la poitrine; il alla ensuite passer deux mois à l'hôpital de Picpus comme convalescent. Lorsqu'il sortit de cette maison, il se trouvait beaucoup mieux, quoiqu'il eût cependant toujours de la toux, de la dyspnée et quelquefois des crachats teints de sang. Sa position se trouva néanmoins assez améliorée pour qu'il pût travailler cinq mois consécutifs dans les ateliers de la manufacture des tabacs an triage des feuilles. Au bout de ce temps-là les symptômes mentionnés plus haut s'aggravèrent; Huard entra à l'Hôtel-Dieu, où il resta pendant vingt-huit jours sans éprouver aucun soulagement. Il revint alors à l'hôpital Necker, dont il sortit après un séjour de trois mois sans presque aucune amélioration dans sa santé. Il resta quatre ou cinq jours chez lui et entra ensuite à l'hôpital Cochin. Il éprouva du mieux et l'attribua à l'emploi de la digitale pourprée. Il sortit de cet établissement six semaines après et voulut reprendre son travail; mais il fut bientôt obligé de rentrer dans le même hôpital où il séjourna de nouveau jusqu'au 10 mars 1839.

Dans ce dernier séjour, l'état du malade empire manifestement; il n'a ni appétit ni sommeil; toux, oppression, sueurs, chaleurs à la peau vers le soir, diarrhée légère : tels furent les symptômes fâcheux qui vinrent s'ajouter à ceux que nous avons mentionnés plus haut.

Le 16 mars 1840, Huard entre de nouveau à l'hôpital Necker où nous l'observons pour la première fois. Il nous donne les détails suivants sur ses antécédents : Ses parents se portent parfaitement bien; le père et la mère de ceux-ci sont morts, l'un à 78 et l'autre à 86 ans. Jusqu'à l'âge de 14 ans, le malade a habité un logement sain et bien exposé; sa nourriture était confortable et suffisante; mais il convient avoir abusé de la masturbation, même avant la puberté, et s'être plus tard livré à des excès avec les femmes

Etat actuel : Taille d'environ 5 pieds, membres grêles, constitution faible et lymphatique, cheveux blond châtain; pâleur du visage, amaigrissement, inappétence; pouls petit, faible, sans fréquence, sans chaleur à la peau; respiration fréquente, voix rauque avec douleur au larynx et dans divers autres points de la poitrine; râle mutilé, gargouillement humide, bourdonnement de la voix sous les deux clavicules, mais plus étendu et plus considérable du côté droit que du côté gauche; crachats épais, muqueux. Le malade n'éprouve ni sueurs, ni diarrhée, il a de l'appétit, digère assez bien, a un moral excellent, un vif désir de guérir.

Nous reconnaissons que Huard est atteint de phthisie pulmonaire, et nous le mettons à l'usage de la potion stibiée, à prendre par cuillerée soir et matin, trois heures avant et après le repas. Le premier jour il y eut des vomissements le matin seulement, et plus tard quelques simples régurgitations.

Le 13 avril on suspend cette potion à cause du dévoiement qui en était résulté; mais on la prescrivit de nouveau, et elle fut très-bien tolérée jusqu'au 29 où la diarrhée reparaît et force de nouveau à suspendre le remède.

Les 1ᵉʳ et 3 mai on substitue à l'émétique des pastilles d'ipécacuanha. Après plusieurs vomissements le malade se trouve beaucoup soulagé; on continue pendant quelques jours 2 décigr. d'ipécacuanha en deux doses. On le laisse ensuite reposer pendant quelque temps; le malade se trouve bien, il a bon appétit, pas de sueurs, pas de diarrhée, pas de fièvre le soir, il dort assez bien; néanmoins on ne tarde pas à reconnaître qu'il existe de la pectoriloquie et une caverne superficielle. Un large cautère avait été placé au moment de l'entrée du malade sous la clavicule droite; on en appliqua successivement deux autres au fond de la plaie résultant du premier.

Pendant le mois de juin, on remit le malade à l'usage de la potion stibiée; mais il s'en dégoûta promptement, et il fallut y renoncer. Il se plaint pour la première fois de douleur et de picotement au larynx; la toux est toujours fréquente et sèche; différents points douloureux se font sentir par intervalles dans la poitrine, et néanmoins Huard se soutient et mange la demi-portion et même les trois quarts de portion.

Pendant le mois de juillet le malade éprouve beaucoup d'oppression en montant l'escalier de la salle. Du côté droit la respiration est caverneuse; on perçoit du gargouillement, de la pectoriloquie et une sorte de vibration métallique à la fin de la toux. Du côté gauche la respiration est légèrement caverneuse, mais sans pectoriloquie.

Tous les jours l'élève chargé du pansement creuse la plaie formée par le

---

nomme le sort, ne serait-ce pas tout simplement le résultat d'une foule de combinaisons dont ne s'avisent jamais la plupart de ceux qui succombent dans cette bataille et qui trouvent commode d'attribuer leur défaite à des causes occultes?

M. Orfila fut un homme éminent; son esprit fécond enfantait une idée, il prévoyait, il préjugeait; l'expérience n'arrivait en quelque sorte qu'*à posteriori*; elle était la confirmation de la pensée révélée à son génie, le complément de cette intuition primitive qui n'appartient qu'à certains cerveaux d'élite. Mais aussi quelle ardeur dans la poursuite de cette vérité entrevue, quelle abondance de ressources pour produire au grand jour un fait capital, quel merveilleux déploiement de paroles, d'actions, d'écrits; comme tout concourait bien à ce but suprême et combien il était difficile de résister à cet élan qui entraînait tout à sa suite!

C'est ainsi qu'on arrive à la gloire, à la popularité; tout le monde sait votre nom, tout le monde vous connaît, non pas seulement à Paris, en France, mais chez les nations voisines et même aux régions les plus lointaines. Ce prix auquel tant d'hommes aspirent, que peu d'entre eux obtiennent, ce prix si chèrement acheté, vaut-il la peine qu'on se donne pour le conquérir? Hélas! il est facile de médire de la renommée, on l'a fait de tout temps; les philosophes sont pleins de déclamations contre cette vaine fumée, et cependant la foule persiste à marcher dans la voie qui conduit à ces sommets trop souvent inaccessibles. Ceux qui ont pu toucher le but, se maintenir plus ou moins longtemps sur ces hauteurs, auraient seuls le droit de se plaindre des obstacles qu'il leur a fallu surmonter pour arriver jusque-là, d'accuser de vanité et d'illusions ce bien qu'ils avaient si ardemment convoité; mais ceux-là meurent presque toujours avant d'avoir pu se rassasier de cette liqueur enivrante, et quand par hasard les retours de la fortune cruelle ont renversé la coupe, ils n'ont pas le courage de signaler les écueils à ceux qui les suivent, ils n'ont pas la générosité de proclamer le vide de ces grandeurs qui les avaient séduits.

Si l'on voulait voir les choses sous leur véritable jour, on reconnaîtrait que les hommes les plus éminents, ceux qui ont joui à un plus haut point de cette popularité si enviée, sont précisément ceux qui ont eu le plus besoin d'être *consolés de leur gloire*. Sans rechercher dans l'histoire, sans demander à la biographie universelle les illustres exemples qui fourmillent dans ses pages, contentons-nous de regarder autour de nous, de voir ce qui se passe sous nos yeux; médecins, ne demandons qu'à la médecine contemporaine ces types des deux fortunes les plus contraires réunies sur une seule tête, la gloire avec tous ses charmes et le malheur avec toutes ses angoisses, ce perpétuel antagonisme du bien et du mal se faisant équilibre, argument irrésistible en faveur de ce système des compensations que le ridicule n'a pu détruire, parce que le ridicule ne tue que ce qui est mortel. Or la destinée de l'homme ne rentre pas dans la catégorie des choses conventionnelles et caduques.

On dirait que, dans l'ordre moral comme dans l'ordre physique, tout ce qui dépasse le niveau tend à provoquer une réaction; les extrêmes rentrent tout naturellement dans la loi commune, et cela n'est pas seulement vrai pour la société, mais encore pour l'homme lui-même en tant que créature

cautère, tantôt en y ajoutant de la potasse caustique, tantôt en cautérisant avec un crayon de nitrate d'argent.

Le 11 août 1840, la plaie avait déjà acquis une assez grande profondeur que nous jugeâmes par approximation être celle de la caverne que nous avions diagnostiquée. Une ponction fut faite à l'aide d'un bistouri qui pénétra jusqu'à la profondeur de 8 lignes. Deux ou trois pois d'iris sont entassés dans l'ouverture dilatée. Le lendemain on retire de la caverne, car on y était parvenu, une matière blanchâtre semblable à du mastic délayé, avec un peu de liquide et des débris organiques. On continue pendant quelques jours à retirer du fond de la plaie cette même matière analogue à du mastic desséché qu'on aurait ensuite délayé dans l'eau; on introduisit pendant plusieurs jours, dans divers sens et à une certaine profondeur, une aiguille à acupuncture sans déterminer aucune douleur.

La plaie profonde et pénétrante faite par les premiers cautères et le bistouri ne tarda pas à se combler, à se cicatriser, et fut remplacée par une vaste excavation au fond de laquelle on ne percevait aucun des phénomènes signalés plus haut (gargouillement, pectoriloquie, etc.); ce qui nous fit penser que la caverne où nous avions pénétré s'était comblée, que les parois avaient contracté des adhérences après que toutes les matières contenues dans cette excavation en avaient été expulsées.

Du reste, les forces du malade se soutenaient assez bien; il avait de l'appétit, faisait chaque jour de l'exercice, se plaignait seulement d'une douleur au larynx dont nous avons parlé plus haut, douleur qui nous fit craindre quelquefois que ce malade n'eût une ulcération au larynx; ce n'était pourtant, comme on le verra, qu'une supposition gratuite.

Huard demeura dans cet état stationnaire, que l'on pouvait considérer comme une guérison momentanée, du moins jusqu'au mois de mai de l'année suivante, où il fut pris, dans l'hôpital qu'il n'avait pas quitté, d'une péricardite aiguë qui l'enleva en peu de jours.

A l'ouverture du corps, nous trouvâmes à la partie moyenne du lobe supérieur une caverne affaissée sur elle-même presque entièrement comblée par un travail récent de cicatrisation qui consistait en des bourgeons semi-cartilagineux. Le reste de cette caverne était inférieurement séparé du reste du poumon par une cloison ancienne fortement organisée et de nature cartilagineuse. Les deux lobes inférieurs du poumon ne contenaient que quelques rares tubercules très-isolés. Le poumon du côté opposé ne contenait aussi qu'un très-petit nombre de tubercules épars dont quelques-uns étaient passés à l'état crétacé; il pouvait suffire aux besoins de la respiration.

Le péricarde était doublé par une fausse membrane récente, sa cavité contenait une certaine quantité de sérosité récemment épanchée.

PHTHISIE PULMONAIRE; CAVERNE AU SOMMET DU POUMON GAUCHE; OUVERTURE DE LA CAVERNE PAR DES CAUTÈRES SUCCESSIFS; AFFAISSEMENT DES PAROIS; AMÉLIORATION DE L'ÉTAT GÉNÉRAL; SORTIE DU MALADE DANS UN ÉTAT SATISFAISANT. (Bricheteau, *loc. cit.*)

OBS. XVII. — Un cuisinier, âgé de 28 ans, entra à l'hôpital Necker le 26 juin 1839. Cet homme, d'une constitution faible et lymphatique, avait joui d'une assez bonne santé jusqu'à l'âge de 22 ans; ses parents sont morts de maladies accidentelles; il a des frères et des sœurs qui se portent très-bien.

Il y a six ans, il fut pris pendant l'hiver, à la suite d'un refroidissement, d'une toux avec enrouement, extinction de voix, qui persista jusqu'à la fin de la saison avec beaucoup d'intensité. Depuis cette époque, cette toux, à laquelle d'ailleurs le malade n'a opposé aucun moyen efficace, n'a pas cessé entièrement et augmenta toujours pendant les temps froids et humides, sans être accompagnée toutefois d'expectoration sanguine.

Au mois d'octobre dernier, elle s'accrut considérablement; le malade maigrit, perdit le sommeil, eut ensuite des sueurs nocturnes; les crachats, de visqueux qu'ils étaient au dire du malade, devinrent purulents; la difficulté de respirer augmenta, et il fut obligé d'abandonner son travail à la fin de l'hiver, et de garder le lit à partir du mois de mars jusqu'au 16 juin; il n'employa aucun traitement. Admis ce jour-là à l'hôpital, il présenta l'état suivant: amaigrissement considérable, figure pâle, pommettes saillantes, yeux caves, respiration et toux fréquentes, enrouements, crachats purulents très-abondants, peau chaude, pouls petit, fréquent; insomnie, sueurs nocturnes, dépression à gauche et au-dessous de la clavicule, avec matité presque complète et immobilité des côtes; la respiration y est très-faible et on y perçoit de la pectoriloquie. Du côté opposé, on entend des craquements, et l'expiration est manifestement prolongée.

Pour traitement, infusion pectorale; huile de foie de morue, 45 grammes; deux cautères sous la clavicule gauche avec la pâte de Vienne; une portion d'aliments.

5 juillet. Le malade ayant été examiné de nouveau, la caverne du sommet du poumon gauche parut superficielle et adhérente par sa paroi antérieure avec celle du thorax; on crut dès lors à la possibilité d'y pénétrer à l'aide de cautères successifs, afin d'en faciliter l'affaissement et la cautérisation; quatre autres cautères furent successivement appliqués dans cette intention.

13 juillet. La cautérisation avait produit une plaie d'un centimètre et demi de profondeur, on introduisit par cette plaie un stylet qui pénétra à la profondeur de 4 centimètres, sans causer aucune douleur; en faisant basculer ce stylet, on s'assura qu'il avait pénétré dans un cul-de-sac qu'on jugea être la caverne.

On réitéra cette exploration le 16 sans aucun accident, puis on introduisit plusieurs aiguilles à acupuncture dans diverses directions, sans autre inconvénient qu'une douleur passagère. (Même prescription.)

15 août. Après la suppuration des cautères, l'introduction du stylet et des aiguilles répétée plusieurs fois, la situation du malade s'était sensiblement améliorée; il avait recouvré un peu d'embonpoint; la respiration était plus facile, moins fréquente, la chaleur moins considérable; il n'avait plus de sueurs nocturnes, les crachats avaient diminué; l'intervalle intercostal, occupé par les cautères, s'était affaissé; la pectoriloquie était diminuée. D'un autre côté, la caverne semble s'être contractée, et le stylet ne peut plus y pénétrer.

25 août. Le malade sort de l'hôpital après deux mois de séjour, se disant assez bien pour reprendre ses occupations. Vingt jours après, il est venu nous donner de ses nouvelles, et il est dans un état toujours croissant d'amélioration.

La thoracentèse curative de la phthisie a encore été pratiquée par MM. Hastings et Sorks, en 1841, sur un ecclésiastique âgé de 38 ans, et dont l'observation se trouve dans la GAZETTE MÉDICALE de 1845, p. 457. Ici l'opération n'a pas été suivie d'accidents immédiats, au contraire même, le malade a semblé avoir été soulagé par elle; cependant, au bout d'un mois, le malade a été perdu de vue, et dans des observations de ce genre, il faut en voir la fin si l'on veut en tirer une conclusion raisonnable.

En Angleterre, comme en France, les aventureux de la médecine et de la chirurgie sont les mêmes; à peine ont-ils commencé la réalisation d'une idée théorique plus ou moins hardie, qu'ils se hâtent de publier bruyamment leurs premiers bulletins, laissant à d'autres le soin d'ensevelir le dernier dans le sable des cimetières. C'est ainsi qu'avec tout avantage pour soi, on espère, mais en vain, duper la science et tromper les médecins.

(La suite au prochain numéro.)

---

complète et finie. Que certaines facultés atteignent leur *summum* d'énergie, les autres ne tardent guère à décroître, de sorte que trop souvent ces dons les plus précieux semblent appeler des misères corrélatives. Les individus doués d'une grande dose de sensibilité sont plus aptes à souffrir; par cela même qu'ils recherchent avec plus d'ardeur les satisfactions de leurs divers appétits, ils rencontrent des obstacles plus nombreux, des occasions de douleur plus fréquentes, le plaisir qu'ils convoitent manque souvent à leur ambition, et de là des souffrances dont la source ne s'épuise pas. Dans un ordre plus relevé, l'amour de la science qui consume certains esprits, détermine des efforts surhumains, absorbe tous les instants, produit des résultats magnifiques; un homme en proie à cette ardeur, acquiert une puissance énorme, la nature n'a pas de secrets pour lui, son génie devient créateur, c'est-à-dire découvre le vrai, le beau, et dès lors il peut être assuré de laisser un nom qui ne doit plus disparaître.

Mais ces fortunes si rares, à quel prix peut-on les acquérir? Demandez aux privilégiés de la destinée, aux martyrs du travail (ces deux choses se tiennent); interrogez ces hommes qui ont usé leur vie à produire quelques découvertes que l'historien de la science résume en deux mots, ils ne pourront vous dire ce que leur a coûté cette immortalité trop souvent posthume; ou bien si la gloire leur est apparue pendant que leurs yeux pouvaient jouir de son rayon, vous saurez que ce stérile bonheur n'a jamais effacé la funeste empreinte de la critique jalouse, des reproches malveillants, enfin que la somme des maux endurés l'emporte de beaucoup sur les biens éphémères qui leur ont été départis.

Étonnez-vous donc qu'ils courent après des consolations capables de compenser les inconvénients de la gloire? Les médecins qui dissèquent tout, qui veulent avoir le dernier mot de toutes choses, ont peu de goût pour la philosophie; ils abandonnent rarement les régions du positif pour le domaine de l'idéal; ta fibre humaine sensible, vivante, est pour eux le terme du possible, et quand après les rudes épreuves du malheur et l'expérience du cœur humain, ils se sentent disposés à détester leur prochain comme eux-mêmes, à envelopper dans une commune proscription la science qui leur fait défaut, leurs confrères qui les ont blessés, le monde qu'ils accusent d'ingratitude, il ne leur arrive guère alors de se réfugier au sein des vérités éternelles pour y trouver le repos du corps et la paix de l'âme, ces deux biens qui sont la récompense d'une vie utilement employée au service de l'humanité. Voyons cependant si ces reproches sont fondés, si nous avons le droit de nous plaindre à ce point, si le médecin est autorisé à dire autant de mal de la part qui lui est échue.

Personne n'est content de son sort, dit le Rudiment, ni mécontent de son esprit, ajoute un poëte philosophe, et tous deux ont raison, car l'envie et l'orgueil sont inhérents à l'homme comme l'épiderme à sa peau, comme le lichen à l'écorce de l'arbre. Et cependant qui, plus que le médecin, doit accepter son rôle avec reconnaissance et se montrer satisfait de la place qu'il occupe dans la société? Quelle profession mieux que la nôtre permet à un homme de se faire valoir en proportion de son mérite réel, lui assure une indépendance plus absolue, le rend l'égal de tous, même les plus grands, lui donne pour prix de ses soins les plus justes droits à l'estime, au respect, à l'amour du

URÉTROTOMIE.

DE L'URÉTROTOMIE EXTERNE OU PÉRINÉALE (OPÉRATION DE LA BOUTONNIÈRE), COMME MÉTHODE DE TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENTS ORGANIQUES DE L'URÈTRE; par le professeur C. SÉDILLOT. (Mémoire présenté à l'Académie des sciences.)

(Suite et fin. — Voir les nos 2, 3, 4, 8 et 9.)

RÉTRÉCISSEMENT DE LA PORTION MEMBRANEUSE DE L'URÈTRE, DATANT DE QUINZE MOIS, RÉFRACTAIRE A LA DILATATION; CYSTITE ET NÉPHRITE; RÉTENTION D'URINE; PONCTION SUS-PUBIENNE DE LA VESSIE; ACCIDENTS GRAVES; MORT IMMINENTE; OPÉRATION DE L'URÉTROTOMIE PÉRINÉALE; GUÉRISON RAPIDE ET COMPLÈTE. (Observation recueillie par M. Heer, chirurgien interne.)

Obs. IV. — M. X., âgé de 22 ans, fut adressé à M. le professeur Sédillot à la fin de mai 1852, par M. le professeur C. Schutzenberger et M. le docteur Misller.

Le malade portait depuis quinze mois un rétrécissement de la portion membraneuse de l'urètre, que l'on avait en vain essayé de traiter par la dilatation et quelques légères cautérisations. Des accidents de cystite étaient survenus, les urines étaient purulentes et un peu fétides, s'écoulaient avec peine, et l'on était resté en dernier lieu plusieurs semaines sans pouvoir franchir la coarctation. Chaque soir revenait un accès fébrile, l'émaciation faisait des progrès, et le malade, tourmenté de besoins fréquents d'uriner, éprouvait des douleurs assez vives du côté de la vessie et des reins.

Des bougies d'un millimètre à peine de diamètre et à tête olivaire très-fine, furent introduites dans la vessie avec beaucoup de difficultés et ne purent jamais être remplacées par des bougies plus volumineuses. Lorsque la bougie était retirée, on ne parvint pas une seule fois, en deux mois, à en introduire une autre d'un diamètre plus considérable, et l'on était même habituellement dans l'impossibilité de replacer la première. C'était par hasard que les instruments pénétraient, et l'on restait souvent dix et quinze jours sans réussir dans aucune des tentatives réitérées de cathétérisme qui étaient pratiquées presque chaque jour. Le rétrécissement siégeait au delà du bulbe, était fongueux et saignant, très-irritable, et le contact des instruments était douloureux et provoquait des soubresauts nerveux et irrésistibles de tout le corps. M. le professeur Sédillot eut recours aux cautérisations directes d'avant en arrière, avec ou sans commencement de succès. Le jet d'urine fut plus facile, les souffrances locales moins grandes, mais le passage des bougies ne réussit pas mieux. Jamais on ne put faire pénétrer une bougie à pointe effilée, et quatre fois seulement celles à tête olivaire arrivèrent dans la vessie.

Le 2 août 1852, une cautérisation avait été pratiquée et bien supportée; M. Sédillot avait conseillé au malade de dilater avec des sondes ordinaires en caoutchouc la partie spongieuse du canal où s'observait depuis le début de son affection un point plus résistant et plus étroit, mais facilement dilatable et indolore.

Les deux journées suivantes avaient été très-bonnes, lorsque M. Sédillot fut appelé, le 5 août, auprès de M. X., atteint de rétention d'urine complète depuis deux heures du matin. Rien n'avait annoncé une pareille complication, dont la cause prochaine resta inconnue. Cris, plaintes continuelles, mouvements désordonnés, tremblements nerveux, montraient assez les souffrances et surtout l'extrême irritabilité du malade.

Les sangsues, les bains, les applications émollientes, les injections forcées, les essais de cathétérisme restant infructueux, et les douleurs et l'état spasmodique s'aggravant, M. Sédillot pratiqua la ponction hypogastrique, en présence de son collègue M. le professeur Schutzenberger. Un verre d'urine s'écoula immédiatement, puis, quelques minutes plus tard et sous l'influence d'une forte épreinte vésicale, une nouvelle quantité d'urine, un peu plus considérable, s'échappa en jet par la canule. Dans l'intervalle de ces deux évacuations, pas une seule goutte de liquide n'était sortie.

6 août. Le lendemain, le cours des urines se rétablit spontanément par l'urètre, et dans des mouvements lutempestifs, la canule du trocart abandonna la vessie.

7 août. Nouvelle rétention, et bientôt après nécessité d'une deuxième ponction faite avec plus de difficultés, parce que la vessie était peu distendue et qu'il fallut conduire l'instrument avec précaution et en s'aidant du doigt introduit dans le rectum. L'exaspération des plaintes et l'agitation excessive du malade avaient paru contre-indiquer tout retard.

Cette fois la canule fut assujettie avec les précautions les plus minutieuses pour empêcher qu'elle ne fût enlevée ou déplacée comme la première fois.

L'amélioration fut immédiate et le calme se rétablit; mais il fallait aviser à des ressources plus efficaces, et M. Sédillot proposa l'urétrotomie périnéale comme le seul moyen de calmer et de guérir. Son avis ayant été adopté par MM. Schutzenberger et Mistler, et agréé par le malade et sa famille, on fixa cette opération au 9 août.

M. le professeur Sédillot passa plusieurs heures de la journée du 8 à renouveler ses tentatives de cathétérisme, et il essaya sans succès d'introduire dans le col de la vessie et de l'urètre une sonde de gomme élastique conduite par la canule du trocart. La sonde, dirigée à plusieurs reprises vers le col vésical, ne s'y engagea pas, et le cathétérisme d'arrière en avant qui a été proposé et pratiqué par MM. Chassaignac, Guersant, Maisonneuve, et qui permettrait de limiter le rétrécissement entre les extrémités de deux bougies, ne réussit pas. Heureusement M. Sédillot parvint enfin à faire pénétrer dans la vessie une petite bougie filiforme dont la pointe avait été tordue.

Le succès dès lors parut assuré et la bougie fut introduite tout entière dans l'urètre et la vessie, et fixée d'une manière sûre par des fils de coton au gland et à un bandage pelvien, pour se mettre à l'abri de toute expulsion de l'instrument.

9 août. *Urétrotomie périnéale.* Le malade complétement chloroformé par M. Elser, en présence de MM. Schutzenberger, Misller, Suret et Cochu, et la canule du trocart retirée, M. Sédillot introduit jusqu'au rétrécissement une algalie d'argent, et fait sur le périnée une incision de 4 centimètres qui comprend le bulbe. Une petite artère est comprimée par M. Misller et cesse bientôt de couler. L'urètre est ouvert au-dessus du rétrécissement; on en écarte les bords, et M. Sédillot engage dans la coarctation un petit stylet cannelé en argent dont il porte la pointe sur la bougie, et qu'il pousse ensuite avec elle vers la vessie. Le stylet, fortement serré dans ce rétrécissement, s'y arrête, et M. Sédillot divise sur la cannelure les tissus indurés. Le stylet pénètre plus facilement alors, et M. Sédillot introduit un second stylet d'argent sur le premier, et cherche à écarter l'un de l'autre les deux instruments pour savoir si le rétrécissement est complétement divisé. M. Sédillot rencontre une résistance assez grande à cet essai de dilatation et prolonge l'incision de l'urètre en arrière, sur la cannelure du stylet, dans une étendue de quelques millimètres. Dès ce moment il devient facile de porter dans la vessie une sonde de gomme élastique de 6 millim. de diamètre. De l'urine s'écoule avec du sang, puis s'arrête. M. Sédillot suppose la présence d'un caillot oblitérateur, fait une injection d'eau tiède dans la sonde; mais le liquide ne ressort qu'en partie, et il admet, ce qui fut parfaitement démontré un peu plus tard, que la vessie dilatée ne se contractait pas et se laissait distendre comme un vase inerte jusqu'au moment où une contraction accompagnée de ténesme chassait tout à coup le liquide contenu dans la poche urinaire par un jet énergique et abondant.

On retira la sonde et on en réintroduisit une aussi volumineuse et à courbure fixe par le gland, puis entre les stylets, et de là dans la vessie.

Les stylets furent dégagés; la sonde fixée, les téguments du périnée lavés

---

publie? Il serait facile de développer cette thèse autant qu'elle le comporte, mais on nous accuserait sans doute d'un optimisme exagéré; car il y a toujours beaucoup de gens disposés à ne voir que le mauvais côté des choses. Examinons ces griefs que l'on impute à la médecine, ces inconvénients que l'on grossit à plaisir et qui servent de base aux déclamations les plus passionnées.

La difficulté de parvenir! s'écrie-t-on à l'envi. Mais on admettra, parce que cela est vrai, qu'aucune profession n'exige un plus long noviciat, des études plus assidues, un travail plus considérable, et par conséquent plus de temps pour offrir au public les garanties qu'il a le droit d'exiger de l'homme au quel il confie ce qu'il a de plus cher, la santé, l'existence.

Le peu d'importance des résultats obtenus? dira-t-on. Mais, si cela est vrai dans un certain nombre de cas, il y a de nombreuses exceptions, et pour nous comme pour tous ceux qui exercent des professions dites libérales, il y a, avec les honoraires, un sentiment de dignité satisfaite qui rehausse la position de celui qui reçoit et le place toujours au-dessus de celui qui donne.

Tout cela est fort bien, ajoutent les critiques; mais l'homme ne vit pas seulement de considération; sa propre estime ne suffit pas pour assurer son avenir, celui de sa famille, et l'Association des médecins du département de la Seine sait à quoi s'en tenir sur la position déplorable de tant de confrères qui usent leur vie au service de l'ingrate humanité! Ce reproche ainsi formulé est fort grave, nous en convenons volontiers; mais en examinant de près les faits qui le motivent, on verra d'abord que les plus grandes infortunes secourues par cette association charitable sont de celles qui se rencontrent partout : la maladie, la mort frappent les individus; les enfants et les veuves font un appel à la bourse commune, la réponse est rapide, énergique, efficace, et si tous ceux qui se plaignent si fort de leur isolement, de leur détresse, songeaient à se réunir à leurs collègues, si l'égoïsme ou l'incurie ne prédominaient trop souvent, on ne verrait pas tant de misères, et la dignité du corps médical n'y gagnerait pas moins que les individus eux-mêmes.

M. Orfila connaissait ce mal, il en avait sondé la profondeur, et bien mieux, il y avait porté remède par cette création qui compte aujourd'hui vingt années d'existence, et qui sera dans l'avenir un de ses plus beaux titres à l'estime et à la reconnaissance de ses confrères.

Ainsi les malheurs qui viennent entraver la carrière du médecin lui sont communs avec tous les hommes qui vivent dans les mêmes conditions sociales, mais il en est d'autres qui lui appartiennent exclusivement, dit-on, et c'est ceux-là dont il nous reste à parler. Il s'agit, non plus de la peau, mais de la chair; nous arrivons au cœur du sujet, tâchons de toucher ces plaies d'une main discrète, et voyons en outre s'il n'y a pas, pour le moral, un anesthésique offrant quelques-uns des avantages, mais sans les inconvénients du chloroforme.

Les médecins tournent souvent à la misanthropie, les difficultés qu'ils rencontrent dans leur pratique les aigrissent, les mauvais procédés de certains confrères excitent en eux des mouvements de colère, ils se plaignent amèrement de l'absence de protection, mais ils ne veulent pas de conseil de discipline; ils crient contre le charlatanisme, mais sans vouloir rien faire pour le

à l'eau tiède et enduits d'une couche d'huile, et le malade reporté à son lit et couché sur le dos, un traversin placé au-dessous des jarrets.

L'opération depuis le premier moment de la chloroformisation qui fut maintenue complète, et sans retour d'aucune contraction musculaire, avait duré trois quarts d'heure.

Dans la journée, il y eut quelques nausées et deux vomissements. L'urine sortit goutte à goutte par la plaie, et c'était seulement pendant les rares contractions de la vessie avec tenesme, qu'un jet de liquide s'échappait par l'ouverture de la sonde qui était maintenue ouverte.

Nuit tranquille et sans douleurs ; sommeil interrompu ; transpiration abondante.

10 août. État du malade très-satisfaisant; peu ou pas de fièvre; appétit; ventre souple; douleurs nulles ; les urines continuent à couler en grande partie par la plaie, et aussi entre le canal et la sonde et en jet par cette dernière, lorsque la vessie se contracte involontairement. L'urine est sanguinolente et l'ancienne plaie de la ponction hypogastrique donne un sang noir et poisseux, qui démontre la présence d'un épanchement entre la vessie et la paroi abdominale. (Deux potages; bouillon et eau vineuse.)

11 août. Nuit bonne; transpiration moindre. L'urine passe presque entièrement par la sonde et s'échappe par jet, lorsque le besoin de la miction se fait sentir. (Mêmes prescriptions ; légumes frais.)

12 et 13 août. Amélioration progressive.

14. août. Les urines commencent pour la première fois à couler goutte à goutte par la sonde, ce qui dénote le retour de la rétractilité de la vessie.

20 août. On change la sonde sans difficultés.

24 août. La plaie périnéale est presque complétement fermée. On a placé une sonde de 8 millimètres de diamètre sans rencontrer d'obstacles ni déterminer de douleur. La santé est excellente ; mais les urines sont toujours chargées et déposent des matières purulentes et catarrhales. (Tisane de bourgeons de sapin; injections d'eau de goudron.)

3 septembre. Le périnée est tout à fait consolidé. On enlève la sonde pendant quelques heures chaque jour depuis le 30 août, et on la replace sans peine.

9 septembre. Les plaies sont fermées, et le malade quitte Strasbourg pour retourner dans sa famille. Ses urines sont claires; des sondes de 10 millimètres de diamètre parcourent aisément le canal, qu'on laisse libre pendant la nuit. Les forces et l'embonpoint ont commencé à reparaître; les nuits sont bonnes, les besoins d'uriner normaux, le jet du liquide facile et volumineux. La guérison est parfaite.

M. X. a continué pendant plus d'une année l'emploi d'une sonde, et il ne se ressent plus des graves accidents auxquels il a échappé.

Cette observation est un nouvel exemple frappant des remarquables avantages de l'opération de la boutonnière. Aucun autre traitement n'aurait pu amener une guérison aussi prompte et aussi heureuse. C'est un malade atteint depuis dix-sept mois d'un rétrécissement réfractaire à tous les moyens de traitement, frappé consécutivement d'une affection des reins et de la vessie, de purulence et de fétidité des urines, de rétention complète, nécessitant une double ponction vésicale hypogastrique, et de danger imminent de mort, qui se trouve parfaitement rétabli en un mois et rendu sain et libre de toute complication morbide ultérieure, à ses études et à son avenir. Une méthode capable de pareils résultats ne saurait être, sans ignorance ou sans légèreté, traitée de téméraire, de dangereuse ou d'irrationnelle; on doit, au contraire, l'adopter comme une des plus belles ressources de notre art, et c'est l'intelligence des indications et la précision des manœuvres opératoires, dans ce cas comme dans toute autre application de la chirurgie, qui expliquent et assurent le succès.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS.

L'urétrotomie externe ou périnéale, nommée aussi opération de la boutonnière, répond à des indications positives et doit être comptée parmi les meilleures ressources de la chirurgie.

Cette opération est particulièrement applicable aux rétrécissements organiques des troisième et quatrième classes de notre division (C rétrécissements que l'on franchit sans pouvoir les dilater ; D rétrécissements infranchissables), et on pourrait également en obtenir des résultats favorables dans le traitement des rétrécissements de notre deuxième classe (B rétrécissements élastiques dont on ne maintient pas la dilatation), à l'exemple de l'illustre professeur Syme (d'Édimbourg).

Les seuls procédés qui puissent être mis en parallèle avec l'urétrotomie périnéale sont : 1° la cautérisation d'avant en arrière; 2° l'urétrotomie interne; 3° la dilatation par éclatement et rupture; 4° le cathétérisme forcé.

La cautérisation d'avant en arrière est pratiquée avec avantage pour modifier l'état fongueux ou irritable de l'urètre et faciliter le passage des instruments dilatateurs ; mais c'est une méthode que semble avoir condamnée l'expérience, si on l'applique à la destruction par perte de substance des tissus indurés qui constituent le rétrécissement. Le traitement est long, les complications fréquentes, les succès rares et les récidives presque constantes. Lorsque des accidents graves exigent le prompt rétablissement du cours des urines, la cautérisation est impuissante à donner ce résultat. (Voy. obs. IV.)

L'urétrotomie interne suppose toujours une dilatation assez considérable du canal pour le passage des urétrotomes. Le sang de la plaie ne trouvant pas de libre issue au dehors, s'infiltre dans le tissu cellulaire, s'épanche dans la vessie, se coagule dans l'urètre et fait obstacle à l'issue de l'urine, qui peut déterminer des inflammations diffuses, des gangrènes et fistules consécutives, et même des terminaisons mortelles. Ces complications, quelque rares qu'on les suppose, sont fort redoutables, et lorsque le canal est très-étroit et qu'on ne parvient pas à le dilater, l'urétrotomie interne reste inapplicable.

La dilatation forcée, ramenée à des indications rationnelles, est d'un emploi impossible contre les rétrécissements trop étroits pour admettre les instruments dilatateurs. Cette méthode est inutile si les coarctations sont dilatables; dangereuse, s'il faut vaincre par rupture la résistance des tissus. On reste exposé à des infiltrations urineuses promptement mortelles, et l'on a vu des fausses routes déchirées avec violence, sans que le rétrécissement ait même été traversé.

Le cathétérisme forcé est une opération aveugle et périlleuse, sur laquelle on ne saurait compter pour la guérison complète d'un seul malade; c'est une ponction de la vessie au travers de l'urètre, avec tous les dangers des fausses routes converties en canal accidentel, et la chirurgie peut se féliciter d'y avoir presque entièrement renoncé.

L'urétrotomie externe ou périnéale ne saurait être remplacée par aucune autre méthode opératoire, dont elle complète les ressources. Elle donne des plaies nettes et régulières, ouvre une libre issue aux urines, au sang et au pus, n'expose pas aux infiltrations, aux étranglements, aux inflammations diffuses, procure la formation d'une cicatrice souple et persistante et assure des guérisons définitives.

---

réprimer; les intérêts individuels prennent sans cesse la place des intérêts de corps, et après des attaques violentes contre tout ce qui les gène, ils sont prêts à maudire la médecine et ne manquent pas d'engager leur fils, quand ils en ont un, à suivre une autre carrière.

Il faudrait un peu de bon sens, de jugement et de justice pour réduire ces plaintes à leur juste valeur, pour démontrer que ces griefs dépendent bien souvent de celui qui les étale avec complaisance, les grossit avec préméditation, et qu'après tout il y a là un manque d'esprit de conduite, et souvent aussi un peu d'ingratitude. Ceux d'entre nos collègues qui pratiquent le mieux les saintes lois de la confraternité, qui comprennent la vraie dignité de notre profession, ceux-là sont fort indulgents à l'égard des médecins moins heureusement doués sous ces rapports; ils font une large part aux bizarreries de certains caractères, à l'inattention des distraits, à l'empressement des zélés, à l'inexactitude des préoccupés; ils ne voient pas partout l'intention formelle de nuire, et pardonnent bien plus souvent qu'ils ne condamnent, car l'indulgence est le propre de ceux qui en ont le moins besoin.

Mais il y a une autre cause de misanthropie médicale, et celle-là tient à la nature même de notre science. Quand on a consacré dix ans à étudier la médecine dite classique, quand on a employé dix autres années à l'application des doctrines acquises, on s'aperçoit quelquefois qu'il y a entre la science et l'art des divergences radicales; les préceptes des maîtres, assez souvent absolus, subissent de rudes atteintes dans la pratique; on apprend à douter, et sur cette pente rapide de l'esprit d'examen, de critique, le doute conduit au scepticisme, puis au néant, terrible extrémité dont les effets sont déplorables plus encore pour la profession que pour celui qui l'exerce.

A vrai dire, il y a dans nos affaires médicales des choses qui ébranlent les meilleurs esprits. Certaines maladies qui déjouent tous les calculs de la science, qui résistent invinciblement aux soins les mieux dirigés, produisent en nous un découragement immense, en nous montrant l'insuffisance de nos moyens d'action. Et quand ces problèmes insolubles se présentent dans notre propre famille, quand nous avons la douleur de faire de la médecine dans notre maison, et que cette médecine ne peut rien, absolument rien contre ces portées morbides qui n'ont pas de nom dans les livres, qui se rient de nos efforts et de nos larmes, alors les plus fermes intelligences se sentent défaillir à l'aspect de ces calamités étranges, et le médecin qui voit mourir son enfant se couvre la face comme le héros antique, et croit presque aux coups inévitables de l'aveugle destin.

Pareil spectacle n'est pas rare, c'est un rude échec à l'infaillibilité de notre science moderne; les maîtres les plus éprouvés du diagnostic, aussi bien que les guérisseurs hippocratiques doivent s'humilier en présence de ces mystères de la maladie qui mettent à néant nos prétentions les mieux fondées. Et comme ces exemples sont connus de tous, comme ils se retrouvent aux sommets de la hiérarchie médicale aussi bien que dans les rangs les plus humbles, il y a là un triste enseignement bien capable de décourager ceux qui auraient eu trop de foi dans la toute-puissance de la médecine.

Mais on l'a dit avec raison, les choses exceptionnelles n'appartiennent pas à l'art; il faut voir l'ensemble des faits habituels; or il y a dans cet ensemble une assez grande dose de certitude pour légitimer notre intervention, nous

C'est à tort qu'on a considéré la rétractilité du tissu cicatriciel comme inévitable, et qu'on a cru à la récidive des rétrécissements. Le canal de l'urètre, réparé et formé en grande partie par une nouvelle paroi moulée sur la sonde, devient souple, indolore, dilatable, et se maintient large et libre sous la double influence du passage incessant des urines et de l'introduction momentanée des sondes, dont il est prudent de faire usage à des intervalles de temps d'autant plus éloignés que la cure est plus ancienne.

Le manuel opératoire offre des règles communes et d'autres variables, selon que le rétrécissement a pu être traversé par un instrument conducteur ou qu'il est resté infranchissable.

Les règles communes sont la situation du malade, la chloroformisation portée jusqu'à la résolution musculaire, le choix et la disposition des aides, la direction de la lumière, les irrigations aqueuses, l'étendue et le siége de la plaie, la section longitudinale du bulbe, le placement des sondes, l'absence de tout pansement et de tout corps étranger introduit dans la plaie périnéale, etc.

Les règles spéciales se rapportent aux deux conditions distinctes que nous avons signalées.

Si le rétrécissement a été traversé par une bougie, on parvient à y glisser un stylet d'argent cannelé, sur lequel on incise nettement la coarctation. Un second stylet explorateur et conducteur permet d'apprécier la dilatabilité et la normalité des parties, et l'on porte dans la vessie, entre ces deux instruments, une sonde en caoutchouc, qui est ensuite retirée et réintroduite à demeure par le gland.

On pourrait, à l'exemple de J.-L. Petit et du professeur Syme, se servir de prime abord d'un mince cathéter en argent, cannelé, sur lequel on fendrait le rétrécissement, lorsque ce dernier appartiendrait à la deuxième classe de notre division.

Dans les rétrécissements infranchissables, il est de toute nécessité de fixer les parois du canal dès qu'on les a divisées, afin d'être en mesure de les reconnaître à tous les moments de l'opération.

Si l'on découvre l'orifice de la coarctation (voy. obs. I), on y engage un stylet, et l'on achève l'opération sans difficultés en se conformant aux manœuvres déjà décrites. Quand la stricture reste impénétrable, on en divise quelques millimètres, et l'on essaye de la traverser avec une certaine force imprimée à l'extrémité d'un cathéter ou du stylet, et l'on peut réussir en atteignant la continuité du canal, ordinairement très-dilatée en arrière de la coarctation.

Lorsque ces tentatives sont infructueuses, on ouvre le canal derrière l'obstacle, en se guidant sur la saillie antérieure de la prostate, et on fend le rétrécissement, après en avoir constaté le siége et l'étendue, au moyen d'un stylet recourbé à angle aigu et introduit dans l'urètre d'arrière en avant. Les autres manœuvres n'offrent plus rien de particulier.

La sonde portée dans la vessie par la plaie périnéale n'amène pas toujours d'écoulement d'urine. L'instrument peut avoir été obstrué par du sang, ou bien la vessie passagèrement, sans ressort, ne réagit pas sur le liquide qu'elle renferme. Une injection d'eau tiède et quelques pressions sur l'hypogastre servent à lever tous les doutes sur la réalité de la pénétration de la sonde.

Les hémorrhagies ne sont pas à craindre; les artérioles du bulbe cessent spontanément de couler, ou ne réclament qu'une légère compression momentanée.

Une sonde en caoutchouc, à courbure fixe et de gros diamètre, doit être placée à demeure dans la vessie, et maintenue constamment ouverte pendant les premiers jours. Le malade, couché sur le dos, a les jarrets soulevés par un traversin. La plaie périnéale n'exige que des soins de propreté, sans aucun pansement.

On change la sonde vers le huitième jour sans difficultés et sans douleur.

Les urines cessent de couler par la plaie du huitième au douzième jour, et la cicatrice périnéale est ordinairement achevée à la fin du troisième ou du quatrième septénaire.

On peut retirer la sonde aussitôt que la plaie est fermée, ou même plus tôt, d'abord pendant quelques heures, puis pendant la nuit, et l'on se contente ensuite de la réintroduire à des intervalles de plus en plus longs, en prenant pour règle la liberté de la miction et l'ampleur et la souplesse du canal.

En cas de présence d'un calcul, il y aurait avantage à ne pas prolonger l'incision périnéale de l'urètre jusqu'à la vessie, et à remettre l'opération de la taille ou de la lithotritie à l'époque où le canal serait complètement réparé.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION D'UNE FRACTURE DE L'APOPHYSE ZYGOMATIQUE (DIRECTE) ET DE L'ARCADE DU TROU SOUS-ORBITAIRE (INDIRECTE) AVEC COMPRESSION DES NERFS DENTAIRE ANTÉRIEUR ET SOUS-ORBITAIRE, SUIVIE D'ANESTHÉSIE PARTIELLE (lue à la Société de biologie, dans la séance du 31 décembre 1853); par M. Hiffelsheim, membre de la Société.

Obs. — M... fit une chute en avant, après avoir glissé des deux pieds sur la glace, et tomba d'aplomb sur le côté gauche, face contre terre.

Le malade ressentit à l'instant une douleur assez vive, et après s'être relevé sans aucun autre accident, il rentra chez lui.

Le lendemain de la chute, voici l'état des parties :

La joue gauche est légèrement tuméfiée; au niveau de l'apophyse zygomatique existe une dépression notable, et les téguments qui la recouvrent sont ecchymosés. Les doigts appliqués en avant et en arrière de la surface contuse ne produisent qu'une très-douteuse crépitation, lorsque l'on essaye de produire un frottement. La mâchoire inférieure jouit de la liberté de ses mouvements, mais non sans provoquer quelque douleur.

Puis le malade attire l'attention sur une insensibilité de la joue et de la narine, et d'autre part une vague gêne au niveau du trou sous-orbitaire.

En examinant de plus près cette région de la face gauche, on constate avec les doigts une crépitation du pont osseux du trou sous-orbitaire.

Il n'est pas possible de constater quelle part prend l'os malaire dans ces deux fractures, dont l'une correspond à son angle postérieur, l'autre à l'antérieur. Le malade se plaint d'ailleurs de ne pas sentir la narine gauche; il lui semble moucher le nez d'un autre, quand il se mouche de ce côté.

Les dents de la moitié supérieure gauche ne transmettent aucune sensation. Il ne sent pas les aliments qui arrivent à leur contact, et ne pouvant par conséquent en faire usage, il mâche du côté opposé. La joue gauche est insensible dans un espace limité par la paupière inférieure et la commissure

avons des occasions assez nombreuses de déployer notre utilité pour être fiers d'un rôle à bon droit honoré; par conséquent il faut savoir se contenter de ce que l'on a, et les limites du possible sont encore assez reculées pour que nous trouvions quelque gloire à régner sur ce vaste domaine.

Reste enfin une dernière cause de tristesse, l'âge qui amoindrit nos facultés, qui donne aux jeunes générations médicales la vigueur qu'il nous enlève, qui nous rend défiants et timides alors que les plus jeunes sont plus présomptueux, qui perfectionne l'éducation des nouveaux étudiants sans ajouter aux connaissances de leurs anciens; l'âge cruel qui nous mène tout doucement aux honneurs de certaines présidences si peu enviables, qui fait de nous de vénérables confrères, qui nous classe parmi les invalides de la science! Quelle amertume dans ces titres décernés à notre vieillesse, combien il faut de raison pour voir d'un œil serein ces destitutions graduelles arrivant toujours à notre insu, surprenant même les plus modestes, avertissement suprême d'une clôture contre laquelle personne n'a le droit de protester. *Truditur dies die*, chaque nouvelle aurore détruit les splendeurs du jour précédent, les hommes nouveaux ont bientôt effacé la trace des pas de leurs devanciers, il faut partir; mais, pour beaucoup d'entre nous, cette éclipse arrive trop promptement; le public fait comme le paysan d'Athènes, il s'ennuie des longues célébrités; avide de changements, il laisse les anciens pour courtiser les derniers venus, et de là ce chagrin profond qui remplit le cœur du médecin dont les clients sont devenus infidèles.

Quel remède à tous ces maux? Il n'en est qu'un, encore est-ce un palliatif. La résignation, le courage, la patience, le sentiment plus juste de notre imperfection, cette tolérance généreuse qui s'appuie sur l'expérience des choses de ce bas monde, sur le souvenir des événements de notre jeunesse, sur la nécessité de cette loi : *patere quæ ipse fecisti!* Pourquoi réclamer un privilége impossible? Qui peut prétendre à mettre un clou à la roue de la fortune, arrêter sa marche précisément au point qui nous conviendrait le mieux? Rêves insensés de notre égoïsme, oubli de la loi fatale qui absorbe les individus au profit de l'humanité! Quand cesserons-nous de caresser cette illusion et de nous compter pour autre chose que pour un point dans l'espace, une unité dans ce nombre dont l'effrayant total se cache au sein d'une obscurité redoutable?

Terminons cet examen de conscience. Ceux qui ont connu M. Orfila trouveront-ils dans ce tableau d'ensemble la plupart des traits qui ont constitué cette grande figure médicale de notre temps? Le célèbre professeur a-t-il payé son tribut à la plupart de ces faiblesses? Peut-être! car enfin il était homme, mais son amour pour la science, l'ardeur de son zèle à faire le bien ont effacé pour lui les aspérités du mal dont il a tant souffert; il a pardonné à tous ceux qui l'ont blessé, il a trouvé dans son cœur une source abondante de bienveillance et de pitié; et pour lui les plus rudes atteintes de la fortune contraire ont été adoucies par un sentiment auquel rien ne résiste. Cette âme charmante était surtout accessible à l'amitié, elle possédait un fonds inépuisable de tendresse exaltée, de dévouement généreux. Nous ne soulèverons pas le voile de ces affections sincères et durables; quelques-uns des amis de M. Orfila l'ont précédé dans la tombe, d'autres lui survivent et conservent pieusement le souvenir de cette intimité si cordiale. Quand tout nous manque à la fois, on se réfugie dans les asiles impé-

gauche des lèvres d'une part, le dos du nez et le milieu de la joue de l'autre. Une plume, une aiguille promenée sur cette surface, ne sont pas senties par le malade. Introduites dans la narine, il ne les perçoit pas davantage; néanmoins la narine est humide, ainsi que la muqueuse buccale correspondant aux parties insensibles. La paupière inférieure, peu sensible, n'est ni plus sèche ni plus rouge que celle du côté opposé.

En buvant, le malade sent le verre jusqu'au milieu de la lèvre; mais la sensation n'est pas brusquement interrompue au niveau de la moitié gauche; elle se perd peu à peu vers la commissure gauche des lèvres. La motilité est un peu lésée dans toute la région insensible.

Quoique l'accident remonte à deux mois, une partie des phénomènes persiste encore.

(Nous devons à l'obligeance de M. Pidoux de pouvoir livrer au complet cette observation à la publicité.)

Appréciation. — Comme on en peut juger d'après cette description, le malade en question s'était fracturé l'apophyse zygomatique par contusion et directement; ce qu'atteste au besoin l'ecchymose. Les symptômes n'offraient rien de particulier. Les auteurs ont signalé le peu de déplacement des fragments que l'on a retrouvés ici. Du reste, il ne nous est pas bien prouvé que la fracture ait été complète.

La fracture au niveau du trou sous-orbitaire était par contre-coup, probablement. D'abord, *à priori*, il est assez difficile de tomber à la fois sur l'arcade latérale et sur la partie antérieure; ensuite pas d'ecchymose; enfin le pont creusé dans le maxillaire, en ce point, doit en diminuer la résistance. Si l'ecchymose avait manqué en dehors, on eût pu admettre une chute sur le malaire, et une fracture par contre-coup de l'arcade zygomatique. La rareté des fractures au niveau du trou sous-orbitaire nous paraît incontestable; car nous n'avons découvert aucun auteur qui l'ait signalée.

Ce qui donne de l'importance à cette fracture, c'est la perturbation de sensibilité qui l'a suivie. Et, disons-le de suite, les effets produits par la compression du nerf sous-orbitaire, etc., sont aussi nets qu'un physiologiste le peut désirer. Les anastomoses vasculaires ont réparé la perturbation circulatoire, comme d'ordinaire. Mais les anastomoses des nerfs ne peuvent pas produire de semblables effets; ce qui contredit la théorie du fluide, et l'idée que l'on se fait en général du mode de transmission de l'action nerveuse.

La région anesthésiée comprenait, on le sait, des parties qui reçoivent des filets de différentes branches du trijumeau. Cependant le nerf sous-orbitaire se distribue dans chacune de ces parties, de sorte que sa lésion entraînant une perturbation dans la sensibilité, on ne voit pas trop pourquoi le nasal externe, le nasal interne, le palatin antérieur, le sphénopalatin qui s'anastomosent entre eux, n'ont point rétabli ou conservé les propriétés sensibles. Le nerf olfactif, qui ne s'anastomose avec aucun des nerfs de sensibilité, étant intact, l'olfaction était conservée. Une circonstance très-fréquente, mais absente ici, peut dans ces cas induire en erreur. Lorsque par suite de la lésion de sécrétion, la muqueuse est desséchée, l'absence de la principale condition de l'olfaction entraîne l'abolition de celle-ci. Le nerf alors est *in potentia, non in actu*. L'intégrité des filets palatins suffit-elle pour expliquer l'humidité de la narine?

L'insensibilité des dents est un fait d'autant plus important à noter qu'elle montre quel genre de vitalité existe dans ces organes, et à quelle fin. La compression du nerf dentaire antérieur, qui se rend aux incisives, canine et première molaire correspondante, en rendrait bien raison. Mais cette compression suppose la fracture de toute l'épaisseur de l'os au niveau du canal. Il y aurait à chercher si un violent ébranlement pourrait à lui seul produire la paralysie d'une branche sensitive, si enfin cet ébranlement peut paralyser les filets moteurs du facial qui s'anastomosent largement avec le nerf sous-orbitaire. Ces paralysies périphériques complexes sont bien autrement difficiles à étudier que les paralysies centrales, partant d'une hémorrhagie traumatique, comme nous avons vu, entre autres, un cas (5ᵉ, 6ᵉ, 7ᵉ paires crâniennes) chez M. Rayer, et un autre d'hémorrhagie spontanée (5ᵉ, 6ᵉ, 7ᵉ, 12ᵉ paires) chez M. Rostan: le premier plus localisé, le second accompagné d'une hémiplégie complète.

Les lésions partielles des branches du trijumeau ne sont pas très-rares; nous trouvons, signalés dans Romberg (Path. du syst. nerv., texte allem.) quelques cas fort remarquables, que nous rapprocherons de notre observation, à cause de leur analogie.

Obs. I — Un homme exposé au froid fut pris de douleurs à la face gauche. Cette joue, la fosse nasale gauche et la peau qui la couvrent, devinrent insensibles; il en fut de même de la muqueuse buccale et des gencives de ce côté. Par moments les douleurs revenaient dans cette partie insensible. L'œil était larmoyant, la narine sèche et disposée à saigner, ainsi que la gencive correspondante. Ce côté bleuissait avec une extrême facilité sous l'influence du froid.

Puis survint une tuméfaction de l'os nasal gauche en même temps que des douleurs très-aiguës. On guérit le malade par l'iodure de potassium à l'extérieur. (Romb.)

Obs. II. — Ch. Bell vit une dame qui se plaignait d'éprouver en buvant la sensation de verre cassé. Toute la partie fournie par le nerf mentonnier était insensible. Bell, en remontant avec le doigt la branche verticale de la mâchoire, découvrit une tumeur comprimant le nerf maxillaire inférieur à son entrée dans le conduit.

Obs. III. — Le même Bell mentionne aussi un cas d'insensibilité de la lèvre inférieure après l'extraction d'une molaire inférieure, du côté correspondant. La malade, en buvant, éprouvait la sensation du verre cassé. L'auteur présume que le nerf dentaire avait été lésé au niveau de cette dent, et de là résulta l'insensibilité du nerf mentonnier.

Dans les lésions de la sensibilité de la narine, l'olfaction n'était jamais complétement abolie, les parties supérieures étant restées humides sans doute.

La rougeur des conjonctives et des muqueuses en général, leur sécheresse, leur tendance à saigner, à s'ulcérer, tels sont les caractères que l'on a généralement signalés dans les cas de lésion de la 5ᵉ paire. C'est là aussi ce que l'on observe après sa section. (Magendie.)

Cependant rien de tout cela ici, ni la sensation nette du verre cassé: *anesthésie pure et simple*. On voudra remarquer avec nous que le premier cas est douteux, quant à la cause de l'anesthésie. Ce doute réserve néanmoins l'influence incontestable du froid, qui produit l'hypéresthésie, l'anesthésie, et surtout les paralysies de la 7ᵉ paire. Or ce que le froid peut faire, pourquoi un ébranlement ne le ferait-il pas? Cette réflexion nous est suggérée aussi par la seconde observation de Bell. Nous nous proposons de rechercher expérimentalement la solution des différentes questions que nous nous sommes posées, et nous en entretiendrons la Société.

---

nétrables aux misères du monde, l'âme satisfaite goûte en paix des douceurs indicibles, et la mort paraît sans amertume quand on sent en soi la certitude d'avoir fait du bien, de laisser une mémoire honorée et des amis qui ne vous oublieront pas!

P. Menière.

— On sait que l'Académie de médecine de Belgique, et en particulier le bureau, ont été récemment l'objet d'attaques violentes, qui ont retenti jusqu'au sein du parlement belge. A la suite d'une discussion des plus véhémentes, mais aussi des plus dignes, l'Académie a voté à l'unanimité un ordre du jour motivé, qui fait bonne justice des accusations dirigées contre plusieurs de ses membres les plus éminents. Voici cet ordre du jour:

« L'Académie, entendu les explications données par M. le président au nom du bureau, tant dans la séance de ce jour que dans celle du 12 février;

» Ne voulant ni partager la responsabilité ni subir les conséquences des menées déloyales qui ont provoqué l'incident parlementaire relatif à une gestion financière;

» Attendu qu'il est impossible de ne point déverser un blâme énergique sur la conduite des personnes qui, pour des animosités particulières, n'ont pas craint de chercher à surprendre la bonne foi des membres de la chambre des représentants et à compromettre l'honneur et la considération d'une institution nationale, alors surtout que personne ne s'est écarté des arrêtés et des institutions qui règlent son régime intérieur;

» Déclare passer à l'ordre du jour. »

— M. le doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg vient de compléter le cercle des institutions pratiques en obtenant la création d'une clinique des maladies des yeux.

L'ophthalmologie tient une place trop importante parmi les connaissances médicales pour qu'il ne soit pas nécessaire de consacrer à cette science un enseignement pratique et spécial; on peut s'étonner qu'elle paraisse pour la première fois dans le programme officiel d'une Faculté française. Cette création, à Strasbourg, est d'autant plus opportune que l'homme y est prêt pour la chose et donnera toute sa valeur à l'institution.

Cette clinique nouvelle sera confiée à M. le professeur Stœber, qui occupe un rang si distingué parmi nos ophthalmologistes.

— M. le docteur G. Dufour, de l'hôpital militaire de Bordeaux, est promu médecin aide-major de première classe au 12ᵉ régiment de dragons.

— A la suite d'un concours, M. Em. Baudrimont a été nommé pharmacien en chef de l'hôpital Sainte-Marguerite, en remplacement de M. Grassi, qui passe en cette qualité à l'hôpital de Lariboisière.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

(Suite.)

III. THE MONTHLY JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE.

PARALYSIE DU NERF MOTEUR OCULAIRE COMMUN; par M. JOHN STRUTHERS.

OBS. — Il s'agit d'un homme de 73 ans, qui présentait à l'œil gauche les symptômes suivants:

Paralysie complète de la paupière supérieure, légère saillie de l'œil avec inclinaison en dehors. Les mouvements de rotation en haut, en bas, en dedans du globe de l'œil, sont abolis, la rotation en dehors est complétement conservée. Pupille dilatée ayant presque un diamètre double de celle du côté opposé. La vision ne paraît pas atteinte et la sensibilité générale de l'appareil oculaire est normale.

La chute de la paupière s'était montrée tout à coup un matin. Le diagnostic était évident. Le traitement consista en vésicatoire à la nuque, en mercuriaux, en purgatifs doux.

Sous l'influence de ces moyens, deux mois environ après l'attaque, les mouvements revinrent en partie dans la paupière. Quelque temps après l'iris reprenait sa contractilité, et la pupille n'était pas plus dilatée que celle du côté opposé; les mouvements étaient aussi revenus en grande partie dans les muscles droit interne et droit inférieur; le droit supérieur reprenait plus lentement ses fonctions.

A cette époque, trois mois après le début de la maladie, il se forme une ulcération sur la cornée de l'œil sain; le nitrate d'argent et l'oxyde rouge de mercure en pommade suffisent à combattre cet accident. Le malade succombe à une hémorrhagie cérébrale. Deux ans avant il avait eu une hémiplégie du côté droit.

AUTOPSIE. — 120 grammes de sérosité dans la grande cavité de l'arachnoïde, circonvolutions légèrement aplaties, ventricules latéraux distendus par un sérum clair; le droit a trois fois plus de capacité; le gauche deux fois plus qu'à l'état normal. Congestion légère de la pie-mère; pas de trace d'altération ancienne ou récente de la pulpe cérébrale. La pie-mère est épaissie et opaque entre les pédoncules, comme infiltrée de lymphe. Le moteur oculaire commun du côté gauche est d'environ un tiers moins volumineux que celui du côté opposé; son tissu est d'un jaune brunâtre. Les muscles droits animés par ce nerf étaient évidemment atrophiés et leur partie charnue avait perdu de son poids: l'élévateur de la paupière, 5 centigr.; le droit supérieur et le droit interne, 2 centigr. 1/2; le droit externe, au contraire, avait subi une augmentation de poids; les deux obliques avaient conservé leur volume normal.

CAS DE CHLOROME; par M. ALEXANDRE KING (de Glascow).

OBS. — Une petite fille de 6 ans et 7 mois, de bonne constitution et assez forte, habitant la campagne et issue de parents sains, n'avait jamais eu de maladie grave, lorsque les symptômes suivants se développèrent assez rapidement: Effacement de la fosse temporale, saillie assez prononcée de cette région, dure, sans douleur, avec conservation des mouvements de la mâchoire inférieure. Point de décoloration de la peau. Quelques pétéchies aux extrémités supérieures et inférieures.

Une semaine après le début de ces phénomènes, la santé générale se maintient, les pétéchies disparaissent; mais à la suite d'un coup léger reçu à la face, il se forme une ecchymose considérable qui s'étend de la partie supérieure de cette région jusqu'au cou.

Neuf jours après ces accidents, l'absorption du sang épanché était complète, la santé se maintient bonne, les tumeurs temporales n'ont subi aucun changement; elles sont dures et de résistance cartilagineuse. Mais l'œil droit semble plus proéminent que de coutume et un examen attentif de cette région fait reconnaître l'existence d'une tumeur siégeant sur le plafond orbitaire du frontal. Cette tumeur très-dure est mobile de droite à gauche.

Quelques jours après une tumeur semblable se développe au-dessus de l'œil gauche. La tumeur de l'œil droit se développe rapidement et rejette l'œil en bas et en avant. De plus, l'exploration de la tête révèle l'existence de plusieurs petites proéminences du volume d'un pois, fermes, résistantes, immobiles. La santé générale ne se conserve plus; il y a de la pâleur, de l'émaciation, une teinte livide des lèvres. Le pouls est apyrétique, l'appétit et le sommeil sont conservés, mais l'irritabilité de l'enfant est extrême. On administre les mercuriaux à dose réfractée jusqu'à action sensible sur les gencives. L'intelligence est encore conservée un mois et demi après le début de ces symptômes; mais peu à peu il y a tendance à l'immobilité, au repos et à l'assoupissement. La tumeur de l'orbite droite a augmenté d'abord rapidement de volume pour décroître ensuite pendant que celle de l'orbite gauche se développait à son tour. Sur les apophyses mastoïdes, on trouve des tumeurs ovales du volume d'un œuf de pigeon. L'assoupissement et l'affaiblissement font des progrès. La malade meurt après deux mois de maladie.

AUTOPSIE. — Des tumeurs lobulées, aplaties et comme formées par la réunion de tumeurs d'un plus petit volume, occupent la face externe des os du crâne; elles sont d'un vert jaunâtre. Là où elles existent, les muscles temporaux ont disparu et ont été transformés en une substance verdâtre. Il en est de même des parties molles des cavités orbitaires, à l'exception toutefois du globe de l'œil. Les glandes lacrymales paraissent avoir été comprimées avant d'avoir pris cette teinte verdâtre. Les différents os de l'orbite étaient plus ou moins altérés, c'est-à-dire qu'ils envoyaient dans l'intérieur de la tumeur des saillies osseuses qui s'unissaient complétement aux parties molles.

On trouva sur le maxillaire inférieur deux tumeurs semblables en voie de formation. Dans la dure-mère, deux masses aplaties, de coloration analogue et dont la plus grosse avait un demi-pouce d'épaisseur, étaient situées de chaque côté de la faux du cerveau. On voyait en ce point à la face interne de la dure-mère et autour de ces tumeurs de petites ecchymoses présentant à la loupe un développement vasculaire exagéré et une certaine quantité de sang épanché. Au centre d'une des tumeurs, on trouva une ecchymose semblable.

La dissection montra que ces masses de tissu morbide présentaient partout la même coloration jaune verdâtre, au centre comme à la superficie. Elles étaient formées d'un tissu homogène analogue à de l'albumine coagulée; on n'y trouvait aucune trace de vaisseaux; les tissus fibreux, osseux ou musculaires qui étaient compris dans les tumeurs faisaient seuls varier l'aspect de leur coupe. Le tissu fibreux qu'on rencontrait partout pouvait être considéré comme le lieu du développement primitif de ces productions. Dans les petites tumeurs, on voyait que le périoste était en partie converti en substance verdâtre, l'os sous-jacent demeurant sain. Dans les tumeurs volumineuses, la coupe montrait quelquefois des lames osseuses de nouvelle formation.

L'examen microscopique révélait une structure fibreuse ou fibroïde; les fibres les plus volumineuses semblaient communiquer l'une avec l'autre et se subdiviser pour se réunir de nouveau. Elles n'avaient aucun des caractères des vaisseaux sanguins.

L'immersion dans l'alcool et surtout dans l'eau diminuait rapidement la teinte caractéristique. L'analyse chimique ne révéla la présence d'aucun des principes de la bile.

Les anatomo-pathologistes savent que certaines tumeurs présentent la teinte verdâtre des tumeurs que nous venons de décrire. Vogel pense que cette teinte dépend de la matière colorante du sérum du sang que Simon a décrite sous le nom d'*hæmaphæin* et qui donne par l'acide nitrique des réactions tout à fait différentes de celles du pigment biliaire. M. Lebert attribue la teinte jaune verdâtre de certaines tumeurs et de beaucoup de sarcocèles à la présence d'une graisse de nature particulière qu'il appelle *xanthose*. Reste à déterminer jusqu'à quel point ces explications peuvent rendre compte de l'observation que nous avons citée presque textuellement. Y a-t-il eu là, au début, des épanchements sanguins, comme tendraient à le faire croire les pétéchies observées dans le cours de la maladie et les ecchymoses trouvées à la face interne de la dure-mère? La coloration verdâtre tient-elle à une altération particulière du sang ainsi épanché, ou bien dépend-elle de la nature même de l'exsudation plastique? Toutes questions qu'il est impossible de résoudre avec les seules données que nous possédons.

Les pièces provenant de cette curieuse observation sont conservées au musée anatomique de l'Université de Glascow.

DU GENRE DE MORT A LA SUITE DES INHALATIONS DE CHLOROFORME; par M. E. R. BICKERSTETH (de Liverpool). (Mémoire lu à la Société royale de médecine en 1852.)

Les expériences entreprises par l'auteur sur des animaux, chiens, lapins, ont eu pour but de déterminer si les poumons ne cessaient pas leurs fonctions avant le cœur, et si dans ces cas la respiration artificielle ne pouvait pas faire espérer de maintenir la vie assez longtemps pour permettre à l'influence narcotique du chloroforme de s'amoindrir. Le travail de M. Bickersteth a été cité dans ces derniers temps comme devant faire autorité sur cette matière; à ce titre la GAZETTE MÉDICALE doit en présenter ici un extrait détaillé.

Une première série d'expériences amène aux conclusions suivantes:

1° Dans les cas de mort par inhalation de chloroforme, les mouvements respiratoires cessent avant les mouvements du cœur.

2° Les battements du cœur se continuent un temps plus ou moins long après la cessation des mouvements respiratoires; leur cessation peut tenir uniquement à la cessation de la respiration.

3° Après la cessation de la respiration et alors que le cœur continue à battre, si on continue l'administration du chloroforme, alors les mouvements du cœur diminuant ou cessant tout à fait, le chloroforme agit directement sur le cœur.

4° Si on a recours à la respiration artificielle avant que les mouvements du cœur aient été altérés, on peut rétablir la respiration.

Suivent quatre observations où l'auteur s'efforce de trouver la démonstration de ces principes et dans lesquelles la respiration artificielle pratiquée méthodiquement et après avoir préalablement saisi la langue et attiré cet organe au dehors, paraît avoir contribué puissamment à prévenir une mort imminente. Restent les observations dans lesquelles la circulation a fait défaut avant la respiration et où un

pouls jusqu'alors physiologique a disparu tout à fait pendant l'administration du chloroforme, indiquant ainsi une cessation soudaine et primitive des mouvements du cœur. Ces faits, qui sont tout à fait opposés à la théorie du docteur Bickersteth et de quelques autres écrivains qui se sont exercés sur cette question ne seraient plus attribuables au chloroforme, ils dépendraient d'une syncope survenant au début de l'opération sous l'influence des premières sections ou incisions. Nous livrons cette explication à nos lecteurs, sans y joindre de commentaires, qui exigeraient l'examen des faits opposés et l'interprétation critique d'expériences sur lesquelles nous n'avons pas à nous prononcer ici.

DES CONDITIONS PATHOLOGIQUES DE L'URINE DANS LE TYPHUS ET LA FIÈVRE TYPHOÏDE; par M. GEORGE W. EDWARDS.

Le docteur Edwards partage les idées de Jenner sur les différences symptomatiques et étiologiques de la fièvre typhoïde et du typhus fever. Il cherche dans le travail que nous analysons à faire voir que l'urine présente des conditions tout à fait différentes dans ces deux maladies.

Dans le typhus fever, elle serait généralement pâle, peu dense, et contiendrait de l'albumine au début de la maladie. Cette spécification des caractères de l'urine du typhus fever résulte d'un grand nombre d'expériences dont les résultats sont consignés dans des tableaux annexés au mémoire. Sur 20 cas de typhus fever où les urines furent examinées, 14 fois du sixième au dix-huitième jour l'urine avait une pesanteur spécifique peu considérable et contenait de l'albumine, 6 fois les urines ne furent esayées qu'après le vingtième jour, et l'albumine avait disparu.

Dans la fièvre typhoïde, l'urine aurait une coloration ambrée et une pesanteur spécifique assez élevée. Au début de cette affection, le précipité déterminé par les acides ne serait pas de l'albumine. Bien que ressemblant sous beaucoup de rapports au précipité albumineux, il en diffère en ce sens qu'il ne se redissout pas par la solution de potasse ou à l'aide d'un excès d'acide, que la chaleur le fait disparaître aussi, et qu'il reparaît dès que le liquide se refroidit. Ce précipité, composé très-probablement d'urates, n'est point particulier à la fièvre typhoïde; on l'a rencontré dans des méningites et dans la scarlatine.

A propos de ces observations sur les urines albumineuses et non albumineuses, il faut rappeler qu'au début du typhus fever on a trouvé généralement les reins très-congestionnés, et que dans la fièvre typhoïde avant le quatorzième jour ces organes ne sont pas ordinairement le siége d'une hypérémie considérable.

Les conclusions de ce travail sont renfermées dans les propositions suivantes: L'albumine se montre dans les urines au début du typhus fever, dans tous les cas; il y a en même temps une diminution de la pesanteur spécifique de ce liquide Dans la première période de la fièvre typhoïde, on ne trouve pas d'albumine; l'urine a une densité considérable et présente un excès d'urate d'ammoniaque.

OBSERVATIONS SUR LE SANG DES CHOLÉRIQUES; par WILLIAM ROBERTSON.

Ce travail résume les observations déjà présentées par l'auteur à la Société médico-chirurgicale d'Édimbourg en 1849, et celles qu'il a eu occasion de faire depuis cette époque.

Un premier résultat important, en ce sens qu'il détruit la plupart des théories admises sur le rôle du sang dans le choléra, a trait à la composition chimique des cendres du sérum du sang. Les réactifs chimiques agissent sur ces cendres comme sur celles du sang de la pneumonie, de la dyssenterie, du typhus fever. Si l'ou dissout dans quelques gouttes d'eau distillée quelques centigrammes de ces cendres, la solution a une réaction alcaline marquée, fait effervescence par l'acide hydrochlorique, donne par le nitrate de baryte un précipité insoluble, et par le nitrate d'argent un précipité abondant, floconneux, insoluble dans un excès d'acide, par l'acide acétique et la solution de perchlorure de fer, un précipité brun. Ces différentes réactions dénotent la présence d'un alcali libre, d'un carbonate alcalin, de sulfates, de chlorates et de phosphates. Quant au dosage de ces différents principes salins, le docteur Robertson déclare ingénument qu'il n'a pas cherché à le déterminer; les combinaisons des différents éléments qui entrent dans la composition de ces sels étant tout à fait hypothétiques, l'analyse chimique ne saurait s'exercer avec quelque certitude sur ce sujet.

Ces réserves une fois faites, sans nous arrêter à la description du procédé analytique qu'a suivi l'auteur, mentionnons les résultats obtenus dans 35 analyses du sang.

PREMIÈRE PÉRIODE. — (Sous ce titre, il faut comprendre les malades qui présentaient les vomissements et les selles caractéristiques avec ou sans crampes prononcées.) 7 analyses, pratiquées dans ces circonstances, donnent un sang qui sortait de la veine avec facilité, de couleur naturelle, formant, après un petit nombre d'heures, un coagulum mou dont le sérum se séparait facilement. Dans un ou deux cas, une couenne mince recouvrait le caillot; le sérum était généralement limpide, quelquefois laiteux et trouble. Les chiffres suivants donnent le résultat moyen des 7 analyses :

Fibrine.	2,7		
Solides du sérum.	90	organiques	82,2
		inorganiques	7,8
Globules.	103,4		
Total des solides.	196,1		
Eau.	803,9		
	1,000		
Densité du sang.			1053,1
Id. du sérum.			1029,4

Ces résultats indiquent clairement un état de dilution du sang : pesanteur spécifique moindre, diminution des matériaux solides, forte proportion d'eau.

DEUXIÈME PÉRIODE. — (*Commencement d'algidité*, caractérisée par les phénomènes de la première période et par un abaissement notable de la température, le pouls radial étant encore perceptible.) 6 analyses, faites dans ces circonstances, ont donné les résultats suivants : sang sorti difficilement de la veine, de couleur foncée, à coagulation prompte, à séparation imparfaite du coagulum et du sérum :

Fibrine	3,2		
Solides du sérum.	100,3	organiques	93,4
		inorganiques	6,9
Globules.	129,9		
Total des solides.	233,4		
Eau.	766,6		
	1000		
Pesanteur spécifique du sang. . . .			1059,5
Id. *Id.* du sérum. . .			1033,7

Ces chiffres montrent une diminution d'eau et une augmentation du résidu solide de 25 parties environ sur 1,000, un accroissement de la fibrine; le résidu solide organique du sérum accru de 22 parties sur 1,000, les globules au-dessus du chiffre moyen de 3 sur 1,000.

TROISIÈME PÉRIODE (ou algidité complète avec asphyxie). — Sur 14 analyses, 2 fois les difficultés de l'extraction du sang ont été insurmontables. Coloration très-foncée; le sang, sortant de la veine en sillonnant le bras, présentait l'aspect d'un mélange de noir de fumée et de sang. Ce liquide se coagule promptement et donne lieu à un caillot souvent résistant. Le caillot est volumineux; le sérum se sépare très-lentement, quelquefois même imparfaitement. Il offre souvent une teinte rouge, même après être resté quarante-huit heures en repos. Dans aucun de ces cas, il n'y avait de couenne. Les chiffres moyens ont été :

Fibrine.	3,2		
Solides du sérum	109,3	organiques	102,4
		inorganiques	6,9
Globules.	129,9		
Total des solides.	242,4		
Eau	757,6		
	1000		
Densité du sang.			1066,3
Id du sérum.			1036,9

Ces analyses montreut une diminution d'eau, une augmentation des porties solides de 32 pour 1,000; la fibrine demeure un peu au-dessus du chiffre normal; les solides organiques du sérum sont accrus de 29 sur 1,000; les sels du sérum ont diminué légèrement.

D'après l'aspect laiteux du sérum dans quelques-uns de ces cas, et d'après un petit nombre d'expériences faites en agitant le sérum avec de l'éther sulfurique, le docteur Robertson pense qu'à cette période de la maladie le sérum pourrait contenir quelquefois une quantité considérable de matières grasses ou huileuses, peut-être des matières grasses de la bile.

QUATRIÈME PÉRIODE. — (*Réaction.* Sous ce titre, on comprend différents états qui se présentent lorsque les malades sont sortis de la période cyanique, et lorsque le pouls radial est devenu perceptible ou même fort, lorsque les matières colorantes de la bile ont de nouveau paru dans les vomissements ou dans les selles, soit que le malade entre

d'emblée en convalescence, soit qu'il ait ensuite des rechutes ou que les symptômes typhiques se développent.)

Le sang, à cette période de la maladie, sortait très-facilement de la veine et était de couleur naturelle, donnait un caillot résistant, dans quelques cas se couvrait de couenne et se séparait promptement en caillot et en sérum. 8 analyses donnent les moyennes suivantes :

Fibrine	3,7		
Solides du sérum. .	84,8	organiques	78,2
		inorganiques	6,6
Globules.	122,6		
Total des solides.	211,1		
Eau.	788,9		
	1000		
Densité du sang.			1055,8
Id. du sérum			1031,8

Ces chiffres montrent une augmentation de fibrine de 0,7 sur 1,000 parties de sang, les matériaux solides organiques du sérum et les globules étant presque en quantité normale; les sels du sérum sont en quantité bien moindre qu'à aucune autre époque de la maladie. La densité du sang est presque normale ; celle du sérum est augmentée de deux degrés seulement.

DES DÉPÔTS OSSIFORMES DE LA MEMBRANE HYALOÏDE ET DU CRISTALLIN CHEZ L'HOMME ; par JOHN KIRK, étudiant à Édimbourg.

Obs. — Un homme de 50 ans, de constitution lymphatique, avait reçu depuis trente ans un coup sur l'œil gauche, à la suite duquel il perdit la vue de ce côté. Plus tard l'œil droit fut aussi atteint. Il n'est rien dit des causes de la mort. Les pièces présentées à la Société physiologique d'Édimbourg offraient les altérations suivantes :

La cornée de l'œil droit était nébuleuse et en quelques points entièrement opaque ; les parties profondes de cet œil ne furent pas examinées. L'œil gauche avait considérablement diminué de volume, sa forme était irrégulière. La cornée était extrêmement opaque et parsemée de nombreuses cicatrices. Le nerf optique avait diminué de volume.

La choroïde adhérait dans la chambre postérieure à une substance osseuse occupant la place de la membrane hyaloïde. A l'extérieur, cette enveloppe osseuse était mince ; mais à l'intérieur se trouvait un tube osseux, contigu postérieurement à l'artère centrale de la rétine et s'ouvrant antérieurement vis-à-vis la capsule du cristallin. Les parois de ce tube étaient très-denses, surtout en arrière ; l'intérieur était tapissé de tissu fibreux. Entre ce pilier central et la paroi extérieure, on trouvait de nombreuses aiguilles osseuses. Le tube central et les parties intermédiaires à ces stalactites étaient remplis par de la cholestérine. Les parties osseuses présentaient des lamelles bien formées avec leurs canalicules ramifiés.

La capsule du cristallin, bien que considérablement épaissie antérieurement et postérieurement, ne contenait point de dépôts calcaires ; le cristallin était plus petit qu'à l'état naturel, étant comprimé d'avant en arrière. L'intérieur de cet organe était occupé par une substance très-dure au centre; vers la circonférence on trouvait encore quelques parties molles. Une section de la surface vers le centre, examinée au microscope, montrait que le tissu extérieur consistait en fibres distinctes, situées parallèlement les unes par rapport aux autres. Entre ces fibres on trouvait un grand nombre de corps arrondis de nature minérale, devenant plus nombreux et plus volumineux à mesure qu'on se rapprochait du centre. La jonction de ces différents corps formait une substance minérale homogène. Ces masses étaient de nature cristalline; on trouvait à côté d'elles un certain nombre de cristaux bien formés. Ces différentes substances, cristaux et sphéroïdes cristallins, consistaient en phosphate et en carbonate de chaux. La partie dense et centrale de la lentille présentait des lacunes situées en ordre concentrique, remplies en partie de dépôt calcaire.

DES CARACTÈRES SÉMÉIOLOGIQUES DES URINES QUI DÉPOSENT DE L'OXALATE DE CHAUX ; par M. DOUGLAS MACLAGAN, F. R. S. E.

On a exprimé les opinions les plus contradictoires sur la signification pathologique des urines à l'oxalate de chaux. Lehmann, dont on connaît les tendances médico-chimiques, blâme pourtant l'expression de diathèse oxalique appliquée à des états de l'économie qui n'ont entre eux aucun rapport pathologique. Suivant lui, l'oxalate de chaux passerait dans les urines, dans tous les états du système nerveux où les fonctions organiques s'exécutent mal et où des matériaux de nutrition mal assimilés s'échappent à l'état d'acide oxalique au lieu d'être éliminés sous la forme normale. Golding Bird pense que la présence de l'oxalate de chaux correspond à des symptômes généraux assez bien déterminés et a une importance pathologique qu'on ne saurait nier. D'autres font jouer le principal rôle dans cette question à un état particulier des fonctions digestives.

Entre toutes ces assertions, il est difficile de démêler la vérité, et la pensée dominante du docteur Maclagan ne ressort pas de ce travail d'une manière évidente. Il rapporte d'abord dans un tableau synoptique 34 observations, dans lesquelles il a démêlé au milieu des sédiments urinaires les cristaux caractéristiques de l'oxalate de chaux; il résume ensuite dans les termes suivants les principaux caractères des urines qui contiennent des oxalates :

1° *Densité* un peu plus considérable, indiquant un excès d'urée ou d'une matière extractive indéterminée. Dans la série des observations rapportées par Golding Bird, la moitié des urines pesaient 1015 à 1025, quelques-unes s'abaissaient à 1009, d'autres atteignaient 1030. Dans les observations rapportées dans le MONTHLY JOURNAL en 1848 par Begbie, la densité moyenne était de 1028, les extrêmes étant de 1015 et 1040.

2° *Couleur*, plus ou moins ambrée, encore assez souvent verte, rarement brune ou pâle.

3° *Réaction*. En général la réaction était très-acide ; dans aucun cas elle ne fut neutre ou alcaline. Sur trente-sept observations, 16 fois les oxalates formaient à eux seuls le précipité, 16 fois ils étaient accompagnés d'autres dépôts salins, 5 fois l'urine ne fut point examinée sous ce rapport. Golding Bird avait noté fréquemment la présence d'une quantité considérable d'épithélium; les observations de l'auteur ne concordent pas sous ce rapport; car sur vingt-deux observations, 12 fois seulement on trouva une quantité notable d'épithélium.

Que dire après cet exposé des prétentions qu'ont eu quelques écrivains de régler les indications thérapeutiques sur la présence des cristaux d'oxalate dans les urines? La thérapeutique peut-elle sûrement prendre pour guide de semblables phénomènes dont l'importance n'est pas déterminée, et dont la signification pathologique n'est pas à coup sûr encore formulée.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 27 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

M. le secrétaire perpétuel donne lecture de l'ampliation du décret impérial qui confirme la nomination de M. Moquin-Tandon à la place laissée vacante dans la section de botanique par la mort de M. Aug. Saint-Hilaire.

M. Moquin-Tandon, en devenant membre titulaire de l'Académie, laisse une place de correspondant vacante dans la section de botanique.

— M. le ministre de l'instruction publique transmet un mémoire de M. GIRARD ayant pour titre : ANATOMIE PHYSIOLOGIQUE ET PATHOLOGIQUE DU CRISTALLIN ; CONSÉQUENCES POUR LE MODE OPÉRATOIRE.

Ce travail, dit l'auteur, dans une lettre jointe à son envoi, renferme, si je ne m'abuse, des idées neuves sur les lames du cristallin, sur leur formation, leur densité, leur nombre variable suivant les âges; sur la nature de l'humeur dite de *Morgagni*, sur la capsule du cristallin et ses fonctions. Je montre l'appareil cristallinien dans ses phases diverses suivant les âges. Je l'étudie encore dans l'état pathologique, et j'en tire des conclusions pour le choix du mode opératoire de la cataracte.

M. le ministre transmet également un mémoire de M. BILLIARD, médecin à Corbigny (Nièvre), concernant la cause commune du choléra et des maladies qui attaquent, depuis quelques années, plusieurs de nos plantes usuelles. (Voir le dernier numéro de la GAZETTE MÉDICALE.)

TRAITEMENT PRÉSERVATIF ET CURATIF DU CHOLÉRA PAR L'ACIDE SULFURIQUE DILUÉ ET LES BAINS SALÉS.

M. LEPETIT fait une communication sur ce sujet qui se résume en ces termes :

J'ai longtemps hésité, dit l'auteur, à présenter à l'Académie mon travail sur le choléra, n'ayant eu à traiter, depuis trois années, que la cholérine et le choléra sporadique; mais depuis que cette méthode a reçu de la publicité, le choléra asiatique, traité de la même manière dans Paris, a parfaitement guéri. L'approbation de l'Académie aurait, je n'en doute point, pour résultat de propager rapidement une médication simple qui compte, tant en France qu'en Angleterre, des succès nombreux et incontestables. Pour ce qui me concerne personnellement, j'avoue que je serais très-heureux si mes expériences, faites avec persévérance depuis trois années, pouvaient obtenir les suffrages de juges aussi éclairés.

DE L'IODE, COMME CONTRE-POISON DU CURARE.

MM. BRAINARD et GREENE adressent une note ayant pour titre : DE L'IODE COMME CONTRE-POISON DU CURARE. L'un des auteurs (M. Brainard) avait précédemment fait connaître les résultats de ses expériences concernant l'action des solutions d'iode comme antidote contre la morsure de certains crotales; la nouvelle note a pour objet de montrer que ces mêmes solutions d'iode ont une semblable influence sur les poisons américains connus sous le nom de *woorara* ou *curare*.

On remarque, disent les auteurs, une grande analogie entre l'action de ces préparations vénéneuses et les effets de la morsure de quelques serpents d'Amérique. De plus, il est bien avéré que le venin de ces serpents entre au

moins pour quelque chose dans la composition de ces poisons, et nous nous sommes ainsi trouvés conduits à essayer contre leurs effets le remède dont nous avions reconnu l'efficacité contre la morsure des serpents.

Comme on trouve des échantillons de curare qui diffèrent en force, les deux auteurs ont dû d'abord déterminer, pour celui dont ils faisaient usage dans leur expérience, et qui leur avait été donné par M. le prince Charles Bonaparte, quelle était la quantité nécessaire pour donner la mort.

Pour le pigeon, nous trouvâmes qu'il suffisait de 1 centigramme pour qu'au bout de huit ou dix minutes l'oiseau fût incapable de se soutenir; mais il continuait à vivre encore plus d'une heure dans une espèce de léthargie. Il était difficile de s'assurer du moment exact de sa mort. Il est quelquefois nécessaire de n'employer qu'une petite quantité de poison; car autrement ses effets sont si rapides, qu'on n'a pas le temps d'avoir recours à l'antidote.

Nous avons trouvé que 2 1/2 centigrammes suffisaient pour tuer un cochon d'Inde en trois minutes.

Nous mélangions dans un mortier de verre 0gr.,05 du poison, en le triturant avec vingt gouttes d'eau distillée.

Exp. I. — Nous avons injecté sous la peau d'un cochon d'Inde dix gouttes de ce mélange.

L'opération était à peine terminée que l'animal tomba sur le côté. Au bout de trois minutes, il était complétement mort.

Exp. II. — Nous avons mélangé dix gouttes de cette solution avec trente gouttes d'une solution iodée composée de la manière suivante :

Iode	0,50
Iodure de potassium.	1,50
Eau distillée	24,00

Le mélange fut maintenu pendant trente minutes à la température du corps, puis injecté sous la peau d'un cochon d'Inde. Cette opération ne parut pas affecter l'animal; le lendemain matin, on le trouva bien portant.

Exp. III. — Comme on pourrait supposer dans notre deuxième expérience que la dilution du poison dans l'eau lui enlevait son activité, nous mêlames dix gouttes de la solution de curare avec trente gouttes d'eau distillée; le tout fut injecté sous la peau d'un cochon d'Inde, qui mourut au bout de trois minutes.

Exp. IV, V et VI. — Nous avons mêlé douze gouttes de la solution de curare à soixante gouttes de la solution iodée; ce mélange, tenu vingt-minutes à la température du corps, fut divisé en trois parties égales et injecté sous la peau de trois pigeons qui n'en furent pas affectés.

Exp. VII. — Nous avons mêlé quatre gouttes de la solution de curare à vingt gouttes de la solution iodée, et injecté immédiatement ce mélange sous la peau d'un pigeon qui n'en fut pas affecté.

Comme on aurait pu encore supposer que la dilution du poison dans l'eau lui enlevait son activité, nous avons dû nous assurer qu'il n'en était pas ainsi : c'est ce qu'ont mis hors de doute les résultats des huitième, neuvième et dixième expériences.

Exp. XI et XII. — Afin de les mettre dans les conditions d'un oiseau empoisonné par une morsure, nous avons pris deux pigeons et injecté sous la peau de chacun d'eux quatre gouttes de la solution de curare. Aussitôt après, nous avons injecté vingt gouttes de la solution d'iode dans les plaies de chacun des deux pigeons, et nous y avons appliqué des ventouses qui furent maintenues pendant cinq minutes. Ces deux oiseaux ne parurent pas souffrir à la suite de cette expérience.

Exp. XIII. — Après avoir rasé le flanc d'un cochon d'Inde, nous avons injecté sous la peau 2 1/2 centigrammes de curare dissous dans soixante gouttes d'eau. Puis nous avons injecté immédiatement la même quantité de solution d'iode; nous avons appliqué des ventouses, et l'animal ne fut pas affecté.

Exp. XIV. — Nous avons injecté 2 1/2 centigrammes de curare mélangé à trente gouttes d'eau sous la peau d'un cochon d'Inde; nous ne l'avons soumis à aucun traitement; il mourut au bout de cinq minutes.

Exp. XV. — Nous avons injecté sous la peau d'un pigeon quatre gouttes de la solution de curare, trente gouttes de la solution iodée, trente gouttes d'eau; aucun effet ne se manifesta.

Exp. XVI. — Nous avons injecté quatre gouttes de la solution de curare et dix gouttes d'eau; l'animal mourut au bout d'une heure.

Exp. XVII. — Nous avons injecté cinq gouttes de la solution de curare avec trente gouttes de la solution iodée et trente gouttes d'eau distillée; il ne se produisit pas d'effet fâcheux.

Exp. XVIII. — Dans cette expérience et dans la suivante, nous nous sommes servis d'un poison venu des bords de l'Amazone, et connu sous le nom de *ticunas*. Cette substance avait l'aspect brillant de la résine et une odeur forte. On savait qu'elle était préparée depuis quatre ans au moins. Il entrait dans la solution dont nous sommes servis 0,05 de ticunas pour vingt gouttes d'eau. Cinq gouttes de cette solution, injectées sous la peau d'un pigeon, amenèrent sa mort au bout de sept minutes.

Exp. XIX. — Nous avons injecté huit gouttes de cette solution de ticunas, et deux minutes après, vingt gouttes de solution iodée et vingt gouttes d'eau distillée; nous avons appliqué des ventouses pendant trois minutes. Aucun effet ne s'est manifesté.

Exp. XX. — Nous avons injecté huit gouttes de solution de ticunas, puis vingt gouttes de solution iodée. Aucun effet ne s'est manifesté.

... Nous croyons pouvoir tirer des faits qui précèdent les conclusions suivantes :

1° La solution d'iode et d'iodure de potassium est, dans de certaines limites, un antidote parfait contre le curare; mêlée à ce poison (aussi en solution), elle détruit ses effets vénéneux.

2° La solution iodée, injectée immédiatement après la solution de curare, en neutralise complétement les effets, pourvu qu'on ait soin d'appliquer une ventouse afin d'arrêter la circulation jusqu'à ce que l'iode ait rejoint le poison. Il ne se produit pas de suppuration ni de perte de substance par gangrène.

3° La solution iodée appliquée sur la surface d'une blessure profonde des muscles, dans laquelle on introduit le curare, prévient les effets du poison.

4° La solution d'iode a, sur le curare, une action tout à fait identique à celle qu'un de nous lui a reconnue sur le *poison du crotale* (mémoire présenté à l'Académie le 28 nov. 1853).

5° L'identité des effets du curare et du venin des crotales, leur même odeur et l'effet de l'iode sur leur action, donnent beaucoup de poids à l'opinion déjà assez répandue que le principe actif du curare et des préparations analogues n'est autre chose que le venin du crotale conservé d'une manière particulière.

A l'occasion de cette communication, M. Boussingault fait remarquer que, malgré quelques assertions émises dernièrement, il n'est pas suffisamment établi que le curare (*couraré*) contienne du venin de serpent. Du moins M. Boussingault peut affirmer que le curare qu'il a rapporté d'un des affluents des Amazones n'en renferme pas. Les Indiens l'ont obtenu en traitant par l'eau froide (température 30 degrés) l'écorce pilée (*machucada*) d'une liane (*rejuco*) fort commune dans les forêts que traversent les grands fleuves de l'Amérique équatoriale. C'est avec ce même curare, remis en 1833 à M. Pelouze, que M. Beroard a fait les expériences intéressantes qu'il a communiquées à l'Académie.

M. Boussingault rappelle que dans la description de la préparation du curare donnée par M. de Humboldt, il n'est fait aucune mention de venin de serpent comme ingrédient entrant dans la composition de ce poison.

M. le prince Charles Bonaparte fait remarquer que le curare qui a servi aux expériences de MM. Brainard et Greene, tous deux habitants des États-Unis d'Amérique, ne vient pas de l'Amérique du Nord, comme on a semblé le dire. Il ne lui est pas permis d'avoir de doutes à cet égard, puisque c'est lui-même qui a fourni le curare aux deux expérimentateurs. Ceux-ci, d'ailleurs, ont pris soin de le déclarer dans leur mémoire.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

SÉANCE DU 7 MARS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Deux rapports de M. le docteur Spiral, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Montmédy, sur l'épidémie de rougeole qui a régné en 1853 dans les communes d'Olezy et de la Neuville-sur-Meuse, et sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui s'était déclarée dans la commune de Romagne-sous-les-Côtes;

2° Un rapport de M. le docteur Mauger, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Baugé, sur une épidémie d'angine gangréneuse qui a régné dans les communes de Chevire-Fougère, Vieil-Baugé, etc., du mois de mai au mois de novembre 1851;

3° Un rapport de M. le docteur Brouillet, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Beaupréan, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Gesté pendant les mois de mai, juin et juillet 1853;

4° Un rapport de M. de Montezon, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Château-Gontier, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné en 1853 dans la commune de Longue-Fuge;

5° Deux rapports des officiers de santé en chef de l'hôpital thermal militaire de Bourbonne, sur le service médical de cet établissement pendant les années 1852 et 1853.

— M. Joret adresse un appareil en caoutchouc vulcanisé qu'il a imaginé, il y a plusieurs mois, pour remédier aux déplacements de l'utérus. (Comm. nommée; M. Depaul, rapporteur.)

— M. Levrat-Perroton adresse le sommaire des travaux les plus importants qu'il a publiés dans une période d'environ trente-cinq années. (Comm. des correspond.)

— M. Pons (de Bez), près le Vigan (Gard), adresse un travail ayant pour titre : De l'exactitude de l'anatomie pathologique et des avantages que doit en retirer la médecine pratique. (Comm. nommée.)

— M. Delfrayssé informe l'Académie que les vapeurs concentrées de chloroforme ont guéri trois individus atteints d'hydrophobie et de tétanos traumatique.

— M. Larbaud, ex-interne en pharmacie, adresse un mémoire sur les produits de Vichy. (Comm. des remèdes nouveaux.)

— M. Bayle écrit qu'il se porte candidat à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

EAU MINÉRALE DE SAINTE-ÉLISABETH, A CUSSET.

M. O. Henry lit, au nom de la commission des eaux minérales, un rapport sur une source dite Sainte-Élisabeth, à Cusset, près Vichy, département de l'Allier.

La composition de cette eau est à peu près la même que celle trouvée, il y

à plusieurs années, pour cette source; elle démontre de plus que l'eau de la source Sainte-Élisabeth peut rivaliser, pour la proportion de ses éléments minéralisateurs, tels que les bicarbonates alcalins ou terreux et celui de fer, avec la plupart des sources les plus riches de Vichy. Par son volume aussi, elle se prêtera aux exigences d'un établissement thermal de quelque importance.

La commission propose de répondre au ministre qu'il y a lieu d'accorder à M. Bertrand l'autorisation d'explorer la source de Sainte-Élisabeth au point de vue médical, et d'encourager ainsi l'établissement qu'il a créé à Cusset, et qui peut rendre d'utiles services au pays et à la médecine.

OBSERVATIONS DE CHIRURGIE; LIGATURE DU TRONC INNOMINÉ.

M. VELPEAU lit un rapport sur diverses observations de chirurgie, par M. Peixoto (de Rio-de-Janeiro).

Les faits contenus dans le travail de M. Peixoto sont au nombre de quinze, et concernent tous la médecine opératoire. Quatre d'entre eux se rattachent à l'éléphantiasis du scrotum :

1° Chez un premier malade, la tumeur pesait 16 kilogrammes. L'extirpation avec guérison complète, et première opération de ce genre pratiquée à Rio-Janeiro.

2° Dans un deuxième cas, l'éléphantiasis, de 26 pouces de circonférence, pesait 16 kilogrammes. Le testicule gauche se trouvait à plus de 7 pouces de l'anneau inguinal. Il y avait une hernie épiploïque; l'extirpation en amena la guérison en vingt et un jours.

3° Chez le troisième malade, l'éléphatiasis, de 54 pouces de circonférence, pesait 33 kilogrammes. Le testicule droit se trouvait à une profondeur de 10 centimètres et éloigné de 26 centimètres de l'anneau inguinal. La guérison eut lieu en trois semaines.

4° Chez le quatrième enfin, l'éléphantiasis avait 30 pouces de circonférence, et la guérison eut lieu en douze jours.

M. Peixoto relate trois observations de lithotritie, opération qu'il a introduite au Brésil.

L'observation la plus curieuse de la collection de M. Peixoto est celle de l'oblitération du tronc innominé par une ligature d'attente. Voici le résumé du fait.

TUMEUR ÉRECTILE DE L'OREILLE DROITE. — Plusieurs ligatures avaient été pratiquées à Paris; la ligature de la carotide primitive à sa partie moyenne, le 14 novembre 1851. Hémorrhagie foudroyante avant la chute de la ligature d'attente à la naissance de l'artère sur le tronc brachio-céphalique; formation du caillot dans ce tronc même, après douze jours de compression par la ligature d'attente, qui n'a ni ulcéré ni enflammé l'artère au point de la couper. La guérison complète a été obtenue après deux mois de traitement. M. le docteur Moura, sujet de l'observation, jouit aujourd'hui de la meilleure santé possible.

C'est, ajoute M. le rapporteur, le premier exemple connu de guérison après l'oblitération artificielle du tronc innominé.

Voilà donc un fait acquis : on peut oblitérer le tronc brachio-céphalique au moyen de la ligature. Les observations de Peltelan, de M. Martin-Solon, les exemples publiés par M. Darrach, avaient déjà fait voir que l'occlusion accidentelle de cette artère ne prive nécessairement ni le bras ni la tête d'une circulation suffisante; mais il restait à démontrer que, par la médecine opératoire, on peut obtenir les mêmes résultats, sans occasionner des accidents mortels.

M. Mott, à qui revient l'honneur d'avoir pratiqué le premier cette grave opération en 1818, eut la douleur de voir succomber son malade le vingtième jour; celui de Graefe mourut le soixante-huitième. L'opéré de Bland s'éteignit le dix-huitième, et celui de M. Hall le sixième. Dans le cas de Lizan, la mort eut lieu au bout de trois semaines. Ajoutons que, dans l'opération de M. Kuhl, la ligature, qui comprenait à la fois la sous-clavière et la carotide, tout près du tronc innominé, devint mortelle le troisième jour. Je tiens de M. Arendt qu'un malade opéré par lui en 1826 est mort le huitième jour, et que, pratiquée deux fois, la même opération fut suivie de mort au bout de deux ou trois jours, entre les mains de M. Bujalski; enfin que M. Hutin n'a pas été plus heureux, et que son malade succomba le neuvième jour. Ainsi, dix opérés, dix morts. En faut-il davantage pour éloigner à jamais une telle ressource du lit des malades? Le succès de M. Peixoto faisait-il équilibre à ce lamentable nécrologe?

Voyons : si l'anévrisme occupe le tronc innominé lui-même, personne ne songe à porter une ligature entre la tumeur et l'aorte. C'est donc quand le mal a pour siége exclusif soit la carotide primitive, soit la sous-clavière; mais alors de deux choses l'une : 1° un certain espace persiste entre la tumeur et le sommet de la poitrine; il est possible, dans ce cas, de placer le lien sur la partie saine de l'artère, ou bien, 2° l'anévrisme s'étend jusqu'au voisinage de l'articulation sterno-claviculaire, et qui oserait affirmer dès lors que le tronc brachio-céphalique ne fait pas partie de la tumeur? N'a-t-on pas d'ailleurs, dans ces cas extrêmes, la méthode de Brasdor, qui, sans permettre de grandes espérances, a pour elle au moins d'être d'une exécution plus facile, et de ne pas exposer à autant de dangers immédiats? Non; si près de la crosse de l'aorte, sur un tronc si court, si volumineux, entre des artères si importantes, placées dans la poitrine même, la ligature ne peut être qu'une opération qui ne doit plus être tentée, qui ne serait plus pardonnable dorénavant.

L'observation de M. Peixoto, au surplus, n'est pas relative à une ligature du tronc innominé. Ici le chirurgien eut en quelque sorte la main forcée. La carotide avait été lésée; les hémorrhagies se succédaient. La mort était imminente. Le choix n'était plus possible : un ruban fut placé sous le tronc brachio-céphalique à titre de ligature d'attente, aplatissant le vaisseau, mais sans le serrer. Le malade étant guéri, rien ne permet d'affirmer que le lien ait porté plutôt sur le tronc artériel commun que sur l'origine de la carotide seule; rien ne prouve non plus d'une manière absolue que l'artère innominée ne se soit pas fermée (si tant est qu'elle le soit) par le fait de la première ligature plutôt que sous l'influence de la simple ligature d'attente.

Après ces réflexions, qui n'ôtent rien au mérite de M. Peixoto et qu'il ne fait que pour sauvegarder les principes et la responsabilité de l'Académie, M. le rapporteur propose : 1° de renvoyer ce travail au comité de publication, afin qu'un extrait étendu en soit inséré dans les mémoires de l'Académie; 2° que l'auteur soit admis comme candidat au titre de correspondant étranger, lors de la première promotion de cet ordre que fera la compagnie.

M. LONDE : M. le rapporteur a passé un peu rapidement sur ce qui a trait aux observations d'éléphantiasis des Arabes. Il y est cependant question d'une guérison qui serait presque miraculeuse et qui eût valu la peine peut-être qu'on s'y arrêtât un peu, car l'éléphantiasis est, comme l'on sait, une maladie généralement incurable. J'en ai vu pour ma part 5 ou 6 cas qui n'ont jamais guéri, et je me souviens qu'étant allé avec un médecin brésilien consulter Alibert pour un de ces malades, Alibert se penchant vers l'oreille du médecin brésilien lui dit tout bas : Avez-vous jamais guéri un éléphantiasique? —Jamais, répondit le Brésilien.—Ni moi non plus, répartit Alibert.

M. VELPEAU : M. Londe aura certainement mal entendu; il ne s'agit pas d'une guérison de l'éléphantiasis par un traitement médical, mais d'une opération pratiquée pour une tumeur éléphantiasique. Or on sait qu'il existe plusieurs exemples de tumeurs de ce genre enlevées avec succès; tout le monde connaît le fait de cette tumeur éléphantiasique du scrotum pesant 60 livres dont Delpech pratiqua l'ablation. J'ai rapporté plusieurs exemples analogues dans mon TRAITÉ DE MÉDECINE OPÉRATOIRE. Ces sortes d'opérations sont pratiquées assez fréquemment au Brésil; et c'est certainement un grand service à rendre aux malades que de les débarrasser de ces tumeurs quand elles sont assez circonscrites et assez superficielles pour être accessibles aux instruments. Quant à ce qu'a dit M. Londe de l'incurabilité de l'éléphantiasis, c'est parfaitement exact.

M. MALGAIGNE loue M. le rapporteur de n'avoir pas laissé passer sans quelques réflexions critiques le fait de ligature du tronc brachio-céphalique dont il est question dans le travail de M. Peixoto. Il y a dans la relation de ce fait des points qu'on ne comprend pas; et par exemple comment une ligature d'attente, un simple ruban passé autour de l'artère et ne faisant que l'aplatir seulement, sans la serrer, a-t-il pu produire un arrêt complet de la circulation dans le vaisseau et amener la guérison? C'est ce qu'on comprend difficilement. D'un autre côté les ligatures d'attente sont une chose dangereuse en général; il eût été bon de le dire dans le rapport. Si le fait de M. Peixoto devait être publié dans le Bulletin de l'Académie, il serait bon de le faire suivre des réflexions critiques que M. Velpeau a faites dans son rapport.

M. VELPEAU : L'auteur dit que la ligature n'a ni coupé ni oblitéré entièrement le calibre de l'artère; on comprend assez difficilement, en effet, comment la guérison a pu avoir lieu. Mais enfin il est certain qu'elle a eu lieu. Par quel mécanisme? Nous l'ignorons. Il faudrait pour le savoir pouvoir vérifier l'état des parties. C'est ce qui, très-heureusement pour le malade, n'a pu être fait.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

— L'ordre du jour appelle le scrutin pour la nomination d'un président en remplacement de M. Nacquart.

La feuille de présence porte 72 membres présents, dont 68 ont pris part au vote : majorité, 35.

M. Rostan obtient . . . . 60 suffrages.
MM. Rayer, Jobert, Lévy et Chomel chacun 1 —
Il y a 4 billets blancs.

En conséquence, M. Rostan est proclamé président.

M. ROSTAN, en prenant possession du fauteuil, propose de voter des remerciements au vice-président qui vient d'occuper le fauteuil par intérim. (L'Académie vote par acclamation.)

Je remercie l'Académie, ajoute M. Rostan, de l'honneur qu'elle vient de me faire en m'appelant à la présider; et tout en reconnaissant combien mes prédécesseurs ont rendu ma tâche difficile, je ferai mes efforts pour marcher sur leurs traces, et je chercherai surtout à m'inspirer de mon prédécesseur médiat qui a dirigé vos débats avec ce bon goût, cet esprit et cette grâce parfaite que personne de nous n'a pu oublier. (Applaudissements.)

ÉLÈVE DES SANGSUES.

M. SOUBEIRAN lit au nom d'une commission un rapport sur plusieurs communications de MM. Rollet (de Bordeaux), Harreaux et Masson relatives à l'élève des sangsues, et sur une proposition tendant à examiner s'il y a lieu de décerner une récompense spéciale à M. Borne, l'inventeur d'une méthode particulière qui a déjà été l'objet d'un rapport.

La commission, par l'organe de M. le rapporteur, propose d'adresser des remercîments à MM. Rollet, Harreaux et Masson; et en ce qui concerne M. Borne, elle propose de déclarer que l'Académie lui donne sa haute approbation et d'appeler sur ses travaux l'attention bienveillante de M. le ministre.

M. BUSSY appuie les conclusions du rapport et demande qu'une copie du rapport soit envoyée au ministre. Il ajoute qu'il y a encore un autre établissement du même genre, celui de M. Caillard, qui mériterait aussi d'être cité honorablement.

M. Chevallier est d'avis qu'une simple approbation de l'Académie n'est point suffisante pour l'importance des résultats qu'a obtenus M. Borne, et pour les services qu'il a rendus à l'art de guérir par le perfectionnement considérable qu'il a apporté à l'élève des sangsues. Il voudrait qu'on récompensât son zèle par une médaille, ce qui serait, à son avis, une marque plus *frappante* de la reconnaissance de l'Académie qu'une simple approbation.

M. Dubois (d'Amiens) croit la mesure adoptée par la commission parfaitement convenable et suffisante. Décerner des médailles à des personnes étrangères à la médecine, ce serait s'exposer à voir faire de cette récompense un usage que l'Académie pourrait regretter.

M. Chevallier, nullement pénétré des inconvénients signalés par M. Dubois, insiste sur la proposition.

M. Renault : On a dit dans le rapport que les animaux que l'on faisait entrer dans les marais à sangsues pour y être piqués par ces annélides, en sortaient généralement mieux portants. Ce n'est évidemment pas à cette circonstance qu'il faut attribuer l'amélioration survenue dans la santé de ces animaux, mais à l'alimentation et au régime meilleur auxquels on les a soumis.

M. Desportes parle dans le même sens que M. Chevallier et rappelle qu'il a lui-même insisté le premier pour que l'on donnât une médaille à l'auteur du perfectionnement de l'élève des sangsues.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

SUR LE MÉCANISME DE LA GUÉRISON SPONTANÉE DE L'AFFECTION CALCULEUSE DU FOIE.

M. Barth lit un mémoire ayant pour titre : Études anatomo-pathologiques sur le mécanisme de la guérison spontanée de l'affection calculeuse du foie, et conséquences pratiques qui en découlent pour le traitement des concrétions biliaires.

M. Barth s'est proposé, dans ce travail, d'exposer sommairement quelques résultats de ses recherches anatomiques sur les ressources variées dont la nature dispose pour la guérison des affections calculeuses du foie, et de faire connaître les inductions qui découlent de cette étude pour le traitement le plus rationnel de ces produits morbides.

Une fois formés dans les voies de la bile, les calculs peuvent être : 1° *éliminés*, ou 2° *séquestrés* de telle sorte que leur séjour dans le sein de l'économie cesse d'être nuisible.

M. Barth étudie successivement les deux modes suivant lesquels peut se faire l'élimination des calculs, par les voies naturelles et par des voies accidentelles.

Il résulte de ses recherches que les voies normales de la bile peuvent donner passage à des calculs d'un diamètre considérable.

Plusieurs circonstances peuvent d'ailleurs faciliter l'évacuation des calculs en diminuant le volume de ces concrétions primitivement très-grosses pour traverser les voies normales de la bile; ces circonstances sont l'usure réciproque des calculs multiples, leur fractionnement dans l'intérieur même des voies biliaires.

L'auteur étudie ensuite le mécanisme des divers modes d'expulsion par les voies artificielles, et enfin la séquestration et l'enkystement des calculs.

Il termine son travail par l'énoncé des conséquences pratiques suivantes, qui offrent de l'intérêt au triple point de vue de la séméiologie, du pronostic et du traitement.

Témoin des voies diverses par lesquelles peut s'accomplir la guérison de l'affection calculeuse du foie, le médecin conserve de légitimes espérances de rétablissement dans les cas en apparence les plus graves; la considération des ressources variées que la nature met en œuvre pour une terminaison favorable, l'encourage à imiter, autant qu'il est en lui, ces procédés salutaires, et l'anatomie pathologique lui fournit ainsi de précieuses indications pour le traitement.

A ce dernier point de vue, l'étude attentive des calculs biliaires démontre rationnellement l'utilité positive d'une série de moyens thérapeutiques dont la valeur était souvent contestée.

Dans la grande majorité des cas, le noyau central des concrétions est constitué par un grumeau informe de bile concrète, et beaucoup d'entre elles sont composées entièrement par une agrégation de molécules biliaires solides : de là l'utilité, comme moyen prophylactique et curatif, d'un régime sévère, de l'usage des boissons délayantes prises abondamment et de l'emploi fréquent de laxatifs, dans le but de prévenir l'épaississement anormal de la bile.

La prédominance de la cholestérine ou matière grasse dans la composition d'un grand nombre de calculs indique l'avantage d'une diète végétale, en excluant avec soin les matières éparses de l'alimentation habituelle.

Les mêmes considérations conduisent naturellement à l'emploi des boissons alcalines, des bains de même nature et à l'administration souvent répétée des pilules savonneuses.

La solubilité de la plupart des calculs dans l'éther et dans l'essence de térébenthine fait pressentir l'utilité à l'intérieur et en frictions, soit de l'éther seul, soit d'un mélange d'éther et d'essence, d'après la méthode préconisée par Durande.

Assurément il y a une énorme différence entre l'action immédiate et puissante de l'éther sur un calcul plongé dans ce liquide, où il tombe en déliquescence au bout de quelques heures, et l'action immédiate et très-amoindrie de l'éther introduit dans l'estomac; mais quelque minime que soit cette action, elle peut n'être pas sans influence sur une concrétion trop grosse pour franchir les conduits biliaires, et une diminution de quelques millimètres, obtenue par ce moyen, suffirait pour permettre au cholélithe de parcourir les voies normales.

A ces moyens, il sera utile d'ajouter les onctions de belladone, dans le but de faciliter la dilatation de l'extrémité duodénale du canal cholédoque, qui est le point des voies biliaires qui offre le plus de résistance.

Quoi qu'il en soit de ces déductions, fondées sur le raisonnement de nombreux succès obtenus, soit à l'hôpital, soit dans la pratique civile, elles m'ont donné la preuve de l'évidente efficacité de cet ensemble de moyens thérapeutiques.

Pour terminer ces courtes indications pratiques, je reviens à l'un des points que je crois avoir signalés le premier dans l'histoire anatomo-pathologique des calculs biliaires, savoir la fragmentation possible de ces concrétions dans l'intérieur même des voies de la bile. Ce fait, démontré jusqu'à l'évidence par des pièces que je tiens à la disposition de l'Académie, permet de pressentir combien le massage de la région du foie et les douches à forte percussion sur l'hypocondre droit peuvent concourir avantageusement, avec les moyens précités, au traitement curatif des calculs biliaires.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

Cours d'ophthalmologie enseigné a l'Université de Gand, ou traité théorique et pratique des maladies des yeux; par Julien van Roosbroeck, médecin oculiste de S. M. le roi des Belges, professeur à l'Université de Gand, chirurgien des hospices civils de la même ville, etc. — 2 volumes in-8°. — Gand, 1853.

L'ophthalmologie a subi deux phases bien différentes : autant elle a été négligée jusqu'au commencement de ce siècle, où elle restait encore l'apanage d'un petit nombre d'adeptes, autant elle est recherchée aujourd'hui, qu'elle a conquis une incontestable vogue dans la pratique médicale. Il est certainement peu de branches de l'art qui aient pris plus rapidement un pareil essor.

Longtemps elle a figuré à peine dans l'ensemble des études médicales; généralement elle se bornait à quelques chapitres épars dans la pathologie chirurgicale; on peut y voir encore comment on comprenait par exemple *l'ophthalmie* qui d'ordinaire était décrite *in globo*, sans qu'on parût se douter des grandes divisions que l'observation moderne y a introduites. Il n'y avait pas d'enseignement spécial; les livres didactiques en ce genre étaient relativement rares dans les bibliothèques des praticiens, et l'exercice de l'oculistique se trouvait abandonné à des spécialistes qui, sauf quelques heureuses exceptions, se faisaient trop souvent remarquer par leur ignorance ou leur charlatanisme.

Aujourd'hui, les choses ont bien changé de face : l'ophthalmologie est largement cultivée; elle occupe une grande place dans la pathologie; il y a des cliniques, des journaux et des dispensaires pour les maladies des yeux. Les traités didactiques se sont considérablement multipliés dans toutes les langues : on n'a plus que l'embarras du choix. Enfin les spécialistes qui se livrent à cette branche de l'art, ont conquis dans l'opinion publique un rang honorable qu'ils méritent généralement par l'étendue de leurs connaissances.

Voici venir un nouveau compétiteur qui apparaît dans la carrière : il représente la Belgique qui a pris une part notable aux progrès de l'ophthalmologie, surtout depuis 1838, époque de la fondation des Annales d'oculistique par notre ami Florent Cunier de regrettable mémoire. Toutefois ce pays, qui a joué un rôle important dans la presse spéciale, n'avait point encore produit de traité didactique. M. Roosbroeck vient combler cette lacune; il a mis à profit la position particulière qu'il occupe dans l'enseignement; son livre n'est pas une œuvre élaborée à la hâte, ou improvisée pour la circonstance : le cours d'ophthalmologie qu'il professe à l'Université de Gand en fait la base; d'autres peut-être ont pu marquer davantage dans les recueils périodiques; mais on peut dire que l'auteur est venu d'emblée apporter un tribut recommandable à l'édifice de la science. Il s'attache à combattre d'abord quelques préjugés vulgaires qui pèsent sur l'oculistique : « Malgré les nombreux travaux que d'illustres praticiens ont publiés sur cette science, il est encore, dit-il, bien des médecins qui s'en forment une idée tout à fait fausse. C'est ainsi que plusieurs la considèrent comme une spécialité tellement distincte et si complétement indépendante du reste de la médecine, qu'on dirait vraiment, à les entendre, que les yeux ne comptent aucunement au nombre de nos organes. D'autres encore semblent croire que toute la science de l'ophthalmologiste, même le plus instruit, se borne à savoir appliquer l'un ou l'autre remède spécifique, pour combattre les diverses mala

dies qui peuvent affecter l'appareil de la vision. » M. Roosbroeck s'élève avec raison contre des opinions aussi exagérées qui ne peuvent être que le fruit de l'ignorance.

La première section de l'ouvrage est occupée par l'anatomie de l'œil et de ses annexes; l'auteur n'y consacre pas moins de 168 pages. « Pour satisfaire aux instances de plusieurs personnes, nous avons, dit-il, fait précéder notre cours d'ophthalmologie, de l'anatomie descriptive et raisonnée de l'appareil visuel, en tâchant de la rendre aussi complète que possible. » Il y a en effet pour le médecin d'utiles enseignements dans cette première section. On ne saurait mieux faire que de baser les doctrines ophthalmologiques sur l'anatomie normale et pathologique; c'est la meilleure manière pour arriver à un diagnostic différentiel très-précis, et pour s'élever ensuite à une thérapeutique spéciale appropriée. L'auteur y fait preuve d'une érudition choisie, et a la sagesse de rester dans le doute philosophique en présence des questions indécises.

J'arrive à la seconde section, qui comprend la pathologie oculaire, et qui est la partie capitale du traité. On sait que jusqu'ici la classification des maladies a été à peu près arbitraire; car, par malheur, la médecine est loin, sous ce rapport, d'être arrivée au même degré que les sciences exactes. Il en résulte, comme on l'a dit, que chaque auteur se croit en droit et même regarde comme un devoir de tenter une classification nouvelle. M. Roosbroeck apporte aussi la sienne : celle qu'il propose est basée sur l'anathomie pathologique, et les diverses espèces y sont groupées d'après leurs caractères les plus saillants; son traité est divisé en trois parties distinctes : dans la première, consacrée aux *morphoses*, il range toutes les maladies dont le caractère le plus saillant réside dans l'altération d'une qualité physique de l'organe : c'est ce qu'il appelle *morphoses* ou *altération de forme*. Nous ne voulons pas disputer sur les mots, mais nous craignons que ce langage ne soit pas très-exact, puisque nous trouvons parmi les huit subdivisions de cette partie les hypertrophies et les atrophies, qui sont des *altérations de structure*; les ectropies, qui sont des *changements de position*, etc. On en pourrait dire autant des adiaphanoses et des ectasies. On peut aussi, en pénétrant dans les détails, s'étonner de voir figurer parmi les *hypertrophies* l'œdéme palpébral, l'hydrophthalmie, le cancroïde, la mélanose, les kystes, le cancer, et, qui pis est, le synchysis étincelant, et jusqu'aux parasites qu'on rencontre dans l'œil. Certes nous ne voulons pas en faire un reproche à l'auteur; il a fait de son mieux, mais il n'a pu triompher des défauts inhérents aux classifications en général (1), et voilà tout. Ces vices de forme ne l'ont point empêché de donner à chaque maladie le soin qu'elle réclame, et il y a plus d'un chapitre qui est traité avec un rare intérêt; c'est dans les points les moins utiles à la pratique que la critique a le plus de prise: ainsi on trouvera sans doute que M. Roosbroeck montre trop d'indulgence, et, tranchons le mot, un peu de crédulité en admettant que Bartholin a pu voir un œil à l'occiput, Campagenus un autre sur l'épaule, et que Schenck est allé jusqu'à en découvrir sur les cuisses. A côté de ces légers desiderata, nous nous empressons de signaler comme fort bien faits et instructifs les chapitres sur la pupille artificielle, sur la cataracte, sur les tumeurs fibro-plastiques, sur le pannus, sur le cancer, etc., etc.

La deuxième partie comprend toutes les maladies du système circulatoire sanguin qui dépendent d'une altération de l'état normal du sang; c'est ce que M. Roosbroeck appelle les *hémathoses*; il les subdivise en deux groupes : le premier comprend les *phlogoses* ou maladies inflammatoires. Cette partie de son livre a paru à des juges compétents l'une des plus remarquables; il faut considérer que c'est aussi la plus belle partie de l'ophthalmologie moderne, celle qui s'est le plus ressentie des perfectionnements que les contemporains ont apportés dans les méthodes et les instruments d'observation. L'auteur étudie et classe les inflammations d'abord d'après le siége qu'elles affectent, puis d'après les causes qui les déterminent; c'est dire qu'il a su tirer parti des lumières que deux écoles rivales ont pu répandre sur ce sujet, tout en se tenant en dehors des exagérations qu'enfantent les systèmes exclusifs. Le second groupe des hémathoses a trait aux *hémasthénoses*, c'est-à-dire aux maladies qui reconnaissent pour cause la dissolution du sang ou une faiblesse du système circulatoire.

La troisième et dernière partie de l'ouvrage est consacrée aux *névroses*. L'auteur y a réuni toutes les affections dont la cause réside dans une altération du système nerveux. Il étudie successivement les maladies des nerfs du mouvement, de ceux du sentiment, et enfin de la rétine. Il passe ainsi en revue les paralysies oculaires, les névralgies et les différentes espèces d'amauroses, etc.

Telle est la nomenclature de l'auteur; telle est la nature des matières qu'il traite. Nous avons déjà dit quelque chose de sa méthode; il nous reste à apprécier l'esprit dans lequel son ouvrage est composé. L'auteur paraît appartenir à l'école allemande; sa classification et les dénominations qu'il emploie rentrent dans les formules germaniques; il a la science et l'érudition des laborieux ophthalmologues de l'Allemagne; mais il n'a point abusé des divisions et des subdivisions cliniques, comme on l'a fait; et l'on peut dire qu'il a plus de clarté et de simplicité qu'on n'en trouve dans quelques livres d'outre-Rhin. Il paraîtra peut-être à nos compatriotes plus au courant des travaux germaniques que des travaux français; toutefois il est loin de négliger ces derniers. Il appartenait, en effet, à un traité didactique de cette valeur d'enregistrer toutes les vérités nouvelles et toutes les découvertes importantes, et en un mot de dresser un inventaire général de l'état de la science.

M. Roosbroeck a raison de dire que les diverses affections de l'œil sont analogues à celles qu'on rencontre dans les autres parties du corps, et qu'elles doivent être traitées d'après les règles générales d'une saine thérapeutique. Certes nous applaudissons à deux mains à cette doctrine que nous avons développée nous-même dès 1838, dans un travail intitulé : DE LA MÉTHODE DES ANALOGUES APPLIQUÉE A L'ÉTUDE ET AU PERFECTIONNEMENT DE L'OPHTHALMOLOGIE (Voy. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND) : mais nous ne saurions plus suivre ni approuver l'auteur quand il prétend que l'appareil de la vision représente en miniature l'organisme entier. N'est-ce pas faire abus de l'analogie que de pousser l'argument jusqu'à vouloir montrer dans l'œil l'analogue des trois grandes cavités splanchniques : le crâne, la poitrine et l'abdomen? Hâtons-nous de dire que ces idées spéculatives sont reléguées dans des prolégomènes, et qu'elles n'ont pas déteint sur le reste de l'ouvrage, qui est réellement un bon livre pratique : le diagnostic et le traitement y ont reçu tous les développements désirables. Le lecteur trouvera sans doute, comme nous, que M. Roosbroeck a lui-même parfaitement apprécié son livre en disant : Celui qui ne consulterait cet ouvrage que dans l'espoir d'y découvrir des collyres nouveaux ou des formules nouvelles, serait trompé dans son attente, car nous n'écrivons que pour ceux qui, après avoir reçu une éducation médicale complète, ne désireut posséder qu'un guide consciencieux pour se conduire dans la pratique. L'auteur a rempli son programme; son ouvrage a conquis un rang honorable dans les bibliothèques médicales; si les spécialistes en avaient souvent à enregistrer de pareils, leur cause serait irrévocablement gagnée aux yeux du monde scientifique. Nous n'avancerons rien de trop en promettant à l'auteur un succès d'estime, car l'événement est déjà en partie accompli.

J.-E. PÉTREQUIN.

(1) Un premier inconvénient des classifications systématiques, c'est d'exposer à des répétitions : ainsi le synchysis étincelant se trouve traité trois fois dans l'ouvrage, d'abord parmi les concrétions des liquides, puis dans les altérations de l'humeur aqueuse, et enfin dans les maladies du corps vitré, et il en est de même de la mydriase et du myosis. Un autre inconvénient de ces nomenclatures et des répétitions, c'est d'apporter un grand embarras aux recherches qu'on veut faire dans les livres.

VARIÉTÉS.

— On lit dans LE SIÈCLE :

« Les travaux intérieurs de l'hôpital de Lariboissière, dont l'ouverture est depuis longtemps désirée, sont entièrement terminés aujourd'hui. Les services de médecine et de chirurgie sont organisés, et l'on peut espérer que les malades seront admis vers le mois de juin dans cet établissement hospitalier, dont les travaux de construction, d'appropriation et d'aménagement n'auront pas nécessité moins de sept années. Ce fut, en effet, en 1844, que la création d'un hôpital modèle fut décidée sur les terrains de l'ancien enclos Saint-Lazare. Le 12 mai 1845 les plans furent arrêtés par l'administration municipale. Ils ont été dessinés par M. Marchebeus, architecte du gouvernement. L'année suivante, les travaux furent commencés avec un crédit de 2,600,000 fr., sous la direction de M. Gauthier, architecte de l'édifice.

» Huit cents ouvriers furent employés à ces travaux de construction pendant les deux premières campagnes, et toute la grosse maçonnerie était presque entièrement achevée à la fin de 1847. Ce vaste hôpital, dont le caractère d'architecture est simple, mais fort bien approprié à sa destination, se compose de cinq grands pavillons à deux étages, qui sont orientés de l'est à l'ouest et entièrement isolés les uns des autres. Jusqu'à la révolution de février, l'hôpital du clos Saint-Lazare porta le nom du roi Louis-Philippe. Il prit ensuite ceux de la République ou du Nord. Le 5 mai 1849, madame de Lariboissière ayant fait à la ville de Paris un legs de 2 millions pour construire un établissement hospitalier, l'administration municipale affecta cette somme aux derniers travaux à exécuter dans cet hôpital qui, depuis, a reçu le nom de la généreuse donatrice. »

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

CONSTITUTION MÉDICALE.

DÉVELOPPEMENT DU FOYER CHOLÉRIQUE DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La nouvelle manifestation cholérique est restée presque stationnaire depuis la semaine passée. Le chiffre des décès le plus élevé a eu lieu dans la journée du 10; le 11 et le 13 il n'y a eu que 3 décès, le 12 et le 14 il y en a eu 4, le 15, 7.

Ces chiffres se répartissent de la manière suivante :

Mars.	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Décès aux hôpitaux.	3	3	8	3	3	3	3	6	X
Décès à domicite	1	2	2	0	1	0	1	1	2

Ils fournissent, avec les cas précédents, un total de 43 décès dans les hôpitaux civils, de 1 décès dans les hôpitaux militaires, et de 13 décès enregistrés aux mairies.

Le nombre des cholériques admis dans les hôpitaux dans le même laps de temps est de 20, ainsi répartis jour par jour du 8 au 14 mars :

Mars.	8	9	10	11	12	13	14
Cholériques. .	4	5	2	2	1	4	2

Ce qui porte à 26 le nombre des cholériques entrés dans les hôpitaux du 1er au 14 mars inclus.

A ce petit nombre de cholériques atteints à domicile, il faut ajouter 56 cas développés dans les salles des hôpitaux (choléra nosocomial). Il y a lieu tout d'abord d'être frappé de cette proportion considérable; mais l'intérêt augmente quand on remarque que ce choléra ne s'est pas distribué d'une manière égale dans les différents établissements hospitaliers. Sur 59 cas, 46 appartiennent à l'hôpital de la Charité, et s'échelonnant ainsi du 2 au 15 mars :

Mars.	1er	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Malades cholérisés à la Charité.	0	1	0	7	3	4	2	2	2	5	4	3	6	4	3

Ces faits, qui confirment en tous points les remarques du dernier numéro de la GAZETTE MÉDICALE, ont une signification trop importante, au point de vue de l'hygiène publique, pour que nous ne nous y arrêtions pas encore aujourd'hui. L'hôpital de la Charité a fourni depuis le début de la recrudescence épidémique plus des 7 dixièmes et demi des cholériques atteints dans les établissements hospitaliers. Il y a là autre chose qu'un simple effet de coïncidence fortuite. Quand pendant quinze jours un fait semblable se développe et se continue avec la même régularité, il est l'effet d'une cause qui agit toujours dans le même sens, et non le résultat d'une cause intercurrente ou d'un hasard. Or cette cause dont nous voyons les premiers effets, nous savons, l'histoire du choléra nous en donne la triste expérience, qu'elle peut continuer longtemps son action locale, sévir sur la population ainsi confinée avec la plus redoutable intensité, et s'irradier au dehors. Rien n'indique qu'elle s'arrêtera aujourd'hui, demain ou dans un mois. Qui donc ayant en main les moyens de faire cesser le mal, voudrait rester spectateur impassible d'une semblable calamité, et attendrait pour se prononcer que le fléau ait achevé ses ravages ou ait atteint son apogée?

Cette question d'humanité et d'hygiène publique n'a besoin que d'être posée pour être résolue. Si la science intervient ici, qu'on y prenne garde, c'est par son côté expérimental le plus sûr; elle ne fait que rappeler l'histoire des épidémies cholériques malheureusement si fécondes en enseignements semblables. Après cette donnée historique, qui emporte avec elle la nécessité des mesures d'urgence les plus complètes et les plus immédiates, il reste encore à déterminer la nature de ces mesures, et des moyens prophylactiques que l'on adoptera.

En présence des faits que nous venons de présenter, quelle objection pourrait-on faire aux mesures proposées par la GAZETTE MÉDICALE? La dispersion des malades ou l'évacuation complète des foyers cholériques sont des moyens à l'aide desquels on peut être sûr d'ôter à ces foyers toute leur intensité et même de les annihiler. L'expérience, qui juge en dernier ressort les questions de prophylaxie et de salubrité publique, s'est prononcée en faveur de la mesure que nous proposons. Dans les circonstances les plus malheureuses, aux temps les plus graves des épidémies, on a vu le choléra s'éteindre immédiatement après l'abandon des locaux où il s'était manifesté et la dissémination des populations sur lesquelles il s'acharnait. L'histoire du choléra est pleine d'exemples semblables, mais nulle part on ne voit les faits analogues aussi multipliés que dans les documents officiels relatifs au choléra de Londres, en 1849. Nos voisins d'Outre-Manche, que nous citons souvent, nous ont emprunté la découverte de la période prodromique du choléra pour en faire la base d'une série de mesures préventives qu'ils appliquent avec le plus grand succès. Ils n'ont point borné là leur intervention prophylactique; ils ont appliqué sur une vaste échelle les moyens d'évacuation et de dissémination dont nous parlons. Les résultats ont partout donné gain de cause à nos prévisions. Il est presque inutile de rappeler que les 87 centièmes des cas de choléra se déclarent dans des maisons ou des établissements qui ont déjà fourni un ou plusieurs cholériques. A Édimbourg, sur 250 individus évacués des localités les plus affectées, il n'y a pas eu un cholérique; à Dundee, sur 270, il y a eu 4 cas et pas de décès; à Sheffield, sur 145, 4 cas et 2 décès; à Bristol, sur 210, pas de cas.

En somme, sur 1,691 personnes évacuées des localités les plus insalubres, et prises au centre même des foyers épidémiques, on ne compte que 33 cas et 10 décès. Alors que la mortalité générale a varié de 1 à 3, 4 et même 7 pour 100 sur la population totale des villes comprenant les parties atteintes et les parties non infectées; la mortalité de la population dispersée, composée des individus les plus disposés à contracter la maladie n'a pas atteint 0,6 pour 100.

C'est donc au nom d'une expérience déjà multipliée que nous parlons ici, et ce que nous disons de l'hôpital de la Charité, nous le répéterons pour toutes les agglomérations, depuis celle de la famille jusqu'aux réunions où le rapprochement des malades, et la densité considérable de la population accroît l'intensité du mal et multiplie le danger en raison du nombre des individus agglomérés, les hospices, les prisons, les casernes.

Reste la question de l'exécution, dont nous n'avons pas à donner ici

FEUILLETON.

REVUE MÉDICO-LITTÉRAIRE.

Principes de physiologie et éléments de morphogénie générale ou traité de la distribution des matériaux de formation dans les espèces naturelles, etc.; par J. E. CORNAY (de Rochefort), D. M. P. In-12. 1853. Chez Labé. — De l'importance et du rôle de la chimie dans les sciences médicales, thèse de concours, par LOUIS FIGUIER, D. M. In-8°. 1853. Chez V. Masson. — Les vrais principes de la matière médicale et de la thérapeutique, lettre à MM. les professeurs de la Faculté de médecine de Paris, etc.; par le docteur PIDOUX. In-8°. 1853. Chez Béchet jeune. — De la nécessité de combattre les hérésies médicales; par J. JEANNEL, D. M. P., professeur suppléant à l'École préparatoire de Bordeaux, etc. In-8°. Bordeaux, 1853. — De la folie considérée dans ses rapports avec la capacité civile; par M. SACASE, conseiller à la cour impériale d'Amiens. In-8°. Paris, 1851. Chez Videocq.

La diversité des voies de l'esprit dans les sciences physiques et naturelles n'est pas moins grande que dans les sciences morales et politiques, et peut-être dans la sphère de l'imagination et de l'art. Ces sciences prétendent pourtant le contraire, et elles s'en vantent. Elles font volontiers valoir, en preuve de leur supériorité, l'immuabilité de leur base, la fixité de leurs objets, qui refrènent l'activité trop aventureuse ou désordonnée de l'esprit, et s'opposent aux conceptions arbitraires de la fantaisie et du raisonnement. C'est aussi en partie à ce titre qu'elles se disent et se croient *exactes*. La physique, la chimie et certaines branches des sciences de l'organisation affichent ouvertement cette prétention, contre laquelle il ne paraît pas qu'on réclame. La médecine voudrait bien aussi se poser de cette façon; mais elle n'est pas en mesure—on ne le sait que trop—de le faire. Elle y aspire pourtant et se flatte d'y arriver en s'appuyant de tous côtés sur ses voisines, dont elle imite, au moins extérieurement, les procédés. Elle s'imagine souvent y être parvenue, et nous avons vu annoncer déjà plus d'une fois la découverte de la médecine *exacte*, ou, comme on dit aussi, *positive*. La science politique ne désespère pas non plus de se résoudre en formules physico-mathématiques, et on l'a décorée, en vue de ce résultat, du nom nouveau de *sociologie*. La philosophie même assure, dans quelques livres et quelques cours, être définitivement arrivée, après bien des traverses, à l'état *positif*.

Cependant, en y regardant de près, on trouverait peut-être que cette distinction—déjà assez ancienne—entre les sciences dites *exactes* et les sciences non exactes, ne peut être fondée que sur quelque malentendu. Il n'y a pas de science inexacte en soi : c'est une contradiction dans les termes. L'esprit opère de la même manière en toutes choses; il aspire, dans tous les genres de connaissances, à la vérité, et ne trouve sa satisfaction que dans la certitude et l'évidence. Il se trompe souvent sans doute : *Errare humanum est*; il embrasse souvent, comme Ixion, une nuée à la place d'une déesse; mais c'est que le fantôme a quelque faux semblant de la réalité. Or, si l'esprit tend tou-

les détails, mais dont nous pouvons esquisser le plan général et indiquer le but.

Avoir démontré le danger du séjour dans les foyers cholériques, c'est par cela même avoir indiqué la nécessité d'évacuer ces centres d'irradiation, qui constituent non-seulement un danger pour les individus qui y demeurent, mais qui menacent toujours la population voisine. L'expérience a démontré que la dispersion des individus contaminés au milieu d'une population saine ou bien légèrement atteinte par l'épidémie, pouvait se faire sans grand détriment pour la santé publique. C'est là un fait important pour les institutions hygiéniques.

De quelque point de vue que l'on parte, contagioniste ou infectioniste, on arrive, en prenant les faits pour guides, aux mêmes résultats pratiques, à savoir : la nécessité et la possibilité de diminuer la mortalité dans les foyers, et d'arrêter le développement du mal en dispersant la population. Dans ce but, des hôpitaux temporaires excentriques devraient être créés pour recevoir la population des hôpitaux permanents centraux fortement atteints ; les casernes devraient être immédiatement évacuées ; on se rappelle la proportion énorme de cas fournis l'année dernière par la caserne de Bercy. Il n'est pas jusqu'aux maisons particulières qui ne pourraient et qui ne devraient être l'objet d'une semblable précaution quand elles semblent menacées d'une concentration de l'épidémie.

Voilà les mesures que nous proposons ; elles font voir que nous n'entendons pas rester désarmés en face d'un fléau dont les progrès pourraient devenir inquiétants par cela seul qu'on négligerait de combattre ses premières manifestations. Autant il importe de combattre les prodromes quand il s'agit du traitement, autant, en matière de prophylaxie, nous insistons sur l'aération, l'assainissement des localités atteintes et la dissémination des individus qui les habitent. A ces bases fondamentales de la thérapeutique et de l'hygiène du choléra, nous ajouterons les considérations sur lesquelles la Gazette Médicale a insisté pour la formation des salles cholériques isolées dans les hôpitaux. Nous avons lieu d'espérer que l'administration qui a adopté si à propos le système des visites préventives et l'idée du traitement à part des cholériques prendra, dans les circonstances où nous nous trouvons, les mesures qu'indique l'histoire et que recommande la prudence.

Tholozan.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR LES FISTULES PULMONAIRES CUTANÉES (lu à l'Académie de médecine); par M. E. Bouchut, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, membre de la Société de biologie.

(Suite. — Voir les numéros 9 et 10.)

Les fistules pulmonaires cutanées ne sont pas toujours la conséquence de la phthisie tuberculeuse, et elles résultent quelquefois d'autres maladies du poumon, telles que la pleurésie chronique, à la fois ouverte à l'extérieur et dans les bronches ; la gangrène pulmonaire, les abcès du poumon, etc. M. Bouillaud a publié, dans la Revue médicale de 1834, un fait de fistule cutanée du poumon consécutive à la gangrène de cet organe ; nous en devons un autre des plus curieux à Stokes. Le foyer purulent et gangréneux avait émigré de la partie inférieure et postérieure du thorax, entre le péritoine et les muscles abdominaux, jusque dans le scrotum, où se trouvait l'ouverture extérieure de la fistule pulmonaire.

Des kystes à hydatides ou de simples abcès du poumon peuvent encore être l'origine de ces fistules. Je tiens de M. Ménière l'indication d'un malade qu'il a observé, sur lequel deux abcès du poumon, l'un à gauche, l'autre à droite, s'étaient ouverts à l'extérieur, de chaque côté du thorax, de manière à produire pendant quelques jours, avant la mort, une double fistule cutanée par laquelle s'échappaient de l'air et du pus. Le docteur Carville a publié une observation du même genre, et je la rapporte ici tout entière ; seulement la fistule unique, placée dans l'aisselle, est restée incomplète.

ABCÈS DU POUMON ÉTENDU DANS L'AISSELLE PAR UNE FISTULE PULMONAIRE SOUS-CUTANÉE ; ÉVACUATION DU PUS PAR LES BRONCHES SOUS FORME DE VOMIQUE ; GUÉRISON.

Obs. XX. — Mouton (Mathurin) est âgé de 45 ans, d'un tempérament nerveux, d'une constitution peu détériorée, de taille moyenne.

Jusqu'à son arrivée dans cette maison, les antécédents de ce malade n'offrent rien d'important à signaler. Il est né de parents sains et bien portants, n'a jamais souffert dans sa jeunesse ni les privations, ni la misère, ni l'excès du travail.

Deux fois déjà condamné aux travaux forcés, il est sorti du bagne de Toulon après dix-huit ans, avec la plénitude de ses forces et sans qu'il ait souffert, dit-il, de ce séjour.

En 1846, amené dans cette maison bien portant, il a été mis au travail doux qui n'a pu avoir d'effet nuisible sur sa santé.

En 1849, on l'emploie au décapage du cuivre par l'acide nitrique. A partir de ce moment, sa santé s'est altérée : il a maigri, s'est plaint de l'irritation de poitrine et de la toux que lui causaient les vapeurs nitreuses de l'eau forte.

Cette action, jointe à celle du cuivre, détermina même bientôt une véritable intoxication manifestée sous forme de crampes et de contractures dans les membres supérieurs et inférieurs, avec oppression ; c'est pour ces accidents qu'il fut admis à l'infirmerie en janvier 1850, et y séjourna six mois, après quoi il en sortit rétabli.

Depuis cette époque, il a reparu plusieurs fois dans le service pour les mêmes accidents, qui chaque fois ont disparu facilement et sans laisser de traces. Mais pendant ce laps de temps et jusqu'en avril dernier, à part cette toux d'irritation provoquée par un agent chimique, et sans expectoration ni douleurs, rien de particulier n'a été senti ni ne s'est fait remarquer vers la poitrine.

C'est alors (23 avril 1851) qu'il est entré de nouveau à l'infirmerie. Le malade n'éprouvait qu'un peu de dévoiement et des crampes ; la fièvre était légère ; rien autre chose n'était accusé, ni toux, ni crachats, ni dyspnée ; rien enfin qui pût mettre sur la trace d'un état particulier de la poitrine, en sorte qu'abusé par le silence du malade, nous négligeâmes pendant plusieurs jours de l'examiner attentivement.

Le 10 mai, l'accélération des mouvements respiratoires et la fièvre nous frappèrent, et le malade, interrogé avec précision, répondit qu'il toussait

---

jours et en tout à la connaissance de ce qui est vrai, il n'y a pas apparence qu'il se paye jamais volontairement d'illusions, de mensonges et de chimères en quelque ordre de recherches que ce soit ; qu'il soit plus disposé à affirmer sans raison, sans évidence, en morale, en médecine, par exemple, ou en politique, qu'en physique ou en chimie. Sera-ce dans les objets mêmes de la connaissance qu'il faut chercher le fondement de cette classification des sciences en exactes et non exactes ? Mais ces objets nous sont donnés, nous ne les inventons pas ; ils sont tous placés au même titre dans le cercle de l'horizon intellectuel. Ce n'est pas l'esprit qui crée le monde intellectuel et moral, quoiqu'il en soit membre et y habite, pas plus qu'il ne crée le monde matériel. Il a des facultés pour percevoir les phénomènes de ces deux mondes, et ses affirmations ne sont pas plus arbitraires à l'égard de l'un qu'à l'égard de l'autre.

Tout s'éclaircirait peut-être si, à la place du mot Exactitude, on substituait celui de Certitude, qui représente mieux, au fond, la pensée qu'on veut exprimer ; mais la fausseté de cette pensée apparaîtrait alors immédiatement, car qui s'aviserait sérieusement de classer les sciences en certaines et incertaines ? Il y a dans toutes du certain et de l'incertain, du clair et de l'obscur ; mais ce qui est certain et clair dans une ne l'est pas différemment que dans l'autre, et dans tous les cas, bien habile serait celui qui, dans l'arbre encyclopédique, pourrait faire la part relative de certitude, non pas seulement des différentes parties d'une même science, mais encore des sciences qu'on considère comme les plus disparates par la nature de leurs objets, leurs procédés de vérification et de démonstration, de la géologie, par exemple, et de la psychologie. Si quelqu'un est capable de faire ce départ sur des raisons également convaincantes et satisfaisantes pour les deux partis, *erit mihi magnus Apollo.*

L'équivoque vient ici du mot exactitude, qui n'est nullement synonyme de *certitude* en général. Il ne désigne qu'un certain genre de certitude, ou, pour parler plus rigoureusement, la certitude d'un certain ordre de faits. Il est emprunté aux sciences qui s'occupent exclusivement des corps, et aux propriétés ou caractères de ces corps, qui sont vérifiables par le calcul, la mensuration ou la balance. Les mathématiques pures, qui ne s'occupent que de la Grandeur ou Quantité des choses, sont éminemment et même exclusivement Exactes. Les autres sciences le sont d'autant plus que leur objet se prête plus ou moins, en tout ou en partie, à la mathématique. Il y en a, et en grand nombre, qui ne le sont pas du tout et qui ne sauraient jamais le devenir, parce que leurs objets n'étant pas susceptibles d'être soumis à la catégorie de la quantité, ne sont par cela même ni mesurables ni calculables. Mais de ce que les objets de ces sciences ne peuvent être ni mesurés ni pesés, il ne s'ensuit point qu'ils ne puissent pas être constatés ; et de ce que ces sciences ne sont pas *exactes*, il ne suit nullement qu'elles ne soient pas *certaines*. Ce serait dire qu'elles n'ont pas véritablement d'objet et que ceux qui s'en occupent sont de purs songe-creux. Dans ce cas il faudrait supprimer quatre académies de l'Institut et les deux tiers au moins des sections de la cinquième. Nous savons des philosophes *positivistes* qui applaudiraient des deux mains à cette exécution.

Ce préjugé est entretenu par un autre consistant à croire que certaines sciences sont définitivement fixées, tandis que d'autres sont toujours en cher-

qu'il était oppressé, que le décubitus sur l'un et sur l'autre côté lui était impossible; les crachats étaient muqueux et blanchâtres, sans traces de sang; la percussion donnait une matité très-sensible dans tout le côté gauche, en avant et en arrière, le bruit respiratoire y était moins pur, et, dans le dos, le long de la colonne vertébrale, l'oreille percevait un peu de râle crépitant à bulles humides et moyennes. A droite, partout en avant et en arrière, la respiration était puérile et supplémentaire.

C'est au milieu de ces symptômes, qui pour nous étaient la traduction évidente d'une hépatisation tuberculeuse, à marche lente, avec engouement général et ramollissement dans certains points du poumon gauche, que tout à coup, et sans cause déterminante externe, apparut sous l'aisselle correspondante une tumeur du volume d'un petit œuf de poule, molle, fluctuante, en un mot un véritable abcès axillaire à sa parfaite maturité; et bien que le malade nous soutînt qu'il ne datait que de quelque jours, nous fondant sur son peu de sensibilité et l'incurie de sa propre situation, nous le considérâmes d'abord comme le produit de la fonte suppurée d'un engorgement ancien; mais le lendemain la tumeur était double de volume; le surlendemain elle avait augmenté et s'était étendue sous le grand pectoral; en la comprimant largement avec la main, la déplétion en était facile et sensible, et c'est alors que nous vint fermement à l'esprit l'idée jusque-là préconçue d'un abcès pulmonaire s'étant fait jour hors de la cage thoracique. On devine la gravité du cas, la nature du pronostic et l'embarras de notre situation. Que faire?

Ouvrir cette tumeur, c'était mettre en contact avec l'air un vaste foyer comprenant toute l'aisselle et les espaces sous-pectoraux; c'était pénétrer directement dans la poitrine, et si le foyer était en dehors du poumon, entre les plèvres, n'était-ce pas donner accès à l'air dans cette cavité et déterminer l'asphyxie et la mort subite?

Ces deux considérations et l'état général satisfaisant du sujet nous déterminèrent à attendre, lorsque le 18, le malade éprouva tout à coup un sentiment d'oppression plus marquée, un chatouillement à la gorge, des crachats puriformes abondants, incessants, sous forme de vomiques. Peu à peu la tumeur axillaire s'affaissa à mesure que l'expectoration avait lieu, et en une heure elle disparut presque complétement; le pus ainsi expectoré dans la première journée est estimé à un litre.

Aujourd'hui 19, le malade est presque assis dans son lit; toute autre attitude lui est impossible; la face est altérée, terreuse, couverte d'une sueur froide, visqueuse.

La peau est halitueuse; le pouls est à 75, sans exagération marquée de fréquence ni de plénitude; pas de battements de cœur.

Frissons intercurrents et moiteur générale. Parité des deux côtés du torse, à part un peu d'empâtement sous le grand pectoral gauche; égale dilatation dans l'inspiration; sentiment d'oppression; trente respirations par minute.

En avant, côté sain; percussion physiologique; respiration puérile.

En avant, côté malade; matité générale; obscurité du bruit respiratoire, qui, presque partout, fait place à du râle humide à bulles grosses et moyennes; bruit du souffle dans la fosse sous-épineuse.

La tumeur axillaire et sous-pectorale est affaissée, molle, facilement dépressible; elle se gonfle pendant la toux, devient résistante pendant l'occlusion de la glotte, puis s'affaisse quand la respiration n'est plus contenue; elle cède sous le doigt et le laisse à son centre, pénétrer dans un espace intercostal, mais alors survient de la toux et une expectoration de matière puriforme nummulaire; c'est le pus de l'abcès extérieur qui a fusé dans le poumon, et dont cet organe se débarrasse.

Ainsi, de tous les symptômes signalés et d'un peu d'emphysème dans le tissu cellulaire ambiant, résulte évidemment la communication libre de cette poche pyogénique avec le poumon, dans lequel elle verse ses produits, et duquel elle reçoit l'air à la façon des cavités appendiculaires qui servent à la respiration des oiseaux.

La matière des crachats est abondante, jaune, presque entièrement composée de pus, auquel un peu de mucus bronchique, incorporé en passant, donne la forme nummulaire.

La langue est rose et belle, sans enduit; les dents saines; la soif peu vive; l'appétit nul; le reste des voies digestives sans aucune trace de désordres, même sympathiques; les évacuations bonnes.

Pas de troubles dans le système nerveux, à part un peu de céphalalgie, de la fatigue et de l'insomnie.

Le 20, même état; expectoration purulente évaluée, comme la veille, à un demi-litre.

Le 21, peu de changement dans l'état local et général, audition claire et distincte d'un tintement métallique, sans bruit d'amphore.

Le 22, le malade paraît sensiblement mieux; la face n'est plus cadavéreuse, l'enduit sudoral visqueux a disparu; le pouls est meilleur, moins fréquent, la respiration moins précipitée; le malade accuse moins d'oppression.

La tumeur sous l'aisselle, réduite au volume d'un œuf, conserve les caractères signalés; l'indicateur s'introduit dans le pertuis intercostal, mais sans déterminer, comme les jours précédents, ni toux, ni expectoration.

La sensibilité à la percussion est si vive, qu'il est impossible de constater si la matité persiste; mais la respiration est plus libre en avant, plus facilement cotendue; il s'y mêle un bruit singulier, sans nom, semblable au ronchus strident produit par une corde à violon tendue; nous attribuons ce phénomène à l'introduction de l'air dans l'ouverture du sac. En arrière, même symptôme que précédemment, mais disparition du tintement métallique, que nous n'avons plus retrouvé, et qu'il nous est assez difficile de considérer ici comme un symptôme du désordre dont il est le signe habituel et certain.

Le 25, en avant, du côté malade, disparition du ronchus strident; à la place quelques bulles muqueuses; moins de sensibilité à la percussion; apparence de matité; résonnance de la voix.

En arrière, murmure respiratoire plus sensible, diminution du bruit de souffle dans la fosse sous-épineuse; râle crépitant, muqueux, moins abondant.

Du côté droit, en avant comme en arrière, tout est régulier, physiologique et un peu exagéré.

L'état général est meilleur; le malade peut rester couché sur le dos et même sur le côté affecté, ce qui lui a été jusqu'ici impossible; le pouls ne trahit aucune fièvre; l'appétit s'aiguise; un peu d'alimentation prescrite est bien supportée. Cet état continue jusqu'au 30; le râle muqueux en avant et en arrière va diminuant; les crachats deviennent de plus en plus rares; ils perdent leur caractère purulent pour devenir muqueux; les forces organiques se relèvent de jour en jour et avec une rapidité qui ajoute à notre étonnement.

Le 5 juin, c'est à peine s'il existe un peu d'empâtement sous l'aisselle; à l'intérieur tout est redevenu physiologique en avant; en arrière on ne rencontre plus qu'un peu de résonnance de la voix sur la pointe du scapulum, et du râle crépitant fin au-dessous jusqu'à la base du poumon; du reste peu de crachats, ils sont muqueux, la toux est insignifiante, le pouls apyrétique. Le sommeil et l'appétit sont bons. Le malade se lève une heure par jour.

Le 10 juin la marche ascendante vers un complet retour à la santé ne fait que s'accroître; le malade est en pleine convalescence et reste debout presque tout le jour; il ne tousse ni ne crache, exprime son appétit avec force, et n'offre plus à l'auscultation qu'un râle muqueux faible à la base du poumon en arrière; le facies est excellent, la face s'arrondit, tout le corps reprend du volume, excepté le membre correspondant au côté malade et qui reste faible et maigre.

Le 15, même état local, même marche ascendante des forces et du mieux-être.

Le 2 juillet, Mouton est parti libre et en parfait état; tout était normal dans sa poitrine, et l'examen le plus minutieux ne trahissait que quelques bulles rares et fines de râle muqueux à la partie postérieure et inférieure du poumon gauche. La physionomie n'avait plus ces formes anguleuses, cet aspect ter-

---

che de leurs principes. Parmi les premières, on cite volontiers la physique, la chimie, et parmi les secondes les sciences morales et physiologiques en général. Il n'y a de vrai en ceci qu'une chose, c'est qu'elles ne se développent pas toutes en même temps; mais aucune n'est stable dans sa forme, dans son but, dans ses méthodes. Quelle distance et quelle différence entre ce qu'on appelait Physique du temps de Descartes et ce qu'on appelle ainsi aujourd'hui? A la vérité, on dit que la science est maintenant solidement basée et qu'elle ne variera plus. Mais qui peut répondre de cela? Elle a déjà bien varié depuis Lavoisier seulement. La découverte d'un fait, un point de vue nouveau introduit par quelque esprit inventif, peuvent le faire changer encore une fois de face. Il n'y a aucun terme assignable à ces révolutions.

Une dernière marque, un peu contradictoire à la précédente, de la supériorité des sciences dites exactes, et de la faveur dont elles jouissent, serait qu'elles progressent, tandis que les autres restent stationnaires. Mais quelle est la mesure du progrès? L'application, la pratique. C'est du moins la plus appréciable, la moins contestable, car le perfectionnement théorique et logique est sujet à disputes. Savoir c'est pouvoir, a-t-on dit. D'après cette règle, si la vapeur, la télégraphie électrique, l'éclairage au gaz, la photographie, etc., sont des témoignages des progrès de la physique et de la chimie, le quinquina, le mercure, la vaccine, la lithotritie, la médication iodée, l'éthérisation, etc., seront des signes tout aussi certains des progrès de la médecine; et de même l'adoucissement général des mœurs, le respect de la vie et de la liberté humaines, la consécration de plus en plus généralisée et plus nette de l'empire du droit dans les institutions publiques et dans les rapports privés, la tolérance religieuse, etc., seront des preuves du perfectionnement de la science morale et politique. Ce n'est donc ni aux divers degrés de certitude, ni à la propriété privilégiée de progresser, ni à la stabilité des principes, que telles ou telles sciences peuvent prétendre à la supériorité. La mesure de leur valeur relative doit être cherchée ailleurs que dans ces conditions.

Il résulte de là, ce semble, que la tendance de plus en plus grande des sciences censées non exactes, et en particulier des sciences physiologico-médicales, à se modeler sur celles qui passent pour l'être, est foncièrement vicieuse, car leur objet étant en définitive différent, les moyens de vérification et de démonstration ne sauraient être les mêmes; et cette méthode prétendue *exacte* et *positive* doit immanquablement conduire à des conceptions arbitraires, et ouvrir à l'esprit d'hypothèse la porte qu'elle prétend fermer.

C'est là, sauf erreur, ce qui est arrivé à M. Cornay (de Rochefort), dans son système, d'ailleurs ingénieux, de morphogénie générale. Il résulte de l'esprit général de son livre, et de ses déclarations explicites, qu'il appartient à l'école des physiologistes-positivistes, lesquels, abandonnant l'école *sentimentale*, qui vit sur les vieilles abstractions de la force vitale, du principe vital, de la force génératrice, étudient purement et simplement les faits matériels dans les corps palpables, au lieu *de jouer avec les mots, les espérances et les mystères*. Son but, qu'il dit devoir être celui de la science, est de rechercher les causes physiques des effets physiologiques. C'est ce qu'il avait déjà tenté dans un premier essai sur la *morphologie humaine*. Dans son nouvel ouvrage, il essaye davantage : il veut dévoiler la génération de toute forme en général dans le monde organique et inorganique; expliquer comment sont créés les corps

reux d'autrefois; elle était arrondie, rosée, pleine de vie et de cette teinte qui est l'expression certaine du bien-être et de l'intégrité des organes.

Du reste, depuis un mois, nous ne gardions ce malade à l'infirmerie qu'à cause de l'intérêt qui se rattache à un cas aussi rare et aussi étonnant; mais, depuis un mois, il eût été rendu à ses travaux, si nous n'avions écouté que son désir ou consulté que son état général et son retour parfait à la santé.

Chez quelques malades enfin la fistule pulmonaire cutanée est le résultat d'une blessure grave compliquée ou non de corps étranger dans la poitrine; c'est ce qu'on trouve dans les deux observations publiées par le regrettable Reveillé-Parise dans les Archives de 1825. Deux coups de feu dans la poitrine, chez des militaires, ayant entraîné l'un un fragment de hausse-col en cuivre, l'autre un morceau de drap, amenèrent consécutivement des abcès thoraciques avec fistule pulmonaire, guérie peu après la sortie du corps étranger.

Une simple plaie pénétrante du poumon par une arme tranchante peut avoir les mêmes conséquences; mais alors la fistule est de courte durée et se cicatrise assez vite. Il en existe plusieurs exemples dans les recueils périodiques, et nous en devons un entre autres à l'illustre Baglivi. Ce n'est pas le moins curieux de tous. Il n'est d'ailleurs qu'accidentellement dans son ouvrage, et comme un mauvais argument en faveur de la thoracenthèse dans le traitement de la phthisie. Toutefois, en catégorisant ce fait dans cette partie de mon travail, je ne le rapporterai pas seul et isolé des vives et intéressantes réflexions qui l'entourent; on y remarquera avec plaisir cette vivacité d'expression qui caractérise souvent l'entraînement des grandes intelligences.

Obs. XXI. — « La phthisie ulcéreuse est une maladie généralement abandonnée comme incurable, parce que, dit-on, l'ulcère interne et caché ne peut être lavé et nettoyé comme un ulcère ordinaire. Mais pourquoi les médecins ne chercheraient-ils pas à connaître la place exacte de l'ulcère, et, cette place une fois connue, pourquoi n'essayeraient-ils pas de pratiquer entre les côtes un passage pour y introduire des médicaments. C'est ce qu'il m'est impossible de comprendre. Pendant que j'étais à Padoue, il y a sept ans, un homme reçut dans la poitrine, à droite, une blessure qui pénétrait jusqu'au poumon. C'était bien là, je crois, une blessure mortelle; néanmoins un chirurgien habile pratiqua entre les côtes une ouverture de six doigts de largeur, afin de mettre à jour le siége lui-même de la blessure; il en vint à bout; puis avec des seringues et des canules, il fit des injections dans la plaie. Au bout de deux mois, l'homme était parfaitement guéri.

» Si les médecins essayaient pour l'ulcère des phthisiques quelque chose de semblable à la savante hardiesse du chirurgien dont je parle, on diminuerait peut-être ainsi ce long catalogue de maladies incurables qui déshonore la science. Songeons-y bien, tous tant que nous sommes, si l'expérience et la réflexion doublent les forces de l'intelligence, le désespoir et l'inaction les brisent. » (Baglivi, traduction de Boucher.)

Le vœu de Baglivi a été entendu; son opération a été mise en pratique, et cependant nous n'avons pas encore rayé la phthisie du catalogue des maladies incurables qui déshonore la science. De nouvelles tentatives seront-elles plus heureuses? Je l'ignore; mais il est permis d'en douter quand on est convaincu, comme je le suis, que la tuberculisation pulmonaire n'est le plus souvent qu'une manifestation d'une diathèse héréditaire ou acquise.

En résumé, les causes des fistules cutanées du poumon sont: la phthisie tuberculeuse, l'empyème pulmonaire, les abcès, les hydatides et les blessures du poumon qui mettent brusquement et par des procédés très-divers le parenchyme de ce viscère avec la surface de la peau.

2° Caractères des fistules.

Les fistules cutanées du poumon sont complètes ou incomplètes, c'est-à-dire *cutanées* ou *sous cutanées*. Le remarquable exemple rapporté par Foubert, dans les Mémoires de l'Académie de chirurgie, appartient à la catégorie des fistules sous-cutanées. J'en ai vu moi-même plusieurs autres. D'ailleurs, il est à peine besoin de le dire, toute fistule pulmonaire est nécessairement sous-cutanée avant d'être complète et préalablement à son ouverture extérieure qui lui vaut le nom de fistule pulmonaire cutanée.

Il y a une très-grande différence entre ces deux espèces de fistules, tant sous le rapport des symptômes que des caractères extérieurs et de la difficulté du diagnostic. L'une, la fistule cutanée, est ordinairement facile à reconnaître, et ne peut être confondue qu'avec la fistule d'un abcès des parois thoraciques ou la fistule pleuro-cutanée, suite d'un empyème; l'autre, au contraire, la fistule sous-cutanée, forme une tumeur thoracique à l'extrémité du trajet fistuleux de l'ulcération pulmonaire, et dans ce cas présente d'énormes difficultés de diagnostic avec d'autres maladies du thorax et du poumon, avec certains abcès intrathoraciques et avec la hernie du poumon en particulier.

Les fistules pulmonaires cutanées et sous-cutanées s'observent sur toutes les parties du thorax; mais ordinairement vers sa partie antérieure, au niveau des deuxième et troisième côtes, à leur union avec les cartilages du sternum, comme les fistules pleurales, suite d'empyème. M. Velpeau en a cependant observé une située dans l'aisselle; M. Voisin une au-dessus de la clavicule, au milieu du triangle formé par le sterno-mastoïdien et le scalène; M. Raciborski une autre dans le dos, près de la fosse sous-épineuse; d'autres ont été observées à la partie moyenne des côtes et au scrotum; il n'y a donc rien d'absolu ni de précis quant au siége de ces fistules. Quand elles s'établissent de l'intérieur à l'extérieur, c'est toujours très-lentement, et elles déterminent quelquefois alors la carie des côtes et de leurs cartilages. Les observations de MM. Grapin, de Castelnau, Forget et les miennes sont la preuve de ce que j'avance.

Le travail ulcératif se fait par degrés, une fois l'adhérence du poumon malade établie avec les côtes. La caverne tuberculeuse forme une espèce d'abcès intérieur rempli de pus mélangé d'air, qui tend à se porter au dehors et qui produirait l'emphysème du tissu cellulaire, s'il n'était limité de toutes parts par une membrane pyogénique, lisse et bien formée (obs. 23), ayant l'aspect et la structure d'une muqueuse de nouvelle formation. Le foyer s'agrandit chaque jour avec sa membrane d'enveloppe; il s'étend plus ou moins loin dans une direction qu'il est impossible de prévoir; mais qui est réglée par le hasard des interstices musculaires et des aponévroses. Enfin, lorsqu'il arrive au voisinage du derme, c'est pour constituer une petite tumeur douloureuse, d'abord sans changement de couleur à la peau, molle, élastique, fluctuante, gargouillant sous l'oreille, plus ou moins réductible par la pression, sortant quelquefois du thorax au moment de l'inspiration, mais surtout évidente au moment des efforts d'expiration et de toux. Cette tumeur reste plus ou moins longtemps stationnaire, donnant lieu

---

sons les déterminations spécifiques de l'état fluide, gazeux, liquide et solide. Voici sa thèse. Tous les corps, ceux appelés simples comme les composés, sont des produits d'un principe matériel et substantiel, éternel et unique, qui n'est autre que l'*électricité*. L'électricité est le corps radical générateur universel de tout ce qui influence nos sens, c'est-à-dire du calorique, de la lumière, des corps simples, des corps composés, et par suite des espèces *matérielles*, végétales et animales. Les corps pondérables ou impondérables, les pierres, les métaux, les plantes, les animaux, ne sont que de l'électricité condensée, harmonisée d'une certaine manière. Dans sa manifestation calorifique et lumineuse, l'électricité reste impondérable, mais en se condensant davantage, et devenue, suivant les quantités associées, oxygène, cuivre, os, etc., elle est pesante, et ce n'est pas la moins curieuse et la moins inattendue de ses propriétés. Les corps simples de la chimie actuelle provinrent à un moment donné d'une grande *centralisation harmonique* des rayons chimiques de l'électricité. Avant toute création, l'électricité occupait seule la place attribuée à la terre; ce point de l'espace était vide de toute matière pondérable. « Par suite de fluidifications lentes ou brusques des matières constituant les globes alors existants, il s'était produit d'énormes courants d'électricité; les courants électriques venant à se rencontrer dans des rapports coïncidants, harmoniques, c'est-à-dire en progressions proportionnelles et en doses chimiques convenables à la polarisation concrète, se sont harmonisés et ont donné lieu aux polarisations concrètes simples, lesquelles, une fois créées, ont engendré par leurs réactions les corps composés et organisés. » *Et voilà comment*..., la terre a été faite!

De même qu'il n'y a qu'une matière dans l'univers, il n'y a aussi qu'une force, qui est encore l'électricité. L'électricité, étant antérieure en existence à tout ce qui est, et engendrant tout comme force créatrice, n'est autre chose que ce que les philosophes appellent Dieu (p. 98).

Nous ne poursuivrons pas plus loin l'analyse de ce système. L'auteur l'expose avec une confiance extraordinaire et prétend qu'il est l'expression sincère et rigoureuse des faits. Quels sont ces faits? D'abord les phénomènes généraux connus de l'électricité, interprétés dans le sens de la théorie, et en outre un grand nombre d'expériences faites au moyen d'un petit appareil électrique des plus simples de son invention, desquelles il résulterait que des aiguilles mobiles plus ou moins nombreuses, placées sur des pivots adhérents à un même système soumis au courant électrique, prennent des directions fixes respectives. Ces expériences sont très-intéressantes, mais les faits qu'elles révèlent (et qu'on ne discute pas ici) ne suffisent pas pour justifier les inductions de l'auteur sur les propriétés créatrices et formatrices de l'électricité.

Dût M. Cornay nous accuser d'être un de ces esprits naturellement négatifs dont il prévoit la résistance, nous lui dirons que son système, loin d'être le produit d'une science *exacte* et *positive*, est une conception purement rationnelle, une physique métaphysique. Lui qui s'égaye tant en divers endroits sur Leucippe et Démocrite, et sur leurs disciples, les Atomistes modernes qui, dit-il, composent le monde en maçons, avec des assises de pierre ayant l'attraction pour ciment, ne s'aperçoit pas que sa théorie cosmogénique et morphogénique est une reproduction des spéculations des premiers philosophes ioniens sur la nature. L'*air* d'Anaximène, principe de tout, dont tout

à bien des hypothèses sur sa nature ; elle s'agrandit enfin, s'enflamme, rougit à la surface qui s'ulcère et donne passage au pus entraîné par le courant d'air expectoré.

A ce moment la fistule du poumon qui s'ouvrait par un trajet fistuleux sous la peau et qui était *sous-cutanée*, change de caractères et devient complète et se transforme en fistule pulmonaire cutanée. La tumeur s'affaisse et disparaît ordinairement par le fait de son ouverture. Chaque fois que le malade tousse, le pus sort par l'ouverture fistuleuse, ce qui gêne singulièrement l'expectoration buccale ; le malade qui éprouve le besoin de cracher est obligé de fermer sa fistule avec un obturateur en linge ou avec la main ; il en est de même lorsqu'il veut parler et suivre une conversation. Dès qu'il cesse de fermer l'orifice de sa fistule, il ne peut plus cracher ; il articule en vain les mots, nul son ne sort plus de sa bouche ; l'air s'échappe en trop grande quantité par le trou de la poitrine ; la phonation est impossible. C'est exactement ce qui se passe dans un soufflet sans âme et dont on veut se servir pour alimenter le feu d'une cheminée. L'air sort à travers les parois de l'instrument. Une fois la fistule complète, elle forme une ou plusieurs ouvertures rapprochées, plus ou moins larges, sur une peau amincie, ferme ou mobile, rouge livide, couverte de suppuration. M. Saurel a même publié le fait d'une fistule du poumon ouverte à la peau par huit ouvertures. Un stylet, introduit dans la poitrine et dans le poumon, peut aller assez loin sans provoquer de toux ni de grandes souffrances. J'ai pénétré ainsi à 8 ou 10 centim. de profondeur dans le poumon, sans exciter la moindre sensibilité de la muqueuse bronchique ni des parois de la caverne. Toute la douleur occasionnée par l'exploration était ressentie à la peau, sur les bords de l'ouverture fistuleuse.

Si le travail ulcératif dont je viens de parler ne se fait pas très-régulièrement et très-lentement ; si la membrane pyogénique chargée d'en limiter les progrès vient à se rompre en quelques points (obs. d'Andral, de MM. Rayer et Fouquier), l'air qui n'est plus maintenu dans la caverne et dans le trajet fistuleux correspondant se trouve tout à coup en contact avec le tissu cellulaire où rien ne peut désormais l'arrêter ; aussi le voit-on gagner rapidement la face et le tronc, puis former un emphysème plus ou moins étendu du tissu cellulaire qui précipite le mort des malades.

Ordinairement la fistule s'établit entre le poumon adhérent à la plèvre costale et la surface de la peau, par suite de l'ulcération progressive qui va de l'intérieur à l'extérieur ; mais les choses ne se passent pas toujours de la même manière. Il y a des cas, M. Reyhard les a publiés, où la fistule pulmonaire cutanée est la conséquence d'un empyème ouvert de deux côtés à la fois, à travers la peau d'une part et à travers les branches de l'autre. Un double travail ulcératif sur deux points opposés de la plèvre a mis en communication les cellules pulmonaires et la peau, séparées qu'elles sont par la cavité pleurale remplie d'air et de pus. C'est là une exception, j'en conviens, à la marche et au développement ordinaire des fistules pulmonaires cutanées ; mais c'est une exception importante dont j'ai cru devoir tenir compte. On sait d'ailleurs combien cette terminaison de l'hydrothorax et rare.

Une complication assez fréquente de ces fistules cutanées que j'ai déjà signalée et qui existe sur cinq des malades que nous avons observés, c'est la nécrose ou la carie des côtes et des cartilages, consécutive à l'ulcération fistuleuse intérieure. Rien n'est plus facile à expliquer que la production de cet accident. Il me paraît devoir être attribué à la présence du foyer qui environne les côtes et qui les entoure pendant longtemps avant de pénétrer dans leur intervalle pour arriver sous la peau. Le pus détermine la destruction du périoste, et bientôt après la nécrose du tissu osseux.

(*La suite au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

NOTE SUR LES APPLICATIONS DE LA MÉTHODE ANESTHÉSIQUE AU TRAITEMENT DES MALADIES INTERNES ; par le docteur LOUIS SAUREL, ancien chirurgien de la marine impériale, rédacteur en chef de la REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI, membre de plusieurs sociétés savantes, etc.

(Suite. — Voir les numéros 6 et 7.)

PALPITATIONS DE CŒUR. — L'observation que l'on vient de lire prouve l'efficacité des anesthésiques contre les palpitations de cœur qui ne sont pas causées par une lésion organique. On pouvait prévoir théoriquement qu'il en serait ainsi, on sait, en effet, qu'à l'état physiologique, les anesthésiques ralentissent les battements du cœur, dont ils diminuent également la force. Le difficile est de bien reconnaître la nature des palpitations ; le diagnostic est rendu plus facile s'il existe en même temps des mouvements spasmodiques dans les muscles de la vie de relation. Quoique la méthode anesthésique soit spécialement indiquée dans les palpitations nerveuses, elle peut cependant devenir utile dans d'autres circonstances, ainsi qu'on le verra par l'observation suivante.

OBS. — Je soignais l'année dernière une jeune fille chlorotique qui, atteinte d'abord d'un rhumatisme sub-aigu aux articulations du membre inférieur droit, avait vu, par suite d'imprudences, la maladie se déplacer et se porter rapidement sur le cœur. Elle éprouvait en cette région des douleurs sourdes accompagnées de palpitations très-pénibles qui étaient suivies assez souvent de syncopes durant lesquelles les muscles de la face et des membres entraient en convulsions.

Je combattis cette affection par une médication énergique ; mais comme les convulsions semblaient se répéter avec une fréquence croissante, je voulus essayer des effets du chloroforme. Je soumis la malade à de faibles doses de vapeur de chloroforme mélangée à l'air extérieur ; j'en augmentai ensuite la quantité, et je parvins à plusieurs reprises, non-seulement à faire cesser les convulsions, mais encore à calmer bien évidemment les palpitations.

Dans ce cas, comme dans tous ceux où je l'ai mis en usage, le chloroforme n'a été suivi d'aucune espèce d'accidents.

La malade dont je viens de parler a guéri de son affection rhumatismale, mais elle a conservé des palpitations qui me paraissent être sous la dépendance de son état chlorotique.

RETRECISSEMENTS SPASMODIQUES. — Il existe dans la science des faits nombreux qui prouvent que la plupart des conduits qui présentent

---

est fait et qui fait tout, dont tout sort et où tout retourne, ressemble fort à l'électricité omni-sciente et produisante de M. Cornay ; le *feu* d'Héraclite y ressemblerait encore davantage. Nous reconnaissons qu'il donne à sa thèse toute la vraisemblance qu'elle peut comporter ; seulement il n'a pas le droit de sommer « les partisans des forces occultes, des abstractions, des croyances, des contemplations, des mystères, etc., de *baisser pavillon* devant les *faits* (p. 25). » Devons-nous accepter comme un fait l'électricité-dieu ? Dieu nous en garde !

— M. Figuier se rattache aussi un peu, mais avec la circonspection d'un esprit profondément instruit et juste, à l'école iatro-physico-chimique. Son travail sur l'importance et le rôle de la chimie dans les sciences médicales est un relevé concis, mais à peu près complet, des services rendus par ces sciences aux diverses branches de la médecine. La physiologie, la pathologie, la thérapeutique, l'hygiène, la toxicologie leur auraient, d'après lui, de grandes obligations. Il expose leurs titres sans exagération, quoique avec un peu de complaisance. Il nous a semblé seulement qu'il s'est trop hâté de prononcer sur la valeur médicale de certaines déterminations chimiques. Est-il bien sûr, par exemple, que la théorie de l'inflammation ait été aussi éclairée qu'il le croit par la découverte de l'augmentation de la fibrine du sang dans les phlegmasies aiguës ? Le fait lui-même, c'est-à-dire la constance de cette modification de la composition chimique du sang, est-il à l'abri de tout doute ? Est-il vrai que l'utilité des préparations martiales dans la chlorose soit expliquée par la chimie ? D'autres points encore, et assez nombreux et importants, pourraient provoquer les mêmes questions. Mais passons ; il ne faut pas compter avec des amis et des alliés. Le travail de M. Figuier n'est qu'une réimpression de sa thèse de concours pour l'agrégation en chimie à la Faculté de médecine de Paris. Il mérite de rester comme document historique de l'état et du mouvement de l'iatro-chimie contemporaine.

—Ce qu'il pourrait y avoir d'un peu forcé dans les appréciations de M. Figuier trouverait au besoin son correctif dans la lettre de M. Pidoux, écrite aussi à l'occasion d'une vacance de chaire. C'est un remarquable morceau de philosophie médicale, écrit de verve, mais entaché çà et là de néologismes au moins inutiles et trop chargé d'images et de métaphores. Le fond en est bon. C'est un vitalisme libéral qui s'accommode de l'anatomie et de la chimie sans abdiquer. Il veut ruiner le chimisme intrus et bâtard qui s'est introduit dans le sanctuaire, par l'alliance féconde de la chimie et de la médecine. On lira, on méditera avec profit ses vues sur l'action thérapeutique des médicaments, et particulièrement son explication de la vraie nature et du rôle des spécifiques. On sera peut-être moins satisfait de la partie polémique. Il ne nous semble pas qu'il saisisse toujours bien l'esprit des doctrines qu'il réfute, notamment celle de Montpellier. Le désir de se faire une position doctrinale à part et nouvelle a pu l'entraîner à quelques inexactitudes. Une chose nous étonne, c'est qu'il invoque en faveur de ses vues l'autorité d'Hippocrate. Il faut beaucoup de bonne volonté pour se prêter à ce rapprochement. Du reste, M. Pidoux avoue qu'il est le premier qui ait découvert ce nouveau sens de l'hippocratisme ; et il en donne la raison fort simple « qu'on ne trouve dans un livre que ce qu'on porte soi-même dans sa pensée. » Toutes les sectes médicales ont usé de ce privilége d'interprétation à l'égard des livres hippocratiques aussi librement que les sectes religieuses protestantes à l'égard de la Bible.

dans leur trajet ou à leur orifice des fibres musculaires peuvent se resserrer spasmodiquement, d'une manière plus ou moins durable, mais de façon à gêner ou même à empêcher l'exercice des fonctions auxquelles ces organes sont destinés. Dans tous les cas où la nature spasmodique de ces rétrécissements ou des rétentions auxquels ils donnent lieu sera évidente, il sera indiqué de recourir aux anesthésiques. Les exemples qui vont suivre montreront que les données de la pratique sont en cela d'accord avec celles de la théorie.

APHONIE SPASMODIQUE. — M. le docteur J. Delioux, médecin en chef de la marine à Cherbourg, a conseillé (1) l'éther à l'intérieur dans le cas d'aphonie nerveuse. Il administre ce médicament dans une potion qui contient de 1 à 4 grammes d'éther, qu'il fait prendre par cuillerées d'heure en heure. Il déclare avoir obtenu, à l'aide de ce moyen exclusivement employé, plusieurs guérisons rapides et sans récidives. Dans le cas où la médication indiquée par M. Delioux ne réussirait pas, je suis persuadé que les inhalations d'éther ou de chloroforme seraient également avantageuses.

SPASME DE LA GLOTTE.—M. le docteur Saucerotte père (de Lunéville), ayant à donner des soins à une fille atteinte d'un rétrécissement du larynx, d'origine présumée vénérienne, mais qui avait été saisie subitement d'un spasme violent de la glotte qui menaçait de la faire périr asphyxiée, se décida à recourir au chloroforme. Deux grammes de ce liquide furent versés sur une compresse que l'on approcha du nez de la malade. En quelques minutes la respiration se ralentit, les râles laryngés se turent, et la malade s'endormit sans symptômes d'excitation préalable. Elle dormit une heure, et à son réveil elle était complétement débarrassée de son accès de dyspnée (2).

ANGINE STRIDULEUSE (faux croup). — Cette maladie, sur le caractère nerveux ou spasmodique de laquelle les médecins sont tous d'accord, est une de celles dans lesquelles les agents anesthésiques me paraissent le mieux indiqués. Je n'hésite donc pas à en conseiller l'emploi.

COQUELUCHE. — Je ne saurais m'occuper des affections spasmodiques qui ont leur siége dans les organes respiratoires, sans dire quelques mots de la coqueluche. Je sais fort bien que cette maladie n'est pas uniquement spasmodique et qu'il y entre un élément organique ou humoral; mais l'élément spasmodique est incontestable, et le dominer c'est mettre la maladie dans les conditions les plus avantageuses de guérison. Je ne serais pas d'avis de pousser les inhalations jusqu'à produire l'insensibilité; mais en faisant respirer le chloroforme au moment où surviennent les quintes de toux, on pourrait, je pense, produire un grand soulagement et même la guérison.

M. le docteur Fournid (de Mauriac) (3), qui a essayé les inhalations d'éther chez des enfants atteints de coqueluche, a pu ainsi modérer l'intensité des accès de toux.

Plus récemment, M. Fleedwood Churchill (de Dublin) a fait connaitre (4) quelques observations dans lesquelles les inhalations de chloroforme lui ont donné de fort bons résultats; on est donc pleinement autorisé à employer ce moyen dans le traitement de la coqueluche. M. Fleedwood Churchill fait seulement observer que les inhalations de chloroforme rencontrent d'assez grands obstacles chez les enfants très-jeunes; d'abord on n'est pas averti de l'approche de l'accès, et par conséquent on ne peut avoir le chloroforme à portée pour le faire inspirer avant qu'il commence. D'un autre côté, le nombre des inspirations est beaucoup moindre que celui des expirations. Enfin, les jeunes enfants repoussent tout ce qu'on veut leur mettre devant la bouche, et s'agitent constamment jusqu'à ce qu'ils aient fini de tousser. Chez les enfants raisonnables, sur ceux qui sont âgés de 12 ans et au delà, on peut au contraire faire inspirer avec avantage le chloroforme, parce que les jeunes malades sentant venir l'accès s'empressent de recourir d'eux-mêmes au chloroforme pour le faire avorter.

HOQUET. — M. le docteur Amédée Latour a publié (1) une observation de hoquet persistant guéri par les inhalations de chloroforme. Le hoquet spasmodique n'était autre chose qu'une convulsion du diaphragme, je suis persuadé que la méthode anesthésique est appelée à réussir dans tous les cas où cet état convulsif n'est pas causé par une inflammation ou une lésion organique des viscères environnants.

VOMISSEMENTS SPASMODIQUES. — J'ignore si l'on a jamais employé l'éther ou le chloroforme en inhalations contre les vomissements que l'on observe si souvent chez les femmes nerveuses et soumises à une affection spasmodique générale. Les bons effets des antispasmodiques et de l'éther lui-même à l'intérieur me font penser que, dans les cas où les remèdes ordinaires ont échoué, on pourrait retirer de bons effets des inhalations de chloroforme. Peut-être même les anesthésiques seraient-ils utiles dans les cas de vomissements incoercibles de la grossesse.

DYSPHAGIE; RÉTRÉCISSEMENTS SPASMODIQUES DE L'ŒSOPHAGE. — Ces maladies, qui sont si souvent sous la dépendance d'un état spasmodique, seraient certainement guéries ou améliorées par les anesthésiques si elles acquéraient un degré de persistance ou de gravité qui autorisât l'emploi de ces moyens.

Mêmes remarques pour l'*iléus nerveux*, dont les symptômes ressemblent à ceux de l'invagination intestinale, au point que l'on a dû plus d'une fois le confondre avec cette dernière maladie. C'est sans doute en faisant cesser la contraction spasmodique des uretères et des canaux biliaires que le chloroforme a pu faire disparaître des attaques de coliques néphritiques ou hépatiques.

Les *rétrécissements spasmodiques de l'urètre* me semblent surtout devoir retirer de grands avantages de l'emploi des anesthésiques. Les secours que ces agents fournissent dans l'emploi du cathétérisme contre les rétrécissements organiques me donnent à cet égard une confiance qui approche de la certitude, quoiqu'elle ne s'appuie sur aucun autre fait que celui qui a été publié par M. le docteur Mackensie (2).

Le relâchement qui se produit si souvent quand l'anesthésie est un peu prolongée, laisse croire que les *contractions anales* qui sont le principal symptôme de la *fissure à l'anus* céderaient sans peine au chloroforme.

(1) BULLET. GÉN. DE THÉRAP., t. XLII, p. 385.
(2) *Ibid.*, p. 32.
(3) JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES, 1847.
(4) MONTHLY JOURNAL OF MED. SCIENCE, 1853.

(1) UNION MÉDICALE, 1847.
(2) MONTHLY JOURNAL, 1852; et BULLET. DE THÉRAP., t. XLIII, p. 477.

Hippocrate étant d'ailleurs un oracle (*Hippocratis dictio velut Dei vox* (Galien); *Hippocratis præcepta tanquam Apollinis oraculum*) (de Haen), il est naturel qu'on trouve toutes sortes de sens à ses sentences. Pour terminer ces débats, il faudrait qu'il y eût en médecine, comme il y a dans la religion, une autorité supérieure pour interpréter les textes et fixer les dogmes. Jusque-là M. Pidoux, et chacun de nous avec lui, aura le droit d'hippocratiser à sa fantaisie, et de transformer, *ad libitum*, le divin vieillard en solidiste, en vitaliste, en humoriste, en animiste, en chimiâtre, etc. La science elle-même restera toujours livrée, suivant la prophétie, *disputationibus eorum*.

—M. Jeannel croit qu'on doit croire à un dogme de médecine orthodoxe reconnu puisqu'il parle de combattre les *hérésies médicales*. Hérésie veut dire, comme on sait, séparation; l'Église appelle hérétiques ceux qui rejettent son autorité en matière de foi ou qui émettent des opinions hétérodoxes. Y a-t-il des hérésies et des hérétiques en médecine? Peut-il y en avoir? Avant de répondre, que M. Jeannel ou tout autre veuille bien nous dire où est la règle de foi? Du reste le mot *hérésie* n'est guère que sur le titre; dans le corps du discours il n'est plus question que des *erreurs*. Ici nous sommes d'accord. Il y a des erreurs en médecine; rien de plus certain. Il ne l'est pas moins qu'il faut les combattre, et sur ces deux points l'auteur du discours n'aura pas de contradicteurs. L'intéressant et le difficile est de bien discerner l'erreur, de déterminer au juste en quoi elle consiste; car par la loi des contraires on établirait du même coup la vérité. Ceci serait fort précieux en médecine, comme en toutes choses; mais on ne le trouve point dans le discours, d'ailleurs plein de beaux sentiments éloquemment exprimés, de notre très-honorable confrère de Bordeaux. Nous bornerons là nos observations sur un opuscule de circonstance, auquel l'auteur n'attache sans doute pas plus d'importance qu'à ses pages sur la *certitude de la médecine*, écrites probablement avec aussi peu de prétention, et dont nous avons eu l'occasion de parler dans une autre revue.

—Nous regrettons, en revanche, d'être réduit, par le défaut d'espace, presque à une simple annonce, pour le très-remarquable mémoire de M. Sacase, sur LA FOLIE CONSIDÉRÉE DANS SES RAPPORTS AVEC LA CAPACITÉ CIVILE. Le sujet y est traité avec une vive et saine intelligence de sa haute gravité et avec un rare talent d'analyse et de dialectique. La plupart des questions médico-légales qu'il embrasse sont discutées avec lucidité et une connaissance étendue des éléments de solution. La principale, la plus difficile, la plus controversée de ces questions est celle de la Monomanie. C'est celle sur laquelle les médecins et les jurisconsultes s'entendent le moins, et qui donne lieu en droit criminel et en droit civil aux plus fâcheuses incertitudes. Les médecins aliénistes eux-mêmes sont divisés non-seulement sur les conséquences juridiques de la monomanie, mais encore sur la détermination précise de cette forme de la folie, sur sa définition, sur son existence. Une discussion récente dans le sein de la Société médico-psychologique a révélé la profondeur de ces dissidences. Elles portent surtout sur la question médico-légale de savoir, non point si la monomanie constitue un cas d'aliénation (car sur ce point tous sont d'accord, à l'encontre de bon nombre de légistes qui le nient); mais si cette forme de folie se présente parfois avec un caractère de circonscription et de délimitation tel que le sujet peut et doit être présumé sain d'esprit,

TREMBLEMENT NERVEUX. — Certaines personnes, d'un tempérament nerveux exagéré sont atteintes de tremblements des membres ou de la tête. Ces tremblements sont quelquefois purement spasmodiques, mais plus souvent ils sont liés à une affection plus grave, telle que l'hystérie ou la chorée, etc. Les anesthésiques pourraient sans doute être utilisés contre ces tremblements, mais on ne devra recourir à leur emploi que lorsque la maladie aura acquis une certaine gravité et gênera l'exercice des fonctions.

Il va sans dire que le tremblement des vieillards et celui des convalescents ne doivent nullement être combattus par l'éthérisme, car ce moyen serait bien plutôt nuisible qu'utile.

CONTRACTURE DES MUSCLES. — M. le docteur Cullerier a publié récemment, dans la GAZETTE DES HÔPITAUX, une observation qui prouve que les vapeurs de chloroforme peuvent être utiles pour combattre les contractions musculaires.

OBS. — Il s'agit d'une femme de 28 ans, atteinte d'une contracture des muscles animés par le nerf facial droit. Elle ne pouvait ouvrir la bouche, tant le massèter était contracté. Les dents étaient si fortement serrées, qu'il était impossible d'introduire le doigt dans la bouche. Il ne pouvait entrer que des aliments liquides; encore la déglutition en était-elle difficile.

Divers moyens énergiques furent employés inutilement. Au bout de quelques jours, le côté gauche commença à se prendre à son tour.

La belladone, administrée pendant deux jours à la dose de 10 centigrammes, n'ayant produit aucun effet, M. Cullerier soumit la malade aux inhalations de chloroforme jusqu'à résolution complète. Il arriva un moment où les muscles de la face furent dans un relâchement absolu; on introduisit alors facilement le doigt entre les arcades dentaires, et le maxillaire inférieur s'affaissa sans difficulté; mais à mesure que les effets du chloroforme se dissipaient, la bouche se referma, la face se contracta de nouveau. Néanmoins *il y avait en somme moins de roideur dans la mâchoire, et la malade en profita pour prendre quelques aliments.*

Dès le lendemain, la malade fut soumise au traitement par la teinture de belladone.

Ce ne fut qu'environ un mois après que les symptômes de contracture se trouvèrent complétement dissipés.

Nous regrettons que M. Cullerier n'ait pas cru devoir revenir à l'emploi du chloroforme, qui avait la première fois produit un effet si marqué. Il est à croire que la guérison aurait été obtenue beaucoup plus promptement que par les moyens qui ont été mis en usage, car tout porte à croire que cette contracture était spasmodique.

Nous conseillons l'emploi du même moyen dans les cas analogues.

Ne pourrait-on pas traiter de la même manière ces *strabismes* que l'on observe quelquefois à la suite de convulsions ou même spontanément, et qui sont bien évidemment de nature spasmodique?

CHORÉE. Quoique les faits de guérison de cette maladie par l'usage des anesthésiques soient encore peu nombreux, ceux que la science possède sont tellement authentiques, que l'on ne saurait mettre en doute leur réalité.

M. le professeur Fuster (de Montpellier) nous semble être le premier qui ait eu recours à cette médication; son malade fut assez rapidement guéri.

Depuis lors, M. le docteur H. March a publié (1) une observation des plus remarquables, dont voici les principales circonstances.

OBS. — Un jeune homme de 12 ans fut atteint de chorée à la suite d'un coup dans le dos. La maladie s'aggravait chaque jour, l'enfant était continuellement maintenu par quatre personnes. Il dormait rarement et jamais plus d'une demi-heure de suite.

L'opium à fortes doses n'ayant point amené de sommeil, M. March recourut au chloroforme. Un demi-gros de cette substance fut répandu sur un mouchoir de poche et approché du nez et de la bouche. Après qu'il eut été dépensé environ 2 gros de cette substance, les muscles cessèrent de s'agiter; la main droite fut la dernière partie du corps qui resta en repos. L'inhalation de chloroforme ne fut pas suivie de sommeil.

Après quelques heures de repos, les mouvements musculaires reprirent, mais avec moins de violence. Pendant la nuit, l'enfant dormit cinq heures.

Le jour suivant, deux personnes le contenaient sans peine. Le chloroforme fut administré de nouveau comme la veille, et le calme fut de nouveau complet. La nuit fut bonne, mais le lendemain le malade était aussi mal que jamais. Pendant deux nuits, il eut à peine du sommeil. On donna de nouveau le chloroforme, mais cette fois on persista dans son emploi jusqu'à ce que l'on eût déterminé un profond sommeil. Il n'y avait cependant ni lividité, ni gonflement de la face; le sommeil continua pendant quelques heures.

Le jour suivant, il y eut un mieux sensible; les membres étaient encore agités, mais les mouvements n'étaient ni brusques ni violents comme auparavant. On pouvait facilement lui mettre de la nourriture dans la bouche. Jusque-là on avait eu la plus grande peine à le nourrir; il ne pouvait boire qu'avec une éponge et ne prenait de temps à autre qu'un peu de gelée.

Dès ce jour, le malade put dormir sans chloroforme; l'amélioration continua rapidement, et la guérison fut bientôt complète.

CONVULSIONS GÉNÉRALES. — Il est une foule de circonstances dans lesquelles on observe des convulsions de la plupart des muscles du trone et des membres, sans pouvoir cependant rapporter ces convulsions à l'hystérie, à l'épilepsie ou à aucune des maladies de ce genre. Elles sont évidemment alors l'effet d'un état spasmodique général causé par une émotion morale, ou par une cause physique telle qu'une blessure, une indigestion, des vers, etc. Quelle que soit leur cause, elles peuvent ou disparaître sans retour au bout d'un certain temps, ou persister plus ou moins en entraînant diverses conséquences, telles que la paralysie d'un membre ou une congestion cérébrale, etc. Il est donc nécessaire de les combattre par des remèdes antispasmodiques énergiques. Le chloroforme et l'éther, qui réussissent si bien dans les affections de cette nature, doivent ici avoir des effets encore plus marqués. On pourra donc recourir à l'anesthésie si les médications ordinaires restent sans effet.

PARALYSIE SPASMODIQUE. — On s'étonnera au premier abord de voir la paralysie figurer au nombre des maladies contre lesquelles les anesthésiques sont indiqués; mais si l'on veut bien réfléchir qu'il est une espèce de paralysie qui succède fréquemment aux convulsions de l'enfance et même à celles de l'hystérie, que ces paralysies apparaissent parfois dès le début des accès convulsifs, on comprendra sans peine que nous leur donnions le nom de spasmodiques. Les bons effets des remèdes antispasmodiques contre cette sorte de paralysie en démontrent encore la nature. Voici d'ailleurs des faits qui prouvent ce que nous avançons.

OBS. I. — Une petite fille de 5 ans, effrayée à la vue d'un gros chien, qui s'était approché d'elle, eut à peine la force de courir vers sa mère; elle demanda à se coucher, et fut presque aussitôt prise de mouvements convulsifs. M. le docteur Chrestien, appelé à lui donner des soins, la trouva les avant-bras for-

(1) THE DUBLIN QUARTERLY JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCE, 1853.

---

libre, et, par conséquent, moralement et légalement responsable de ses actions, lorsqu'il se détermine et agit dans des circonstances étrangères aux objets de son délire partiel. Cette opinion a été soutenue avec beaucoup de vigueur et d'habileté par M. Delasiauve; mais elle ne parait pas partagée par la grande majorité de ses confrères médecins aliénistes. Presque tous pensent, au contraire, que la folie n'est jamais circonscrite et délimitée au point de constituer une Monomanie prise au sens absolu, et qu'une fois en possession de certains côtés de l'homme moral, elle l'envahit bientôt tout entier et vicie dans leur source toutes les manifestations de son activité intellectuelle et affective. Telle est aussi l'opinion de M. Sacase, qui l'appuie sur des considérations de psychologie très-fines et sur des faits. Cette doctrine professée en général par les médecins, a jusqu'ici obtenu peu de faveur auprès des magistrats et des légistes. Le travail de M. Sacase, émanant d'un magistrat distingué, pourra contribuer beaucoup à faire cesser ces dissidences qui compromettent la bonne administration de la justice. C'est aux médecins qu'est réservée en définitive la solution scientifique de la question, et en outre l'appréciation des cas particuliers. M. Sacase reconnait partout cette compétence. Il la proclame encore dans les derniers mots de son excellent livre: « Ce fut un médecin philosophe (Pinel) qui, en substituant à un régime atroce un traitement intellectuel et moral, favorisa l'étude de l'aliénation mentale. Notre âge a applaudi à ses efforts, et la médecine a recueilli avec respect ses observations qui sont devenues la base d'une théorie régénérée. Cette théorie se poursuit encore.... La jurisprudence civile est appelée à recueillir les fruits de cette rénovation... Désormais donc, qu'à l'égard des doctrines que n'a pas consacrée encore l'évidence scientifique la justice maintienne ses doutes; à la bonne heure! Mais quand la médecine tire ses déductions de l'expérience, elle devient une utile alliée, et loin de la repousser, le plus sage est de s'appuyer sur elle. »

L. PEISSE.

— A la suite du concours pour le bureau central des hôpitaux, ont été nommés dans l'ordre suivant: MM. Lasségue, Racle et Boucher de la Ville-Jossy.

— On a reçu avant-hier des malades dans les salles de l'hôpital Sainte-Eugénie, nouveau nom donné à l'hôpital d'enfants placé sous le patronage de S. M. l'impératrice.

La salle de consultation s'est trouvée remplie dès le premier jour par les parents et les enfants, comme si l'hôpital était depuis longtemps déjà en exercice.

Les médecins ont pris possession de leurs services respectifs, et la répartition des malades s'est faite de la manière la plus convenable aux intérêts des malades et de la science. Il y a un service exclusif de maladies aiguës, deux services de maladies chroniques (scrofuleux ou dartreux), avec une petite salle de maladies aiguës pour chacun, et enfin un service de chirurgie.

L'empereur a nommé chevalier de la Légion d'honneur M. le docteur René Marjolin, chirurgien de cet hôpital.

---

tement fléchis sur les bras et les jambes fléchies sur les cuisses. Il prescrivit une potion antispasmodique à prendre par cuillerées à bouche. Elle n'était pas entièrement avalée, lorsque l'enfant ayant demandé à se lever, sa mère fut effrayée de trouver une paralysie de tout le côté droit. M. Chrestien, appelé de nouveau, prescrivit pour le lendemain matin 20 centigr. de mercure doux avec semblable quantité de jalap dans une pastille de chocolat. L'enfant fut abondamment purgée, et l'hémiplégie disparut comme par enchantement (1).

Obs. II. — M. le professeur Golfin a guéri par l'administration de l'opium une dame atteinte de paralysie, suite de convulsions hystériques, et qui se trouvait dans un état de spasme très-prononcé.

Obs. III. — M. le docteur Bonnefons a publié tout récemment (2) l'histoire d'une femme de 24 ans, ayant présenté depuis plusieurs années la série complète de toutes les perturbations nerveuses, qui fut atteinte le 11 mars 1853 d'une paralysie hémiplégique d'abord, puis totale, accompagnée de douleurs gastralgiques et de vomissements.

Le 17, rien n'ayant encore été fait pour combattre cet état qui avait persisté malgré la cessation des menstrues dont l'abondance avait contribué à l'apparition de la paralysie, on prescrit 5 centigr. d'extrait gommeux d'opium matin et soir.

Le 18, on fait respirer à la malade du chloroforme qui l'endort instantanément (on n'avait fait que lui passer sous le nez le bouchon du flacon qui renfermait le chloroforme); durant le sommeil, elle put librement remuer ses membres; la paralysie revint avec le réveil. Éclairé par cette remarquable circonstance, M. Bonnefous institue le traitement suivant : matin et soir la malade était endormie; dans l'intervalle elle prenait 6 centigr. d'opium dans une émulsion. La guérison momentanée de la paralysie accompagnait toujours le sommeil.

Enfin le 24 mars la malade recouvra spontanément les mouvements du bras droit, puis ceux de la jambe du même côté; le côté gauche ne rentra dans l'exercice de ses mouvements que le lendemain.

Le 26, la malade put se lever.

Le 27, on suspendit tout traitement, et la guérison était complète peu de jours après.

Il est impossible de mettre en doute, d'après l'observation qui précède et la nature spasmodique de la paralysie et les bons effets du chloroforme. Il ne faut pas oublier cependant que ce fait est exceptionnel et que les paralysies dans lesquelles il convient de recourir à la méthode anesthésique doivent être fort rares.

(La suite au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Les numéros de juillet, août, septembre, octobre, novembre et décembre 1853, contiennent les articles originaux qui suivent : 1° *Recherches sur la composition chimique de la sueur;* par le docteur P. A. Favre. 2° *Observations suivies de réflexions, pour servir à l'histoire des complications cérébrales dans le rhumatisme articulaire aigu;* par le docteur Vigla. 3° *Études critiques sur la surdi-mutité;* par le docteur Hubert Valleroux. 4° *Recherches cliniques sur les bourses de glissement de la région trochantérienne et de la région iliaque postérieure;* par le docteur Chassaignac. 5° *Recherches sur la tumeur lacrymale;* par M. J. B. Béraud. 6° *De la périostite et de la médullite;* par le docteur Gerdy. (Article non terminé, extrait d'un volume sous presse de son Traité de chirurgie.) 7° *Observations d'emphysèmes siégeant sous la plèvre, dans le tissu cellulaire des médiastins, étendus jusqu'aux régions du cou, du tronc, de la tête et des membres, que l'on doit attribuer aux efforts de la toux chez les enfants;* par le docteur Natalis Guillot. 8° *Mémoire sur l'herpès de la vulve;* par le docteur Legendre. 9° *Quelques recherches sur la rapidité des sensations et la promptitude des opérations de l'esprit;* par le docteur Sagol. 10° *Nouvelles études sur l'oblitération des voies spermatiques, et sur la stérilité consécutive à l'épididymite bilatérale;* par le docteur Gosselin. 11° *Études sur la pleurésie diaphragmatique;* par le docteur Noël Guéneau de Mussy. 12° *Mémoire sur les chorées sans complications, terminées par la mort;* par le docteur Leudet. 13° *De la resection du genou;* par Mackensie. 14° *De la syncope chez les enfants à la mamelle;* par le docteur Marotte. 15° *De la cause immédiate de la chute du rectum chez les enfants;* par E. Duchaussoy. (Les causes reconnues sont la diarrhée et la constipation, qui toutes deux ont pour résultat l'atonie d'une portion de l'appareil musculaire de la défécation, cause immédiate du prolapsus.) 16° *De la névralgie faciale et de la névralgie du cuir chevelu;* par le docteur F. Neucourt. 17° *De l'utilité de la thoracentèse;* par M. B. Schnepf. 18° *De la périostite et de la médullite;* par M. le professeur Gerdy. (Deuxième article.) 19° *De l'altération spéciale de la résonnance thoracique, dans certains cas de pleurésie et de pneumonie;* par le docteur Markam. 20° *De la sécrétion du lait chez les enfants nouveau-nés, et des accidents qui peuvent l'accompagner;* par le docteur Natalis Guillot. 21° *Mémoire sur l'excision du calcanéum, avec des observations;* par M. H. Martineau-Greenhow. 22° *Des signes stéthoscopiques du rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche du cœur, et spécialement du bruit de souffle au second temps;* par le docteur Hérard. 23° *Recherches récentes sur la maladie de Bright;* par le docteur Lasègue. (Travail non terminé.) 24° *Observation de grossesse compliquée de cancer de l'utérus et prolongée jusqu'au dix-septième mois; remarques sur les faits analogues;* par le docteur Menzies. 25° *De la guérison de la méningite tuberculeuse;* par le docteur Rilliet. 26° *Mémoire sur la guérison spontanée des perforations pulmonaires d'origine tuberculeuse;* par le docteur Woillez. 27° *De la névralgie faciale et de la névralgie du cuir chevelu;* par le docteur F. Neucourt. (Deuxième article. Ce mémoire n'est pas encore terminé.) 28° *Du travail réparateur qui se produit après la resection et l'extirpation des os;* par M. Albecht Wagner. (Travail non terminé.)

RECHERCHES SUR LA COMPOSITION CHIMIQUE DE LA SUEUR CHEZ L'HOMME; par le docteur P. A. Favre.

Ce travail peut se résumer ainsi :

1° Les matériaux de la sueur sont, à l'exception de faibles traces, solubles dans l'eau pure.

2° La matière minérale de beaucoup prédominante dans la sueur est le sel marin, fait déjà constaté antérieurement.

3° Les sulfates alcalins figurent en quantité extrêmement faible; on y trouve encore moins de phosphates alcalins ou alcalino-terreux.

4° L'analyse y décèle incontestablement l'existence de l'acide lactique sous formes de lactates alcalins, comme cela avait été annoncé. M. Favre le démontre plus positivement.

5° M. Favre a découvert dans la sueur un acide particulier qu'il appelle sudorique, et qui s'y trouve à l'état de sudorates alcalins, acide qui se rapproche beaucoup de l'acide urique. Ce dernier ne se trouve pas dans la sueur.

6° M. Favre est parvenu à démontrer l'urée dans la sueur, démonstration qui n'avait pas encore été faite.

7° On ne rencontre dans la sueur que très-peu de matières grasses et d'albuminates alcalins.

8° La proportion de potasse, par rapport à la soude contenue dans la sueur, est plus élevée dans les sels et acides organiques que dans les sels minéraux.

9° La sueur d'un même individu, recueillie à diverses époques, a la même composition si l'excrétion est à peu près pareille pour la quantité.

10° En fractionnant la sueur d'une transpiration en plusieurs parties correspondant à deux ou trois périodes égales, à partir du commencement de l'expérience, on trouve des différences dans les proportions relatives des sels minéraux et des sels à acides organiques, les premiers étant plus abondants pendant les dernières périodes.

11° Le rapport de l'eau à la somme des matériaux solides ne change pas notablement aux différents moments où la sueur est recueillie durant une transpiration forcée.

Ces analyses ont leur prix et trouveront peut-être plus tard d'utiles applications. Mais il en ressort que la sueur n'est pas toujours la même, et on devait le prévoir *à priori*, car l'enveloppe cutanée est un émonctoire actif dont le but et les moyens varient selon les exigences et les besoins de l'organisme, sans compter le rôle des diverses excrétions se suppléant les unes les autres, dans de certaines limites, selon les besoins de l'organisme malade ou troublé.

OBSERVATIONS SUIVIES DE RÉFLEXIONS, POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES COMPLICATIONS CÉRÉBRALES DANS LE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU; par le docteur Vigla.

Ce travail se compose de six observations et de réflexions judicieuses. M. Vigla pense que tous les états cérébraux qui surviennent pendant le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, peuvent se ranger dans ces trois catégories :

1° Délire simple, se développant dans le cours du rhumatisme et rappelant assez bien le délire sympathique ou nerveux observé dans

(1) Obs. de clin. méd.; par A. T. Chrestien, p. 155.
(2) Gaz. méd. de Toulouse; 1853.

un grand nombre de maladies aiguës, fébriles, de cause interne ou traumatique, ou, en peu de mots, rhumatisme compliqué de délire.

2° Délire et réunion de la plupart des symptômes et probablement des lésions propres à la méningite; méningite rhumatismale des auteurs.

3° État ataxique, brusque et imprévu, bientôt remplacé par un collapsus ou un coma mortels; apoplexie rhumatismale de Stoll et de quelques auteurs.

Ce dernier état nous semble n'être que la méningite rhumatismale à marche très-rapide. On a vu, dans les épidémies de méningite cérébro-spinale des cas aussi rapides dans leur apparition et leur évolution, et on ne les a pas pour cela appelés des apoplexies, mais on y a tout simplement vu le summum d'intensité de la maladie. Dans les circonstances qui occupent M. Vigla, il en est de même : son apoplexie n'est que le plus haut degré du rhumatisme méningien, ou, si l'on veut, de la méningite rhumatismale.

Quant à appeler la méningite rhumatismale de forme aiguë ou suraiguë une complication du rhumatisme articulaire, c'est une expression qui nous semble pécher. L'affection des séro-fibreuses des articulations, et celle des séro-fibreuses du cerveau ne sont que deux localisations, deux manifestations du même principe morbide; l'une n'est point la localisation de l'autre.

ÉTUDES CRITIQUES SUR LA SURDI-MUTITÉ ; par le docteur HUBERT VALLEROUX.

M. Hubert Valleroux s'est beaucoup occupé de ce sujet, et l'on sait que les maladies de l'ouïe constituent sa spécialité. Dans ces derniers temps, la remise de la question à l'ordre du jour a sollicité de sa part l'émission de plusieurs brochures où il se place tout autant au point de vue philanthropique que médical et physiologique. Il a été également un de ceux qui ont prêché pour l'adjonction de la méthode allemande à la méthode française, pensant que celle-ci, employée seule, est insuffisante et empire même quelquefois le mal.

Le travail que nous analysons aboutit aux conclusions suivantes :

1° La surdi-mutité est une infirmité qui se développe, soit pendant la vie intra-utérine, soit à une époque qui varie depuis l'âge de quelques mois jusqu'à celui de 10, de 12 et même de 16 ans.

2° La lésion organique, cause première du mutisme, occupe exclusivement les organes auditifs; les organes vocaux restent d'ordinaire intacts.

3° Les causes du mutisme sont très-nombreuses, et l'on doit placer en première ligne les misères physiques et morales et l'action du froid humide.

4° Les lésions organiques ne sont pas moins variées que les causes qui leur donnent naissance, d'où la difficulté d'établir un bon diagnostic.

5° On ne peut fonder un diagnostic rationnel sur l'étude d'un seul caractère, tel que le degré d'audition et l'ancienneté de la cophose; ses éléments doivent être tirés de l'examen de toutes les faces de la maladie.

6° Conclusion de toutes les investigations pathologiques : le traitement de la surdi-mutité ne doit jamais être empirique, mais fondé sur le diagnostic et sur les lois de la thérapeutique générale.

RECHERCHES CLINIQUES SUR LES BOURSES DE GLISSEMENT DE LA RÉGION TROCHANTÉRIENNE ET DE LA RÉGION ILIAQUE POSTÉRIEURE ; par M. CHASSAIGNAC.

Deux points distinguent ce travail : d'abord l'auteur insiste sur la nécessité de distinguer les bourses de glissement en trois groupes, les sous-cutanées, les sous-aponévrotiques et les gaînes tendineuses proprement dites; puis il donne le diagnostic différentiel des tumeurs, selon qu'elles appartiennent à une classe ou à une autre. D'après M. Chassaignac, on n'a pas assez insisté sur la bourse sous-aponévrotique du calcanéum et sur ses maladies, et les chirurgiens ne se sont guère occupés que de la bourse sous-cutanée. Le second point important du travail du chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine est relatif au diagnostic différentiel des abcès par congestion et des tumeurs synoviales de la région pelvienne et intra-pelvienne. Il présente d'une manière plus précise et plus complète qu'on ne l'avait fait les éléments de ce diagnostic si important.

RECHERCHES SUR LA TUMEUR LACRYMALE ; par le docteur J. B. BERNARD.

M. Bernard reconnaît, après un travail consciencieux et bien étudié, mais manquant peut-être de base clinique et pratique, quatre espèces de tumeurs lacrymales, classification qu'il pense nécessaire autant au point de vue de l'anatomie pathologique que de l'étiologie et du mécanisme. Nous aurions voulu qu'il pût ajouter aussi le point de vue thérapeutique, pratique, qui eût donné à son travail plus de portée utile. 1° Tumeur lacrimale purement inflammatoire; 2° tumeur lacrymale due au développement d'un follicule muqueux; 3° tumeur lacrymale avec prolapsus ou adhérence de la valvule inférieure du sac; 4° tumeur lacrymale avec adhérences des valvules du sac et transformation de cette cavité en un véritable kyste.

OBSERVATIONS D'EMPHYSÈMES SIÉGEANT SOUS LA PLÈVRE, DANS LE TISSU CELLULAIRE DES MÉDIASTINS, ÉTENDUS JUSQU'AUX RÉGIONS DU COU, DU TRONC, DE LA TÊTE ET DES MEMBRES, QUE L'ON PEUT ATTRIBUER AUX EFFORTS DE LA TOUX CHEZ LES ENFANTS ; par le docteur NATALIS GUILLOT.

Ce titre annonce déjà la teneur du travail et ses conclusions étiologiques. On connaît depuis longtemps l'emphysème sous-pleural, et l'on a décrit avec précision et exactitude ses symptômes et son anatomie pathologique; c'est là une justice que M. Natalis Guillot rend pleinement à ses devanciers. Mais nul n'avait que très-peu ou pas fixé son attention sur les cas qui rentrent dans les deux dernières catégories d'observations données par M. Natalis Guillot, à savoir : 1° pénétration de l'air depuis le dessous de la plèvre jusque dans le tissu cellulaire des médiastins; 2° pénétration de l'air depuis le dessous de la plèvre, dans le médiastin, jusque dans le tissu cellulaire du cou, du tronc, de la tête et des membres. M. Natalis Guillot se demande si certains de ces emphysèmes infantiles ne persisteraient pas chez l'adulte, et s'il ne faudrait pas ainsi chercher l'origine de cette affection de l'âge moyen, dans un effort de toux chez l'enfant et dans les conséquences qu'il entraîne, conséquences qui se seraient perpétuées ainsi dans un autre âge.

L'obs. 13 mériterait d'être rapportée en entier ; mais nous nous contenterons d'en transcrire ici l'anatomie pathologique fort remarquable et qui donnera une idée du chemin que l'air infiltré peut parcourir et des lésions qui en sont la conséquence.

OBS. — Les poumons seuls, ainsi que le tissu cellulaire du médiastin, le tissu cellulaire sous-costal et intermusculaire du tronc, présentent des particularités curieuses.

L'air avait pénétré le tissu cellulaire du cou, du tronc, des aisselles, comme si l'on eût insufflé l'enfant; le péricarde et la base des bronches étaient, ainsi que le médiastin, tout remplis de masses d'air renfermées dans le tissu cellulaire. Les plèvres costales étaient soulevées de chaque côté, entre les côtes, par l'air qui y dessinait des bosselures. Les plèvres médiastines étaient également bosselées. Des lésions fort curieuses existaient sur chaque poumon.

C'étaient d'énormes bosselures recouvrant la surface de ces organes, et dont quelques-unes étaient aussi grosses au moins qu'une cerise ; il y en avait sur toutes les parties antérieures supérieures de chaque poumon.

Ouvertes, elles contenaient presque toutes de l'air, et s'affaissaient; mais les plus inférieures, voisines des parties du poumon congestionnées, contenaient du sang et un peu de matière purulente. Il y avait donc trois ordres de ces bosselures emphysémateuses : les unes pleines d'air, les autres contenant de l'air et du mucus; quelques-unes renfermant de petits caillots de sang.

La surface interne de ces cellules reposait sur le tissu pulmonaire, la surface extérieure était formée par la plèvre. Dans le voisinage des bronches initiales, l'artère bronchique et un rameau des nerfs pneumogastriques traversaient l'une de ses vésicules emphysémateuses et étaient en contact avec l'air.

MÉMOIRE SUR L'HERPÈS DE LA VULVE ; par le docteur LEGENDRE.

Il est maintes circonstances dans lesquelles il est urgent d'établir un diagnostic différentiel bien précis entre les ulcérations qui succèdent à un simple herpès et celles qui reconnaissent une cause syphilitique ; la justice même peut être intéressée à cette distinction : ainsi le crime du viol est plus grave s'il a été accompagné d'infection que si les ulcérations qu'on observe après sa perpétration ne sont que le résultat des violences exercées sur les surfaces herpétiques qui se sont ulcérées. On distinguera les ulcères herpétiques des chancres primitifs non indurés, en ce que les premiers sont superficiels, constitués par des érosions n'atteignant jamais, comme le chancre, toute l'épaisseur du derme; le chancre a un fond grisâtre; les ulcérations herpétiques sont ordinairement multiples, groupées, nombreuses, comme les vésicules qui leur ont donné naissance, et l'on trouve souvent au voisinage quelques herpès qui ne sont pas encore rompus ; enfin les ulcères herpétiques guérissent facilement sans mercure et ne sont pas inoculables.

QUELQUES RECHERCHES SUR LA RAPIDITÉ DES SENSATIONS ET LA PROMPTITUDE DES OPÉRATIONS DE L'ESPRIT; par le docteur SAGOT.

Curieuse estimation en fractions de seconde de la durée de certaines opérations de l'esprit. La promptitude des sens est plus grande que celle de l'esprit; mais les sensations complétement nettes exigent un temps beaucoup plus long et se rapprochent, pour la durée, du temps nécessaire à l'intelligence d'un mot; la pensée n'admet pas une latitude de vitesse ou de lenteur d'action comparable à celle des sens.

NOUVELLES ÉTUDES SUR L'OBLITÉRATION DES VOIES SPERMATIQUES, ET SUR LA STÉRILITÉ CONSÉCUTIVE A L'ÉPIDIDYMITE BILATÉRALE; par le docteur L. GOSSELIN.

Cette oblitération siége surtout à la queue de l'épididyme; elle est due à l'épididymite suivie de dépôts plastiques; cet état pathologique ne s'accompagne pas de douleurs quand l'inflammation est passée et n'entraîne pas, pour les malades, de changement appréciable dans les fonctions génitales; cependant quand il siége des deux côtés il amène la stérilité, le liquide éjaculé n'étant plus que le produit de la sécrétion de la vésicule spermatique. En quatre à six mois, il est possible de faire disparaître cette affection et de rendre le coït fécondant. Les antiphlogistiques sont indiqués s'il y a encore de l'inflammation, et après la disparition de celle-ci, les frictions mercurielles, mais surtout l'iodure de potassium auquel M. Gosselin attribue une grande efficacité pour la résolution des dépôts plastiques.

ÉTUDES SUR LA PLEURÉSIE DIAPHRAGMATIQUE : par le docteur NOEL GUÉNEAU DE MUSSY.

C'est la terrible et un peu fantastique paraphrénésie des anciens, affection qui a peu occupé les modernes, si ce n'est M. Andral dans sa CLINIQUE MÉDICALE. M. Guéneau de Mussy l'étudie en s'appuyant sur cinq observations. La douleur locale s'exaspère à la pression et existe aussi à l'insertion inférieure de sterno-cléido-mastoïdien, la respiration est courte, haletante, costale; il y a du hoquet, des nausées, des vomissements surtout au début, quelquefois de l'ictère, de l'égophonie, du délire dans la période ultime, délire que l'auteur a vu accompagné du rire sardonique. Le traitement ne présente rien de spécial.

MÉMOIRE SUR LES CHORÉES SANS COMPLICATION, TERMINÉES PAR LA MORT; par le docteur LEUDET.

Sujet intéressant. Il résulte de ces recherches que la chorée sans complication peut quelquefois se terminer par la mort, sans que l'autopsie révèle aucune lésion appréciable, que cette terminaison fatale se rencontre surtout dans les cas de chorées générales avec mouvements très-intenses; que la durée de la période convulsive varie beaucoup, et que la vie se termine en général dans un état comateux et asphyxique.

DE LA RESECTION DU GENOU; par le docteur R. J. MACKENSIE.

L'auteur a deux fois pratiqué cette opération qu'il préfère à l'amputation de la cuisse, et s'appuie sur celles qui ont été faites par d'autres chirurgiens anglais. Il est regrettable qu'il omette complétement les opérations pareilles pratiquées dans différents pays par MM. Roux, Fricke, Jœgler, Textor, etc. Il serait sage, malgré les préférences accordées par M. Mackensie à cette resection qu'il pense moins dangereuse que l'amputation de la cuisse, d'attendre encore; car on est effrayé des dégâts que cause, dans certaines circonstances, la double resection des condyles du fémur et des surfaces articulaires tibiales. M. Mackensie préfère laisser la rotule en place. Son procédé part des bases déjà connues.

(La suite au prochain numéro.)

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 6 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

OBSERVATIONS THERMOMÉTRIQUES FAITES PENDANT LA SAISON DES EAUX A BARÉGES EN 1853.

M. BABINET rend compte en ces termes d'un rapport sur les tableaux thermométriques de la saison des eaux à Baréges en 1853, communiqué à l'Académie par M. le docteur Campmas, médecin principal, chef du service médical et thermal de Baréges :

M. le docteur Campmas présente à l'Académie le résultat des observations thermométriques de cette localité pour la saison des eaux, savoir, en juin, juillet, août et septembre 1853, et il offre, si l'Académie le juge utile, de continuer ces observations à l'avenir. Au point de vue purement scientifique et pour les progrès de la météorologie, son travail serait d'une importance secondaire; mais au point de vue de l'hygiène et venant d'un praticien de premier ordre, l'Académie pensera sans doute qu'en joignant aux observations du thermomètre celles du baromètre, du psychromètre et de la direction des vents, et en mettant en regard les effets hygiéniques et pathologiques concomitants, M. le docteur Campmas entrera dans une voie peut-être restreinte, mais dont à coup sûr l'initiative sera du plus heureux augure et d'un avantage incontestable. Dans le vaste domaine de la météorologie, les influences de l'atmosphère sur l'homme en santé et surtout sur l'homme malade sont aussi importantes à connaître que peu étudiées jusqu'ici.

On pourrait extraire du travail de M. le docteur Campmas plusieurs faits curieux de variations thermométriques; mais comme il n'a point donné la direction du vent, ces déductions laisseraient nécessairement à désirer.

Les conclusions de ce rapport sont que l'Académie remercie M. le docteur Campmas de sa communication, et que, d'après son offre, elle l'engage à suivre et à compléter, surtout par des observations hygiéniques, ses tableaux météorologiques.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

SUR LA RÉGÉNÉRATION DES NERFS ET SUR LES ALTÉRATIONS QUI SURVIENNENT DANS LES NERFS PARALYSÉS.

M. CH. BONAPARTE présente de la part de M. SCHIFF un mémoire sur ce sujet.

On sait, dit l'auteur, que le bout périphérique d'un nerf coupé se désorganise peu de jours après la section; le contenu des filets primitifs ou plutôt leur partie médullaire se désagrége en petites particules graisseuses, remplissant le tuyau nerveux sous forme de granules noirs qui sont résorbés, de sorte que, quelques semaines après la section, il n'en reste aucune trace.

On sait aussi qu'un nerf coupé ou reseque peut se régénérer; il se forme une cicatrice entre les deux bouts, et la fonction du nerf se rétablit.

Autrefois on admettait qu'après la réunion des deux bouts par de la substance nerveuse, les anciennes fibres du bout périphérique recouvraient leur fonction; mais après avoir étudié la désorganisation de ce bout, M. Waller, par suite d'expériences nouvelles, est arrivé à conclure que les anciennes fibres d'un nerf divisé ne recouvrent jamais leurs fonctions, et que la reproduction d'un nerf ne se fait pas seulement dans la cicatrice, mais jusque dans les ramifications terminales.

Tous les faits anatomiques sur lesquels M. Waller a fondé sa nouvelle théorie, je les ai constatés, à l'exception d'un seul; car je n'ai jamais pu trouver, quel qu'ait été le degré de l'altération du nerf, les tuyaux membraneux des filets détruits. Toujours j'ai vu les granules enfermés dans une membrane, excepté aux bouts coupés où elle était interrompue artificiellement; mais quelquefois cette membrane était si mince qu'on ne la pouvait voir qu'en éclairant faiblement le champ du microscope.

La théorie de M. Waller me semble difficilement admissible, et il y a plusieurs faits qui semblent s'opposer à l'opinion qu'un nerf coupé doive toujours se régénérer dans toute l'étendue de sa partie périphérique, et que celle-ci perde entièrement sa nature nerveuse.

Il est difficile de comprendre, d'après cette théorie, qu'après une simple section un nerf puisse reprendre ses fonctions sensitives déjà après sept ou treize jours, et pourtant j'ai vu de tels cas sur des chats et des chiens, et M. J. Paget les a même observés sur l'homme. Est-ce qu'en si peu de temps les fibres nouvelles pourront se former jusqu'à la périphérie?

Il est difficile de comprendre pourquoi alors la régénération s'accomplit avec d'autant plus de lenteur, qu'on a reséqué une plus grande partie du nerf, et pourquoi on peut même empêcher entièrement la régénération, si l'on excise une portion d'une longueur considérable.

On ne comprend pas pourquoi, si la partie périphérique se résorbe entièrement jusqu'au névrilemme externe, il est impossible de réunir un bout d'un nerf sensitif à un nerf moteur avec retour de la fonction sensitive, même dans les conditions les plus favorables, comme je l'ai prouvé dans mon MÉMOIRE SUR LES NERFS DE LA LANGUE; pourquoi même, dans les expériences de Bidder, que j'ai répétées, le bout central du nerf lingual allait toujours, quand cela était possible, chercher son bout périphérique correspondant, qui en était éloigné artificiellement, et ne se cicatrisait pas avec l'hypoglosse qui en était approché, et *vice versâ*.

Enfin si, comme le croit M. Waller, l'intégrité du névrilemme joue un grand rôle dans ces phénomènes, on ne comprend pas pourquoi un nerf fortement comprimé ou écrasé, et dont le névrilemme est d'ailleurs conservé, a besoin, pour se régénérer, d'un temps considérablement plus long qu'un nerf simplement coupé; c'est cependant ce qui résulte de mes expériences.

Mais la théorie de M. Waller n'est pas une conséquence nécessaire des faits qu'il a observés. Il a examiné des nerfs qu'il a crus régénérés plusieurs semaines après la section.

Voyons d'abord ce qui arrive si l'on empêche la régénération et la réunion des deux bouts.

Des expériences de M. Schiff, il résulterait que ce que M. Waller a pris pour des fibres embryonnaires ou de nouvelle formation n'est autre chose que la

membrane des fibres primitives qui a perdu son contenu granulaire, et qui se trouve réduite à l'état de tubes vides en apparence, mais dans lesquelles on retrouve, par l'acide acétique, les noyaux longitudinaux qui leur donnent de la ressemblance avec les fibres gélatineuses dites fibres de Remak. Tout ce que M. Waller dit de ces fibres embryonnaires se rapporte exactement, suivant M. Schiff, à ces graines sans granules.

Examinant ensuite la question de savoir s'il est permis de croire que dans la régénération des nerfs, des fibres nouvelles se forment parmi les anciennes, M. Schiff rapporte une expérience qui tend à démontrer qu'il ne se forme pas en réalité des fibres nouvelles, mais que les fibres dégénérées seules ont recouvré, par suite du travail régénérateur, leur structure et leurs fonctions.

Il y a des cas où, après des resections, on peut voir directement, sous le microscope, les fibres dégénérées de la partie périphérique se continuant dans les fibres de nouvelle formation de la partie inférieure de la cicatrice.

Dans d'autres cas plus rares, on voit encore dans l'intérieur d'une fibre primitive régénérée de la partie périphérique des points où l'on trouve des traces de granules noirs qu'elle contenait dans l'état d'altération.

Ainsi la théorie de M. Waller repose sur des observations incomplètes, et ce sont, en effet, les fibres anciennes qui recouvrent leurs fonctions après la formation de la cicatrice.

Enfin, examinant si, par la dégénération paralytique, les fibres primitives perdent entièrement leur nature nerveuse, l'auteur rapporte des faits et des expériences dont il conclut que les altérations qui surviennent dans un nerf paralysé ne se portent que sur la gaîne médullaire, mais qu'elles laissent intactes les qualités du cylindre primitif, qui sont reconnaissables par le microscope et les réactifs chimiques, et que c'est à la présence de ce cylindre que les nerfs paralysés et altérés doivent la possibilité de rentrer dans leurs fonctions. (Comm. : MM. Magendie, Flourens, Rayer.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

SÉANCE DU 14 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport négatif de M. Authouard, médecin des épidémies de l'arrondissement du Vigan pour 1853;

2° Une demande d'analyse des eaux provenant d'une source de Saint-Yorre (Allier).

— M. Boucher (de Versailles) adresse le rapport sur les vaccinations pratiquées dans cette ville pendant l'année 1853.

— M. Monchaux (de Chelles) adresse sous ce titre : Sur la transformation des plaies avec perte de substance en plaies sous-cutanées, les conclusions pratiques qu'il a tirées d'un travail présenté à l'Académie des sciences sur la restauration des plaies à l'abri et au contact de l'air.

— M. Dubreuilh (de Bordeaux) envoie une nouvelle observation pour joindre à son mémoire ayant pour titre : De la version pour remplacer la craniotomie dans quelques cas de rétrécissement du bassin. (Renvoi à la commission nommée : MM. Danyau et Cazeaux.)

— M. Billiard (de Corbigny) adresse une note sur l'eau ozonée et sur la manière de la préparer. (Comm. du choléra.)

— M. Lalagade (d'Albi) adresse une note complémentaire à son mémoire du 31 octobre 1853 sur un nouveau procédé de conservation du virus-vaccin.

— M. Gillebert d'Hercourt (à Lyon) adresse une lettre relative à l'action des pessaires pour le redressement de l'utérus dans laquelle il présente quelques objections au mémoire présenté récemment sur le même sujet par M. Gariel. (Commis. nommée : MM. Robert, Velpeau, Danyau.)

INSTRUMENT POUR L'URÉTROTOMIE.

M. Hammer, chirurgien à Saint-Louis (Missouri), soumet à l'examen de l'Académie un nouvel instrument de son invention destiné à pratiquer l'urétrotomie.

L'instrument se compose d'une gaîne droite, munie à son extrémité d'une olive mobile, qui peut être remplacée par d'autres, de grosseurs différentes. Cette gaîne, contenant la lame, est disposée de telle sorte que la lame peut couper d'arrière en avant par un mouvement rétrograde, sans pour cela que la gaîne change de place, c'est-à-dire la lame est indépendante de la gaîne qui la cache, de manière que celle-ci est destinée à maintenir le canal de l'urètre au moment où la section se fait.

La lame peut se retirer en laissant le corps de l'instrument dans le canal pour être remplacée après l'incision par une seconde pièce destinée à dilater les parois du canal.

Selon l'inventeur, les avantages que réunit son instrument sont les suivants :

1° De permettre à la lame de couper les parois du canal de l'urètre à la manière d'un bistouri, en glissant d'arrière en avant dans l'intérieur de la tige, tandis que celle-ci reste immobile dans le point où la tient fixée le chirurgien ;

2° D'éviter le refoulement de la muqueuse urétrale, lequel est inévitable toutes les fois qu'on coupe avec des urétrotomes, qui exigent, pour opérer la section des parois du canal, d'être retirés tout entiers ;

3° De donner au chirurgien la facilité de limiter à volonté la longueur de l'incision et de ne couper que la partie du canal qu'il veut intéresser ;

4° De pouvoir, alors qu'une première incision est jugée insuffisante, en laisser pratiquer une seconde plus profonde sur le même point, sans que l'opérateur soit obligé de retirer et réintroduire l'instrument ;

5° De rendre possible l'exécution d'incisions multiples sur le contour du canal de l'urètre, sans qu'on soit dans la nécessité de réintroduire l'urétrotome après chaque incision ;

6° De donner la possibilité de pratiquer la dilatation après l'incision, en laissant dans le canal la tige de l'urétrotome, qui sert de gaîne conductrice à l'instrument dilatateur, de sorte qu'on n'a pas à craindre l'irritation, qui suit nécessairement l'introduction des gros cathéters, rendue obligatoire après l'emploi des autres instruments urétrotomes ;

7° Enfin, de remplacer trois instruments différents, en pouvant servir également de dilatateur et d'urétrotome pour le méat urinaire.

Il est démontré jusqu'à l'évidence, et par la description et par le seul aspect de l'instrument, qu'il est complétement différent de celui qu'a publié M. Maisonneuve, et de l'urétrotome en ciseaux coupant par le dehors imaginé par M. Leroy-d'Étiolles. (Comm. : M. Robert.)

EXTRACTION DES CORPS ÉTRANGERS INTRODUITS DANS LA VESSIE.

M. Leroy-d'Étiolles adresse la lettre suivante sur ce sujet :

J'ai l'honneur de communiquer à l'Académie un nouveau cas d'extraction, sans incision par les voies naturelles, d'un corps étranger introduit dans la vessie : c'est une épingle à cheveux double que j'ai retirée, il y a huit jours, de la vessie d'une demoiselle de dix-huit ans ; elle m'avait été envoyée par un habile chirurgien, professeur d'une école secondaire de médecine, dont je ne publierai pas le nom par discrétion, je l'ai fait connaître à M. le secrétaire perpétuel. Le corps étranger séjournait déjà depuis six semaines; car la jeune personne, honteuse de sa mésaventure, n'en a fait l'aveu que lorsqu'elle eut perdu l'espoir de la voir sortir spontanément. Le chirurgien qui fut appelé se contenta de reconnaître la présence de l'épingle; il ne voulut faire aucune tentative d'extraction, et il donna à la famille le conseil de conduire à Paris la jeune demoiselle, qu'il me recommanda par une lettre.

Le lendemain de son arrivée, le 5 mars dernier, je procédai à l'opération, et en moins de deux minutes après l'introduction de l'instrument, l'épingle était extraite tout entière.

Le procédé dont je me suis servi est celui de la plicature en double, procédé auquel M. Ségalas, M. Courty (de Montpellier) et moi avons apporté notre contingent d'idées et d'inventions. La pince de M. Ségalas, modification de celle de Hales, de Hunter, de Desault, suffit pour l'extraction de bougies fines, mais elle est impuissante à courber des tiges métalliques. Mon instrument, en forme de brise-pierre à branche mobile dépassante, a rendu facile, pour ces sortes de corps, l'extraction sans incision. Enfin M. Courty, en substituant un tube à la branche femelle, a rendu plus facile la sortie de ces tiges ployées en double, particulièrement de celles qui, comme les épingles doubles pour tenir les cheveux, sont déjà coudées; aussi, dans l'opération que je viens de pratiquer, me suis-je servi d'un instrument à tube comme celui de M. Courty, que j'ai modifié à mon tour.

Je crois utile de présenter quelques considérations au sujet des épingles doubles, l'un des corps étrangers que les aberrations erotiques font tomber le plus souvent dans la vessie; celle-ci est la troisième que j'ai eu l'occasion d'extraire. La manière de les saisir la plus favorable serait de les accrocher par l'anse que forme le coude; mais il ne faut pas compter sur cet heureux hasard ; le plus ordinairement l'épingle est accrochée par une de ses branches, qui se déploie et passe en double; mais dans ce mouvement l'autre branche glisse et s'avance en dehors du tube; la pointe tendrait à percer le col de la vessie si le chirurgien n'avait pas la précaution de pousser l'instrument en avant et de l'appuyer contre le sommet de l'organe à mesure que la plicature de la tige s'opère. Les chirurgiens qui auront à faire l'extraction d'épingles doubles devront étudier auparavant ce mouvement pour s'en rendre compte et apprécier l'utilité de la manœuvre que je conseille; son observation doit mettre à l'abri des accidents. Ils ont été nuls pour la demoiselle dont il est ici question; elle a pu sortir le jour même; le lendemain elle a fait dans Paris de longues promenades, et quatre jours après elle est retournée dans le pays qu'elle habite.

J'ai pensé qu'il était bon de faire connaître ce nouveau fait pour démontrer l'utilité de mes instruments extracteurs habilement exécutés par M. Mathieu, et constater une nouvelle preuve des progrès de la mécanique chirurgicale.

FUMIGATIONS MERCURIELLES.

M. le docteur Ed. Langlebert présente un nouveau procédé pour faire des fumigations mercurielles.

Ce procédé, qui est le même que celui qu'il a proposé il y a quelque temps pour les fumigations iodées, consiste dans l'emploi de ces petits trochisques ou clous fumants, connus sons le nom de *pastilles du sérail*, et composés de charbon, d'azotate de potasse et de benjoin réduits en pâte, puis coulés dans des moules de forme conique. Allumés par leur sommet, ces trochisques continuent à brûler lentement jusqu'à leur base, en dégageant les matières volatiles qu'ils contiennent.

M. Langlebert ajoute à des trochisques ainsi composés, soit du proto-iodure de mercure, à la dose de 10 à 20 centigr. par trochisque, soit du cinabre, à la dose de 2 grammes.

Les trochisques à l'iodure de mercure dégagent ce médicament sans alté-

ration. Ils peuvent être utilement employés contre les accidents secondaires de la gorge et du larynx.

Les trochisques au cinabre donnent en brûlant du mercure métallique en vapeur et de l'acide sulfureux. Avec ces trochisques les malades pourront faire chez eux et d'une manière très-simple les fumigations qu'ils étaient obligés d'aller prendre dans les établissements publics. Il leur suffira, étant nus et assis, d'en allumer un ou deux entre leurs jambes et de s'envelopper ensuite d'une couverture de laine. La combustibilité de chaque trochisque est calculée de manière que la fumigation dure environ vingt minutes. (Comm. : MM. Ricord et Gilbert.)

ÉLÈVE DES SANGSUES.

MM. les membres de l'Association médicale d'Eure-et-Loir adressent la lettre suivante, dont les termes ont été arrêtés en réunion générale :

« Il s'agit d'éclairer la justice de l'Académie sur la haute approbation décernée à M. Borne (de Claire-Fontaine) pour ses procédés nouveaux de reproduction de sangsues ; cette note a pour but d'établir qu'il importe de reporter la plus large part de ces félicitations à un praticien modeste, confrère éminent, universellement estimé, M. le docteur Harreaux de Grouville (Saint-Léger).

» Les travaux de M. le docteur Harreaux ne datent pas seulement de ces dernières années. Ses marais pour l'accroissement, la multiplication des sangsues étaient établis avec l'assistance de M. Petit, géomètre, trois ans avant les bassins de Claire-Fontaine.

» Dès 1848, les médecins de l'Association, amis de ce savant confrère, purent assister à ses premiers essais, juger par eux-mêmes avec quelle religieuse attention celui-ci, après avoir lu l'histoire complète des annélides, s'appliquait à peupler ses bassins des produits végétaux utiles aux nouveaux hôtes qu'il voulait y acclimater.

» En 1849 les bassins de Grouville étaient en pleine exploitation ; l'auteur, déjà familier avec l'éducation des sangsues, en avait élagué toutes les dispositions inutiles, et ceux-ci étaient réduits pour ainsi dire à leur état le plus grand de simplicité ; les sangsues y étaient nourries avec des grenouilles, avec du sang de bœuf ou de veau tout chaud, apporté d'une boucherie située à huit minutes de là ; le marais offrait un fossé de ceinture, un pavillon au milieu, des berges de terre remuées, ombragées par des friches pour le dépôt des cocons ; à cette époque enfin la réputation des bassins à sangsues de Grouville s'était tellement agrandie que l'administration des hôpitaux de Chartres n'avait pas craint, sur la recommandation de ses médecins et chirurgiens, d'y envoyer, pour la revivification, 400 sangsues déjà gorgées ; disons, en passant, que ces sangsues, ainsi revivifiées, donnèrent ensuite naissance aux plus beaux produits de l'établissement.

» Ce fut dans le même temps (14 mai 1850) qu'eut lieu, à Grouville, la visite de M. Borne. Il avait déjà essayé, avec peu de succès, l'*élève* des sangsues seulement et non leur *reproduction*, dans un petit réservoir en maçonnerie, situé dans son jardin. Ce jour-là même, six personnes nourrissaient les sangsues avec du sang de bœuf et de veau encore chaud. M. Harreaux, connu par sa bienveillance envers tout le monde, entretint sans réserve M. Borne de ses tentatives, et pendant trois heures il le renseigna sur toutes les particularités de l'art d'élever des sangsues. M. Borne, qui n'était encore occupé que du développement du filet, apprit que les sangsues étaient ovipares et non vivipares, ce que prouvaient les nombreux cocons déposés sur le friche. M. Borne pensait que les jeunes sangsues se nourrissaient en se suspendant au ventre de leur mère. M. Harreaux lui démontra qu'il prenait des glossiphonies pour de jeunes sangsues. M. Borne n'élevait des sangsues que dans un bassin de maçonnerie. M. Harreaux lui indiqua qu'il était possible de les élever avec du sang chaud et de les faire reproduire dans un marais avec fossés de ceinture, pavillon au milieu, berges de terre remuées et ombragées.....

» D'un autre côté, en janvier 1851, M. le docteur Harreaux adressait à M. Soubeiran un mémoire sur l'éducation et la reproduction des sangsues. L'Académie regrettera avec nous que ce mémoire, égaré dans les archives des hôpitaux, n'ait pu être consulté par l'honorable académicien : il eût sans aucun doute rapporté à qui de droit la belle découverte pour laquelle l'Académie a décerné, dans la dernière séance, sa haute approbation.

» L'Association médicale d'Eure-et-Loir, en adressant à l'Académie cette instante réclamation, ne désire que réparer, pour un de ses membres, un regrettable oubli. Elle avait à cœur de démontrer, pièces en main, que ce n'est pas à M. Borne qu'il faut attribuer les procédés nouveaux si vantés de la reproduction et de l'éducation des sangsues ; après avoir été témoin elle-même, jour par jour, des travaux d'un honorable confrère, elle ne pouvait l'en laisser dépouiller sans mot dire, devant un juge naturel et illustre, l'Académie de médecine. »

Cette lettre est revêtue de la signature du président et du secrétaire de l'Association.

M. Chevallier maintient, malgré le contenu de la lettre qu'on vient d'entendre, les droits de M. Borne, pour les perfectionnements importants qu'il a apportés à l'élève des sangsues, à la reconnaissance de l'Académie.

MÉTAMORPHOSES DE LA SYPHILIS.

M. Prosper Yvaren (d'Avignon) fait hommage à la compagnie du livre qu'il vient de publier sous ce titre.

M. Gibert, secrétaire annuel, appelle l'attention de l'assemblée sur cet ouvrage. L'auteur a été encouragé à le publier par l'approbation de l'Académie, l'étendue du mémoire n'ayant pas permis qu'il fût inséré dans le recueil des actes de la compagnie. Cette œuvre nouvelle offre ce cachet d'utilité et même de nécessité qui marque si rarement les nombreuses publications qui se sont accumulées depuis un demi-siècle..... *Rara avis in terris!* En effet, ce livre comble une lacune regrettable dans l'histoire de la *syphilis*. L'auteur a réuni, interprété, commenté et mis à leur véritable place, une foule de faits disséminés dans un grand nombre d'ouvrages et qui sont autant d'exemples des nombreuses métamorphoses que peut subir la syphilis constitutionnelle.

Dans la plupart de ces cas, ce n'est qu'en désespoir de cause qu'on est arrivé à la médication spécifique qui pouvait seule amener la guérison. Ces faits sont ici très-probants, car si la syphilis *primitive* peut guérir, du moins temporairement, par les seuls efforts de la nature et sans l'intervention des remèdes spécifiques, il n'en est plus de même de la syphilis *consécutive* et par conséquent de la syphilis *larvée*.

Ce n'est pas que je veuille contester les exemples de guérison par le régime, les purgatifs, les sudorifiques, les eaux thermales, et surtout par l'hydrothérapie, qui produit en pareil cas d'excellents effets ; mais il ne faut pas oublier qu'il s'agit ici en général de *cachexies* contre lesquelles la médication spécifique est restée impuissante.

M. Bégin considère comme insolite et contraire aux règlements la présentation que vient de faire M. Gibert.

M. Michel Lévy rappelle que, dans une circonstance analogue, où il avait demandé à présenter un ouvrage qu'il avait jugé digne d'être signalé à l'Académie, on lui a refusé la parole sous le motif que ces sortes de présentations incombaient de droit au secrétaire perpétuel.

M. Londe : Autre chose est une simple présentation d'ouvrage ou une analyse. La présentation est dans les usages de l'Académie, mais elle doit être faite sans appréciation, sans jugement.

M. Moreau croit au contraire que M. Gibert n'est nullement sorti des règlements académiques, et que l'on fait tous les jours des rapports verbaux sur des ouvrages imprimés.

M. Velpeau ne comprend pas l'étrange susceptibilité de ses collègues. Ce que l'on prétend interdire est en usage, et d'un usage journalier, dans toutes les académies et dans tous les corps savants. Ce serait une sorte de déni de justice envers les médecins étrangers et les médecins des départements, si l'on voulait empêcher qu'un membre de l'Académie pût présenter leurs ouvrages et en faire l'objet d'un rapport verbal.

L'ordre du jour, demandé par plusieurs personnes, est mis aux voix et adopté.

DE L'ULCÉRATION ET DE L'OBLITÉRATION DES CONDUITS GALACTOPHORES.

M. Bouchut lit un mémoire sur l'ulcération et l'oblitération des conduits lactifères dans ses rapports avec la pathologie du sein et l'hygiène des nouveau-nés.

Il s'agit de la galactophorite, c'est-à-dire de l'ulcération et de l'oblitération des tuyaux galactophores, dont M. Bouchut a réuni 175 exemples, et qui, quelque fréquente qu'elle soit, a échappé jusqu'ici aux observations, parce qu'elle ne constitue pas une maladie très-douloureuse ni très-gênante pour les femmes, et qu'on ne la découvre que dans des circonstances exceptionnelles, lorsque la glande mammaire est en activité de service.

L'orifice des conduits galactophores peut être, chez les nourrices, le siége d'une inflammation et d'une ulcération profondes. Cette ulcération occupe un plus ou moins grand nombre de conduits. Cette ulcération réunit plusieurs orifices en un seul, et fait couler le lait dans la bouche des nouveau-nés par de larges ouvertures.

Cette ulcération, placée au sommet du mamelon, est peu douloureuse.

Le symptôme constant de l'ulcération des conduits galactophores, c'est l'écoulement du lait sous forme de jets baveux de gros diamètre.

Ces ulcérations entraînent quelquefois l'oblitération des conduits galactophores, l'induration et la rétraction du bout du sein.

L'ulcération et l'oblitération des conduits galactophores produisent avec le temps l'atrophie de la mamelle.

L'ulcération de l'orifice des conduits galactophores guérit par l'usage des bouts de sein artificiel, les soins de propreté et les médicaments topiques conseillés pour les ulcères, les fissures et les crevasses de la base du mamelon.

L'ulcération rebelle ne guérit que par le repos absolu de la glande mammaire affectée ; elle entraîne toujours l'oblitération des conduits dont l'orifice a été malade.

L'oblitération des conduits galactophores est incurable.

L'ulcération de l'orifice des conduits galactophores de chaque côté, a une grande importance au point de vue de l'hygiène des nouveau-nés.

Cette maladie occasionne l'afflux trop considérable du lait dans la bouche des enfants, ne leur permet pas de respirer, détermine le passage du lait dans les voies aériennes, et consécutivement des accès de suffocation. C'est à ce point qu'elle nécessite le changement immédiat de nourrice. (Comm. : MM. Cazeaux et Depaul.)

DES INVAGINATIONS CHEZ LES ENFANTS.

M. Collineau lit un rapport sur un travail de M. le docteur Dechaud, ainsi intitulé.

Il s'agit, dans le travail de M. Dechaud, de son propre enfant, qui, après avoir éprouvé divers accidents d'irritation gastrique, fut pris tout à coup d'accidents plus graves, que M. Dechaud crut devoir attribuer à une invagination intestinale. Il prescrivit en conséquence, après avoir employé vainement plusieurs autres moyens, l'administration d'un lavement camphré et musqué, appliqua deux vésicatoires sur les parties latérales du thorax et ré-

chauffa le corps du petit malade. Au bout de quelques heures, l'enfant eut d'abondantes selles et revint à la vie.

M. Dechaud fait suivre cette observation, dans laquelle il n'est pas démontré pour M. le rapporteur qu'il ait eu affaire à une invagination, de réflexions générales sur l'invagination intestinale chez les jeunes enfants.

M. Dechaud rattache les invaginations aux convulsions internes, dont elles constituent, suivant lui, une preuve irréfutable, un caractère anatomique palpable.

Il est possible, en effet, suivant M. le rapporteur, que l'on trouve souvent des invaginations intestinales à la suite de ces états morbides que des praticiens appellent *convulsions internes;* car ils résultent de causes graves profondes et généralisées, qui laissent après elles des traces nombreuses; mais ces causes agissent ordinairement d'une manière primitive sur l'encéphale, ou sur ses enveloppes et sur l'appareil nerveux en général, conditions qui diminuent singulièrement l'importance des invaginations, qui dès lors, n'étant que des affections secondaires, ne présentent point les indications les plus pressantes et ne réclament pas les premiers soins.

M. Dechaud prétend que le pronostic des invaginations est grave, cela est très-vrai pour un grand nombre de cas dont il n'a pas parlé; mais en est-il de même pour celles qui sont l'objet de sa dissertation? Il nous semble que l'on peut en douter. Dans tous les cas, comment porter un pronostic assuré lorsque le diagnostic est imparfaitement établi?

Quant au traitement des invaginations intestinales, notre confrère propose comme modèle celui qu'il a mis en pratique et qu'il croit également propre à combattre les convulsions. Ici la question se compose d'éléments trop nombreux pour que nous ne laissions pas aux praticiens toute la liberté de leur jugement sur ce point; nous disons seulement que, par trop d'empressement à formuler et à conclure, M. Dechaud, bien que fort instruit et plein de zèle, est loin d'avoir donné à son travail toute la maturité et dès lors toute la valeur dont le sujet qu'il traite est susceptible. Il sait pourtant comme nous combien de temps, d'attention, de faits et d'analyses sont nécessaires pour atteindre la vérité et donner à nos travaux cette maturité sans laquelle, malgré tous ses efforts, l'esprit humain n'a point d'appui solide.

Ce que nous disons ici à l'occasion de ta dissertation de notre confrère, nous le dirons de beaucoup d'autres travaux qui vous sont fréquemment adressés, et dont les auteurs semblent faire peu de cas de ce précepte si connu : *festina lentè;* ce qui nous détermine trop souvent à faire ce que nous avons l'honneur de vous proposer pour l'ouvrage de M. Dechaud, c'est-à-dire le dépôt aux archives et des remercîments à l'auteur.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

— M. A. Aussandon lit un mémoire sur le traitement de la phthisie tuberculeuse. (Comm. : MM. Bricheteau, Requin, Piorry.)

— M. Barth présente une pièce d'anatomie pathologique qui fournit un exemple d'oblitération de la veine cave supérieure, depuis l'origine de la veine azygore jusqu'à l'oreillette droite dont l'orifice est complétement bouché. Ce que ce fait offre de remarquable, c'est que le malade a vécu plus de dix ans avec cette altération, ce qui donne lieu de présumer que le cours du sang avait dû s'établir par des voies collatérales à la faveur d'un long circuit et en sens inverse de son cours normal.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

INTRODUCTION A L'ÉTUDE MÉDICALE ET PHILOSOPHIQUE DE LA SURDI-MUTITÉ. — MÉMOIRE SUR L'ÉTAT ACTUEL DES INSTITUTIONS A LEUR USAGE ET SUR LES RÉFORMES A Y APPORTER; par le docteur Hubert Valleroux, membre du conseil supérieur de la Société centrale d'éducation et d'assistance pour les sourds-muets. — 2e édition. — 2 brochures in-8° de 72 pages. — Paris, 1853.

« Quand la science médicale prend un de ces hommes incomplets, et que, de concert avec la charité qui le recueille dans ses hospices, ou qui l'instruit dans ses écoles, elle parvient à rendre cet homme dans la plénitude et dans la possession complète de lui-même, à la société; quand elle rend la vue à un aveugle, l'ouïe à un sourd, la parole à un muet, l'intelligence à un idiot, elle accomplit quelque chose de semblable à l'œuvre de Dieu, et s'élève à une hauteur au delà de laquelle on rencontre les limites assignées à la puissance de l'homme. Que sont donc, près de ce modeste praticien, qui réveille dans un corps humain la flamme éteinte de l'intelligence, que sont donc les plus fameux héros et les plus bruyantes renommées de l'histoire? »

L'œuvre de la réintégration des êtres desbérités et incomplets, dans la plénitude de leurs facultés et de leurs moyens de rapport, est en effet une œuvre complexe, comme il est dit dans ce paragraphe extrait d'une des brochures que nous analysons : le médecin y a sa grande part, le rôle capital, puisque c'est lui qui opère la métamorphose, qui déchire le voile placé entre une intelligence isolée et le monde extérieur, et qui procède, pour ainsi dire à une seconde création; mais il faut que l'homme de l'art trouve la matière toute prête, que la charité publique lui livre les infortunés qui réclament ses soins, dans un tel état qu'il n'ait plus qu'à ordonner et qu'il puisse compter sur l'exécution des mesures prescrites. Enfin, cette restitution, cette seconde création, sont une œuvre si sainte, que la charité publique et la sollicitude de l'État doivent la mettre au nombre de celles que la morale et le soin des peuples lui imposent en première ligne.

Le médecin peut sans doute s'en tenir, dans ces questions, à ce qui concerne sa spécialité, et laisser à l'économiste et à l'administrateur la tâche qui leur incombe, et c'est dans ce sens qu'a été dirigée la discussion académique qui a occupé plusieurs séances l'an passé. Mais, dans maintes circonstances de sa carrière, le médecin trouve des questions soi-disant étrangères, liées si intimement à celles qui ressortissent à sa profession, qu'il est entraîné tout naturellement à explorer les deux champs Et d'ailleurs, sentant toute l'importance du rôle qu'il pourrait remplir si on le mettait dans la position favorable, ne doit-il pas chercher à obtenir ces conditions indispensables?

M. Hubert Valleroux s'est placé au double point de vue scientifique et moral; le sentiment et le jugement président également à ses différents travaux. La spécialité de ce journal nous fait un devoir d'être bref sur le premier chapitre, mais la même réserve ne nous est point imposée sur le second, sur lequel nous ne nous étendrons néanmoins pas beaucoup pour d'autres motifs.

Il n'y a pas moins de 30,000 sourds-muets, et de 34 à 35,000 aveugles en France! Mais comme la cécité frappe à tous les âges, et principalement dans la vieillesse, tandis que la surdi-mutité commence dans les premières années de la vie, c'est celle-ci qui réclame le plus grand nombre d'établissements destinés à donner l'éducation et l'instruction. Là ne s'arrête pas la différence, car, d'après M. Hubert-Valleroux, dans l'état actuel des établissements, on écourterait trop la durée des études des sourds-muets, tandis que celles des aveugles pourraient être abrégées.

Il s'en faut de beaucoup que tous les sourds-muets de la France reçoivent les soins nécessaires dans les établissements destinés à cette spécialité médicale; beaucoup restent des êtres incomplets et à peu près inutiles à la société quand ils ne lui sont pas à charge. Il n'en est pas de même dans plusieurs États de l'Allemagne : ainsi, dans les villes anséatiques, en Hollande et en Danemark, tous les sourds-muets, soit onéreusement pour eux, soit à titre gratuit, reçoivent les bienfaits d'une éducation spéciale.

Ce n'est pas le tout de rendre leurs facultés aux pauvres déshérités, ou de leur créer des moyens artificiels de communication, ou de leur faire entrer dans l'esprit. par un mode particulier, les notions qu'ils n'eussent pu acquérir par eux-mêmes; il faut encore qu'au sortir des établissements, ils soient capables de subvenir à leur existence, qu'ils aient, en un mot, une profession. Or l'école de Paris, que son mode exclusif de traitement n'a point mis en heureux relief lors des derniers débats, ne brille pas non plus sous le rapport qui nous occupe; tandis que d'autres institutions, celle de Nancy par exemple, attachent une bien plus grande importance à donner une profession à tous les élèves qui en sortent.

Le choix des métiers n'est certes pas indifférent, et, tout bien supputé, les professions agricoles sont celles qui conviennent le mieux aux sourds-muets qui restent privés en tout ou en grande partie des moyens de communication dont jouissent les autres membres de la famille humaine. Aux États-Unis d'Amérique, l'éducation est toute rurale dans beaucoup d'établissements, et elle paraît exercer une très-heureuse influence sur les mœurs, le caractère et la santé des élèves, ainsi que cela a été constaté. Les travaux de la campagne sont de ceux dont on ne peut jamais se passer; ils assurent l'existence à ceux qui s'y adonnent. Il n'en est pas de même dans les grandes villes, où les bras sont le plus souvent employés pour satisfaire des besoins factices, et dans lesquelles, conséquemment, l'ouvrier est exposé au chômage. Le sourd-muet sortant de l'institution de Paris peut-il au moins toujours trouver des moyens d'existence dans le travail des villes? M. de Montglave établit, dans une pétition adressée à la chambre des pairs, que, sur 50 sourds-muets sortant de l'école de cette ville, il n'y en a pas deux qui soient en état de gagner leur vie! Triste résultat assurément! On pourrait presque dire : à quoi bon développer l'intelligence et augmenter la sensibilité morale de ces malheureux, si ce n'est que pour leur faire sentir plus vivement des misères qui les eussent moins émus dans leur état de torpeur et d'isolement primitifs?

Un tel état de choses demande des réformes que M. Hubert Valleroux réclame avec la chaleur d'un cœur humain, généreux et charitable; puis il entre dans la question médicale proprement dite, la traite avec connaissance de cause, comme un homme mûri dans de telles méditations, et arrive aux conclusions qui nous semblent les seules accep-

tables, à celles vers lesquelles la Gazette Médicale a toujours tenté de diriger l'opinion, à celles auxquelles M. J. Guérin s'est arrêté lors des débats académiques auxquels il a pris une part si active. La brochure de M. Hubert Valleroux a été publiée pendant ces débats mêmes. La rencontre d'une partie des idées qui y sont exposées avec les nôtres, heureuse coïncidence pour la question et pour la vérité, nous dispense de dire notre opinion à leur égard, et rendrait inutile un long exposé du travail de notre honorable confrère.

La méthode française, qu'on peut voir dans toute sa rigueur et son exclusivité à l'école de Paris, a souvent pour effet de faire des sourds-muets complets de sujets qui n'avaient point atteint ce degré extrême quand ils y sont entrés; d'autre part, il est des sourds-muets incurables pour lesquels elle est seule utile. En Allemagne, au contraire, on rend à l'intégrité de leurs fonctions des malheureux que la méthode française n'eût doués que de quelques moyens artificiels de communication; mais on perd son temps, dans d'autres cas, à rappeler la vie d'organes qui sont morts à jamais. La véritable méthode réside dans la combinaison des deux : soit dans leur application simultanée, chose quelquefois difficile, il faut l'avouer; soit dans le recours à l'une d'elle, non plus systématiquement, mais selon les cas et les catégories; soit enfin dans leur emploi successif quand l'expérience et l'examen ont fait voir qu'on avait commis une erreur en opérant le classement du sujet dans telle ou telle catégorie. Le diagnostic différentiel et précis est donc ici la pierre de touche, non-seulement du médecin qui veut poser un pronostic, mais aussi de l'instituteur. L'auteur insiste avec raison sur ce point capital.

M. Hubert Valleroux s'élève avec raison contre la tendance envahissante des instituteurs, qui pensent que toute la tâche est la leur, tandis qu'elle est double, puisque l'une échoit au médecin appelé à opérer sur les organes et à leur rendre l'intégrité sans laquelle ils ne peuvent fonctionner, et que l'autre, commençant là où finit celle du médecin, ou marchant parallèlement à elle, revient au pédagogue et consiste à parler à l'intelligence dont l'art a ouvert les voies en désobstruant les sens.

M. Hubert Valleroux croit les surdités congénitales beaucoup plus rares que ne le pensait Itard; de plus, spécialiste pour les maladies de l'ouïe, il a constaté que la sensibilité de cet organe est loin d'être radicalement éteinte dans un aussi grand nombre de cas qu'on ne l'a supposé. C'est un encouragement pour avoir recours aux différents procédés de la méthode allemande.

M. Hubert Valleroux ne croit pas, avec M. Puybonnieux que « rien ne soit plus facile à l'homme qui entend que de répéter les sons. » L'éducation d'un organe ouvert pour la première fois aux excitants du monde extérieur, est tout entière à faire. De plus, le sourd-muet a un langage à lui, une syntaxe spéciale dont il est malaisé de le corriger entièrement, de manière à l'amener à parler comme tout le monde; cette substitution du langage idéalisé, spiritualisé, à ce langage figuratif qui a quelques analogies de syntaxe avec le chinois, est une œuvre pleine de difficultés.

MM. Hubert Valleroux et Valade-Gabel se sont associés, chacun dans sa spécialité, pour amener les malheureux déshérités, du triste état de sourds-muets à celui des hommes que la nature n'a point maltraités, et déjà un certain nombre de succès bien nets sont venus les encourager dans leur œuvre scientifique, méritoire et philanthropique.

M. Hubert Valleroux, déjà connu des lecteurs de la Gazette Médicale par plusieurs travaux, et du public, par son Essai théorique et pratique sur les maladies de l'oreille, a considérablement étendu son champ d'observation, en s'élevant du traitement physique des maladies de l'ouïe, aux questions morales et psychologiques de la surdi-mutité, questions sur lesquelles il nous promet un travail plus considérable. Nous le connaissons comme praticien, et la Gazette Médicale a déjà apprécié ses productions; nous sommes enchanté de savoir qu'il est en outre un penseur et un philanthrope.

F. Jacquot.

VARIÉTÉS.

— Trois places, comme on sait, sont encore vacantes au bureau central des hôpitaux. Le jury de concours pour la nomination à ces places est ainsi composé : MM. Bourdon, Monneret, Nonat, Roslan, Pelletan de Kinkelin, Denonvilliers, Guersant, titulaires; Tardieu, Velpeau, suppléants.

Les candidats inscrits sont : MM. Bernard (Ch.-Paul), Boivin, Caillault, Cahen, Chammartin, Champeaux, Clairin, Davasse, Destouches, Frédault, Gabalda, Guibout, Hervieux, Labric, Laillier, Lemaëstre, Leudet, Malice, Mesnet, Millcent, Ozanam, Pioget, Poterin du Motel, Richard, Segond, Simonet, Trumet, Woillez.

— Choléra en Angleterre. — A Hunslet, près de Leeds, 15 cas, dont 8 décès; à Carrickfergus, 16 cas en huit nuits, dont 9 morts.

En Irlande, le choléra a fait des ravages à Kalinkanlish, dans le comté de Limerick; il se développe actuellement à Cork.

On n'a pas enregistré de nouveaux cas à Londres.

— L'hôpital Lariboisière a été ouvert lundi matin. On a placé des malades dans les salles, qui, par leur élégance intérieure et leur ameublement, font l'admiration de tous ses visiteurs. C'est à présent le plus magnifique établissement hospitalier de Paris.

Des six pavillons, trois sont en activité. Le service est ainsi partagé :

Médecine. — 1er Pavillon (hommes), 1er étage, MM. Hervez de Chégoin.
— — 2e — Pidoux.
2e Pavillon (hommes), 1er étage, Hortelonp.
— — 2e — Tardieu.
3e Pavillon (femmes), 1er étage, Pellelan.
— — 2e — Becquerel.

Chirurgie. — 1er Pavillon (hommes), et moitié du troisième (femmes), M. Voillemier.
2e Pavillon (hommes), et l'autre moitié du troisième, M. Chassaignac.

L'administration a reconnu que les promenoirs des malades étaient insuffisants. Le mur d'enceinte, beaucoup trop rapproché des bâtiments, étreint l'hôpital dans un espace trop resserré. Pour obvier à cet inconvénient grave, et pour donner aux malades le moyen de se livrer à l'exercice salutaire de la promenade, on se propose d'ajouter aux terrains actuels environ 27,000 mètres. L'acquisition se négocie en ce moment. Rien n'était plus désirable que l'agrandissement dont il s'agit, et la nécessité de le réaliser n'a pas manqué d'éveiller la sollicitude de l'administration. Le peu d'étendue des promenoirs était le seul point, dans la nouvelle construction, qui eût donné lieu à des critiques fondées : l'addition projetée y répond de la manière la plus satisfaisante. La dépense à faire pour cet objet sera considérable; mais après avoir créé à si grands frais un monument vraiment digne de la charité française, on ne pouvait hésiter à s'imposer un nouveau sacrifice pour le rendre véritablement complet.

Lorsque l'hôpital nouveau sera entièrement achevé, les frais de construction et d'ameublement s'élèveront de 9 à 10 millions.

— A la dernière séance de la Société syro-égyptienne de Londres, M. le docteur William Camps a lu « un écrit sur l'état de la science médicale parmi les anciens Égyptiens, à peu près vers le temps de la sortie des Juifs d'Égypte, d'après un papyrus qui se trouve maintenant au musée royal de Berlin. » Nous empruntons à cette intéressante communication les détails qui suivent :

Le docteur Burgsch (de Berlin), qui a traduit en langue allemande l'ancien manuscrit égyptien dont il s'agit, nous apprend que ce manuscrit est un papyrus couvert de caractères parfaitement tracés, non, à vrai dire, dans le style hiéroglyphique, mais dans le style hiératique de l'écriture égyptienne. Il a été trouvé, nous dit-il, avec un autre papyrus qui n'a pas encore été déchiffré, soigneusement renfermé dans un vase, à une profondeur de 10 pieds, tout à fait au milieu des ruines écroulées de l'antique cité de Memphis, la capitale des basses plaines de la basse Égypte. Ce papyrus a, suivant la description qui en est donnée, 16 pieds de longueur, et, d'après l'autorité du docteur Burgsch, il nous reporte presque, dans la chronologie des Égyptiens, à la période de temps ordinairement assignée à la sortie des Juifs de la terre d'Égypte. Suivant quelques autorités, il est vrai, la date précise assignée à ce papyrus par le docteur Burgsch, savoir, 1350 ou 1349 ans avant le Christ, le ferait appartenir, aussi près que possible, à celle de l'exode des Hébreux, tandis que, selon d'autres chronologistes, sa date, telle qu'elle est indiquée ci-dessus, le placerait à un temps quelque peu subséquent à cet événement et contemporain de l'occupation de la terre de Chanaan par les Juifs sous Josué ou sous ses successeurs immédiats, mais, dans tous les cas, à un temps de beaucoup antérieur à celui d'Asclepius ou d'Esculapius, communément désigné comme l'auteur de l'art divin de guérir. La partie de cet ancien manuscrit qui se rapporte aux arts pharmaceutique ou pharmacologique et médical, contient des formules ou recettes ordinairement employées contre certaines maladies bien connues, formules ou recettes que l'on regardait à cette époque comme d'une efficacité remarquable, par exemple, dans certaines maladies endémiques, dans certaines ébullitions du sang, ou, comme disent à présent les docteurs, dans les maladies exanthématiques, dans certaines affections de la peau et dans l'épilepsie. Les formules ou recettes détaillées indiquaient la préparation des remèdes destinés à être administrés à l'intérieur ou appliqués extérieurement; et, parmi ces préparations médicales, on trouve des médicaments qui portent les noms de frictions, d'onguents, d'emplâtres, de cataplasmes, de lavements, de boissons ou potions, et de décoctions, et qui sont pour la plupart accompagnés de quelques mots pour en diriger l'emploi ou pour les recommander dans des cas donnés, comme : à prendre le matin, à prendre le soir; ceci, cela, ou telle autre chose, est un excellent remède dans telle ou telle maladie, et ainsi de suite. Les médicaments sont extraits, comme on peut le supposer, de plantes alors connues des médecins égyptiens, mais dont les noms n'ont pas encore été déchiffrés; indépendamment de ces plantes, il est fait mention de diverses sortes de résines, ainsi que de la soude ou du natron, substances qui étaient des traditions demi-barbares. Le manuscrit en question est donc fort curieux, relativement à l'histoire de la médecine et de la pharmacologie parmi les anciens Égyptiens, dont le pays, d'après le témoignage de tous les auteurs et historiens grecs, a été le berceau des arts et des sciences de l'Occident.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

CRÉATION D'UNE CHAIRE DE PHYSIOLOGIE GÉNÉRALE A LA FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — M. CL. BERNARD, PROFESSEUR.

La création d'une chaire de physiologie générale est un événement d'une trop haute portée scientifique pour qu'il ne soit pas intéressant et utile de chercher à en apprécier la signification. A quelque point de vue qu'on le considère, c'est un bienfait plus encore pour la science, à laquelle il ouvre une nouvelle tribune, que pour le savant qui doit l'occuper. L'exposé des motifs du décret mentionne quelques-uns des avantages qui doivent résulter de cotte création. Mais soit que les rédacteurs de cet exposé n'aient pas voulu empiéter sur les prérogatives du nouveau professeur, soit qu'ils se soient moins préoccupés du caractère de l'enseignement nouveau que de l'esprit appelé à en être l'organe, toujours est-il qu'ils ont à peine effleuré l'ordre d'idées et de besoins auxquels on donne satisfaction. Un cours de physiologie générale professé à la Faculté des sciences peut bien être, comme le dit le rapport du ministre, « un enseignement où la physiologie sera » exposée en entier, sans arrière-pensée d'application, *uniquement* » en vue de faire *admirer* la nature avec plus d'intelligence, d'en » faire aimer le créateur avec plus de conviction. » Mais ce point de vue en quelque façon pur et contemplatif ne saurait suffire aux nécessités de la science actuelle. Nous faisons toutes réserves au profit de l'initiative du savant, et nous sommes bien persuadé qu'il ne manquera pas de donner à sa chaire l'éclat et l'originalité dont ses travaux et ses découvertes sont dès longtemps revêtus; mais en dehors des vues du ministre et en dehors du caractère scientifique du nouveau professeur, il est permis de se demander ce que peut être et ce que doit être, pour le plus grand bien de la science, un cours de physiologie générale professé à la Faculté des sciences de Paris.

Ainsi que le dit encore l'exposé des motifs, il existe dans les différents établissements scientifiques de la capitale plusieurs chaires où la physiologie est enseignée; mais tantôt cette science n'est présentée qu'à un point de vue particulier (le cours de physiologie humaine fait à l'École de médecine); tantôt le nombre insuffisant des leçons ne permet pas d'en aborder toutes les parties (le cours de physiologie comparée fait au Muséum. et le cours de physiologie expérimentale fait au collége de France). Cela est vrai, et il est encore vrai que nulle part la physiologie générale n'est enseignée. Mais qu'est-ce que la physiologie générale? quel est son objet? Le rapport ne le dit pas : on est donc forcé de demander, d'une part, aux présomptions philosophiques, et de l'autre aux lacunes de l'enseignement actuel de la physiologie, le sens et l'objet de la physiologie générale.

Au premier point de vue, la physiologie générale peut être la connaissance des phénomènes, des lois, des causes qui s'observent dans l'étude de la fonctionnalité animale, sans acception d'espèce ou d'individu, mais seulement dans ce que ces phénomènes, ces lois et ces causes peuvent offrir de commun à toutes les espèces et à tous les individus; c'est encore l'exposé des méthodes à l'aide desquelles la physiologie procède pour arriver à la notion qui fait son objet. Tel pourrait être, si nous ne nous trompons, le cadre philosophique et abstrait d'une physiologie générale. Pour être enseignée telle qu'elle vient d'être définie, cette physiologie devrait être réalisée quelque part, ou au moins exister à l'état de conception. Or rien jusqu'ici ne nous fait présumer que telle sera la marche de l'enseignement de la Faculté des sciences. Ce n'est pas le lieu de développer les avantages qui pourraient en résulter; ils se déduisent d'eux-mêmes pour les esprits que cela touche et intéresse : nous nous bornons à constater que, dans l'état actuel de la science, il n'existe point de physiologie générale comme nous l'entendons; et d'après les tendances et les directions bien connues de l'habile physiologiste appelé à la nouvelle chaire, il n'est guère à présumer que, pour la réaliser, il quitte la carrière positive de l'observation et de l'expérimentation, où il a déjà moissonné tant de beaux résultats, pour s'élancer dans les régions plus élevées, mais moins sûres, de la généralisation, pour laquelle il semble avoir moins de sympathie.

Mais si la physiologie générale, telle qu'elle vient d'être définie, n'existe encore nulle part ni en fait ni en puissance, il peut être permis de chercher dans les tendances actuelles de la science les directions qui s'en rapprochent le plus. A ce second point de vue, moins général, moins définitif, les acquisitions de la physiologie actuelle, et l'esprit dans lequel on les effectue, laissent peut-être moins de disproportion entre la grandeur du but et l'exiguïté des moyens. Ainsi réduite, la tâche d'un enseignement de la physiologie générale devrait consister à rapprocher, à relier entre elles les notions acquises sur l'ensemble des fonctions de l'organisme. Ce ne serait encore ni le plan ni l'idée de l'édifice entier, mais c'en seraient des matériaux, et des matériaux avec le caractère de leur destination. Ce ne serait encore ni la détermination des lois, et encore moins la systématisation des causes : ce serait simplement le rapprochement et la généralisation des données. Physiologie *universelle* dans son théâtre, *comparée* dans ses moyens, *humaine* dans son but, la physiologie générale consisterait à enregistrer et à faire connaître tous les développements de la notion physiologique telle qu'elle est possible aujourd'hui, sinon comme science, au moins comme collection de données scientifiques. Par exemple, on ne connaît à l'heure qu'il est de la circulation ni toutes les variétés des instruments, ni toutes les modalités de la fonction au point de vue purement historique; on est moins avancé encore en ce qui concerne la causalité éloignée et directe du mouvement et de la distribution des fluides; tout ce qu'on sait sur cette grande et générale fonction de l'animalité se réduit à quelques enregistrements partiels de ses particularités objectives, et à quelques vues plus systématiques que rationnelles sur sa vraie théorie, c'est-à-dire sur l'ensemble des forces qui la décident et la régissent. Telles sont les limites de la notion physiologique actuelle, considérée dans sa plus grande généralité; ces limites seraient naturellement celles de l'enseignement créé par le nouveau décret. Ainsi considéré, cet enseignement serait-il nouveau? Comporterait-il un certain degré d'originalité? Absolument nouveau, non. Il y a de longues années déjà qu'un professeur éminent par le savoir autant que par la parole attirait à la Sorbonne une jeunesse avide de l'entendre; lui aussi aspirait à résumer, à coordonner la notion physiologique actuelle dans son caractère le plus élevé; lui aussi mettait à profit toutes les ressources de la physiologie universelle, de

FEUILLETON.

UN ÉVÉNEMENT DANS LA PRESSE MÉDICALE.

Much ado for nothing.
(SHAKESPEARE.)

Il s'est produit récemment dans la presse médicale des phénomènes insolites qui ont mis en émoi un certain nombre de nos confrères en journalisme. Il s'en est suivi une polémique en prose et en vers, qui paraît devoir se prolonger, et dont nous devons rester prudemment simples spectateurs, Sganarelle nous ayant appris qu'*entre l'arbre et l'écorce il ne faut pas mettre le doigt*.

Mais àpropos de ces faits anormaux a surgi une question générale. On s'est demandé si la dignité professionnelle n'était pas compromise par ces excentricités d'un journal de médecine, si la presse médicale tout entière n'était pas mise en demeure de faire une démonstration pour en repousser la solidarité, et si enfin, mise en garde par ce précédent, il n'y aurait pas lieu à adopter quelque mesure préventive pour l'avenir. Dans la première vivacité de l'impression produite par l'événement, on a émis l'idée d'instituer, au sein de la presse médicale, une sorte de syndicat ou de conseil disciplinaire. Cette pensée a reçu des adhésions de divers côtés; et il paraît que quelques-uns de nos collègues les plus autorisés par leurs lumières et la loyauté de leurs intentions ne seraient pas éloignés de la prendre en considération. Il s'agirait même d'une réunion pour en délibérer. La chose prend donc un caractère assez sérieux pour exciter l'attention de tous les organes de la presse médicale. Dans ces circonstances, nous ne voudrions pas être accusés ni même soupçonnés d'indifférence dans une question qui intéresse, dit-on, l'honneur et la considération du corps médical, et qui est, pour le journalisme, une affaire de famille. A ce double titre la GAZETTE MÉDICALE est naturellement dans l'obligation d'avoir un avis et de l'émettre.

Nous avouerons tout d'abord que le fait ou les faits à l'occasion desquels on élève la question d'une organisation disciplinaire du journalisme médical, ne nous semblent pas avoir la gravité que des susceptibilités, d'ailleurs fort honorables et légitimes, leur ont attribué; et si cette institution existait, il serait peut-être difficile à son juge instructeur d'y trouver les éléments sérieux d'une poursuite. Que s'est-il passé, en effet? L'administration d'un journal médical annonce il y a quelques mois que, grâce à la libéralité sans exemple d'un généreux Mécène, qui veut rester inconnu (et qui l'est effectivement), elle peut rendre le prix de l'abonnement facultatif aux abonnés, lesquels payeront le journal, non ce qu'il vaut, mais ce qu'ils jugeront convenable d'en donner, la différence en moins entre le prix de vente et le prix de revient devant être prise sur la caisse dudit Mécène. Qu'y a-t-il à dire à cela? C'est une combinaison dont sans doute on ne s'était pas encore avisé; mais elle n'a rien de répréhensible en soi. Les propriétaires et les administrateurs d'un journal sont certes bien libres de le vendre au prix qu'ils veulent et même de le donner pour rien. C'est là un fait purement administratif, qui ne touche ni de près ni de

la physiologie comparée, de la physiologie humaine : cet homme, surpris à la tâche, avait nom de Blainville; et son œuvre, restée à l'état d'ébauche, n'a suffi qu'à montrer qu'elle était possible, avec éclat, avec utilité, mais aussi qu'elle était grande et difficile. Dans la science écrite, il existe encore un ouvrage où, à travers les nuages de la science germanique, on aperçoit un rayon de la vraie notion physiologique considérée dans sa plus haute généralité; du rapprochement de Blainville et de Burdach peut naître un commencement de physiologie générale; nul doute que l'esprit inventif, la raison prudente, et l'activité juvénile du nouveau professeur, ne puissent féconder ce rudiment et en tirer l'enseignement prévu par le nouveau décret et appelé par les besoins de la science. C'est ce que nous serons heureux de constater.

JULES GUÉRIN.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR LES FISTULES PULMONAIRES CUTANÉES (lu à l'Académie de médecine); par M. E. BOUCHUT, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, membre de la Société de biologie.

(Suite et fin. — Voir les nos 9, 10 et 11.)

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

Les fistules pulmonaires sous-cutanées formant tumeur à la peau offrent de très-grandes difficultés de diagnostic, et peuvent être confondues avec certains abcès intrathoraciques et les hernies du poumon.

Voici un exemple de cette méprise avec un abcès. Un malade phthisique, placé dans mon service à l'Hôtel-de-Dieu, avait sous la clavicule une tumeur molle, douloureuse, en partie réductible, sans changement de couleur à la peau, légèrement dilatable par l'inspiration, très-augmentée au contraire par l'expiration et les secousses de la toux. Cette tumeur était le siége, comme les parties voisines, d'un râle muqueux abondant. C'était, comme l'autopsie me l'a démontré, un abcès scrofuleux de la seconde côte, placé dans la poitrine, au-dessus d'une caverne pulmonaire adhérente. Cet abcès rentrait en partie dans la cavité du thorax; l'inspiration le faisait sortir incomplétement; l'expiration et la toux le chassaient en totalité au dehors. Les bruits muqueux qu'on croyait y entendre n'étaient que transmis, ils étaient produits au-dessous de la tumeur et se formaient dans la caverne subjacente. Je crus, je l'avoue, à une perforation du poumon communiquant sous la peau par un trajet fistuleux et formant une fistule pulmonaire sous-cutanée. Les mouvements d'expansion de la tumeur, sa réductibilité incomplète, son gargouillement à l'oreille, devaient me conduire à ce diagnostic. La nécropsie a démontré mon erreur, et je me demande encore si on pouvait éviter de la commettre. Je le crois aujourd'hui, et je pense que, dans ce cas, l'absence de crépitation et de gargouillement à la main pendant la réduction auraient pu me donner à penser que le gargouillement à l'oreille n'était qu'un bruit communiqué, que ce bruit venait des parties subjacentes, et nécessairement alors d'une caverne distincte de l'abcès. Ce bruit de gargouillement à la main existait dans l'observation de fistule pulmonaire sous-cutanée rapportée par M. Forgel (de Strasbourg).

Voici d'ailleurs l'observation du malade telle qu'elle a été recueillie par mon interne, M. le docteur Boullay :

ABCÈS SCROFULEUX INTRATHORACIQUE AVEC CARIE DES CÔTES SIMULANT UNE FISTULE PULMONAIRE SOUS-CUTANÉE; TUMEUR MOLLE, EN PARTIE RÉDUCTIBLE, SORTANT DANS LES EFFORTS D'INSPIRATION ET D'EXPIRATION.

OBS. XXII. — Au n° 29 de la salle Saint-Lazare à l'Hôtel-Dieu est couché le nommé Picard, âgé de 28 ans. Militaire depuis l'âge de 20 ans, il est sorti du service depuis le 15 avril seulement. Ses parents sont morts âgés; il a un frère qui est très-bien portant; il a eu d'autres frères qui sont morts jeunes. Étant enfant il a eu des croûtes dans la tête, des glandes autour du cou. Il a joui d'une bonne santé jusqu'en 1849, époque à laquelle il a eu la dyssenterie; au commencement de 1850 il a eu un *rhume* qui a continué jusqu'à présent en s'augmentant; au début cependant il a eu des intervalles pendant lesquels il ne toussait pas. Il a eu, il y a huit ou neuf mois environ, des crachements de sang qui n'était pas pur; ces crachements étaient peu abondants.

Ce malade a eu à plusieurs reprises du dévoiement qui a cessé actuellement; la nuit il a eu des sueurs qui sont ordinairement peu abondantes. Il a de l'appétit, les digestions sont faciles; des vomissements se sont manifestés il y a deux mois; ils ont disparu actuellement.

Au niveau des deux régions sous-claviculaires, il y a une matité considérable, à droite du gargouillement et de la respiration caverneuse à gauche; parfois on entend du gargouillement, mais habituellement on entend une respiration sèche à timbre métallique tout particulier. Il y a environ trois mois que, pendant une violente quinte de toux, il vit apparaître subitement au niveau du bord droit du sternum et du cartilage de la deuxième côte, entre celle-ci et la troisième, une tumeur du volume d'une moitié d'œuf de poule, molle, fluctuante, rénitente, à moitié réductible; il est assez difficile de bien s'assurer des caractères qui seraient révélés par le palper de la tumeur; car le malade dit qu'on le ferait mourir si l'on appuyait fort dessus, tant elle est douloureuse. Elle se dilate faiblement dans l'inspiration; elle se gonfle beaucoup au contraire dans l'expiration. La peau à son niveau n'est point altérée. La seconde côte est très-mobile vers la partie moyenne, et paraît séparée de son cartilage sternal. On ne sent aucun battement dans la tumeur; elle gargouille sous la pression des doigts, et on y entend les mêmes bruits muqueux au moyen de l'oreille; ce gargouillement est le même qu'on entend dans la région sous-claviculaire voisine.

Fièvre continue, avec exacerbations nocturnes, sueurs pendant la nuit, sommeil interrompu, amaigrissement assez notable, une dyspnée considérable, toux fréquente, expectoration épaisse et puriforme; quelques symptômes de pleurésie se sont manifestés à gauche pendant les jours suivants; puis les forces ont diminué rapidement, et le malade a ainsi vécu dans le marasme pendant deux mois; il a succombé le 21 février, à deux heures du matin.

AUTOPSIE le 22 à huit heures.

Le poumon gauche présente une énorme caverne capable de contenir le poing; cette caverne principale communique avec d'autres plus petites. Le sommet du poumon droit contient plusieurs cavernes du volume d'une noix. Les deux poumons, dans le reste de leur étendue, présentent en outre des plaques de tubercule infiltré et granuleux, ressemblant aux granulations grises de la pneumonie au troisième degré.

Avant d'ouvrir la poitrine, M. Bouchut avait disséqué lui-même une collection purulente située au devant de la partie supérieure du sternum, et qui

---

loin à l'exercice de la profession médicale, et n'engage en rien la responsabilité morale du médecin. Qui ne sait, d'ailleurs, que souvent la propriété, et par suite l'exploitation d'un journal, ne sont pas entre les mains de ceux qui le rédigent. Le talent, la science, la littérature, ont alors à compter avec le capital, qui n'est pas toujours éclairé et est volontiers despote. Il faut bien prendre garde à cela lorsqu'on veut apprécier le jeu de telle ou telle de ces machines. Quant au cas présent, nous n'y avons vu qu'une opération financière assez bizarre, mais dont il importait peu de pénétrer le secret. Aussi nous sommes-nous contenté d'adresser des félicitations au journal qui avait eu la fortune de rencontrer un actionnaire si fantaisiste, et un capitaliste qui faisait, au profit de la science et du public, un emploi si judicieux de ses fonds.

Jusqu'ici il n'y a rien de bien alarmant; mais voilà que ce même journal fait une seconde manifestation. Il annonce que, conformément à la volonté du donateur, toujours inconnu, une distribution de récompenses va être faite entre les collaborateurs jugés les plus méritants, sous forme de médailles d'or ou d'argent d'un beau module. Suit la proclamation des noms de onze lauréats. Voilà le fait. Il n'est pas, ce nous semble, plus étrange que le premier dont il est la conséquence. Il est naturel que l'actionnaire invisible, qui fait les frais de publication et de rédaction, veuille disposer de ses fonds à sa guise, et s'il prend les charges du rôle de Mécène, il est juste qu'il en ait les honneurs. La mesure en elle-même est tout administrative. Cette forme de rémunération honorifique des écrivains qui ont apporté au journal le tribut de leurs veilles est licite. Tous les jours on voit des chefs de grands établissements encourager d'une manière analogue les travailleurs qui se sont distingués par le zèle ou l'habileté. Dans l'armée, on donne des médailles et des croix pour prix des belles actions. Dans les lycées, on excite l'émulation des jeunes gens par des couronnes de laurier décernées au bruit des fanfares. C'est probablement sur ces exemples que s'est réglé le haut et puissant patron du journal dont il s'agit. Du côté du journal donc, il n'y a, dans cette nouvelle phase de sa marche erratique, rien dont la profession médicale ait sujet de s'inquiéter. C'est une affaire de ménage entre les propriétaires-directeurs et les collaborateurs dont personne n'a le droit de se mêler. Quant aux médaillistes en or ou en argent, il peut y avoir quelques doutes sur la parfaite convenance de leur rôle dans cette mise en scène. Mais ils sont, nous le supposons, plus malheureux que coupables; il n'est pas probable qu'ils aient sciemment encouru le ridicule d'une pareille exhibition; ils sont plus à plaindre qu'à blâmer. Dans tous les cas, ce serait porter loin le rigorisme que de voir dans leur fait une grave atteinte à la dignité médicale. En quoi le caractère, l'honorabilité du médecin sont-ils engagés ici? C'est principalement comme auteurs, comme écrivains, qu'ils paraissent. Or, en supposant que quelques-uns aient entendu avec plaisir ou même provoqué ce petit coup de trompette — ce qui est fort possible, car il y a des amours-propres d'auteur aussi faciles à contenter qu'à blesser — il n'y a pas de quoi appeler l'anathème sur leur tête ni couvrir la nôtre de cendres. Tout ceci, on l'a dit, est une comédie. Il ne faut donc pas le prendre au tragique. Le ridicule est une peine suffisante pour ceux qui la jouent sciemment, et la meilleure leçon pour ceux qui, par faiblesse ou imprévoyance, s'y sont laissé imposer un rôle.

Nous n'entendons pas pour cela amnistier complétement ces faits. Ils sont

était supposée devoir communiquer avec le poumon, à cause des mouvements d'expansion et de retrait qu'on observait pendant l'expiration et pendant l'inspiration.

M. Bouchut met l'abcès à nu, puis soulève le sternum, après avoir désarticulé les clavicules et coupé à leur insertion costale les cartilages costaux, dans l'intention de trouver la communication de l'abcès avec le poumon. Il constate que cette communication n'existe pas, et que l'abcès s'est formé sur place.

Voici quels sont les caractères de cet abcès et les lésions qui l'accompagnent. Il a le volume d'une grosse noix; il est placé à la partie antérieure et droite du sternum, au niveau de la réunion de la poignée avec le corps de cet os, et au niveau du cartilage de la seconde côte. L'incision de la tumeur donne issue à un pus crémeux, jaune et très-épais. On constate que ce pus, 1° est épanché dans l'espace qui sépare le corps du sternum de la poignée; 2° qu'il baigne un fragment de cartilage costal détaché et libre partout, excepté à sa partie postérieure.

Ce fragment de cartilage de forme conique, à sommet en dedans, à un diamètre d'environ 0,01. Il a perdu toute adhérence avec le sternum; en dehors il présente des inégalités et est séparé du reste du cartilage par un espace d'environ 1 centim., espace dans lequel on voit une sorte de détritus grisâtre. La face antérieure de ce fragment, triangulaire, est lisse et parfaitement polie.

M. Robin, à qui la pièce a été confiée, n'a trouvé rien de particulier sous le rapport microscopique. Le pus trouvé dans l'abcès était normal et sans mélange de tubercule. Les caractères microscopiques du cartilage, malgré son érosion, n'ont pas changé. Il est probable, dit M. Robin, que la séparation du fragment de cartilage a été consécutive au soulèvement du périchondre par le pus; le décollement du périchondre a été suivi de la formation d'une sorte de séquestre cartilagineux.

L'obs. 23 de ce mémoire montre la possibilité d'un autre genre de méprise avec la hernie du poumon. Ici l'erreur, très-excusable et très-facile, a été commise à la Pitié par un très-grand nombre de chirurgiens et de médecins, presque tous chefs de service.

Un phthisique tombe la poitrine en avant sur la tige du dossier d'une chaise, et cette chute amena aussitôt à l'endroit contusionné, sous la clavicule, une tumeur grosse comme un œuf de poule, molle, réductible, sortant à chaque expiration et environnée d'*emphysème sous-cutané*. Elle resta sonore à la percussion, et l'oreille y entendait un mélange de souffle et de râle crépitant à grosses bulles. Elle disparaissait dans l'inspiration et laissait à la place une excavation très-prononcée. Peu de jours après l'emphysème du tissu cellulaire disparut, la tumeur conserva ses autres caractères et en particulier la crépitation à grosses bulles dont j'ai parlé plus haut.

On crut à une hernie traumatique du poumon, et au bout de cinq mois le malade dans le même état fut renvoyé de l'hôpital. Il revint, un an après, dans mon service à la Pitié. La tumeur s'était ouverte sur un point et communiquait avec une caverne; à côté se trouvaient deux autres tumeurs manifestes à chaque expiration violente, et qui aboutissaient de même, par des trajets fistuleux distincts, à d'autres excavations pulmonaires.

Dans ce cas, on trouve la plupart des caractères de la hernie du poumon, tels que les a indiqués M. Morel-Lavallée dans son mémoire; et on comprend que la formation subite de la tumeur, avec présence d'emphysème, ait pu faire croire à l'existence d'une hernie du poumon. Cependant les antécédents du malade, la matité sous-claviculaire et le volume des bulles du gargouillement auraient pu du moins faire présumer la présence d'une fistule pulmonaire sous-cutanée. Dans la hernie du poumon, au contraire, la résonnance de la poitrine reste naturelle et la crépitation de la tumeur ordinairement très-fine.

Voici cette observation, qui est des plus intéressantes :

FISTULE PULMONAIRE CUTANÉE.

OBS. XXIII. — Jules Parent, âgé de 25 ans, doreur, né à Paris et demeurant rue de Crussol, 26, est couché salle Saint-Paul, n° 52, à la Pitié.

Cet homme est d'une constitution moyenne; sa poitrine est étroite, osseuse et décharnée. Bien que son état n'ait rien d'héréditaire, les antécédents qu'il nous offre sont fâcheux. Il est sujet à s'enrhumer; en 1843 il a éprouvé une atteinte grave du côté de la poitrine, et il a eu un fort crachement de sang. Ces hémoptysies se sont plusieurs fois renouvelées depuis cette époque.

Parti après cet accident comme soldat de marine, il s'était presque rétabli par le séjour à la Martinique; mais revenu en France à la fin de 1848, il s'est enrhumé de nouveau, sa santé s'est altérée, il eut de fréquents accès de fièvre, des sueurs nocturnes, de la diarrhée, puis il eut une otite suivie de surdité et d'écoulement par l'oreille gauche.

Il était dans cette situation lorsqu'au mois de juillet 1850, dans une partie de plaisir, étant monté sur une table, il tomba la poitrine en avant sur l'extrémité saillante et arrondie du dos d'une chaise. Une douleur violente fut le résultat de cette chute, et aussitôt se manifesta dans la région contuse une petite tumeur grossissant à chaque expiration. Dans la nuit eurent lieu quelques accès de toux accompagnés de crachats ensanglantés, et le malade vint à l'hôpital le 1er juillet 1850 dans le service de M. Michon à la Pitié, où l'observation fut recueillie par M. Mesnet.

M. Michon put constater dès le premier jour, entre la troisième et la quatrième côte gauche, au milieu de la distance qui sépare le sternum de l'épaule, une surface de 4 centim., molle, dépressible, élastique. Le doigt s'enfonce dans l'espace intercostal jusque sur le bord inférieur de la quatrième côte qui a conservé sa courbure et sa solidité; le bord inférieur de la troisième est moins facilement accessible. La surface contuse de la peau est légèrement éraillée et offre une légère teinte bleue ecchymotique.

A chaque expiration se montre une tumeur oblongue, lobulée, molle, élastique, du volume d'un œuf de poule, augmentant de résistance par les efforts de la toux. Cette tumeur crépite sous les doigts et an pourtour il existe de l'*emphysème sous-cutané* qui menace de s'entendre au loin. Elle est sonore à la percussion, et l'auscultation y révèle un mélange de souffle et de râle sous-crépitant à grosses bulles. Elle disparaît à chaque inspiration, et on voit à sa place une excavation très-prononcée.

Le malade tousse, rejette des crachats ensanglantés; sa respiration est assez facile; la chaleur de la peau est la bonne, la fièvre modérée; la douleur est presque nulle. (Saignée de deux palettes; compresses d'eau froide sur la tumeur; bandage de corps; diète.)

Le 3 juillet, l'état de la tumeur est le même. L'*emphysème* s'est étendu à toute la paroi thoracique du côté gauche. La fièvre reste peu considérable. (Saignée de trois palettes; même pansement.)

Les jours suivants nul phénomène inflammatoire ne se manifeste dans le thorax. La respiration est facile; le malade continue à tousser; ses crachats sont muqueux et ne renferment plus de sang. On continue la compression méthodique de la tumeur.

Le 10 juillet, l'emphysème a diminué de moitié. L'état général est satisfaisant. La tumeur conserve son volume; la compression n'a encore produit aucune amélioration de ce côté. (Même pansement.)

Le 17 juillet, l'emphysème a complétement disparu.

Le 2 août, la tumeur conserve le même volume, malgré la compression sup-

---

regrettables. Ce ne sont pas des exemples à recommander. Nous disons seulement qu'ils ne constituent pas une infraction assez grave à la morale professionnelle, une dérogation aux habitudes avouables du journalisme assez notable pour motiver les projets de mesures protectrices et répressives dont on a parlé. Ce sont des écarts qui, selon nous, ne relèvent que du tribunal de l'opinion, et dont l'opinion suffit pour faire justice. On le verra bien dans ce cas-ci.

Croit-on sérieusement qu'un comité ou conseil disciplinaire de la presse médicale — si tant est qu'on puisse instituer quelque chose de semblable — aurait prise sur ces actes équivoques, dont on ne saurait dire s'ils proviennent plutôt d'un défaut de tact moral que d'un manque de goût ou de jugement? Il ne pourrait évidemment pas les prévenir. Les pourrait-il mieux réprimer? Pas davantage, à moins qu'il n'eût le droit d'ordonner et de contraindre matériellement, ce qu'on ne lui accordera sans doute jamais. L'admonition, la censure, l'ostracisme moral, seraient de petits moyens d'intimidation pour ceux que n'aurait pas arrêtés la forte barrière de l'opinion.

On sait les difficultés qu'a rencontrées jusqu'ici l'institution des conseils médicaux à attributions disciplinaires. La considération des avantages que la profession en retirerait certainement n'a pas pu contre-balancer la crainte des graves inconvénients qui pourraient en résulter. Mais ce qui paraît à tant d'esprits droits et sincères d'un succès si douteux dans le corps médical, aurait probablement moins de chances encore de réussir parmi les journalistes. La règle des mœurs et de la conduite du journaliste n'est pas facile à tracer. Qui se chargera de déterminer les droits et les devoirs, de poser les limites du permis et du défendu, dans la polémique, dans les luttes de la concurrence, dans la recherche de la publicité? Et pourtant l'efficacité, et même la possibilité d'une action modératrice, rectrice et disciplinaire de la presse, exercée par elle-même sur ses propres membres, suppose une détermination au moins approximative de toutes ces choses. La presse médicale, d'ailleurs, pas plus que toute autre spécialité dans le journalisme, ne peut être assimilée à une corporation professionnelle; elle n'est pas un corps : c'est un camp volant, composé de volontaires dont chacun fait la guerre pour son compte, aujourd'hui compagnons du voisin, demain ennemis, selon les accidents de la campagne. Comment persuader à ces partisans de se soumettre à une police commune?

On dira que c'est là précisément le mal; que si la presse médicale n'est pas un corps, elle doit chercher à en constituer un. Nous avons de fortes objections à faire à cette vue; si l'occasion de traiter la question se présente sérieusement, nous les exposerons. Il nous suffira de dire, pour le moment, qu'à défaut de raisons pertinentes et pratiques, nous éprouvons une défiance instinctive à l'égard de ces projets d'organisation, de corporation, qui tendent tous plus ou moins directement à la suppression de la liberté. La liberté est l'essence même du journalisme. C'est là que l'indépendance, et par conséquent la responsabilité individuelle, doit rester entière. Là les fautes sont absolument personnelles comme les mérites, chacun y répond de ses œuvres; ce serait aller contre le principe vital de la presse, médicale ou autre, que de chercher à y introduire le principe de la solidarité. Il faudrait qu'on apportât des raisons bien fortes, et nous l'avouons, bien imprévues, pour convertir la

portée par elle; elle se gonfle dans l'expiration pour disparaître et se creuser dans l'inspiration. Elle est le siége de craquements et de *crépitation à grosses bulles* qui éclatent sous les doigts avec un son clair, semblable au claquement d'une main étendue frappant sur la surface de l'eau.

Elle est dure, élastique, inégale, lobulée à la partie inférieure, et la peau qui la recouvre, amincie, devient bleuâtre dans l'expiration forcée.

Le malade a de la fièvre tous les soirs, avec des sueurs nocturnes, et depuis quelques jours il a de la diarrhée.

Le côté droit de la poitrine est malade. De la matité existe sous la clavicule, et l'auscultation y révèle des craquements humides, nombreux et suspects.

M. le professeur Piorry fut alors prié d'examiner le malade, et il trouva:

1° De la résonnance au niveau de la tumeur, de la matité sous la clavicule, et dans les fosses sus et sous-épineuse à gauche de la résistance au doigt;

2° Du souffle amphorique très fort et très-marqué dans l'expiration au niveau de la tumeur, et dans le sommet du poumon correspondant des craquements humides mêlés au bruit de l'inspiration, et en arrière le même bruit amphorique dans les temps du mouvement respiratoire.

Le 7 août, le souffle amphorique diminue et se trouve masqué par des liquides produits des ronchus et du gargouillement.

Le 30 août, même état de la tumeur dont le volume n'a pas sensiblement diminué. L'état général est le même. On continue la compression.

Le malade reste ainsi à l'hôpital pendant cinq mois, et sort le 25 décembre 1850, avec sa caverne tuberculeuse, sa poche sous-cutanée gazeuse, communiquant avec le poumon, à travers un espace intercostal et dans un état de phthisie bien caractérisé.

Un instant on avait cru voir dans cette tumeur une hernie du poumon; ce fut même l'idée de MM. Michon et Piorry. Ce n'est pas la mienne. Je croirai plutôt que dans ce cas, où il y avait caverne pulmonaire, avec adhérences pleurales, la contusion reçue par le malade a produit une perforation du poumon au niveau de la caverne, et la formation d'une poche sous-cutanée gazeuse avec *emphysème cellulaire*. Ce qui m'empêche de croire à l'existence d'une hernie du poumon, c'est ce même emphysème qui atteste une perforation, et de plus l'état organique du poumon, adhérent, dur, sans souplesse et impossible à déplacer.

Quoi qu'il en soit, le malade sortit; c'était le 25 décembre 1850. Il resta fort souffrant tout l'hiver, et il lui fut impossible de travailler. Sa tumeur, qui n'avait jamais complétement disparu, rougit au sommet et s'ulcéra sous l'influence d'un emplâtre maturatif dit *emplâtre de pauvre homme*.

Il revint à la Pitié, dans mes salles, le 13 juin de l'année 1851. C'est alors que je le vis pour la première fois. Son teint pâle, jaunâtre, décoloré, son visage amaigri, ses cheveux noirs décolorés par mèches, sa poitrine osseuse, décharnée, indiquaient de longues souffrances.

La respiration était assez fréquente et assez pénible, mais non douloureuse; la toux très-répétée et l'expectoration épaisse, puriforme, etc. La tumeur, située au devant de la poitrine, s'est ouverte au dehors, et il s'en écoule du pus à chaque instant.

On voit, entre la deuxième et la troisième côte gauche, au-dessus du mamelon, l'existence d'une ulcération large de 2 centimètres, à bords rouges taillés à pic, à fond rougeâtre; à la partie inférieure de l'ulcération se trouve un petit pertuis par où l'air s'échappe toutes les fois que le malade parle ou tousse. Au-dessous de cette ouverture, entre la troisième et la quatrième côte se trouve une petite saillie recouverte par une peau molle et amincie, et qui se soulève en formant une tumeur pendant l'expiration; à droite de cette tumeur, au même niveau du sternum, on observe une autre tumeur emphysémateuse grosse comme une noix, molle et fluctuante à son centre, recouverte par une peau rouge et amincie, se soulevant également lorsque le malade expire, tousse ou parle. Ces deux tumeurs communiquent avec l'ouverture entanée par un trajet étroit que l'on voit se gonfler et se dessiner sous la peau en même temps que les tumeurs.

Chaque fois que le malade respire, l'air sort avec violence et est facilement appréciable par la main appliquée à 6 ou 8 pouces de la poitrine; l'issue de l'air est très-rapide et s'accompagne d'un bruit éclatant et nasillard; à dix ou douze pas, on l'entend parfaitement.

L'examen des organes contenus dans la poitrine donne les résultats suivants: sur la clavicule gauche, matité évidente; à droite, il y a également un peu de matité; en auscultant sous la clavicule, on trouve une inspiration et une expiration faibles, mêlées de râles muqueux; puis, au niveau de l'ouverture, respiration amphorique avec gargouillements. En appliquant le stéthoscope sur l'ouverture fistuleuse, on entend à l'oreille une pectoriloquie très-marquée. L'auscultation de la tumeur placée au-dessous de l'ulcération fait entendre un gargouillement à bulles fines. La tumeur située au niveau du sternum donne le même phénomène; dans les parties voisines, le poumon est rempli de râles sous-crépitants; dans l'aisselle gauche, on trouve du souffle et du gargouillement; en arrière, matité dans la fosse sus et sous-épineuse; respiration amphorique à timbre métallique; gargouillement dans la fosse sous-épineuse à la partie inférieure; respiration vésiculaire parfaitement pure.

Du côté droit, sous la clavicule, respiration faible, expiration prolongée, râle sous-crépitant en arrière, un peu de matité dans la fosse sus-épineuse, râles sous-crépitants profonds.

Le cœur est sain, l'impulsion précordiale faible, les battements éloignés un peu déplacés en bas et à gauche, mais ils n'offrent rien d'anormal; pouls, 100 pulsations.

L'estomac est un peu troublé, l'appétit perdu, la langue blanche; aigreurs, digestion difficile; diarrhées assez fréquentes. Le malade se lève, marche un peu, mais difficilement. Tous les soirs il a la fièvre, avec frisson et exacerbation quotidienne irrégulière. (Tisane pectorale; julep diacodé; pansement simple.)

8 juillet. La tumeur voisine du sternum augmente de volume; la peau qui la recouvre bleuit et s'amincit chaque jour, menaçant ainsi de s'ulcérer; je l'ouvris alors d'un coup de lancette; il en sortit une quantité considérable de pus jaunâtre, mal lié et mélangé d'air. Ce fut une seconde fistule communiquant avec le poumon; l'état général resta le même, et chaque soir un accès fébrile venait aggraver la situation du malade.

Le 12, il s'écoule encore, par la nouvelle ouverture, une assez grande quantité d'une sérosité blanchâtre. Chaque fois que vient la toux, le malade est obligé de boucher exactement ses deux fistules. Sans cette précaution, la matière à expectorer sort par les ouvertures cutanées au milieu d'un fort gargouillement perceptible à dix ou douze pas du malade, et avec projection du liquide à quelques centimètres de la poitrine. Cette occlusion artificielle des fistules n'est pas moins nécessaire à la respiration et à la production de la voix. En effet, la dyspnée se montre dès que les ouvertures fistuleuses sont libres, et le malade, qui peut commencer à dire quelques mots, se trouve tout à coup interrompu; sa voix lui manque, il deviendrait aphone si aussitôt il ne mettait pas sa pelote compressive au niveau des ouvertures du thorax.

Le 16, le malade se plaint d'une diarrhée assez intense; il a en même temps de la bouffissure du visage et de l'œdème au scrotum.

Le 17, diarrhée abondante, perte d'appétit.

Le 20, la diarrhée persiste, malgré l'administration des opiacés, sels astringents. Les bourses ont un volume considérable.

Le 21, ponctions avec la lancette dans le scrotum, pour évacuer la sérosité.

Le 22, même état; l'œdème gagne les membres inférieurs.

Le 24, dyspnée considérable, gêne de la parole; le malade pousse des gémissements plaintifs; il n'a point dormi la nuit; on observe sur la partie latérale gauche du cou des plaques rougeâtres, érythémateuses, qui remontent

---

Gazette Médicale sur ce point. Cependant elle est disposée à écouter les propositions ou motions qu'on pourra faire à ce sujet, à discuter avec ses collègues de la presse les plans qui pourront être présentés. Elle ne cherche, comme eux tous, que le bien. Qu'on lui montre seulement la route qui y conduit sûrement; on l'y verra entrer aussitôt avec docilité.

En attendant, nous pouvons en toute sûreté clore ces réflexions par la citation shakespearienne qui nous a servi d'épigraphe, et qu'il est inutile de traduire, puisque Anglais et Français ne forment plus qu'un seul peuple:

Much ado for nothing.

L. P.

— A la suite d'un rapport du ministre de l'instruction publique, l'empereur a rendu le décret suivant:

Art. 1er. La chaire de botanique, anatomie et physiologie végétales de la Faculté des sciences de Paris est et demeure supprimée.

La chaire d'organographie végétale de ladite Faculté prend le titre de chaire de botanique.

Le cours de botanique dure deux ans, et commence chaque année le 1er mars; l'une des deux années est consacrée à l'anatomie et à la physiologie végétales, l'autre à la botanique descriptive.

Art. 2. Il est créé à la Faculté des sciences de Paris une chaire de physiologie générale.

Art. 3. M. Claude Bernard, docteur ès sciences, est nommé professeur de physiologie générale à la Faculté des sciences de Paris.

— M. Lévy a été présenté par 18 voix sur 28 pour la place vacante au conseil de salubrité du département de la Seine.

— Le concours du prosectorat, ouvert depuis quelque temps, vient de se terminer par la nomination de M. Foucher.

Cette nomination laisse vacante une place d'aide d'anatomie. En conséquence, un nouveau concours s'ouvrira le 27 mars 1854 pour pourvoir au remplacement de M. Foucher. Tous les étudiants en médecine seront admis à prendre part à ce concours.

— Dans sa dernière séance, la Faculté de médecine de Montpellier a procédé à no vote par scrutin secret, afin de dresser les listes de présentation des professeurs pour les jurys de médecine.

Pour la présidence du jury de la circonscription ont été présentés sur la première liste: MM. Dumas et Jaumes; sur la seconde liste: MM. Fuster et Alquié.

Le gouvernement demandant trois listes de présentation pour le jury médical du département, elles sont composées de la manière suivante: 1re liste: MM. Bouisson, Alquié; 2e liste: MM. Boyer, Martins; 3e liste: MM. Jaumes, Dupré.

Nous ferons connaître plus tard les choix de l'autorité.

jusqu'à l'oreille. L'hydropisie augmente; elle occupe le membre supérieur.

Le 25, l'état général est encore plus alarmant; le malade, insensible à tout ce qui se passe autour de lui, éprouve une gêne de plus en plus considérable de la respiration; pouls petit, très-resserré; refroidissement des extrémités; sueur froide visqueuse sur tout le corps.

Le malade meurt à onze heures du soir.

AUTOPSIE trente-six heures après la mort.

Le poumon gauche est complétement adhérent aux parois thoraciques dans toute leur étendue, et il leur est uni par une fausse membrane cartilagineuse d'une épaisseur approchant d'un centimètre. Tout le lobe est rempli de cavernes et de cavernules communiquant les unes avec les autres. L'une d'elles a le volume d'une noix, et elle occupe le sommet en arrière. Le parenchyme pulmonaire environnant est grisâtre, granitique, dur et résistant sous les doigts et sous le scalpel. On y voit çà et là, dans quelques points plus vésiculaires, rougeâtres et moins indurés, des granulations miliaires tuberculeuses jaunes, opaques.

En avant, au niveau du troisième espace intercostal, existe une cavité du volume d'un œuf, formée d'une part par l'excavation du poumon et la perte de substance de cet organe, et de l'autre par la paroi du thorax ulcérée, dans une étendue de 6 centimètres de l'espace intercostal et communiquant au dehors par plusieurs trajets sinueux sous-cutanés, dont je vais parler dans un instant.

Cette cavité est irrégulière du côté du poumon, et présente plusieurs orifices bronchiques par où l'air s'échappe lorsqu'on insuffle les bronches. Les parois sont assez lisses et recouvertes par une membrane molle peu résistante, ayant l'aspect d'une muqueuse imparfaite de nouvelle formation.

Son orifice est large, situé entre la deuxième et la troisième côte. Ses bords arrondis sont également tapissés par la même membrane molle rougeâtre, comme villeuse, et le muscle pectoral sert d'opercule.

Cependant, de cette large ouverture partent trois trajets qui, à travers le muscle, viennent à sa surface, au-dessous de la peau, former les tumeurs gazeuses observées dans la vie, et dont l'une s'est ulcérée, dont l'autre a été ouverte, et la troisième restée à l'état de poche affaissée en l'absence des gaz.

Le premier trajet est court, s'élève directement en haut et communique avec l'ulcère cutané par un conduit très-court, gros comme un tuyau de plume, le deuxième est horizontal, reste sous le pectoral, se prolonge jusqu'au sternum, où il devient sous-cutané; il forme une large poche, tapissée par une membrane molle rougeâtre, à demi remplie de mucus et ouverte à l'extérieur par une incision faite durant la vie. Ce trajet sinueux, fistuleux, suit l'espace intercostal, et on remarque que le cartilage de la troisième côte a entièrement disparu; il n'en reste plus qu'un petit moignon fixé au sternum; ni cet os, ni les côtes elles-mêmes ne sont affectés.

Le troisième trajet descend jusque sur la quatrième côte et reste sous-cutané; il forme une petite poche oblongue fermée à l'extérieur et se dilatant par l'expansion gazeuse. Il est également tapissé par une membrane mince de formation nouvelle.

De sorte que l'excavation pulmonaire, placée derrière les côtes, s'est étendue dans le troisième espace intercostal, et de là, par une triple irradiation, a formé trois trajets fistuleux : un supérieur, un inférieur et un autre horizontal; un seul est resté à l'état de fistule borgne, les deux autres ont formé des fistules pulmonaires complètes, une naturellement et l'autre faite par le bistouri.

Le lobe inférieur de ce poumon est rempli de tubercules crus et ramollis, à divers degrés de transformation.

Tout le poumon droit est adhérent aux côtes, et il est environné par des anciennes fausses membranes, devenues cartilagineuses et d'une épaisseur considérable, offrant un centimètre en quelques points.

Ce poumon est rempli de cavernes et de cavernules; son tissu, profondément altéré, présente des masses de granulations confluentes ou dispersées, les unes jaunâtres, opaques, les autres blanches, mal formées et environnées de parenchyme pulmonaire grisâtre induré, ne crépitant plus et tombant au fond de l'eau.

Le péricarde renferme un peu d'épanchement séreux; le cœur n'est pas malade, ses parois sont molles et ses cavités remplies de sang noir diffluent.

Le foie est légèrement hypertrophié et a subi un commencement de dégénérescence graisseuse.

La rate est ferme, résistante et difficile à pénétrer avec les doigts.

L'estomac et l'intestin grêle sont sains. Dans le gros intestin, mais surtout dans le cœcum, se trouvent de petites ulcérations recouvertes de matière purulente concrétée.

Le cerveau est sain, les ventricules renferment une notable quantité de liquide séreux.

Le rocher est intact, ce qu'on ne pouvait supposer, en raison de la suppuration de l'oreille, et de la surdité existant depuis longtemps chez ce malade.

Les fistules pulmonaires cutanées sont beaucoup plus faciles à reconnaître, parce que, dans la plupart des cas, la communication de l'orifice extérieur et de la caverne est directe, et que le phénomène de la brusque sortie de l'air par la plaie ne laisse aucun doute sur sa véritable nature. Cependant il y a des fistules du thorax consécutives aux abcès intrathoraciques et à l'empyème, qui communiquent avec des foyers où le pus se trouve mélangé d'air. Il arrive alors, dans les secousses de la toux, que le liquide chassé au dehors avec quelques bulles de gaz fait entendre une crépitation très-prononcée. M. Reybard a publié deux observations dans son mémoire sur l'empyème. J'en ai vu un exemple à la Charité, sur un jeune homme affecté de fistule pleurale, et auquel j'ai donné des soins lorsque je remplaçais M. Andral, en 1850. Il y en a eu un autre observé la même année dans le service de M. Piorry; il est relatif à un homme atteint de fistule pleurale dans un hydropneumothorax. Chez ces malades, l'air sortait à des intervalles variés, en petite quantité, et au moment des grandes secousses imprimées au corps par la toux. Il produisait un faible gargouillement, sans faire de courant appréciable.

Dans la fistule pulmonaire cutanée complète, l'air s'échappe au contraire à chaque expiration, au moment de la toux, sous forme d'un courant très-fort, quelquefois capable d'éteindre la flamme d'une bougie. J'en ai fait l'expérience sur mon malade de la Pitié, et M. Voisin l'avait tentée sur un malade de l'hôpital Saint-Louis. Sous ce rapport donc, la violence du courant d'air et son intermittence régulière à chaque effort expirateur, indiquent son origine et permettent facilement de distinguer les fistules pulmonaires, des fistules pleurales et des autres fistules consécutives à des abcès thoraciques.

PRONOSTIC.

On ne saurait apprécier convenablement la gravité des fistules pulmonaires cutanées et sous-cutanées, si l'on ne tenait compte de leur origine et des lésions anatomiques profondes qui les accompagnent. Ces fistules ne sont, il est vrai, que des éléments secondaires dans les maladies de poitrine; elles n'en sont que l'effet matériel, mais cet effet peut avoir de fâcheuses conséquences. Dans quelques cas, l'effet est salutaire, et chez des sujets affectés d'abcès simples produits par des corps étrangers, d'abcès gangréneux, d'hydatides pulmonaires, etc., une fistule extérieure est un des moyens desalut employés par la nature pour la guérison des malades.

A part ces dernières circonstances, les fistules pulmonaires extérieures sont toujours le résultat de l'évolution des tubercules pulmonaires, et de la phthisie qui en résulte. Ajoutent-elles à la gravité de cette terrible affection? En précipitent-elles la marche et la terminaison funeste? C'est ce qu'on ne saurait dire d'une manière précise dans l'état actuel de nos connaissances. Il y a des sujets chez lesquels ces fistules pulmonaires sous-cutanées sont devenues le point de départ d'emphysème cellulaire mortel; il en est d'autres où cette fistule complète a déterminé des accidents aigus qu'on n'observe qu'à la dernière période de la phthisie. Chez d'autres encore, la fistule n'a paru exercer aucune influence sur l'état du malade, puisque, malgré cette complication, la vie a persisté encore pendant sept ans (obs. de M. Martin Magron). Il est un dernier cas enfin où la fistule semble avoir été beaucoup plus avantageuse que nuisible au malade; c'est ce que nous avons pu voir dans l'observation de M. Bricheteau. Le sujet a vécu sept mois avec cette fistule, et on le considérait comme étant à peu près guéri de sa caverne tuberculeuse, lorsqu'une affection aiguë du péricarde vint l'emporter. S'il y avait beaucoup de faits semblables à celui-là, peut-être arriverait-on à dire que la fistule pulmonaire cutanée est un moyen de guérison de la phthisie tuberculeuse, et qu'il faut produire ces fistules par une thoracentèse méthodique. J'ai dit plus haut ce qu'il fallait penser de ces généreuses espérances, que la réalité n'encourage guère, et il me paraît inutile d'y insister de nouveau.

TRAITEMENT.

Au moment de terminer cette rapide exposition de l'histoire des fistules pulmonaires cutanées, telle que de rares observations me permettaient de l'entreprendre, qu'il me soit permis d'ajouter quelques considérations relatives à la thérapeutique de ces fistules. Je serai bref, d'ailleurs, et n'abuserai pas longtemps de votre attention.

Il est évident qu'on ne peut formuler d'une manière générale le traitement des fistules pulmonaires cutanées, puisque ces fistules peuvent dépendre de causes très-variées et diamétralement différentes quant à leur nature. On doit donc, avant toute chose, remonter à l'origine de la fistule et s'attaquer à sa cause réelle. S'agit-il d'un corps étranger venu du dehors ou formé dans l'intérieur de la poitrine, qu'on le fasse sortir, et la fistule, entretenue par une affection locale, disparaîtra bien vite. C'est ce qu'on observe dans le cas des projectiles, des abcès simples, des escarres de la gangrène pulmonaire et des hydatides du poumon. La fistule est-elle au contraire la conséquence d'une ulcération produite par l'élimination de tubercules pulmonaires, alors la lésion sera permanente comme sa cause et aura la durée d'une diathèse qui ne disparaît pas une fois qu'elle est bien établie dans l'organisme.

La fistule est-elle enfin compliquée d'hydrothorax, d'empyème ou de carie des côtes, il en résulte des indications spéciales et une thérapeu-

tique particulière dont les préceptes sont partout répandus et auxquels je n'ai rien à ajouter.

En résumé :

1° Il faut admettre l'existence des fistules pulmonaires cutanées.

2° Les unes sont complétement ouvertes à la surface de la peau en rapport avec le poumon adhérent aux parois thoraciques.

3° Quelquefois la fistule ouverte à l'extérieur communique d'abord avec la cavité pleurale remplie d'air et de pus, et consécutivement avec le poumon perforé plus ou moins écarté des parois thoraciques.

4° D'autres fistules pulmonaires extérieures sont incomplètes, ouvertes sous la peau et forment des tumeurs molles, élastiques, fluctuantes. Ce sont les fistules pulmonaires sous-cutanées.

5° Toutes ces fistules sont le résultat d'abcès déterminés par des corps étrangers venus de l'extérieur, ou d'empyème, de gangrène pulmonaire, d'abcès, d'hydatides et de tubercules du poumon.

6° Les fistules pulmonaires cutanées sont caractérisées par l'ouverture fistuleuse de la peau à travers laquelle de l'air s'échappe sans cesse au moment de l'expiration et de la toux.

7° Les fistules pulmonaires sous-cutanées sont caractérisées par une tumeur molle, élastique et fluctuante, plus ou moins réductible, avec gargouillement sous les doigts et à l'oreille. Cette tumeur, quelquefois dilatée dans l'inspiration, est surtout expansive dans l'expiration et dans les efforts de la toux.

8° Ces fistules sous-cutanées, formant tumeur, peuvent être facilement confondues avec les abcès intrathoraciques et la hernie du poumon.

9° Les fistules pulmonaires cutanées peuvent donner lieu à l'emphysème général du tissu cellulaire.

10° Ces fistules forment assez ordinairement une complication fâcheuse des maladies de poitrine, mais quelquefois elles sont le moyen de salut institué par la nature pour amener la guérison des malades.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

NOTE SUR LES APPLICATIONS DE LA MÉTHODE ANESTHÉSIQUE AU TRAITEMENT DES MALADIES INTERNES ; par le docteur LOUIS SAUREL, ancien chirurgien de la marine impériale, rédacteur en chef de la REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI, membre de plusieurs sociétés savantes, etc.

(Suite. — Voir les numéros 6, 7 et 11.)

CONVULSIONS DE L'ENFANCE. — Parmi les maladies convulsives, il n'en est pas une qui soit plus fréquente que l'éclampsie des jeunes enfants. Dans un très-grand nombre de cas, on peut accuser, avec quelque apparence de raison, les vers, la dentition, ou bien une lésion organique du cerveau ou des autres viscères ; mais plus souvent encore nous ne pouvons découvrir la cause qui leur a donné naissance. Le caractère spasmodique de cette maladie, joint à sa gravité, qui entraîne tous les ans la mort d'un grand nombre d'enfants, autorise suffisamment l'emploi de la méthode anesthésique. Peu de médecins cependant ont osé y recourir ; c'est à tort, ce nous semble, car les faits que M. le professeur Simpson (d'Édimbourg) a publiés ne laissent aucun doute sur les avantages que peut offrir ce mode de traitement. Non-seulement M. Simpson a pu sans inconvénient faire respirer le chloroforme à des enfants atteints de convulsions, mais encore il a été assez heureux, après *plusieurs heures* d'inhalations, pour rappeler à la vie des enfants dont l'état était presque désespéré. Le fait le plus remarquable qui se soit présenté à l'observation du savant professeur d'Édimbourg, c'est celui d'un enfant de *quinze jours*, atteint de convulsions, qui fut soumis à l'influence du chloroforme pendant plus de *trente heures*, qui consomma *dix onces* de chloroforme, et qui put être sauvé par ce moyen (1).

Nous ignorons si les médecins français ont imité l'exemple de M. Simpson, mais il nous semble qu'il est peu d'affections convulsives qui, au point de vue de la théorie, réclament mieux l'usage des anesthésiques. Les convulsions de l'enfance sont dues, en effet, le plus souvent à une lésion dynamique ; elles ont de plus un caractère d'acuité qui les fait rentrer parfaitement dans la catégorie des maladies guérissables par ces médicaments.

HYSTÉRIE. — C'est à regret que je me sers de cette expression pour désigner un groupe de phénomènes morbides caractérisés par des désordres du côté de la sensibilité, de la motilité et même des facultés intellectuelles, et qui peuvent se compliquer de troubles du côté des organes de la digestion, de la respiration, de la circulation, etc. Quelques auteurs les ont réunis sous le titre d'*affections vaporeuses*, sans doute un peu plus vague, mais certainement plus large que celui d'hystérie. Quoi qu'il en soit, personne n'ignore que l'hystérie présente une foule de degrés. Depuis une vague sensation d'étouffement, jusqu'à l'attaque la plus violente et la mieux caractérisée, il est des nuances si nombreuses, que je dois renoncer même à les indiquer. Et cependant, tout cela dépend d'une même affection qui, d'abord dynamique et essentielle, s'est compliquée à la longue de lésions organiques plus ou moins graves.

« Les maux de nerfs, dit M. Socquet, présentent deux périodes : » dans la première, l'affection est simplement dynamique, et sa mobilité le caractérise essentiellement, dans la seconde, la maladie est » devenue organique, ou plutôt, à cette période, se compose d'un mélange de phénomènes dynamiques et organiques. Or la distinction » de ces deux périodes est de la plus haute importance sous le rapport » du pronostic ; car la première présente une guérison bien plus facile » que la seconde (1). »

Si l'on fait à l'hypothèse l'application des principes que nous avons précédemment posés, on verra que la première période de cette affection est seule guérissable par la méthode anesthésique. Et encore faut-il pour cela que la durée de la maladie n'ait pas été trop grande, car des médicaments dont l'action est aussi fugace que celle de l'éther et du chloroforme ne sauraient détruire une habitude morbide enracinée. Les résultats que l'on a obtenus jusqu'à ce jour dans le traitement de l'hystérie par les anesthésiques, ont été en général peu satisfaisants ; mais cela tient uniquement à ce que cette médication a été employée sans discernement dans toutes les périodes, même les plus avancées, de l'hystérie.

C'est pour n'avoir pas compris la cause de ces incuries que des hommes, d'un esprit fort juste d'ailleurs, ont condamné cette médication, en disant que la variabilité de ses effets ne saurait permettre de compter sur elle. M. le professeur Bouisson, dont les jugements sont si approfondis et dont l'esprit est si philosophique, nous semble s'être lui-même un peu laissé aller à cette manière de voir. Il a cependant reconnu formellement que certaines conditions sont favorables à cette méthode, tandis que d'autres lui sont désavantageuses. « L'hystérie » légère, dit-il, non liée à des lésions organiques, se développant chez » des femmes bien constituées, peut céder à l'emploi des anesthésiques, comme elle cède à celui des diverses médications antispasmo» diques. L'hystérie ancienne, passée à l'état d'habitude morbide, chez » des femmes très-nerveuses et affaiblies, non-seulement ne cède pas » aux inhalations anesthésiques, mais celles-ci peuvent être la source » d'une aggravation ou même d'un danger (2). »

Nous ne saurions trop le répéter, la méthode anesthésique ne convient que dans l'hystérie récente ou légère.

Certaines personnes très-nerveuses ont une telle aversion pour l'éther ou le chloroforme, que l'odeur seule de ces substances suffit pour provoquer chez elles plusieurs des symptômes qui caractérisent l'hystérie, c'est-à-dire des étouffements, de la céphalalgie, et même des convulsions ; la méthode anesthésique ne leur est pas applicable. D'autres, au contraire, en ont fait un usage tellement immodéré, que le chloroforme, par exemple, produit sur elles très-peu ou point d'effet. Le fait suivant en est une preuve.

OBS. — Je fus appelé, au mois de septembre 1852, auprès d'une demoiselle âgée de 26 à 28 ans, hystérique, et dont le médecin ordinaire, M. le professeur Anglada, était momentanément absent. Je trouvai la malade plongée dans une attaque d'hystérie des plus violentes et durant déjà depuis plusieurs heures. Il y avait perte absolue de connaissance, et tout le corps était agité de convulsions épouvantables. Après avoir, sans succès, essayé des moyens que l'on emploie d'ordinaire contre ces sortes d'accidents, je me décidai à recourir au chloroforme, ainsi que je l'avais déjà fait chez d'autres malades. Un foulard de soie, dans lequel j'avais versé environ 2 grammes de chloroforme, fut approché de la bouche et des narines de la malade, sans que celle-ci parût seulement s'en apercevoir. Il fut nécessaire de verser plusieurs fois de nouveau chloroforme dans le mouchoir, avant d'obtenir que les convulsions diminuassent d'intensité. La résolution des membres ne fut à peu près complète qu'au bout de quinze ou vingt minutes d'inhalations. Dès que je voulus les suspendre, les convulsions recommencèrent, de sorte que je dus les continuer presque sans interruption. Le calme provoqué par l'agent anesthésique était on ne peut plus réel ; mais ce qu'il y a de très-remarquable, c'est qu'au lieu de produire le sommeil, le chloroforme eut pour effet de faire sortir la malade de son état d'assoupissement. Pendant qu'elle inspirait les vapeurs de l'anesthésique, elle put me rendre compte de ses sensations avec une lucidité par-

(1) JOURN. DE MÉD. ET DE CHIR. PRAT., 1852, p. 438.

(1) PRINCIPES D'ÉCONOMIE MÉDICALE, p. 82.

(2) TRAITÉ DE LA MÉTHODE ANESTHÉSIQUE, p. 504.

faite. Elle accusait surtout, dans le trajet des branches du nerf trifacial gauche une douleur névralgique des plus pénibles (qu'elle éprouvait dans tous les accès) et que le chloroforme était impuissant à calmer. Le sens de l'ouïe était également surexcité, au point que les bruits les plus légers, presque insaisissables pour moi, suffisaient pour faire renaître les mouvements convulsifs. Ceux-ci disparurent enfin; la malade, qui avait consommé environ *quinze grammes* de vapeurs de chloroforme, était brisée par la fatigue; elle réclamait instamment un peu de sommeil, mais le chloroforme fut impuissant à le lui procurer. C'est alors que j'appris de la malade qu'elle avait depuis longtemps contracté l'habitude de respirer les vapeurs d'éther et de chloroforme, et que ces substances n'avaient plus chez elle qu'une faible action.

Cette observation prouve, entre autres choses, que l'on peut s'habituer au chloroforme comme à la plupart des autres remèdes, et qu'il convient de ménager son emploi. Une circonstance singulière qui ressort également de ce fait, c'est que chez cette malade le chloroforme restait sans action sur la douleur névralgique, sur le sens de l'ouïe et sur l'intelligence, tandis que le système musculaire était assez rapidement influencé par cet agent.

Le chloroforme et l'éther peuvent être employés contre l'hystérie comme moyen curatif et comme moyen palliatif. Leur action ne saurait être *curative* que dans le commencement de la maladie, ou lorsque celle-ci est légère; il est nécessaire pour cela de ne pas attendre que l'attaque se soit développée, mais de soumettre les malades à l'action des anesthésiques aussitôt que les prodromes de l'accès se font sentir. Les sujets qui ont déjà été soumis à ce mode de traitement l'acceptent avec plaisir et réclament eux-mêmes une médication qui souvent dissipe tous les phénomènes morbides avec une grande rapidité. On comprend sans peine que le temps nécessaire à la guérison doit être très-variable, selon la susceptibilité des malades et selon les causes qui ont donné naissance à l'hystérie. Il est indispensable, en outre, de combattre par des remèdes appropriés les états constitutionnels ou diathésiques sous l'influence desquels la maladie s'est développée.

Dans les cas où la méthode anesthésique ne peut obtenir la guérison, soit à cause de l'ancienneté de la maladie, soit par suite des altérations organiques dont elle s'accompagne, l'éther et le chloroforme peuvent encore avoir une action favorable, en faisant cesser les accès, ou en diminuant leur degré d'intensité. C'est dans ces cas, peut-être les plus nombreux, que les anesthésiques ont une action simplement palliative.

J'ai eu l'occasion d'employer le chloroforme contre l'hystérie dans un bon nombre de cas. Je dois à la vérité de déclarer que, dans plusieurs, j'ai mis ainsi fin à des accès qui duraient depuis plus ou moins longtemps. Si je n'ai pas toujours obtenu ce résultat, du moins je n'ai jamais eu à me plaindre de cette médication. Je l'ai même mise en usage avec profit dans des cas où les convulsions s'accompagnaient de palpitations de cœur fortes et irrégulières. J'en ai rapporté plus haut deux exemples (1).

ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE. — Cette maladie, qui présente avec l'hystérie des analogies tellement nombreuses qu'elles semblent se confondre quelquefois, peut être avantageusement influencée par la méthode anesthésique. MM. les docteurs Richet et Gros en France, Simpson en Angleterre, et d'autres praticiens, déclarent en avoir obtenu de bons effets. Cela pourra paraître étonnant, si l'on considère que l'éclampsie puerpérale ne constitue pas une affection spasmodique essentielle. Les convulsions de la femme en couche ne sont qu'un accident, un symptôme morbide pouvant se présenter dans des circonstances fort diverses, mais non nécessairement lié, ainsi que le croient quelques médecins, à une inflammation des reins, à l'albuminurie. Si donc l'éclampsie, en tant qu'état convulsif, est guérissable par les anesthésiques, cela ne veut pas dire qu'elle puisse toujours être guérie par eux, et rien que par eux. Je pense au contraire que les émissions sanguines, les purgatifs et les autres moyens conseillés en pareil cas doivent être employés concurremment avec les anesthésiques. Ces derniers ne peuvent guère combattre que l'effet, tandis que les autres remèdes attaquent la cause. Le chloroforme réussira d'autant mieux dans l'éclampsie, que ce moyen aura été employé à une époque plus rapprochée du début des convulsions; on n'ignore pas, en effet, que le cerveau se congestionne rapidement, par suite des secousses éclamptiques, et que cette congestion devient d'autant plus grave que les convulsions ont duré plus longtemps et se sont renouvelées plus fréquemment.

(1) J'ai cru inutile de rapporter des observations pour prouver que les accès hystériques et l'hystérie elle-même peuvent être combattus avec avantage par les inhalations de chloroforme. Je renvoie les lecteurs qui désireraient connaître les auteurs qui ont employé ou conseillé cette indication à l'ouvrage de M. Bouisson, et au BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE, t. XLIII, p. 542 et 549.

TÉTANOS. — Nous arrivons maintenant à une maladie, l'effroi des chirurgiens, et dont la guérison vient prouver les immenses services rendus à la pratique par la méthode anesthésique. Le tétanos spontané et le tétanos traumatique en ont retiré d'égaux avantages, et les succès ont été presque également nombreux chez les hommes, les femmes et les enfants. Il s'en faut certainement que l'éther et le chloroforme réussissent toujours à guérir le tétanos; les revers doivent même être beaucoup plus fréquents que les succès, mais ces derniers sont aujourd'hui tellement nombreux qu'on ne les compte plus. M. Bouisson a pu, à l'époque où il a publié son ouvrage (1850), recueillir dans les journaux 10 cas de succès, dont 7 par l'éther et 3 par le chloroforme. Depuis lors, des faits nombreux sont venus se produire, qui montrent que les anesthésiques, et le chloroforme en particulier, sont de beaucoup supérieurs à tous les remèdes employés précédemment, et notamment à l'opium. Est-ce à dire pour cela que le chloroforme doit toujours réussir contre le tétanos? Évidemment non. Nous sommes même convaincu que si on pouvait faire un dénombrement exact de tous les cas d'insuccès, on serait étonné de leur nombre. Personne, que je sache, n'a proclamé l'infaillibilité du chloroforme; aussi a-t-on lieu de s'étonner qu'un homme d'un jugement aussi solide que M. le docteur Putégnat (de Lunéville) ait cru devoir combattre cette chimère. Les quatre observations publiées par ce praticien (1), et dans lesquelles le chloroforme a échoué prouvent une fois de plus que, pour ce médicament, de même que pour tous les autres, il faut agir avec méthode et persévérance, si l'on veut arriver à un résultat; mais elles ne peuvent certainement pas autre chose.

Nous croyons sans intérêt de citer les médecins français ou étrangers qui ont eu à se louer du chloroforme ou de l'éther dans le traitement du tétanos. Nous ne pensons pas qu'il fût plus utile, dans un travail de la nature de celui-ci, de rapporter les observations consignées dans les livres ou dans les journaux. Nous nous contenterons de dire que tout dernièrement M. le docteur Gorré a rapporté (2) deux cas de succès par le chloroforme, et que M. Russel, de Patersonville (États-Unis), a guéri (3) par le même moyen un homme qui, pendant plus d'un mois, avait été inutilement soumis aux médications les plus énergiques, et qui notamment avait pris sans succès des doses énormes d'opium. Enfin M. le docteur Casati vient de publier un fait analogue (4).

Nul doute, ainsi que le dit M. Bouisson, que la forme sous laquelle l'éther et le chloroforme sont administrés ne soit la cause de leurs effets curateurs dans le tétanos. Ces remèdes donnés à l'intérieur ont bien pu accidentellement procurer la guérison; mais il est certain qu'il faut recourir à la méthode des inhalations pour obtenir de ces agents tous les avantages qu'ils peuvent offrir. Une des premières conditions de succès, c'est d'administrer les anesthésiques de bonne heure, et, si c'est possible, dès le début du tétanos. Plus on tarde, plus les chances de guérison diminuent. Il faut de plus renouveler souvent les inhalations, et chaque fois la prolonger pendant longtemps. Nous serions même d'avis de maintenir constamment les malades dans ce degré d'anesthésie où les muscles sont dans la résolution, et où cependant les sensations et l'intelligence ne sont pas encore abolies. On peut y arriver par des inhalations intermittentes. On objectera peut-être les dangers d'une semblable pratique; mais je ferai remarquer que *dans tous les cas* où le chloroforme a occasionné la mort, cette terminaison a toujours eu lieu d'une manière rapide, et pour ainsi dire dès le commencement de l'anesthésie. Les faits viennent, au contraire, prouver que les inhalations longtemps continuées n'ont pas les inconvénients que l'on serait porté à leur attribuer. L'observation de M. Simpson, que j'ai déjà citée en parlant des convulsions de l'enfance, en est un exemple.

Dans un autre cas, chez une dame de 18 ans, atteinte de douleurs violentes dues à une carie de la colonne vertébrale, un médecin américain, M. le professeur Byford (5), a continué l'anesthésie pendant *quatorze jours* durant lesquels la malade consomma *trente-six onces* de chloroforme sans qu'il en soit résulté d'inconvénients. Nous pensons donc qu'une fois le tétanos bien constaté, le malade devrait être soumis à l'anesthésie intermittente jusqu'à cessation complète du mal. Si le manque d'aides sur lesquels on pût compter empêchait d'adopter cette méthode, il faudrait tout au moins revenir aux anesthésiques dès que l'on verrait reparaître les mouvements convulsifs des muscles.

ÉPILEPSIE. — Les heureux effets obtenus par le moyen des anesthé

(1) JOURNAL DE MÉDECINE, CHIRURGIE, ETC., de Bruxelles, t. XVI, p. 113.
(2) BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE, t. XLIV, p. 172.
(3) JOUR. DE MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUE, 1853, p. 151.
(4) GAZZETTA MED. ITAL. TOSCANA, n° 27, 1853.
(5) AMERICAN JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE, 1852.

siques dans le traitement du tétanos et de quelques autres affections convulsives avaient fait espérer que l'on serait aussi heureux contre l'épilepsie; il n'en a malheureusement pas été ainsi. On en comprendra sans peine les motifs, si l'on veut bien se rappeler que l'épilepsie n'offre pas en général les conditions qui permettent aux médicaments volatils, à action énergique mais fugace, comme sont l'éther et le chloroforme, de déployer toute leur efficacité. Sauf quelques rares exceptions, l'épilepsie est ou causée par une lésion organique ou entretenue par une habitude morbide. Elle offre, en conséquence, tous les caractères des affections que M. Socquet a appelées *affections organiques;* c'est-à-dire qu'elle doit être combattue par des remèdes agissant d'une manière lente et profonde et non par la médication qui fait l'objet de ce travail.

Il est cependant quelques rares variétés d'épilepsie ou de convulsions épileptiformes qui, d'après notre théorie, pourraient être avantageusement combattues par les anesthésiques; ce sont celles, par exemple, qui sont survenues à la suite d'une frayeur *chez des personnes non soumises à une influence héréditaire;* celles qui accompagnent l'établissement de la menstruation; celles enfin qui sont légères et tout à fait à leur début. Hors ce petit nombre de cas, je suis porté à croire que la méthode anesthésique sera plus nuisible qu'utile dans l'épilepsie. L'expérience, d'ailleurs, a prouvé la vérité de ce que j'avance; car sur le grand nombre d'expériences tentées sur des épileptiques, tant en France qu'à l'étranger, c'est à peine si l'on compte un nombre très-minime de guérisons.

Dans le nombre des épileptiques qui ont été soumis à l'anesthésie, on en a vu sur lesquels l'éther et le chloroforme restaient sans action, ou dont les accès n'étaient pas modifiés. D'autres ont paru éprouver une amélioration qui ne s'est pas soutenue; d'autres enfin ont vu leurs accès provoqués directement par l'inspiration des vapeurs anesthésiques. Cette dernière circonstance signalée par M. Bouisson, d'après les expériences de feu le professeur Rech, a été depuis lors vérifiée plusieurs fois par MM. les docteurs Tosquinet et Decaisne (1). Ces médecins ayant observé, chez plusieurs sujets, le retour constant des attaques épileptiques provoqué par les inhalations de chloroforme, ont cru trouver dans ce médicament un moyen certain de distinguer l'épilepsie vraie de celle qui est simulée. Il paraît que des observations ultérieures dues à d'autres médecins n'ont pas confirmé la *constance* de ce phénomène.

CATALEPSIE. — Je ne sais si l'on a jamais essayé de combattre la catalepsie par la méthode anesthésique; mais je crois que les réflexions que j'ai exposées à l'occasion de l'épilepsie sont parfaitement applicables à cette autre maladie. Il faut même ajouter que la catalepsie étant l'expression de lésions dynamiques ou organiques plus profondes, avec affaiblissement marqué de tout le système, la méthode anesthésique, loin d'être utile, semble devoir provoquer des accidents sérieux. Je la considère donc comme formellement contre-indiquée dans la plupart des cas de catalepsie.

HYDROPHOBIE. — Je terminerai par cette maladie ce que j'avais à dire sur les affections convulsives; non pas que les maladies dont je me suis occupé soient les seuls que l'on puisse ou que l'on ait essayé de combattre par la méthode anesthésique; mais parce que le lecteur pourra toujours, en se guidant d'après l'analogie, savoir s'il convient ou non d'avoir recours à cette méthode.

M. Carron du Villards est, je crois, le premier qui ait *recommandé l'essai* de ces agents contre l'hydrophobie rabique. MM. Leperdiel, Clot-Bey, T. Desmartis (2) et plusieurs autres médecins ont appuyé cette idée qui, depuis lors, a plusieurs fois été mise à exécution. Chez une femme atteinte d'hydrophobie et demeurant rue Jacob à Paris, MM. les docteurs Ch. Masson, Gaultier de Claubry et Grégoire firent respirer le chloroforme, et au moment où l'on croyait avoir obtenu un calme durable, la malade avait cessé de vivre. M. le docteur Mignot a rapporté un fait semblable observé par lui durant son internat dans les hôpitaux de Paris. Enfin un médecin de Turin a publié (3) une troisième observation dans laquelle l'emploi du chloroforme n'a pas eu des suites plus heureuses.

Ces insuccès ne doivent pas étonner le médecin observateur; on peut même, pour peu que l'on y réfléchisse, affirmer que *jamais* la véritable rage ne sera guérie par la méthode anesthésique. Je craindrais d'être taxé de témérité, si je ne m'empressais de justifier cette manière de voir par des arguments sérieux; c'est ce que je vais m'empresser de faire.

(1) ARCH. BELGES DE MÉD. MILITAIRE, 1852 et 1853.
(2) REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI, t. III, p. 470.
(3) REVUE MÉDICALE, numéro du 31 octobre 1852.

La rage n'est pas seulement une affection nerveuse ou spasmodique, c'est surtout une maladie toujours causée (chez l'homme) par l'inoculation d'un virus. De même que toutes les autres maladies contagieuses, la rage s'accompagne d'une altération humorale profonde, ainsi que le démontre la virulence de la salive et même celle du sang. Il est donc impossible, ainsi que l'a démontré M. le professeur Anglada (1), de considérer cette maladie comme une affection purement nerveuse; car « au milieu des désordres qui se rattachent plus spécialement aux » fonctions du système nerveux, la salive du malade a été profondé- » ment altérée, et l'élément humoral s'est évidemment associé à l'élé- » ment spasmodique qui fait le fond de la maladie. »

J'admets, sans contredit, que les anesthésiques *peuvent* avoir pour effet de calmer les convulsions chez l'homme atteint d'hydrophobie rabique; mais ces moyens ne seront jamais que palliatifs, car ils ne s'adressent pas à l'affection humorale ou organique qui est la cause des convulsions. Si jamais on parvient à guérir cette maladie, ce sera certainement par un remède spécifique dont la découverte est encore à faire.

Les mêmes motifs qui me font rejeter les anesthésiques comme moyen curatif de la rage me portent à les conseiller comme moyen palliatif. Lors même que le chloroforme n'aurait pour effet que d'endormir le malade, de faire cesser les convulsions, de dérober au patient la conscience de son état et à ses parents la vue d'un spectacle déchirant, son utilité serait encore incontestable. Malheureusement il ne paraît pas que l'on ait encore obtenu même ce résultat. Ce qui vient d'être dit ne s'applique qu'à l'hydrophobie rabique ou virulente; celle qui est provoquée par une affection nerveuse, par l'hystérie, ou par la vue d'un enragé rentre, au contraire, dans le cadre des affections promptement guérissables par l'éther et le chloroforme.

(La fin au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Suite.)

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

DE L'UTILITÉ DE LA THORACENTÈSE; par M. SCHNEPF, interne des hôpitaux.

M. Schnepf pense que l'opération de la thoracentèse, pratiquée suivant les règles généralement admises et suivies, ne présente point de dangers réels. Il donne la préférence au procédé de M. Reybard (de Lyon) consistant dans l'introduction d'un petit trocart muni d'un boyau de baudruche, d'un cœcum de poulet qui trempe dans un vase contenant de l'eau tiède, procédé qui s'oppose à l'entrée de l'air tout en laissant un libre écoulement au liquide contenu dans la plèvre. Nous n'avons pas trop saisi pourquoi M. Schnepf tient précisément à ce procédé dont le seul avantage est de s'opposer à l'introduction de l'air dans la plèvre, lui qui considère le contact de cet air comme inoffensif, bien plus, qui regarde sa pénétration en certaine quantité comme une condition assurant la régularité et la continuité de l'écoulement, puisque, d'après lui, l'intervention du jeu des organes respiratoires serait nécessaire pour assurer au jet du liquide ces conditions favorables. Le résultat physiologique le plus immédiat de la thoracentèse est d'amener plus de liberté, plus de régularité, plus d'amplitude dans les mouvements respiratoires, de permettre au parenchyme pulmonaire de se dilater normalement, aux vésicules de s'ouvrir et d'admettre l'air jusque dans leurs derniers culs-de-sac, ce qui rend l'hématose plus complète. Aussi cette opération doit-elle être pratiquée dès que la dyspnée dépendant d'un épanchement, devient assez grande pour faire craindre des phénomènes asphyxiques; mais son intervention paraît d'autant plus heureuse qu'elle est plus rapprochée de l'état aigu qui a engendré l'hydrothorax. Aussi ne faut-il pas attendre trop avant de prendre une décision. Quand l'asphyxie est imminente, que l'hématose incomplète a déjà porté la mort dans les organes, l'opération trop tardive ne réussit plus guère. C'est en la tentant dans de telles circonstances qu'on l'a quelquefois compromise. La résorption n'a pas de meilleur agent que la thoracentèse. C'est un moyen curatif quand l'épanchement est dû à une simple pleurésie; mais s'il est symptomatique de lésions incurables, ce n'est plus qu'un adjuvant, un palliatif qu'il ne faut point négliger, car il peut prolonger l'existence. Les lésions pulmonaires et artérielles ne sont même pas signalées dans les obser-

(1) TRAITÉ DE LA CONTAGION, t. I, p. 18.

vations que M. Schnepf a compulsées ; elles ne sont donc pas à redouter.

Tel est le résumé du travail de M. Schnepf, travail basé plus encore sur la compulsation des auteurs que sur des observations personnelles, car quatre observations seulement sont rapportées par l'auteur.

DE L'ALTÉRATION SPÉCIALE DE LA RÉSONNANCE THORACIQUE DANS CERTAINS CAS DE PLEURÉSIE ET DE PNEUMONIE ; par le docteur MARKHAM.

Il a été fait assez grand bruit, dans ces derniers temps, d'un phénomène d'auscultation bien décrit par Sloda, et auquel M. Roger a consacré un mémoire dans les ARCHIVES : nous voulons parler du son anormal clair, tympanique, tubaire, métallique que l'oreille perçoit, dans certaines circonstances, à la région sous-claviculaire. Cette résonnance particulière était assez bien connue, et il était admis qu'elle se produisait quand une partie du poumon devenait imperméable: c'était la respiration soufflée ou tubaire de la pneumonie et des épanchements pleurétiques. On vient de spécialiser davantage et de déterminer avec soin la valeur séméiologique de ce bruit ; quand il existe sous la clavicule, il coïncide avec un épanchement pleurétique assez considérable pour comprimer le lobe supérieur dont les cellules contiennent néanmoins encore de l'air. Dans les pneumonies ce son anormal ne se rencontre pas dans la région claviculaire, mais aux confins des portions hépatisées ; c'est surtout en arrière, sur le lobe inférieur, qu'on pourrait le percevoir. Il existe, dit M. Markham, dans les cas où le parenchyme n'est pas encore hépatisé, mais lorsque la congestion diminue le calibre des cellules sans les rendre imperméables. Le bruit peut, en effet, avoir sa valeur pour le diagnostic, quand on ne sait à quoi rapporter une matité existant à la partie inférieure du poumon. Pour nous, ce n'est autre chose que le retentissement de l'air dans les tuyaux bronchiques, dont le son est transmis par le parenchyme pulmonaire condensé, et l'on a fait trop de bruit de cette spécialisation plus exacte d'un phénomène déjà connu. Mais il en est ainsi de nos jours de tous les procédés physiques, tandis que ces problèmes étiologiques et les vues d'ensemble ne sont pas l'objet d'une assez sérieuse attention.

La résonnance claire de la région sous-claviculaire qu'on soumet à la percussion, nous paraît un phénomène plus remarquable que les signes stéthoscopiques, et sa constatation est à la fois un fait utile et original dont le diagnostic des épanchements pleurétiques tirera bon parti.

DE LA SÉCRÉTION DU LAIT CHEZ LES ENFANTS NOUVEAU-NÉS, ET DES ACCIDENTS QUI PEUVENT L'ACCOMPAGNER ; par le docteur NATALIS GUILLOT.

C'est sans doute un phénomène physiologique fort remarquable que la sécrétion du lait, qui arrive chez les enfants des deux sexes, quelques jours après la naissance. Cette sécrétion manque chez les enfants nés de parents pauvres, vieux, malades, mais elle se manifeste chez ceux qui se trouvent dans de bonnes conditions comme provenance et comme constitution individuelle. Cette sécrétion ne saurait être révoquée en doute ; le microscope constate parfaitement les globules du lait. Or cette sécrétion peut donner lieu à certains accidents peu remarqués sur lesquels M. N. Guillot appelle l'attention : ces accidents sont la tuméfaction de la région mammaire, sa rénitence, la sympathie exercée sur les glandes sous-axillaires, puis la formation de points fluctuants qui sont autant d'abcès contenant du pus mêlé à des globules de lait. Cette affection appelle la ponction avec une lancette et l'application de topiques émollients. Il est curieux de voir ainsi le bas âge reproduire en petit une affection qui se manifeste sur une plus grande échelle chez la femme adulte dont les glandes mammaires sécrètent du lait après la parturition.

MÉMOIRE SUR L'EXCISION DU CALCANÉUM, AVEC DES OBSERVATIONS ; par M. MARTINEAU-GREENHOW.

Les opérations chirurgicales nouvelles se multiplient ; on songe à la chirurgie conservatrice et à priver le patient du moins de parties solides possible. Après n'avoir longtemps songé qu'à l'amputation de la jambe, on en est venu aux désarticulations qui portent les noms de Chopart et de Lisfranc ; aujourd'hui on enlève séparément beaucoup d'os du pied, l'astragale, le calcanéum, etc. L'excision de cet os et de l'astragale paraît avoir été pratiquée pour la première fois en 1847 par M. Thomas Wakley ; et un an plus tard M. H. Hancock enlevait le calcanéum, un peu avant M. Greenhow qui ignorait l'innovation de M. Hancock. Depuis cette époque, cette opération a été pratiquée plusieurs fois en Angleterre avec succès. D'après les douze observations qui accompagnent ce mémoire, on peut voir que l'excision de cet os n'oppose pas à la marche les obstacles qu'on pourrait supposer *à priori* ; ainsi un opéré fait six milles sans éprouver rien de fâcheux, l'autre marche avec très-peu de gêne ; il en est un enfin qui déclare se servir du pied opéré comme de l'autre. Nous remettons, pour notre compte, à plus ample information et surtout à une plus longue expérience, avant de nous prononcer sur ce point.

DES SIGNES STÉTHOSCOPIQUES DE RÉTRÉCISSEMENT DE L'ORIFICE AURICULO-VENTRICULAIRE GAUCHE DU COEUR, ET SPÉCIALEMENT DU BRUIT DE SOUFFLE AU SECOND TEMPS ; par le docteur HERARD.

Le numéro de novembre ne contient que la première partie de ce travail, mais suffit pour le juger en entier, parce que l'auteur a soin d'indiquer nettement ce qu'il veut traiter et comment il le traitera, à quelles conclusions il arrivera. Il veut établir que le rétrécissement auriculo-ventriculaire gauche, dont les bruits anormaux sont placés par les uns au premier battement du cœur, par les autres avant ce battement, et par quelques-uns enfin au second bruit ou battement, peuvent, selon les cas, occuper l'une ou l'autre de ces positions.

Le Laennec des bruits du cœur et du diagnostic des affections de cet organe est encore à trouver. Les théories se succèdent ; il y en a bien quinze sur la production des bruits du cœur ; l'une détrône l'autre ; le diagnostic marche peu, la thérapeutique pas du tout, et M. Hérard arrive pour nous démontrer qu'en effet nous n'avons pas de signe certain auquel on puisse reconnaître que telle lésion existe.

Il est des naturalistes qui se contentent de classer les plantes, puis des gens pratiques qui cherchent leur utilité. A Paris, nous ressemblons peut-être un peu aux premiers : nous consumons toute notre activité à bien ranger tout ce que nous observons dans le casier indéfiniment di visé du diagnostic ; mais nous nous bornons quelquefois presque là.

OBSERVATION DE GROSSESSE COMPLIQUÉE DE CANCER DE L'UTÉRUS ET PROLONGÉE JUSQU'AU SEPTIÈME MOIS, ET REMARQUES SUR LES FAITS ANALOGUES ; par le docteur MENZIES.

Après une observation détaillée et intéressante, suit l'analyse de 27 cas d'accouchement après le septième mois, chez des femmes porteuses de cancers utérins : la femme a guéri 7 fois, l'enfant a vécu 8 fois, dans ces 27 cas. La mort a eu lieu 20 fois sur 27, c'est-à-dire dans plus des deux tiers des cas, et sur ces 20 décès, 5 ont eu lieu avant, 15 après la délivrance. L'issue funeste est arrivée dans 6 cas peu de temps après l'accouchement, et, dans les 9 cas restants, les malades ont survécu de quinze jours à seize mois.

DE LA GUÉRISON DE LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE ; par le docteur RILLIET.

La méningite suit la loi de toutes les affections tuberculeuses, c'est-à-dire qu'elle est le plus souvent mortelle. L'expérience avait déjà jugé la question ; la connaissance de la véritable nature et du siége de la maladie en a donné l'explication. En effet, par sa nature, la méningite tuberculeuse est constitutionnelle, diathésique ; par son siége, elle occupe celui de tous les organes de l'économie qui est le plus essentiel à la vie et le plus gravement impressionné par les maladies aiguës.

Le danger de la maladie, sur lequel on est d'accord, doit faire regarder comme apocryphes la plupart des exemples de guérison publiés par les auteurs. Ceux-ci ont souvent appelé méningite tuberculeuse des maladies qui n'en étaient pas, mais qui lui ressemblaient seulement par quelques symptômes.

Cependant il existe dans la science des exemples incontestables de la disparition complète des symptômes de la méningite. Alors la guérison a eu lieu après sept ou quinze jours de maladie, c'est-à-dire dans le courant de la première période ou au commencement de la seconde. Dans quelques cas rares, elle a pu encore être obtenue plus tard. Mais en général, à cette époque, une amélioration n'est que passagère et n'autorise pas à porter un pronostic favorable. On ne sait, du reste, sur quels signes on pourrait fonder leur pronostic favorable, dans les premières périodes de la maladie.

La guérison est-elle définitive ? Presque toujours il y a des récidives, après une période qui varie de 1 à 5 ans et demi, et les enfants qui échappent à une première atteinte sont presque tous ainsi emportés plus tard. Cela se comprend : la diathèse subsiste et les granulations tuberculeuses sont toujours là, au contact d'un organe sensible et d'une importance capitale. Néanmoins, dans des cas rares, la diathèse va en s'affaiblissant, et la santé peut renaître définitivement.

MÉMOIRE SUR LA GUÉRISON SPONTANÉE DES PERFORATIONS PULMONAIRES D'ORIGINE TUBERCULEUSE ; par le docteur WOILLEZ.

La perforation pulmonaire d'origine tuberculeuse, avec pneumo-

thorax, peut guérir spontanément par l'obturation de l'ouverture accidentelle au moyen d'une pseudomembrane.

La fausse membrane obturatrice forme alors une couche en nappe qui adhère à la plèvre au pourtour de son orifice, et par sa base jadis béante, à la plèvre costale, à l'aide d'adhérences diverses, de brides, etc. Le rapprochement des parties au niveau de la fistule favorise l'obturation, ainsi que la préexistence au voisinage d'anciennes brides qui amènent ainsi au contact ou à peu près les deux feuillets de la plèvre. Le liquide de l'épanchement peut aussi favoriser l'obturation en déposant des concrétions membraniformes qui prennent bientôt de la consistance.

Il n'est pas possible de prévoir la formation de ces adhérences d'après l'interrogation des symptômes observés. Elle peut survenir rapidement ou plus tard. Une fois l'adhérence produite, il y a modification dans les signes stéthoscopiques perçus.

La cicatrisation de la fistule et la cessation du pneumothorax produit souvent une amélioration générale qui n'est malheureusement presque jamais que passagère. Souvent l'état reste stationnaire ou le mal continue à s'aggraver.

L'autre pense que ce mode de cicatrisation spontanée autorise l'emploi des moyens propres à la favoriser, tels que la thoracentèse combinée avec les injections iodées, les fumigations, etc.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 13 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

RHINOPLASTIE PAR LA MÉTHODE DE CELSE MODIFIÉE.

M. BAUDENS soumet à l'Académie un mémoire sur ce sujet, dans lequel, après avoir passé en revue les diverses méthodes employées pour la rhinoplastie, il montre que la méthode italienne, à laquelle Tagliacot a donné son nom, est tombée dans un juste oubli, et que la méthode indienne elle-même, qui consiste dans l'emprunt d'un lambeau à la région frontale, a tellement perdu de son prestige, qu'on se demande avec raison si elle procure des résultats réellement avantageux et définitifs. Je suis conduit, dit M. Baudens, à accorder une préférence motivée, d'accord en cela avec mon illustre maître M. Larrey, à la méthode de Celse, qui emprunte sur les côtés du nez et aux joues deux lambeaux qu'elle amène par glissement au niveau de la perte de substance.

On reproche à toutes les méthodes de rhinoplastie, l'aplatissement du nez de nouvelle création. On l'attribue à l'absence d'une voûte pour soutenir les lambeaux, quand les cartilages, et à plus forte raison quand les os propres du nez ont été détruits.

Voici comment j'ai cherché à affranchir de ce reproche la méthode de Celse :

Ayant remarqué que le cancer, l'une des causes les plus fréquentes de la perte du nez, envahit les parties molles avant les cartilages, j'ai pensé qu'il serait souvent possible, par une dissection attentive, d'enlever les parties molles cancéreuses, tout en conservant les cartilages du nez.

Cette idée nouvelle, je l'ai mise en pratique, avec un entier succès, sur une femme de 72 ans, à laquelle j'ai pratiqué la rhinoplastie, après lui avoir enlevé une tumeur cancéreuse, dont le siége était au lobe du nez. Il n'est pas survenu d'accident pendant ni après l'opération, et la guérison était complète dès le vingtième jour. Les cartilages des ailes du nez conservés ont fourni au lambeau d'emprunt une voûte qui s'est parfaitement soutenue.

J'ai apporté à la méthode de Celse une autre modification. L'affrontement des lambeaux sur la ligne médiane était difficile, les lambeaux fortement tendus menaçaient de se désunir.

Pour parer à ce danger, il a suffi de faire au dehors des lambeaux de l'un et de l'autre côté une incision verticale de 3 centimètres de longueur qui, à l'instant, les a rendus beaucoup plus extensibles.

Ce n'est pas tout. La glace, que depuis tant d'années j'emploie avec des résultats on ne peut plus satisfaisants pour combattre l'excès des inflammations traumatiques a été appliquée heureusement pendant quarante-huit heures, pour enrayer une vive réaction des vaisseaux capillaires qui les menaçait de mortification.

Enfin, le chloroforme a été administré, suivant le conseil que j'ai depuis longtemps donné et suivi environ deux mille fois, savoir : de suspendre l'inhalation de cet agent dès que la sensibilité est abolie, sans vouloir anéantir du même coup sensibilité et contractilité musculaire.

La survivance de la myotilité ne m'a jamais empêché d'heureusement terminer les opérations chirurgicales. Elle écarte tout danger de mort.

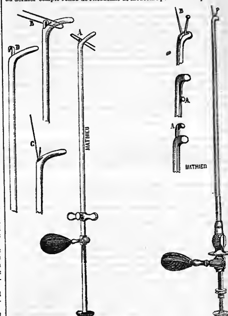
En effet, M. Flourens, dont les belles découvertes devraient servir de guide dans l'emploi du chloroforme, a démontré, on ne saurait trop le redire, que l'action de cet agent étant progressive et successive, on ne court aucun risque, pourvu qu'on préserve de son action la moelle épinière et le nœud vital. Je sais bien qu'on a allégué que la marche du chloroforme peut être si rapide, que cerveau, cervelet, racines sensitives, racines motrices de la moelle épinière, et même bulbe rachidien peuvent être envahis simultanément. Mais les faits d'anesthésie foudroyante reconnaissent-ils bien cette cause unique? Il est permis d'en douter et de faire une part à l'inobservance de certaines règles. Je n'en ai pas rencontré un seul exemple. La marche du chloroforme n'a pas toujours été la même, cela est vrai; elle est plus ou moins rapide, mais j'ai pu suivre les degrés de l'anesthésie. Quand il m'est arrivé de franchir involontairement la limite de myotilité, toujours j'ai pu m'arrêter à temps pour rétrograder au plus vite, jusqu'à l'abolition du sentiment seul. D'une autre part, en admettant le fait comme possible, que prouve-t-il, sinon que c'est une raison de plus pour redoubler de prudence en vue de cette éventualité.

Arriver à la résolution générale, au collapsus, c'est s'exposer au danger d'homicide, car il n'y a plus de vie à trépas que l'épaisseur d'un cheveu, le nœud vital indiqué par l'illustre académicien précité. (Comm. : MM. Roux, Velpeau.)

SÉANCE DU 20 MARS.

EXTRACTION DES CORPS ÉTRANGERS DE LA VESSIE.

M. LEROY-D'ÉTIOLLES communique à l'Académie le nouveau cas d'extraction d'une épingle à cheveux, dont nous avons rendu compte dans notre dernier numéro. Le défaut d'espace nous avait empêché de reproduire les figures des instruments extracteurs de l'auteur pour les tiges métalliques susceptibles d'être ployées en double, nous les donnons ici en renvoyant au dernier compte rendu de l'Académie de médecine pour la description.



ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 21 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre du commerce informe l'Académie que, conformément à une nouvelle demande de M. Aubergier, qui déclare d'ailleurs renoncer au bénéfice de ses brevets, et à l'avis de l'Académie, il vient de rendre un arrêté qui approuve les formules de M. Aubergier pour la préparation du lactucarium et de l'extrait alcoolique de cette substance, et qu'il y a lieu, en conséquence, à les publier dans les bulletins de l'Académie.

Le même ministre transmet deux demandes relatives à des remèdes secrets.

— M. CHABAUD (de Pont-Saint-Esprit) (Gard) soumet à l'appréciation de l'Académie une note sur la thérapeutique des fièvres typhoïdes.

L'auteur expose le mode de traitement des fièvres typhoïdes qui lui a le mieux réussi dans son service à l'hôpital militaire de Pont-Saint-Esprit.

— M. le Président annonce que M. Vleminckx, président de l'Académie de médecine de Belgique, est présent à la séance.

— M. Robinet lit, au nom de la commission des remèdes secrets, une série de rapports sur des demandes d'application des décrets sur les remèdes.

La commission déclare qu'il n'y a pas lieu à accorder le bénéfice des décrets invoqués. (Adopté.)

Pendant la lecture de ces rapports, l'Académie a procédé au scrutin pour la composition des commissions des prix.

Ces commissions, d'après le résultat du scrutin, se trouvent constituées comme il suit :

Prix de l'Académie : MM. Guibourt, Guéneau de Mussy, Roche, Bouvier, Gibert.

Prix Portal : MM. Laugier, Bégin, Jobert, Larrey, Robert.

Prix Civrieux : MM. Chomel, Rostan, Bouillaud, Bricheteau.

Prix Capuron : MM. Rayer, Dubois (P.), Danyau, Cazeaux, Depaul.

Prix Lefèvre : MM. Ferrus, Bousquet, Falret, Baillarger, Jolly.

TRAITEMENT DE L'ALIÉNATION MENTALE AIGUË PAR LES BAINS PROLONGÉS OU LES ARROSEMENTS CONTINUS D'EAU FRAICHE SUR LA TÊTE.

M. Ferrus lit un rapport sur un travail de M. Pinel, relatif au traitement de l'aliénation mentale aiguë par les bains prolongés et les arrosements continus d'eau fraîche sur la tête, lu dans la séance du 2 novembre 1852. Nous renverrons pour le mémoire de M. Pinel à l'analyse étendue que nous en avons donnée dans le numéro du 6 novembre 1852 (p. 712). Il nous suffira de rappeler que l'usage des bains et des irrigations continues est pour M. Pinel la base fondamentale sur laquelle il édifie sa thérapeutique, qu'il ne borne pas, à l'exemple de la généralité des praticiens, la durée des bains à quelques heures, mais qu'il les continue dans quelques cas pendant plusieurs jours. La température de l'eau du bain ne doit, selon lui, qu'exceptionnellement excéder 35° c. ou rester inférieure à 30°. Il emploie les affusions et les irrigations avec de l'eau à 20, à 15 et à 10° c. et au-dessous, qu'on refroidit à volonté, mais d'une manière lente et progressive, afin d'épargner au malade une sensation trop pénible.

A ce propos, M. le rapporteur constate qu'il a obtenu pour les irrigations des résultats favorables avec de l'eau à une moins basse température.

Dans ces essais ultérieurs à ceux qui sont compris dans la partie statistique du mémoire de M. Pinel, sur 18 aliénés à l'état aigu, l'emploi du même procédé aurait amené 11 rétablissements et 4 améliorations manifestes. Quant aux trois malades restants, l'un d'eux aurait succombé, un autre aurait été transféré dans un asile départemental, et le troisième aurait quitté prématurément la maison de santé de M. Pinel.

Afin qu'on pût apprécier sûrement les résultats de sa pratique, M. Pinel a énuméré diverses statistiques de guérisons. Cet exposé fait, M. Pinel en a comparé les données avec sa propre pratique, et il a montré que l'avantage était généralement en faveur du mode de traitement par les bains prolongés, puisqu'il a obtenu, comme moyenne d'ensemble, 1 guérison sur 1 aliéné 25.

Si exceptionnel que soit un pareil succès, dit M. le rapporteur, nous n'avons nulle raison de douter de la bonne foi de l'auteur et par conséquent de la sincérité de ses assertions. Il est toutefois à remarquer que les statistiques mentionnées ayant la plupart des bases diverses, il serait peu rationnel de leur accorder comparativement une signification bien précise. Parmi les médecins, en effet, qui ont publié des résultats statistiques, les uns ont calculé d'après le chiffre intégral de la population, d'autres n'ont établi leurs relevés que sur les maladies de date plus ou moins récente, laissant de côté les cas présumés d'incurabilité, soit au sein de la population existante, soit parmi les nouvelles admissions. Si d'ailleurs on est à cet égard d'accord quant à la démence simple, à la démence avec paralysie et à l'idiotisme avancé, la même entente n'existe pas pour d'autres formes de l'aliénation mentale, et notamment la manie. Celle-ci a été tenue pour incurable après une certaine période déterminée. Or les limites de cette durée sont encore à fixer d'une manière certaine. Ajoutons que les aliénistes font de la nature même de l'affection une classification variable, qu'ils lui appliquent des dénominations différentes, qu'enfin il n'est pas rigoureusement tenu compte, dans les observations recueillies, de toutes les particularités susceptibles de restreindre ou d'accroître les chances de la guérison. M. Pinel ne s'est dissimulé ni ces difficultés ni ces incertitudes; il a même indiqué les moyens d'y obvier plus ou moins avantageusement.

Vous ne serez pas dès lors surpris que votre commission ait cru, à son tour, devoir se maintenir sur ce sujet douteux dans une prudente réserve. Elle était commandée surtout à son rapporteur, puisque dans les relevés dont l'auteur s'autorise, dans ceux de M. Desportes et même dans les évaluations récemment publiées par l'administration de l'assistance publique, le service de Bicêtre, dont il a été chargé de 1836 à 1839, se trouve être par le langage des chiffres spécialement favorisé.

Quoi qu'il en soit du vague fondamental des faits généraux et d'une circonspection qui cessera seulement d'être nécessaire, lorsqu'appuyé sur les mêmes bases, on agira d'après une méthode uniforme et sur des éléments identiques, on ne saurait, en ce qui touche M. Pinel, méconnaître entièrement ce que ces données ont, dans leur ensemble, de favorable, et c'est avec un plaisir bien naturel qu'on voit un médecin fidèle aux traditions de sa parenté, conduit par l'amour de la science, apporter dans d'heureuses applications et d'utiles recherches de nouveaux motifs d'espoir dans l'efficacité des moyens dirigés contre la folie. Votre commission pense que ce serait répondre à un sentiment équitable que d'adresser à M. Pinel une lettre de remerciments et de renvoyer au comité de publication son volumineux mémoire, tout en engageant l'auteur à le soumettre préalablement à un rigoureux travail de condensation.

M. Baillarger : J'ai écouté avec attention le rapport que vient de lire notre savant collègue M. Ferrus, et je regrette de n'avoir rien entendu qui se rapportât aux indications spéciales des bains dans les différents genres de folie. Parler d'une manière générale de l'emploi des bains dans la folie et citer des chiffres constatant la guérison d'un certain nombre de mélancoliques, de monomaniaques, de maniaques, ne me paraît pas, je l'avoue, tout à fait suffisant.

On peut discuter pour savoir si ce qu'on désigne sous le nom de folie comprend ou non plusieurs maladies distinctes; mais tout le monde est d'accord sur ce fait que les diverses formes offrent des caractères très-différents ou même opposés. De là aussi pour le traitement des indications différentes et même opposées. Les bains simples n'ont pas ce privilége de convenir également dans toutes les formes de la folie, et pour le prouver il suffira de passer rapidement en revue les principaux caractères de la monomanie, de la mélancolie et de la manie.

La monomanie, on le sait, a cela de particulier que souvent rien dans sa tenue, dans son langage, ne décèle le délire. Les idées sont coordonnées, l'intelligence nette, la mémoire précise. On n'observe ni l'excitation, ni la loquacité, ni l'activité désordonnée de la manie, ni l'inertie, la torpeur générale, la lenteur de conception qui forment les principaux symptômes de la mélancolie. C'est une sorte d'état d'équilibre des facultés qui éloigne au premier abord toute idée de maladie; mais qui est compatible, ainsi que le prouve l'expérience de chaque jour, avec l'existence des conceptions délirantes les plus absurdes. La santé générale est d'ailleurs, dans certains cas, aussi bonne que possible.

Les bains, je le demande, constituent-ils ici le principal moyen de traitement? Une fois la maladie dégagée des symptômes aigus observés souvent au moment de l'invasion, qui pourrait espérer la guérir avec des bains? Quand la persistance des idées fixes et des hallucinations est liée, ce qui n'est pas rare, à un état général d'anémie, ne voit-on pas que l'administration des bains simples souvent répétés peut être nuisible?

Je viens de rappeler les principaux symptômes de la mélancolie, l'inertie, la torpeur générale, la lenteur de conception, l'embarras des idées et le plus souvent un délire partiel de nature triste. Ici le désordre n'est pas borné, comme dans la monomanie, aux seules lésions de l'intelligence, mais il s'étend à tout l'organisme. Les mouvements sont lents, la voix faible, la circulation languit, les extrémités se refroidissent, les sécrétions diminuent, l'appétit se perd, etc.

Dans cet état qui semble, suivant l'expression de Guislain, tendre à l'extinction de la vie, les bains simples sont-ils vraiment indiqués?

Je donne souvent dans ce cas des bains sulfureux, des bains alcalins, des bains aromatiques, et j'administre en même temps le quinquina, le fer, etc.; mais je me garderais, je l'avoue, de baser la thérapeutique sur l'emploi des bains simples.

Le troisième grand type de la folie est la manie caractérisée par des symptômes opposés à ceux de la mélancolie. Ici tout décèle l'activité et la puissance. Les bains simples prolongés se trouvent en effet au premier rang des moyens thérapeutiques pour combattre la surexcitation générale qui est le caractère principal de la maladie.

C'est dans la manie et dans la période d'invasion des autres formes, que les auteurs, et entre autres M. Brière de Boismont, les ont préconisés.

Il y a donc, comme on le voit, quand il s'agit de l'emploi des bains simples dans la folie, à établir des distinctions importantes. Les indications sont bien loin d'être toujours les mêmes, et il n'en peut être autrement puisqu'il s'agit d'états morbides différents ou même opposés.

Quant aux statistiques de guérisons que M. Pinel a citées et que M. Ferrus a reproduites dans son rapport, je dois faire remarquer qu'on ne saurait leur attacher une grande importance. Dès qu'on prend, comme on le fait dans la plupart de ces documents, les aliénés d'une manière générale pour dire qu'on en guérit 1 sur 3, sur 4, sur 5; ces résultats n'ont rien de très-exact. On confond ici sous le nom d'aliénation mentale des maladies très-distinctes: la folie, la démence, la paralysie générale. Il y a peu d'années même qu'on y mettait encore les idiots.

Pour obtenir des résultats de quelque valeur, il faudrait isoler la folie proprement dite ou même encore séparer la monomanie, la mélancolie et la manie et comparer le nombre de questions obtenu dans chaque autopsie. Il y a déjà sous ce rapport des statistiques assez nombreuses qui offrent les éléments de cette comparaison, et je citerai au premier rang celles qu'a publiées depuis longtemps notre collègue M. Parchappe.

M. Ferrus : J'ai entendu avec le plus grand plaisir l'argumentation de M. Baillarger, et je n'en ai rien perdu. Mais je ne puis accepter les reproches qu'il me fait. Si j'avais eu à parler des doctrines de l'aliénation mentale en général, j'aurais eu probablement le bonheur de me rencontrer avec notre collègue sur quelques-unes des excellentes choses qu'il vient de dire. Mais il ne s'agit pas ici de discuter un point de science, et je ne me permettrais pas, devant l'Académie, de faire une leçon sur les maladies mentales; je me bornerai donc à répondre au reproche que M. Baillarger vient d'adresser à l'auteur du mémoire ainsi qu'au rapporteur. M. Baillarger nous reproche de n'avoir pas spécifié les cas auxquels convient le traitement par les bains, de n'avoir pas suffisamment distingué les cas d'aliénation avec excitation générale de ceux qui sont accompagnés de dépression. Cette distinction n'a nullement été omise dans le travail de M. Pinel, elle est faite tout du long dans son mémoire. Tout le monde d'ailleurs fait cette distinction; il n'y a pas d'élève d'a-

sile d'aliénés qui ne sache cela. Le reproche de M. Baillarger ne me paraît donc pas fondé à cet égard; il n'est pas plus fondé non plus en ce qui concerne les recherches statistiques relatives à l'aliénation. Il résulte de la lecture du mémoire de M. Pinel qu'il a, au contraire, soumis ces statistiques à une judicieuse et sévère critique. Je crois donc devoir maintenir les conclusions et insister de nouveau sur l'utilité de publier le mémoire de M. Pinel, sous la réserve de le réduire.

M. Baillarger : Je crois devoir faire remarquer que je suis bien loin de proscrire les statistiques d'une manière générale, et que je me suis borné à signaler celles qui reposent sur des éléments évidemment inexacts. Je ne saurais d'ailleurs trop me défendre d'avoir voulu faire une leçon en indiquant d'une manière rapide les caractères des principaux types de la folie. J'ai dû rappeler ces caractères pour démontrer que les indications thérapeutiques sont très-différentes, et que les bains simples sont bien loin d'être toujours le moyen principal de traitement.

M. Ferrus : Personne ne songe à nier l'existence de ces trois types de l'aliénation, pas plus M. Pinel et moi que d'autres. Je n'avais pas du reste à discuter les opinions de M. Pinel, mais à les exposer; c'est ce que je crois avoir fait dans le rapport.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Études sur le phlegmon diffus.

M. Chassaignac lit sous ce titre un mémoire dont nous extrayons les conclusions suivantes :

I. L'étude anatomique des périodes initiales du plegmon diffus ne peut se faire que dans les conditions suivantes :

Ou bien lorsqu'on fait l'autopsie, la lésion locale étant encore à son début; ou bien au moyen d'incisions faites de très-bonne heure dans un but tout à la fois diagnostique et thérapeutique, et dont on étudie attentivement les coupes en s'aidant du lavage et de l'éponge.

II. Dans le phlegmon diffus, l'aponévrose ne perd pas sa couleur normale, tant que le pus est à sa surface externe; mais toutes les fois qu'il s'est formé du pus dans les parties que recouvre l'aponévrose, celle-ci prend une teinte jaune verdâtre. On peut dire que les aponévroses se teignent pathologiquement du dedans au dehors et non du dehors au dedans.

III. On peut admettre quatre variétés de phlegmon diffus :

1° Le phlegmon diffus par nappe purulente;
2° Le phlegmon diffus panniculaire;
3° Le phlegmon diffus sous-aponévrotique;
4° Le phlegmon diffus total.

Dans la variété panniculaire, le pus réside exclusivement dans les mailles du tissu cellulo-adipeux qui double la peau.

Dans la variété dite par nappe purulente, une formation de pus concret occupe la couche du tissu cellulaire séreux extérieur aux aponévroses.

Le phlegmon diffus sous-aponévrotique présente le pus exclusivement renfermé dans les gaînes musculaires.

Le phlegmon diffus total consiste dans une infiltration purulente simultanée de toutes les couches du membre.

IV. Dans le diagnostic du phlegmon diffus, il faut s'attacher à bien saisir les caractères qui le distinguent de trois affections avec lesquelles il est susceptible d'être confondu. Ce sont :

1° L'érysipèle œdémateux;
2° Le phlegmon par diffusion;
3° L'œdème douloureux.

V. Le phlegmon diffus se différencie du phlegmon par diffusion à l'aide des caractères suivants :

1° Dans le phlegmon diffus, l'invasion purulente est simultanée sur un grand nombre de points. Dans le phlegmon par diffusion, elle est successive;

2° Dans le phlegmon diffus, rien de plus fréquent que le sphacèle du tissu cellulaire. Rien de plus rare dans le phlegmon par diffusion;

3° Dans le phlegmon diffus, on observe souvent l'état concret du pus. Celui-ci est toujours liquide dans le phlegmon par diffusion;

4° Une seule incision suffit souvent pour le traitement du phlegmon par diffusion. Il faut toujours des incisions multiples dans le véritable phlegmon diffus;

5° Le décollement de la peau est habituellement beaucoup plus étendu que dans le phlegmon diffus.

VI. Le diagnostic du phlegmon diffus dans sa première période n'est à l'abri de toute contestation que quand on a constaté par l'incision l'état de la couche celluleuse sous-panniculaire.

VII. Lorsqu'à la suite du plegmon diffus, la déperdition d'une portion de peau donne lieu à la formation de cordes inodulaires, il y a du danger à tenter de les allonger, lorsqu'elles sont encore de date assez récente.

VIII. Les exemples de guérison de phlegmon diffus sans le secours d'aucune incision peuvent être considérés comme se rapportant à des cas de pseudophlegmon diffus.

IX. Dans le phlegmon diffus, on doit répartir sur toute l'étendue des couches envahies les incisions évacuatives. On doit de plus atteindre et dépasser les limites actuelles de l'infiltration purulente. (Incisions limitatives ou préventives.)

X. Toutes les fois que deux incisions sont parallèles, il ne faut jamais les faire à une distance moindre que celle de deux travers de doigt.

XI. Quand le phlegmon est sous-aponévrotique, on ne peut assurer le libre écoulement du pus qu'en pratiquant des débridements latéraux sur les deux lèvres de l'incision faite à l'aponévrose.

XII. Dans le cas où le phlegmon diffus, après avoir envahi tout un membre, menace d'atteindre des portions plus ou moins considérables du tronc, l'amputation faite à propos et dans l'article peut seule sauver la vie du malade.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

De l'endémie dyssentérique a Saint-Pierre (Martinique); par M. le docteur Dutroulau, second médecin en chef de la marine. — Broch. in-8° de 64 pages, extraite de la Revue coloniale, juin 1832.

Rapport sur l'état sanitaire de l'escadre de la Méditerranée au mouillage de Bésika, pendant le troisième trimestre 1853; par M. Deville, chirurgien-major de division. — Broch. in-8°, extraite des Nouvelles annales de la marine et des colonies, décembre 1853.

M. Dutroulau est bien connu des lecteurs de la Gazette Médicale, surtout par ses Études sur les maladies navales. Sa courte mais bonne monographie de la dyssenterie endémique de Saint-Pierre, est conçue, comme ses autres productions, dans un excellent esprit : il observe, ne décrit que ce qu'il voit, ne se hasarde point à conclure du particulier au général, de la dyssenterie de Saint-Pierre à celle de tous les pays; il attache enfin l'importance qu'elle mérite à l'étiologie, et cherche à la soustraire aux banalités dans lesquelles elle s'est si longtemps perdue.

Pour écrire la monographie d'une endémie, il faut ne pas faire dater la science et l'observation de soi-même, mais s'éclairer par un coup d'œil rétrospectif. C'est là chose malaisée, car l'aveugle entraînement des doctrines a jeté un tel chaos dans ces époques heureusement passées, qu'on ne peut pas même leur emprunter des chiffres de statistiques. Pendant dix ou douze ans au moins, à partir de 1830, on ne trouve plus le mot *dyssenterie* dans les registres ni dans les rapports des hôpitaux : la gastrite, la gastro-entérite, la gastro-colite, etc., ont tout accaparé. Bien plus, les fièvres n'y figurent pas davantage; elles ont cédé la place aux gastro-céphalites. Les deux grandes endémo-épidémies des Antilles ont-elles donc disparu pendant cette longue période? Hélas! non; mais on a méconnu leur individualité, je dirais presque leur spécificité : on les a reléguées dans la classe banale des phlegmasies. Un instant, en 1841, ce vertige doctrinal cesse; mais il reprend bientôt le dessus par l'arrivée d'un nouveau médecin en chef. Enfin M. Dutroulau survient avec de saines idées, un éclectisme éclairé et une observation exacte. Renonçons à faire doter l'histoire de la dyssenterie de Saint-Pierre d'une époque antérieure à ce médecin recommandable; mais constatons que la maladie y a toujours existé, car on trouve les lésions anatomiques décrites dans les autopsies pratiquées par les chirurgiens de deuxième et de troisième classe, dont la mission n'était pas de dire ce qu'ils pensaient de la nature de la maladie, mais de décrire ce qu'ils voyaient.

M. Dutroulau pense, avec beaucoup d'autres, que les endémies sont dues aux conditions topographiques plutôt qu'au climat et aux influences générales : Saint-Pierre a des dyssenteries, Fort-de-France a des fièvres palustres; leur climat est le même, mais les conditions topographiques sont fort dissemblables, et leur étude satisfait même assez bien l'esprit qui y cherche la raison de cette différence dans le règne pathologique. Il semblerait qu'un climat pareil à celui de Saint-Pierre et de Fort-de-France exerce nécessairement une influence morbifique quelconque, mais que la forme de sa manifestation pathologique est commandée par les conditions spéciales à la localité. L'intervention des deux causes, à divers titres, est donc nécessaire, l'une déterminant le mal, l'autre sa forme.

Après ces causes, déterminantes et spécifiques pour ainsi dire, viennent les causes occasionnelles, siégeant dans l'alimentation, entre autres dans le funeste abus du tafia, etc., causes que l'école physiologique mettait seules en jeu, sans s'apercevoir qu'elle invoquait là une influence qui, hors de la sphère d'action du climat et de la localité, est incapable d'engendrer la dyssenterie endémique.

M. Dutroulau décrit la dyssenterie aiguë légère, la dyssenterie aiguë moyenne, la dyssenterie grave, la dyssenterie chronique. La première ne s'accompagne point d'excrétions sanguines; est-ce donc une dyssenterie, et n'est-il point nécessaire que le sang paraisse dans les selles pour qu'on soit autorisé à donner ce nom au flux intestinal? M. Dutroulau n'est point de cet avis, et pense qu'il y a des dyssenteries non sanglantes. Voici ses raisons, et elles nous paraissent bonnes. Quand la science admet des varioles, des rougeoles sans éruption, elle aurait

tort de refuser d'accepter des dyssenteries sans excrétions sanglantes, lorsqu'on elles se présentent dans des conditions analogues.

A Saint-Pierre, selon les années, le sang est habituel ou rare dans les selles. Ce sang ne semble constituer qu'un phénomène de plus; il est plus fréquent dans la forme grave que dans la forme de moyenne intensité. Dans le cours de la même maladie, il peut paraître et disparaître à plusieurs reprises, sans que l'affection ait changé de nature. La dyssenterie non sanglante expose, comme l'autre, le sujet à des récidives successives, d'autant plus imminentes qu'on en a subi déjà antérieurement un plus grand nombre, phénomène qui constitue l'un des caractères distinctifs de l'endémie dyssentérique de Saint-Pierre, rechutes qui finissent par aboutir à une chronicité incurable, si le malade ne change de climat. Cette dyssenterie non sanglante, quelquefois fugace, a d'autres fois une grande ténacité et conduit le malade, tout comme la forme sanglante, à ce que M. Dutroulau appelle la cachexie dyssentérique, aboutissant commun de tous les degrés de cette affection endémique, quand elle n'a pu être enrayée. Nous ajouterons, avec M. Dutroulau, dans le but de faire rentrer dans la dyssenterie ces flux non sanglants, qu'ils peuvent aussi se terminer par des ulcérations gangréneuses et confondre ainsi leur anatomie pathologique avec celle de la forme sanglante. Enfin on n'a pas oublié que c'est sous le règne des mêmes conditions générales et locales que ces flux, sanglants ou non, prennent naissance.

Le médecin en chef de la marine ne prétend, du reste, appliquer le résultat de ses observations qu'au champ sur lequel il les a recueillies, c'est-à-dire à l'endémie de Saint-Pierre (Martinique).

Le traitement est exposé d'une manière complète et avec une véritable sagacité pratique. Il n'est pas besoin de dire que M. Dutroulau, ayant trouvé les antiphlogistiques purs seuls en vigueur à son arrivée à Saint-Pierre, a été obligé d'instituer de toutes pièces un nouveau traitement, basé à la fois sur la connaissance de la nature de cette maladie et sur les exigences particulières qu'elle peut avoir dans le pays.

On sait qu'en Algérie les vomi-purgatifs ont décidément prévalu, et que les résultats qu'on obtient tous les jours, soit comparés à ceux qu'on obtenait autrefois de la saignée et des évacuations locales, soit à ceux de quelques rares obstinés qui persistent dans les vieilles erreurs, sont bien faits pour nous corroborer dans la conviction que nous sommes dans le vrai. Les uns administrent les pilules de Segond; les autres agissent non plus peu à peu à l'aide de ce médicament, mais énergiquement d'emblée, avec la potion contenant 1 ou 2 grammes de calomel et autant d'ipéca, médicament auquel on revient rarement plus de trois fois, une indication moins énergique se présentant alors et faisant substituer à cette potion soit les pilules de Segond, soit des préparations de calomel ou d'ipéca à doses fractionnées. Nous avons dit aussi que ce sont également les vomi-purgatifs qui nous ont été les plus utiles dans les flux intestinaux, à l'armée d'Italie. Les antiphlogistiques ne sont plus que des adjuvants, trouvant leur indication dans certains cas seulement, et qu'on dirige plutôt contre certains symptômes que contre le fond de la maladie elle-même.

Le traitement de M. Dutroulau est également basé sur les vomi-purgatifs, qui semblent ici remplir un tout autre rôle que celui d'évacuants; leur action est spéciale, ils luttent contre la dyssenterie en tant que maladie spéciale aussi. Quand l'élément inflammatoire, qui ne constitue certes point le fond, l'essence de la maladie, devient trop prédominant, on dirige contre lui des évacuations sanguines locales. Quelques autres moyens remplissent aussi des indications accessoires: tel est l'opium en injections intestinales, mais ce médicament, employé comme traitement principal, n'a point satisfait M. Dutroulau. Voici, du reste, le traitement qu'il formule pour chaque degré de la dyssenterie; on verra qu'il se modifie selon l'intensité du mal, se plie aux diverses exigences, ce en quoi il est peut-être supérieur à celui qui a cours en Algérie, et dont la formule est un peu trop générale et inflexible.

Dans la dyssenterie légère, M. Dutrouleau met rarement quelques ventouses scarifiées sur le ventre, quand même les douleurs sont vives, parce que celles-ci disparaissent sans le secours de ces déplétions locales, sous l'influence du petit-lait manné, ainsi formulé: manne, 30 grammes; petit-lait, 500. En même temps que ce traitement principal, sont ordonnées des injections intestinales opiacées et amylacées. Dans la dyssenterie moyenne, les antiphlogistiques locaux interviennent au même titre et pour les mêmes indications que dans le degré inférieur de cette maladie, mais les symptômes douloureux contre lesquels on les dirige peuvent également disparaître sans leur secours; ils ne sont donc pas indispensables. Ce n'est plus au petit-lait manné que M. Dutroulau a recours dans cette forme, mais à l'*ipéca à la brésilienne*, remède dont voici la formule: soient 8 grammes d'ipéca concassé; on y jette tous les jours, sans les renouveler, 125 grammes d'eau, et cela pendant cinq à sept jours. Au bout de quelques jours, les selles sont modifiées, les vomissements arrêtés. Si la tolérance n'a pas lieu, il faut cesser et recourir aux émollients, qui, du reste, pendant l'administration de l'ipéca à la brésilienne, ne doivent pas être négligés, sous forme de lavements amylacés opiacés, de bains de siége, de cataplasmes. La diète sera sévère; le malade boira de l'eau albumineuse.

Si ces moyens n'enrayent pas la maladie, il faut recourir au calomel, 60 centigr., unis à 3 ou 5 centigr. d'opium. On aide à la tolérance par quelques tasses de tilleul laudanisé.

La dyssenterie grave est ainsi traitée à Saint-Pierre par M. Dutroulau: après les saignées locales jugées nécessaires, il prescrit, le matin du premier jour, l'ipéca comme vomitif, et le soir, 1 gramme de calomel avec 5 centigrammes d'opium, et revient aux déplétions sanguines locales si les douleurs sont encore trop vives; le lendemain matin, huile de ricin, et le soir, nouvelle dose de calomel. Le calomel est continué cinq à six jours, s'il est toléré; mais s'il n'est pas bien supporté, on a recours à l'ipéca à la brésilienne Sept à huit jours d'un pareil traitement viennent à bout de la maladie, et on en poursuit les restes avec le petit-lait manné. Le calomel est un spécifique et non un purgatif; loin de liquéfier les sels par la continuation de son usage, il les ramène à la consistance normale. Il va sans dire que les émollients *intus et extra* marchent de pair avec ce traitement. Quelquefois certains symptômes appellent des injections intestinales particulières: M. Dutroulau s'est bien trouvé du nitrate d'argent, 50 centigr., lorsque les selles livides contiennent des détritus gangréneux, et des lavements aiguisés d'acide sulfurique pour réprimer les hémorrhagies trop abondantes. Le malade devra être privé de tout aliment solide, et réduit à une petite quantité de boisson.

M. Dutroulau a passé des épidémies entières sans trouver l'indication de la saignée chez les dyssentériques; mais quand l'hépatite la complique, il pense que les déplétions sanguines sont le meilleur moyen d'empêcher ce viscère parenchymateux d'arriver à la suppuration. Nous devons dire, à ce sujet, qu'en Algérie le calomel a paru à M. Haspel devoir être administré d'emblée et concurremment aux saignées, dans les hépatites aiguës. En lisant le bon ouvrage publié par ce médecin militaire sur les maladies de l'Afrique septentrionale, on sera frappé des effets avantageux qu'on a retirés du calomel dans ces cas, effets supérieurs même, dans quelques circonstances, à ceux de la saignée employée dans le cours de la même maladie. Mais nous devons imiter ici la réserve de M. Dutroulau, et ne pas conclure de l'Algérie aux Antilles.

MM. Catteloup, Cambay et Haspel ont fait ressortir la coïncidence des maladies du foie et de la dyssenterie, dans l'Afrique septentrionale; non-seulement la même loi existe à la Martinique, mais les rapports semblent plus étroits encore. Quant à l'hépatite, dit M. Dutroulau, on pourrait la considérer plutot comme un *élément essentiel* de la dyssenterie endémique que comme une complication de cette maladie. Je considère le foie comme *toujours* malade dans la dyssenterie endémique de Saint-Pierre.

Si la thérapeutique a des armes contre la dyssenterie aiguë, elle n'en a point quand cette maladie est passée à l'état chronique; la seule chance de salut consiste alors dans l'envoi du malade dans la mère patrie. Sous ce rapport, qu'il nous soit permis de faire remarquer qu'en Algérie il n'en est pas tout à fait ainsi: on y guérit encore quelques dyssenteries chroniques sans changement de climat, ce qui n'infirme en rien la proposition de M. Dutroulau pour la Martinique; car ce qui est vrai pour un pays ne l'est pas toujours au même titre pour un autre.

La cachexie dyssentérique diffère de la cachexie palustre: dans la première, maigreur squelettique, peau comme collée sur les os, sans élasticité, empreinte de souffrance caractéristique qui persiste sur le visage, démarche incertaine, corps incurvé, ventre rétracté; dans la seconde, bouffissure, teint bistré, infiltration de tout le corps, engorgement abdominal, ascite qui amène souvent la projection des épaules en arrière pendant la marche.

Pendant les dernières années, la troupe a perdu, à Saint-Pierre, 9 malades de dyssenterie, sur 100 hommes de garnison, très-haute proportion, car en Algérie, de 1837 à 1846, nous n'avons perdu, de toute maladie, que 7 hommes sur 100, et, en Italie, l'état sanitaire a été infiniment meilleur, puisque, pendant la première année, la pire de toutes, 5 hommes ont succombé, non plus sur 100 d'effectif, mais sur 100 entrés à l'hôpital pour toutes sortes d'affections médicales et chi-

rurgicales, mortalité qui a diminué de près de moitié quelques années plus tard.

Le caractère anatomique de la dyssenterie de Saint-Pierre, c'est la gangrène et l'ulcération. Chose remarquable, les lésions, toujours prédominantes dans l'S iliaque, ont souvent deux *maxima* siégeant, l'un à cet endroit, et l'autre au colon ascendant, avec intensité moindre dans la partie intermédiaire, c'est-à-dire au colon transverse.

La nature a quelquefois des ressources inattendues : M. Dutroulau cite des individus qui ont guéri après l'expulsion de larges lambeaux des parois intestinales, un entre autres après avoir rendu 35 centimètres de la muqueuse et de la fibreuse! On a cité en Algérie des cas dans lesquels un fragment de tube, une virole, ont été expulsés par les selles, fait dont la possibilité avait été niée par ceux qui veulent juger de la dyssenterie en général, d'après l'étude de la dyssenterie observée dans leur pays seulement.

Nous avons vu que M. Dutroulau s'était placé à un point de vue à la fois plus modeste et bien plus utile : il ne décrit que ce qu'il voit, sans arguer de ce qu'il voit à ce qui doit se passer ailleurs, réserve d'autant plus méritoire que, placé au milieu d'une endémie extrêmement intense, il avait plus de droit de conclure du plus au moins, que tant d'autres de conclure du moins au plus, car il est facile d'affaiblir un tableau, tandis qu'on ne peut le charger qu'à l'aide d'un peu d'imagination, chose dangereuse dans le domaine des faits et des sciences.

— L'état sanitaire de l'escadre française a été satisfaisant au mouillage de Besika, pendant le troisième trimestre 1853. L'escadre comptait 9,000 hommes. La moyenne des individus exempts de service chaque jour, pour maladies internes et externes de tout genre, a été de 4 pour 100, et presque toutes les exemptions reconnaissent pour cause les fièvres intermittentes dues aux effluves dégagés par le marécageux Scamandre, et peut-être aussi à l'usage des eaux corrompues de la côte, d'après M. Deville. 1,130 hommes ont été traités pour fièvre palustre ; on compte 28 cas graves, parmi lesquels on n'a eu à déplorer que 3 décès; dans les fièvres pernicieuses, c'est la forme algide qui a dominé, comme en Algérie et à Rome. L'escadre anglaise, ancrée plus près de la côte, a plus souffert que nous, et, parmi nos vaisseaux, l'immunité fébrile a été en rapport avec l'éloignement du rivage, faits qui viennent corroborer tant d'observations concordantes qui remontent à Lind et au delà.

Avant de séjourner à Besika, pendant l'été de 1852, l'escadre avait mouillé dans les eaux de Palerme et de Naples, et, sous l'influence des chaleurs, les fièvres dites muqueuses (probablement les gastriques, les gastro-reumatiques des Italiens) avaient été nombreuses; à Besika, au contraire, par une température fraîche entretenue par la constance des brises du nord, ces sortes d'affections ne se sont point montrées, mais la présence de foyers palustres, dont les villes de Palerme et de Naples sont exemptes, tandis que Besika en recèle, a amené le développement de fièvres intermittentes. Ce fait est l'un de ceux qui corroborent les opinions émises dans la GAZETTE MÉDICALE, au sujet des deux éléments morbides, d'origine distincte, d'indication thérapeutique différente, qui constituent les endémo-épidémies des pays chauds et palustres, et dont l'un reconnait pour cause une circonstance accidentelle et amovible, le miasme des marais, et l'autre les influences mêmes du climat, c'est-à-dire des conditions essentielles, permanentes, plus ou moins inamovibles. C'est ce dernier élément qui s'est manifesté à Naples et à Palerme.

Les phlegmasies les plus fréquentes ont été les pleurésies, on en a compté 67. Les pneumonies figurent pour 27. Trois vaisseaux ont souffert d'une petite épidémie de stomatite ulcéreuse, affection que M. Deville croit transmissible. Les affections intestinales, fréquentes par les fortes chaleurs subies dans l'été de 1852, ont été rares par les brises fraîches de Besika, si ce n'est à bord du *Friedland* et du *Mogador*, qui avaient séjourné pendant le mois d'août dans le port de Constantinople.

Le scorbut, si fréquent, si grave autrefois à bord des navires, le scorbut, qui y régnait alors presque à l'état endémique, passez-moi une telle expression employée dans de pareilles circonstances, n'a été observé que chez 5 hommes sur 9,000. C'est dire quels progrès ont faits l'hygiène et l'alimentation du marin depuis ces époques, qui ne sont pas encore bien loin de nous, progrès dus en grande partie à la sollicitude de nos confrères de la marine.

Nous tiendrons les lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE au courant de l'état sanitaire de la flotte française. Une telle étude ne peut qu'être très-instructive, parce que la mobilité des vaisseaux en fait de véritables moyens d'expérimentation, des espèces de réactifs qui nous décèlent le degré de salubrité et la nature des maladies des diverses localités où ils sont appelés à séjourner. Le vaisseau ne présente pas seulement les avantages du médecin voyageur : c'est un médecin voyageant avec un personnel soumis à son observation journalière ; c'est la médecine et la matière sur laquelle elle s'exerce, se transportant partout pour observer.

FÉLIX JACQUOT.

VARIÉTÉS.

— BULLETIN DU CHOLÉRA. — Depuis la semaine dernière le choléra a subi une décroissance notable partout, à l'hôpital de la Charité comme dans les autres hôpitaux, ainsi que dans les arrondissements. Le bulletin suivant résume la situation au 21 mars.

HÔPITAUX.

Nombre des cas admis 42
Déclarés à l'intérieur 83

Total. 125

Nombre des décès : Hôpitaux civils. 67
Hôpitaux militaires. . . 3
Décès à domicile : Arrondissements. . . . 15
Communes rurales. . . 3, dont 1 à Vaugirard, 1 à Batignolles, 1 à Bercy.

Total. . . . 88

La journée du 21 mars a fourni le bulletin suivant :

HÔPITAUX.

Nombre des cas admis 1
Id. déclarés à l'intérieur (Charité). . . . 1

Total. 2

Nombre des décès : Hôpitaux civils. . . . . . 2, dont 1 à l'Hôtel-Dieu, 1 à la Charité.
Hôpitaux militaires . . . 0
Arrondissements. 0
Communes rurales. . . . 0

Total. 2

La journée du 22 mars a donné 5 décès, dont 3 dans les hôpitaux, à savoir : 1 à la Charité, 1 à Necker, 1 au Val-de-Grâce, et 2 décès dans les arrondissements : 1 dans le 2e et 1 dans le 12e.

— MÉDECINE MILITAIRE (HÔPITAUX EN CAMPAGNE). — HÔPITAUX TURCS. — Du 11 au 24 janvier 1854, la moitié des blessés turcs sur le Danube inférieur a été enlevée par le typhus, la pourriture d'hôpital et les érysipèles.

Il y a un grand nombre de médecins; mais on manque de chirurgiens habiles. La plus grande partie de ceux qui étaient venus avec l'armée égyptienne y ont été enlevés par les maladies des camps. On doit des louanges aux médecins égyptiens ou italiens, qui pendant les combats vont secourir les blessés sur le champ de bataille.

Les Turcs, de même que les Russes, ont beaucoup de médicaments et de moyens de pansements ; mais des deux côtés les cantonnements sont mauvais. L'expérience condamne hautement les logements souterrains (*burdchi*) ou casemates, qui fournissent deux fois plus de malades que les tentes.

De grands hôpitaux temporaires ont été formés à Matschin, Hirsova, Silistria, Rutschuk et Widdin.

Les maladies épidémiques, en février, ont été la dyssenterie et la variole, qui sévissaient à la fois sur les deux armées.

— On lit dans le MESSAGER DE BAYONNE :

« M. Jean-Martial Claverie, mort le 15 mars, a, par son testament, légué sa fortune, qui s'élève à environ 400,000 fr., à la ville de Bayonne et à ses établissements de bienfaisance, notamment à l'hôpital Saint-Léon, qu'il institue son héritier universel. »

— MM. les professeurs particuliers sont prévenus que la distribution des amphithéâtres de l'École pratique, pour les cours d'été, aura lieu samedi, 25 courant, à midi précis, à l'École de médecine.

— M. Falret, médecin de la première section des aliénés de l'hospice de la Salpêtrière, commencera son cours clinique et théorique de médecine mentale le dimanche 2 avril prochain, à neuf heures du matin, et le continuera les dimanches suivants, à la même heure.

NOTA. Conférences cliniques les mardi, jeudi et samedi, à neuf heures du matin.

— ERRATA. — Il s'est glissé, dans le mémoire de M. Sédillot, sur l'urétrotomie externe et périnéale, etc., quelques erreurs que le lecteur voudra bien rectifier ainsi :

Page 50, 2e colonne, ligne 28 de la note, au lieu de : *le canal a été déchiré et est le siége* ; lisez : *le canal précédemment déchiré est le siége*.

Même page, ligne 61 de la note, au lieu de : *par une sonde Mayor n° 12* ; lisez : n° 2.

Page 51, 1re colonne, avant-dernière ligne de la note, au lieu de : *et la guérison obtenue servira certainement....* ; lisez : *et l'amélioration obtenue servira probablement*.

Page 128, au titre de l'observation, au lieu de : *du docteur Jandel* ; lisez : *Jaudel*.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE GÉNÉRALE.

CRÉATION D'UNE SOCIÉTÉ ZOOLOGIQUE D'ACCLIMATATION.

Une société zoologique d'acclimatation vient d'être fondée à Paris sous les auspices de M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire et de quelques autres savants et agronomes. Bon nombre de nos confrères ont été appelés à faire partie de cette société, s'associant sans doute aux vues exprimées par les fondateurs et désireux de concourir au but qu'ils se sont proposé. Cependant, il nous a paru, en lisant les premières publications, discours d'ouverture et rapports, qu'il y avait pour la médecine un autre rôle à remplir, un autre concours à donner, que ceux assignés à tous les membres de la fondation; rôle et concours non-seulement utiles pour la fin qu'on se propose, l'acclimatation d'espèces exotiques, mais utiles encore pour la médecine elle-même : la connaissance des maladies et l'art de les guérir. Si les idées que nous avons à indiquer à cet égard ont quelque valeur, c'est surtout à l'origine de la société qu'elles auront plus de chance d'être accueillies, et que l'intervention de nos confrères pourra le mieux s'en faire un titre d'utilité.

« Le but de la société est, ainsi que les statuts le proclament, de concourir à l'introduction, à l'acclimatation et à la domestication des espèces d'animaux utiles ou d'ornement, au perfectionnement et à la multiplication des races nouvellement introduites et domestiques. »

Il y a plusieurs moyens de concourir à ce but parfaitement défini. Les efforts qu'on a faits jusqu'ici prouvent qu'on s'est surtout tenu dans les voies empiriques, et les résultats obtenus ne témoignent pas d'une grande efficacité de moyens. Et en effet, on a plutôt réussi à transporter d'un pays dans un autre les espèces organisées en harmonie avec les ressources et les milieux des deux pays, qu'à opérer la véritable œuvre d'acclimatation. Ceci s'applique aussi bien au règne animal qu'au règne végétal. La méthode généralement employée a consisté à chercher dans les espèces exotiques celles qui se rapprochent le plus en apparence des espèces indigènes, et, à l'aide de l'accouplement, à obtenir une génération plus capable de résister au changement de climat. Cette méthode, rationnelle en apparence, est loin d'avoir tenu ce qu'elle promettait; les essais tentés en dernier lieu à Grignon et à Versailles, sur l'acclimatation du lama, de l'alpaga et autres espèces exotiques, prouvent qu'elle est au moins insuffisante. Ayant eu occasion de nous entretenir avec quelques-unes des personnes préposées à l'œuvre, il nous a été facile de nous convaincre qu'elle est de plus imprévoyante. Voyez, en effet, à part quelques précautions propres à protéger les animaux contre l'influence du froid ou des révolutions de l'atmosphère, on demande au hasard et à la nature de faire les frais de la véritable acclimatation. Au hasard, en lui laissant le choix des individus les plus capables de résister; à la nature, en la chargeant de tirer d'elle-même les moyens de résistance. Puis, lorsqu'à la faveur de ces deux puissances occultes, on arrivait à obtenir le résultat tant désiré de la reproduction, on recommençait, à l'égard de la seconde génération l'œuvre de précautions et d'espérances appliquée à la première. Les hommes spéciaux ne nous contrediront pas sans doute. Ils nous diront s'ils ont eu et employé d'autres ressources, s'ils ont pu faire résister autre chose que les organisations exceptionnelles, et s'ils ont imaginé d'autres moyens de résistance que ceux dont étaient doués ces organismes. Comme science, comme art et comme résultat, l'acclimatation des animaux en est donc là; c'est-à-dire à l'empirisme. Ceci est plutôt de l'histoire que de la critique, et la critique s'adresse bien plus à la marche des choses qu'à l'œuvre des hommes. Cependant l'intervention de la médecine, ou plutôt de l'esprit médical, dans l'accomplissement de l'acclimatation des animaux peut, ce nous semble, avoir un autre résultat. Il n'est pas difficile de le montrer.

Qu'est-ce que le problème de l'acclimatation, sinon un problème d'hygiène et de thérapeutique? Or l'hygiène et la thérapeutique ne sont pas absolument du domaine des industriels, des agronomes, des botanistes, ni même des zoologistes. Les capitalistes peuvent faire les fonds de l'expérience, les propriétaires en procurer le théâtre, et les zoologistes en fournir les indications; mais au médecin seul, au médecin physiologiste, hygiéniste et thérapeutiste, appartient surtout l'œuvre de la réalisation. Si cette opinion est fondée, elle donne immédiatement la raison de l'insuffisance des méthodes d'acclimatation employées, et de la stérilité des résultats obtenus; car dans l'histoire des essais tentés jusqu'ici on ne trouve guère de médecins, et on y trouve encore moins de traces de l'esprit médical. Cependant, nous le répétons, cette entreprise est tout entière du ressort de la médecine. Pour en acquérir la conviction, il suffit d'observer la série des événements qui se passent chez les individus qu'on veut acclimater. Ou bien ces individus meurent avant d'avoir pu reproduire, ou bien ils résistent, mais chétifs, mais languissants et incapables d'opérer la reproduction; c'est-à-dire n'est-ce pas que dans l'un ou l'autre cas ils sont pris de maladies auxquelles la plupart succombent et auxquelles le plus petit nombre résiste, mais sans bénéfice pour le but qu'on se propose. Ces maladies ne sont pas exclusivement propres aux animaux; ce sont, dans beaucoup de cas, des maladies qu'on observe sur les hommes transportés d'un climat dans un autre : c'est l'affection tuberculeuse et en particulier la phthisie pulmonaire; ce sont des cachexies, des affections dyssentériques; en un mot c'est le produit de l'influence d'un milieu nouveau, d'une alimentation nouvelle, en rapport avec un organisme non préparé à subir cette révolution. La question ainsi ramenée à ses éléments de fait se résout d'elle-même, comme on l'a dit plus haut, en une question d'hygiène et de thérapeutique.

L'hygiène bien entendue n'est pas seulement, comme on le dit vulgairement, l'art d'entretenir la santé; mieux comprise, c'est l'étude et la connaissance des causes des maladies, non pas en vue de l'individu, mais de l'espèce. C'est là ce qui différencie l'hygiène de la médecine proprement dite : celle-ci s'occupe des causes qui ont agi, qui ont produit des maladies; celle-là des causes en puissance d'action, mais qui ne l'ont pas encore produite. Dans le cas qui nous occupe, l'hygiène rechercherait donc et enseignerait quelles sont les véritables causes qui empêchent les expériences d'acclimatation de réussir, quelles influences font languir, dépérir les animaux, les rendent inaptes à la reproduction. Elle indiquerait, ou du moins elle rechercherait les moyens de protéger plus efficacement l'économie contre ces influences et surtout de la rendre plus réfractaire, plus résistante. Après le rôle de l'hygiène, celui de la médecine. Inutile d'insister sur le caractère et l'utilité de son intervention. Si les ani-

---

FEUILLETON.

NÉCROLOGIE. — M. ROUX.

La place qu'occupe un homme dans l'opinion de ses contemporains est difficilement appréciée pendant sa vie. On peut la juger très-grande quand elle est en réalité très-petite, et réciproquement. Ceci s'applique surtout à ceux qui, ayant beaucoup vécu, sont depuis longtemps entrés dans l'histoire quand le terme fatal arrive. L'histoire, en effet, pour la plupart des hommes marquants, commence bien plutôt qu'on ne l'imagine; ce n'est pas la mort qui leur en ouvre les portes; elle ne fait que les fermer sur eux. Ce n'est qu'à ce moment suprême, cependant, qu'on peut constater ce qui était resté d'eux dans le souvenir de leurs derniers contemporains, et prévoir ce qui en restera dans celui des générations à venir.

Le médecin distingué qui vient d'être si subitement enlevé à la profession et à l'affection de ses nombreux amis était déjà, et depuis fort longtemps, un personnage historique. Sa célébrité remonte à près d'un demi-siècle; c'est un sein d'une génération aujourd'hui presque entièrement disparue qu'il déploya le talent, et exécuta les travaux qui la lui ont méritée. Quoiqu'il soit toujours resté en mouvement, tant dans l'exercice de ses fonctions de professeur et de chirurgien des hôpitaux, que par une participation assidue aux études et aux discussions du temps, et pour le service d'une grande clientèle, on ne peut pas dire pour cela qu'il fût en vue. Il ne faisait plus partie, que l'on nous passe la comparaison, de l'armée active de la science et de l'art : il était dans le corps de réserve. L'initiative, l'invention, le sentiment du progrès, l'ambition du succès, n'appartiennent qu'à la jeunesse, et tout au plus à l'âge mûr. En delà, pour la majorité des hommes, c'est l'esprit de conservation et de critique qui prévaut; quelque effort qu'ils fassent pour se soustraire à la loi du temps, ils ne peuvent guère que se répéter; et le monde, en aucun genre, n'aime les répétitions. M. Roux, d'ailleurs, n'était pas un esprit dogmatique : c'était un homme d'action plus que de doctrine, d'application plus que de découverte. Il n'a pas eu ni pu avoir dans la science l'autorité imposante et universelle des idées. Il n'y représentait aucun point de vue arrêté, aucune direction générale précise. Il a, dans la chirurgie moderne, joué le rôle d'un brillant artiste, plutôt que celui d'un docteur et d'un maître. Son enseignement était instructif, au point de vue de l'historique des faits, mais ne se formulait pas d'ordinaire en inductions pratiques. En général, sa pensée manquait de fixité et de conclusion. Il était ingénieux plutôt que sagace, curieux plutôt que pénétrant, et son jugement avait plus de promptitude peut-être que de solidité. Il ne paraît pas avoir eu des convictions chirurgicales bien fortes; il est du moins certain qu'il n'en inspirait pas de telles aux élèves. La longue compétition, rappelée dans un des discours prononcés sur sa tombe, qui s'établit entre le chirurgien de la Charité et celui de l'Hôtel-Dieu, fut une rivalité de réputation et de succès, plutôt qu'une lutte sérieuse de science et d'influence scientifique. Dupuytren n'aimait pas son rival, mais

maux en expérience sont malades, il y a des maladies à déterminer et à guérir. Or de deux choses l'une : ou ces maladies sont connues au médecin ou elles sont nouvelles pour lui. S'il les connaît, s'il les a observées chez l'homme, il en fait profiter les animaux ; si, au contraire, elles sont nouvelles pour lui, s'il ne les a vues et traitées que chez les animaux, il en fait profiter l'homme. Comme on le voit, il ne peut y avoir que bénéfice pour tout le monde : pour le but que se propose la société d'acclimatation, pour les hommes chargés de l'exécution de l'œuvre, et pour la médecine qui leur prêterait son concours.

Telle est la manière dont on peut considérer l'intervention de la médecine dans l'œuvre de l'acclimatation.

JULES GUÉRIN.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR L'ICTÈRE QUI ACCOMPAGNE QUELQUEFOIS LES ÉRUPTIONS SYPHILITIQUES PRÉCOCES (lu à la Société de biologie en décembre 1853); par M. le docteur ADOLPHE GUBLER, médecin des hôpitaux, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

L'ictère se montre dans des conditions très-diverses chez les sujets affectés de syphilis constitutionnelle (1). Tantôt c'est un phénomène tardif, lié à une altération profonde du foie dont il n'est qu'un symptôme accessoire; tantôt, au contraire, c'est un accident précoce, en apparence indépendant de toute lésion hépatique. Je veux présenter aujourd'hui quelques remarques sur la dernière espèce seulement, me réservant d'étudier plus tard les altérations organiques du foie qui, dans une période avancée de la syphilis, peuvent s'accompagner d'ictère proprement dit.

HISTORIQUE.

Dans un précédent article (2), j'ai déjà signalé la jaunisse comme une complication possible de l'exanthème syphilitique. Cette coïncidence, généralement méconnue à notre époque, avait pourtant fixé l'attention de quelques médecins du dernier siècle; elle n'avait même pas échappé à un observateur beaucoup plus ancien; car nous trouvons dans le recueil ajouté par Chr. God. Grüner, à la collection de l'Aphrodisiacus, une citation qui prouve que le fameux Paracelse avait saisi le lien qui unit parfois l'ictère à la syphilis. Paracelse dit, en effet (3), que l'ictère marié avec le *mal français* ne guérit qu'à la condition que la matière vénérienne soit vaincue.

Par une singulière contradiction, cette vue ingénieuse, jetée comme un trait de lumière dans le livre d'un empirique ignorant, ne devait plus apparaître dans aucun des traités composés sur le *mal français* par les savants médecins des seizième et dix-septième siècles. Et, pour rendre l'opposition plus choquante encore, dans cette fameuse discussion sur les prérogatives du foie, niées par les uns, affirmées par les autres, le seul auteur qui prononça le nom d'*ictère* fut précisément ce Léonard Botalli, que nous avons signalé ailleurs comme un adversaire déclaré de l'opinion qui voulait faire du foie le siége principal, sinon exclusif, de la vérole (1).

(1) J'entends parler de l'ictère vrai qu'il ne faut pas confondre avec d'autres colorations plus ou moins analogues qui se rencontrent aussi chez les sujets syphilitiques, telles que la teinte bistre et la nuance jaune chlorotique ou cachectique.

(2) MÉM. SUR UNE NOUV. AFFECT. DU FOIE LIÉE A LA SYPH. HÉRÉD., ETC., *in* GAZ. MÉD., mai 1852, et MÉM. DE LA SOC. DE BIOLOG., 1852.

(3) Aur.-Theophr. Paracelsæ, eremitæ, opera lat. redd.; tract. III, C. 1, p. 146, 1585.

Est-ce donc le hasard qui s'est chargé de produire un si étrange contraste? Non, sans doute. Sous cette apparente bizarrerie, nous découvrons un fait capital dans l'histoire du développement de l'esprit humain.

Tous, à notre insu, nous subissons dans une certaine mesure l'influence des idées régnantes; mais pour les esprits sans consistance la forme du milieu intellectuel devient une sorte de moule dont ils prennent et gardent l'empreinte, de manière à se ressembler tous entre eux et à reproduire chacun plus ou moins fidèlement le type abstrait qui caractérise leur époque. Il n'appartient qu'aux esprits fortement trempés de conserver, malgré les pressions extérieures, la forme qui leur est propre. Paracelse avait quelques-unes des qualités essentielles à ces organisations d'élite; mais il lui manquait, qu'on me pardonne la comparaison, le frottement du sens commun qui use les aspérités de notre raison individuelle et en adoucit les angles; il poussait la spontanéité jusqu'au mépris de toute règle, l'originalité jusqu'à l'extravagance. Indépendant par caractère, exempt de préjugés par éducation, doué d'une grande vivacité d'esprit et d'une remarquable sagacité, il devait être un observateur judicieux et impartial toutes les fois qu'il n'était pas dominé par ses idées théoriques. Or Paracelse avait été frappé de la coïncidence qui existe parfois entre la jaunisse et les accidents syphilitiques, ainsi que du rapport de causalité qui doit unir les deux affections, et comme cette vue ne contrariait en rien son système, il n'avait aucune raison pour la repousser ou la taire.

Pour les syphiliographes auxquels je faisais allusion tout à l'heure, les conditions étaient inverses. Élevés dans le giron de l'école, nourris des traditions bonnes et mauvaises de l'antiquité, soumis à l'autorité magistrale, ils avaient juste assez de ressources dans l'esprit pour parcourir, non sans quelque succès, la voie tracée d'avance; mais ils manquaient généralement de hardiesse et d'initiative, deux qualités indispensables aux novateurs, aux critiques et même aux véritables observateurs.

(1) A la vérité, P. A. Matthiole (APHRODIS., p. 256, c.) décrit ce qu'il appelle une forme bilieuse du mal français; mais dans ce passage on ne reconnaît pas l'ictère vrai. Les modifications qu'il signale dans la coloration des sclérotiques et du visage sont celles qu'entraîne la cachexie, dont il trace d'ailleurs le tableau.

François Deleboë (Sylvius, OPERA MED., p. 670, Trajecti ad Rhenum, 1695) désigne aussi la bile parmi les sécrétions altérées par le poison vénérien. Il va jusqu'à faire jouer à cette humeur un rôle dans les formes diverses des bubons qui sont, dit-il, « à bile vulgari magis erysipelatodes; » et néanmoins aucun endroit de son chapitre sur la maladie vénérienne ne renferme l'indication d'un ictère de cause spécifique.

---

il ne le craignait pas; M. Roux ne haïssait pas tant le sien, mais il le craignait beaucoup. Ils étaient tous deux dans leur caractère et dans la vérité des choses.

Mais le fait même de cette lutte, sa longue durée, son éclat, témoignent de la valeur de l'homme qui seul a pu la soutenir sans ridicule et sans invraisemblance. Aussi, après la mort du professeur de l'Hôtel-Dieu, M. Roux resta sans conteste le représentant le plus illustre de la chirurgie française. C'est dans cette gloire qu'il est mort, quoique depuis une assez longue période toute espèce de bruit eût cessé autour de son nom et de sa pratique; et cette gloire est légitime. L'immense manifestation d'hommages et de regrets qui a éclaté sur sa tombe n'était pas le résultat d'une surprise de l'opinion. La science et la profession ont senti qu'elles venaient de perdre, sinon un guide ou un chef, du moins un de leurs plus beaux ornements.

Le moment n'est pas venu, et ce n'est pas ici le lieu de prononcer un jugement sur le célèbre chirurgien. Cette tâche appartient à des voix plus autorisées que la nôtre. Déjà les principaux traits de cette figure scientifique, nous semblent avoir été fidèlement esquissés dans le discours rappelé plus haut; et il sera difficile à ceux qui reprendront cette étude de s'écarter beaucoup des indications de cette ébauche, sans s'écarter en même temps de la vérité. Oui, ce qui a distingué M. Roux entre tous les maîtres de son temps, ce par quoi il a excellé, c'est le talent et l'adresse de l'opérateur. L'idéal de la chirurgie était pour lui la médecine opératoire; de toutes les conquêtes qu'elle pouvait faire, de tous les services qu'elle pouvait rendre, il estimait par-dessus tout et ne comprenait même parfaitement bien que ce qui peut s'obtenir et s'exécuter à l'aide du bistouri. N'attendons pas de lui en théorie la profondeur des vues d'un J. Hunter ou d'un Scarpa, en pratique le juste et ferme coup d'œil de Boyer ou de Dupuytren; il ne faut compter d'une manière absolue que sur la dextérité et la sûreté de son intervention manuelle. La chirurgie, ainsi entendue, est avant tout une œuvre de la main, et c'est là en effet la traduction de ce mot grec. Sans doute ce point de vue n'était pas exclusif chez M. Roux, mais il était prédominant. Presque tout ce qu'il a fait d'important et de nouveau, en chirurgie, se résume en des procédés opératoires, et en procédés dont la mise en œuvre suppose, en général, dans l'opérateur, une adresse qu'il n'est pas donné à tous d'acquérir. Il excellait dans les manœuvres qui exigent une extrême délicatesse en même temps qu'une précision presque mathématique, telles que la staphyloraphie, la cataracte, etc. Il mettait une sorte de coquetterie à opérer lestement et proprement. Il est le premier chirurgien dont on se soit avisé de vanter l'*élégance* en parlant de sa manière d'opérer. C'était par ce côté qu'on l'opposait avec le plus de succès à Dupuytren, dont le manuel, il faut le reconnaître, n'avait pas cette qualité esthétique. M. Roux représente donc, par excellence, la chirurgie, la médecine opératoire. Plusieurs avant lui, avec lui, après lui, ont été plus chirurgiens, dans la riche et légitime acception que l'esprit de la science moderne a donné à ce mot, nul n'a été aussi habile opérateur. C'est là aussi un beau titre; c'est celui qui a été mis en relief par un collègue compétent, un ami dévoué; il restera sans doute le fondement le moins contesté de la renommée de M. Roux, le trait le plus caractéristique et le seul bien saillant de sa carrière chirurgicale.

En face des faits nouveaux révélés par la syphilis, la conduite de ces médecins ne pouvait être douteuse; nous les voyons s'efforcer d'habiller la jeune science avec les lambeaux des vieilles doctrines. Par bonheur, le galénisme fit presque tous les frais de l'ajustement (1). Quand Massa, Monti, Brassavole et Fallope soutiennent que le foie est le siége du mal vénérien, ce ne sont pas des faits qu'ils invoquent: ils s'inspirent des idées de Galien sur les hautes fonctions de la glande hépatique. C'est encore dans la même physiologie que Botalli et Pétronio essayent de puiser à leur tour des arguments pour renverser l'opinion qu'ils combattent. Des deux côtés, c'est la même foi aveugle dans les autorités, c'est la même insouciance de l'observation. Je ne vois qu'une différence importante à établir entre les partisans des prérogatives du foie et leurs adversaires: les premiers avaient eu la bonne fortune de rencontrer un rayon de la vérité; les autres ont eu le malheur de travailler à l'obscurcir.

On sait que Galien plaçait dans le foie le siége des *facultés naturelles* (2); mais beaucoup de personnes apprendront sans doute avec surprise qu'il fondait le diagnostic de la plupart des maladies de ce viscère sur l'altération des fonctions d'assimilation, de nutrition, d'hématose, sans accorder aucune importance à l'ictère. Rien n'est cependant plus vrai, et l'étonnement cessera dès qu'on aura bien compris l'ensemble des idées de ce grand homme.

Voici comment Galien s'exprime dans un passage de son livre DE LOCIS AFFECTIS (3): « Porrò utrùm semper in morbo regio locus affectus sit hepar, an alia præterea dispositio hunc affectum efficere possit, deinceps percurrendo scrutemur. » Puis aussitôt il ajoute: « Siquidem videmus nonnunquam, jecinore nequaquam affecto, per morbi judicationem effundi ad cutem bilem pallidam, quomodo humorum in aliquam partem decubitus quoque aliqui interdùm evenire consueverunt. Videmus etiam aliquando citra morbi judicationem sanguinem ab extraneâ quâdam corruptione in bilem verti; qualis è ferarum morsu fieri solet. »

Galien admet donc plusieurs circonstances dans lesquelles l'ictère peut se montrer indépendamment de toute affection de la glande hépatique. Et quand il dit que ces ictères se produisent sans que le foie soit aucunement affecté « *jecinore nequaquam affecto*, » il entend exclure jusqu'à l'existence d'un simple trouble fonctionnel, comme le prouvent les phrases suivantes (4):

« Fieri verò etiam potest, dit-il, ut jecinoris secundùm naturam temperie mutatâ, humores hujuscemodi vitio afficiantur, et quidem citrà (1) obstructionem, aut inflammationem, aut scirrhum.

» Quinetiam quandoque videmus universum corpus herbis candenti pallore infectis similari: interdùm plumbeum aut etiam magis fuscum referre colorem; interdùm etiam alias quasdam ineffabiles colorum proprietates, quæ, jecinore suo munere non rectè fungente, sine tumoribus præter naturam accidere solent. »

Ainsi les simples troubles fonctionnels du foie donnent lieu, d'après Galien, à des colorations variées dont il renonce à décrire toutes les nuances, mais qu'il rapporte à l'ictère proprement dit (2).

En admettant un certain nombre de cas d'ictère absolument indépendants de toute altération même dynamique du foie, Galien se montrait fidèle à ses principes physiologiques. En effet, si ce viscère n'a pas d'autre rôle que de séparer du sang, qui les renferme tout formés, les éléments dont le mélange constitue la bile, il doit nécessairement arriver, dans quelques circonstances, que la cause inconnue qui préside à la formation des matériaux biliaires agissant d'une manière excessive, le foie resté à l'état normal ne puisse suffire à leur élimination. Une partie de la bile, passant alors par les autres émonctoires, ira colorer les sécrétions et les tissus, c'est-à-dire produira l'ictère.

Le médecin de Pergame n'a pas reculé devant cette conséquence logique; mais je doute qu'elle soit aussi franchement acceptée de nos jours si elle apparaît dans toute sa rigueur à l'esprit des physiologistes qui croient avec lui que le foie, comme les autres glandes, n'exerce qu'une sorte de triage sur les matériaux du sang.

Quoi qu'il en soit, on comprendra, d'après ce que nous venons de dire, combien, dans les idées de Galien et de son école, la signification de l'ictère devait être vague et incertaine, combien par conséquent ce symptôme devait être négligé. Aussi les syphiliographes anciens, qui prétendaient faire de la glande hépatique le foyer du *mal français*, n'en voulaient-ils pas d'autre preuve que l'affaiblissement des fonctions organiques et l'altération des humeurs dérivées du foie. S'ils interrogeaient l'aspect des téguments, ce n'était que pour y rechercher des colorations en rapport avec l'état cachectique; c'est ainsi qu'ils signalent la teinte noirâtre, blafarde ou pâle, mais dans aucun passage ils ne mentionnent la véritable jaunisse, dont ils se préoccupaient fort peu.

Telle est, suivant nous, l'explication du silence gardé par les premiers syphiliographes sur l'ictère coïncidant avec la maladie vénérienne.

Après la découverte des lymphatiques, après les coups réitérés portés aux prérogatives du foie par Th. Bartholin et ceux qui se passionnaient pour les vaisseaux blancs, les idées changèrent complétement de direction. Le foie, dépossédé de ses fonctions d'assimilation et d'hématose, conservait du moins le rôle subalterne d'organe sécréteur de la bile; dès lors l'attention des médecins se concentra tout entière sur cette sécrétion, et l'ictère acquit bientôt à leurs yeux une importance

(1) On doit féliciter, en effet, les écrivains du seizième siècle d'avoir été si bien inspirés.

(2) Par une admirable prescience qui est l'apanage du génie, Galien avait deviné plutôt que découvert le rôle important du foie dans l'économie. Longtemps on le crut sur parole; mais plus tard la voix puissante du médecin de Pergame fut étouffée sous les clameurs de quelques écrivains du second ordre. Il fallut arriver au dix-neuvième siècle pour voir ses doctrines réhabilitées, affermies et fécondées par l'observation directe et l'expérimentation. Nous devons ici rendre hommage aux beaux travaux de MM. Magendie, Tiedemann et Gmelin, Cl. Bernard et J. Béclard, qui ont fixé la science sur plusieurs points importants, ainsi qu'à ceux de MM. Beau et Bérard, qui ont su faire un tout harmonique des faits connus en y ajoutant d'ingénieuses considérations.

(3) Edit. des Juntes, cl. 4 a, f° 34 A.

(4) *Loc. cit.*, cl. 4 a, f° 34 B, V, VII, *in* edit. Junt.; V, VIII, *in* edit. Græcâ.

(1) Le mot *citrâ*, employé par le traducteur latin, équivaut au mot χωρὶς, *sans*, qui se trouve dans le texte grec.

(2) Pour bien comprendre l'idée de Galien, il faut savoir qu'il entendait par *tumeurs* toutes les tuméfactions ou augmentations de volume, depuis la simple congestion phlegmasique jusqu'aux produits accidentels.

Quand ces personnalités marquantes s'éteignent, on dirait qu'il s'opère un vide qui ne pourra être comblé. Il semble qu'il ne se fait plus aujourd'hui de ces grandes réputations. Il y a quelque chose de vrai dans ce sentiment. Toutes les époques ne sont pas également propres à l'établissement de ces grandes fortunes de renommée. Celle où parut M. Roux a été particulièrement favorisée sous ce rapport. Presque toutes nos illustrations dans les sciences, les arts, la guerre, l'administration, se fondèrent tout à coup et comme par enchantement vers la fin de la république et au commencement de l'empire. Celles qui leur ont succédé ne paraissent pas, sauf erreur, être du même rang, et, dans tous les cas, n'ont pas certainement le même prestige. La période de la restauration donna lieu à une explosion analogue, mais bien moins forte, et bornée presque exclusivement aux lettres et aux beaux-arts. Tous nos grands artistes, nos grands poëtes contemporains sont éclos ou ont fleuri à cette époque, et il est bien remarquable que, depuis plus d'un quart de siècle, aucun nom nouveau n'a pu monter, dans le domaine de l'imagination et de l'art, au niveau de ceux qui firent alors leur entrée dans le monde. Il paraît que ces efflorescences se font par couches. M. Roux eut l'avantage de naître et de grandir dans un de ces moments privilégiés où les hommes de bonne volonté, enhardis et soutenus par l'esprit aventureux d'un temps où l'on croyait que tout était possible à l'homme, stimulés par les besoins d'une société qui faisait appel à tous les gens d'activité, pouvaient faire tous les genres de fortune. Il en profita; et quoiqu'il y ait mis beaucoup du sien, il est probable que son nom ne serait pas venu si éclatant jusqu'à nous, s'il n'avait pas reçu quelque reflet des autres gloires contemporaines. La gloire n'est jamais entièrement personnelle; les plus méritants en empruntent toujours une partie au réservoir commun de celle de leur pays. Quand la patrie est forte, considérée, respectée, et même un peu redoutée dans le monde, les œuvres de ses enfants sont en haute estime. La puissance politique est une grande recommandation pour les œuvres d'esprit et de science. Il n'est pas indifférent, pour le sort d'un système de médecine, de physique, de chimie, ou d'une idée quelconque, de sortir des presses de Paris ou de celles d'une ville d'Espagne ou d'Italie. En ces choses aussi, le pavillon couvre la marchandise. On peut donc croire, sans vouloir diminuer en rien l'estime due au célèbre chirurgien, que le patronage du glorieux milieu où il vécut l'a utilement accompagné dans sa longue carrière. Combien de nullités authentiques n'avons-nous pas vu se soutenir sur un pied respectable par cette unique influence?

A son zèle pour l'étude, à l'activité curieuse et incessante de son esprit, à une intelligence vive et prompte, M. Roux joignait de belles et nobles qualités morales, qui ont fait honorer et aimer en lui la personne autant que ses rares connaissances et son talent faisaient admirer l'homme de l'art et le professeur. Dans une carrière où les luttes sont si fréquentes, il soutint toujours avec dignité le rôle que lui traçaient ses devoirs professionnels et le soin légitime de sa réputation. Il ne chercha pas à faire, comme on dit, son chemin aux dépens de ses compétiteurs et émules; attaqué souvent, il ne se défendit jamais par de mauvais moyens. Sa probité scientifique allait jusqu'à la générosité; il avouait ses revers avec l'empressement que les autres mettent à les cacher, et c'était d'autant plus méritoire que l'occasion s'en présentait plus souvent qu'on n'aurait pu le supposer de la part d'un praticien si exercé. Il

dont il n'avait pas encore joui. Puis, par un entraînement regrettable, on en vint jusqu'à faire de ce symptôme la condition presque obligatoire de toute affection hépatique, et nous pouvons dire sans injustice que l'influence de ces idées exclusives se fait encore sentir aujourd'hui.

En faisant la part de l'exagération, il faut néanmoins reconnaître que cette nouvelle voie n'a pas été parcourue sans profit pour la science, puisque les auteurs dont il nous reste à parler comme ayant formellement rattaché certains ictères à la syphilis appartiennent tous à cette période.

Nous commencerons par Astruc, qui admet une certaine viciation de la bile dans la vérole; il en résulte, suivant cet auteur, « l'ictère ou jaunisse, si la bile ne peut point se séparer à cause de sa viscosité, et qu'elle regorge dans le sang. Cet ictère sera *jaune* si la bile est jaune, et *noir* si la bile est noire (1). » Ce vice de la bile est, dans l'opinion du fameux syphiliographe, une des causes de l'altération des fonctions naturelles, dont l'exercice dépend des organes contenus dans le basventre.

Fabre (2), copiant sans doute Astruc, reproduit ces idées à peu près dans les mêmes termes et sans y rien ajouter.

D'après M. de Lonjon (3), Swédiaur a vu l'ictère dans les affections syphilitiques; j'avoue que je n'ai pas retrouvé le passage auquel se rapporte cette citation.

Mais Percy a été témoin d'un fait qui rentre dans notre sujet, et qui doit à d'autres circonstances de se trouver reproduit dans plusieurs publications. On en trouvera les détails dans une autre partie de ce mémoire.

Portal n'hésitait pas à admettre l'ictère syphilitique. Les observations qu'il en donne sont loin d'être probantes et ne méritent pas d'être rapportées. Mais, en niant la valeur des faits invoqués par ce médecin, je ne renonce pas complétement à me servir des résultats de sa longue et immense pratique. Peut-être ses exemples ont-ils été mal choisis. En tout cas, les remarques générales qu'il a consignées dans son livre sur le sujet qui nous occupe sont assez conformes à ce que nous avons observé nous-même, pour que nous leur accordions une certaine importance.

« Je ne puis dans cet article, dit Portal (4), citer toutes les personnes, surtout nominativement atteintes du vice vénérien, auxquelles j'ai donné des soins pour des jaunisses, des coliques, des dévoiements, des diarrhées avec la fièvre colliquative, accidents survenus pendant le cours d'une maladie vénérienne dont le siége était dans le foie; je dirai seulement que quelquefois les symptômes indiquant l'altération du foie ont eu lieu dès que le vice vénérien a été contracté (obs. II); que d'autres fois la maladie du foie ne s'est manifestée que longtemps après l'apparition des symptômes de la vérole..... »

(1) TRAITÉ DES MAL. VÉN., t. IV, p. 97, 4e édit, trad. française, p. 1777.
(2) TRAITÉ DES MAL. VÉN., p. 267.
(3) DE L'ICTÈRE, thèse inaug. Paris, 1844.
(4) MALADIES DU FOIE. Paris, 1813, p. 374, in-8o.

(*La suite au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

NOTE SUR LES APPLICATIONS DE LA MÉTHODE ANESTHÉSIQUE AU TRAITEMENT DES MALADIES INTERNES; par le docteur LOUIS SAUREL, ancien chirurgien de la marine impériale, rédacteur en chef de la REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI, membre de plusieurs sociétés savantes, etc.

(Suite et fin. — Voir les nos 6, 7, 11 et 12.)

CHAPITRE III. — DÉLIRE.

Dans le coup d'œil rapide que nous avons jeté, au début de ce travail, sur le mode d'action des anesthésiques, nous avons fait remarquer que sous l'influence de ces agents les facultés morales et intellectuelles éprouvent diverses altérations qui peuvent varier depuis un simple trouble jusqu'à la perte absolue de la conscience et du sentiment du *moi*. Nous avons fait voir ensuite que de ces effets physiologiques découlait naturellement l'indication d'employer les anesthésiques dans certaines affections morbides caractérisées par un trouble plus ou moins prononcé de la raison ou de l'intelligence. Nous aurons pour objet, dans ce chapitre, de rechercher quelles sont les maladies mentales ou *délirantes* qui sont curables par la méthode anesthésique, et quelles sont, au contraire, celles qui doivent être réfractaires à ces moyens. Nous suivrons pour cela la même marche que dans les chapitres précédents; mais avant tout nous devons expliquer nettement ce que nous entendons par le terme de *délire*.

Les auteurs ont donné à ce terme des significations fort variées que je crois inutile de reproduire : les uns l'ont considéré comme un *état* morbide ou une maladie, tandis que les autres, en plus grand nombre peut-être, ne le regardent que comme un *symptôme*, lors même qu'il forme le caractère essentiel d'une maladie. Nous ne saurions accepter cette dernière manière de considérer le délire, terme que nous considérons comme synonyme de *dérangement d'esprit*. Il est pour nous incontestable que si, dans un grand nombre de circonstances, le délire n'est qu'un symptôme, il constitue d'autres fois une affection morbide élémentaire ayant une existence indépendante de toute autre lésion organique ou vitale. Le délire peut être caractérisé non-seulement par un trouble des facultés intellectuelles, mais aussi par une perversion des facultés morales et affectives. On le reconnaît à un dérangement acquis ou originel dans l'association des idées, le jugement ou les affections.

Nous venons d'admettre que le délire peut être essentiel ou symptomatique; ce dernier peut être causé ou entretenu par une autre affection dynamique ou vitale ou par une affection organique. Le délire peut également être aigu ou chronique, fugitif ou durable, continu ou intermittent, irrégulier ou périodique, etc., etc.

Ces distinctions ont une grande importance pour le sujet qui nous occupe. Elles peuvent tout d'abord, à l'aide des notions qui nous sont acquises sur les indications générales des anesthésiques, nous faire préjuger à l'avance dans quel cas de délire ces moyens peuvent avoir de l'efficacité, et dans quels cas, au contraire, ils doivent être sans effets. C'est ainsi que le *délire chronique* ou aliénation mentale (ma-

---

rendait spontanément justice aux travaux des autres chirurgiens, même lorsqu'ils tendaient à amoindrir la valeur des siens. En général il était assez disposé autant par caractère que par le tour de son esprit, à accueillir favorablement les idées chirurgicales françaises ou étrangères, nouvelles ou renouvelées. Il se comportait volontiers à l'égard des idées comme à l'égard des personnes. Il ne paraissait pas tenir beaucoup plus aux choses qu'il avait inventées qu'à celles qui lui venaient du dehors. Peut-être ce détachement n'était qu'apparent, et tenait uniquement à un défaut de fixité et de résolution d'esprit, qui ne lui permettait pas de rien attaquer ni de rien défendre de front. Ce n'est pas qu'il se rendît aisément sur quoi que ce soit — et il était même passablement contrariant — mais son opposition était tellement enveloppée de restrictions, de réserves, d'atténuations, de formules de politesse qu'elle perdait une grande partie de son nerf et de sa pertinence. Il arrivait même que dans le flux rapide et un peu exubérant de sa parole, sa propre opinion finissait par se disperser en parcelles si menues qu'on ne pouvait plus la retrouver.

M. Roux était un esprit cultivé et orné. Il parlait et écrivait plusieurs langues; l'italien, l'espagnol, l'anglais lui étaient très-familiers. Ses ouvrages, et particulièrement son VOYAGE A LONDRES, sont écrits avec élégance et une certaine distinction littéraire assez rare parmi nous. Cette même distinction se retrouvait dans ses manières, dans son langage et dans toute sa personne. M. Roux était, ce qu'on exprimerait bien mieux en anglais qu'en français, un vrai *gentleman*. Il joignait à la politesse naturelle qui vient du caractère celle que donnent l'éducation et les rapports sociaux élevés.

A tous ces titres si divers peu d'hommes ont autant honoré la profession.

La vie de ce personnage remarquable sera probablement racontée par les historiens officiels des corps savants auxquels il appartenait. Nous leur laissons le soin pieux d'en recueillir les matériaux. Nous n'avons voulu et pu ici consigner que quelques impressions générales inspirées par la circonstance. Nous rappellerons seulement, comme une particularité assez intéressante, que son entrée dans cette carrière médicale, qu'il parcourut avec tant de succès, ne fut rien moins que volontaire. Jamais jeune homme ne montra moins de vocation pour un art ou une profession quelconque que M. Roux pour la médecine. C'est contraint et forcé par son père, qui était lui-même médecin, qu'il fit ses premières études. Il paraît même qu'il n'avait de disposition ni de goût pour aucun genre d'occupation; car c'est par mesure de correction pour l'humeur dissipée du jeune homme qu'il fut envoyé, à l'âge de 15 ans et demi, comme chirurgien militaire de 3e classe, à l'armée de Sambre-et-Meuse. Il est bon de noter qu'ayant eu à subir à ce propos une espèce de semblant d'examen, consistant à répondre par écrit à quelques questions envoyées de Paris par le *conseil de santé*, le père se chargea lui-même d'écrire les réponses, tant il craignait que le candidat ne se fît rejeter, soit par ignorance, soit par malice. Il passa deux années, de 95 et 96, à l'armée, où des souffrances de toute nature, une paye de *quarante sous* par mois, le régime à peu près exclusif du pain et de l'eau, et l'absence presque complète de chaussures et de culottes, le réconcilièrent peu avec l'exercice de la profession médicale et en particulier avec la médecine militaire.

En 1797, l'armée étant licenciée, M. Roux revint à la maison paternelle, d'où il

nie, monomanie, démence, imbécillité, etc.), par suite même de sa durée, se présente comme devant être le plus souvent réfractaire aux anesthésiques. Celui qui est causé ou entretenu par une lésion organique, surtout si cette lésion siége dans le cerveau, sera dans le même cas. Les anesthésiques auront encore moins d'effets, si ces deux fâcheuses circonstances se trouvent réunies. Nous voyons donc dès à présent que le délire essentiel, celui qui est aigu et causé par une lésion vitale, sont ceux qui offrent les plus grandes chances de guérison; c'est ce que va nous démontrer l'étude à laquelle nous allons procéder. Nous commencerons par les diverses formes du délire aigu pour arriver ensuite à celles du délire chronique ou de la folie.

Délire simple ou nerveux. — Je n'entends pas désigner sous ce nom le délire qui se déclare parfois à la suite des opérations ou des lésions traumatiques et que Dupuytren a si bien étudié. Je réserve cette dénomination au délire essentiel qui se déclare chez certains individus à tempérament très-nerveux, après une frayeur, des émotions vives ou même sans causes connues. Beaucoup de cas de délire, que Dupuytren a rangés dans la classe du délire que j'appellerai traumatique, me paraissent pouvoir en être distraits, pour rentrer dans la classe des affections essentielles. La circonstance d'une écorchure ou d'une plaie légère ne doit pas nécessairement faire regarder le délire comme traumatique; car d'ordinaire les malades ont eu en même temps une *vive frayeur* qui est la cause principale ou unique du délire. Ainsi considéré, le délire nerveux n'est pas une affection très-commune; nous pensons qu'il ne sera pas inutile de rapporter l'observation suivante qui, offrant un exemple de ce délire, prouve aussi l'efficacité du chloroforme pour le combattre.

Obs. — Le 14 octobre 1852, à six heures du matin, on vint me chercher avec prière de me rendre en toute hâte auprès du sieur B..., limonadier, qui, me disait-on, avait une attaque. Le malade était un homme de 46 ans environ, d'un tempérament bilioso-nerveux, à opinions exaltées et à passions très-vives. Lorsque j'arrivai auprès de lui, je le trouvai au lit, prononçant des paroles incohérentes et présentant quelques mouvements convulsifs dans les muscles des membres supérieurs et de la face. La peau avait sa température normale, le pouls était nerveux, le facies pâle, les yeux fermés et les pupilles contractées. Evidemment je n'avais affaire ni à une apoplexie ni à une congestion cérébrale.

Je demandai des renseignements aux personnes qui entouraient le malade, et j'appris que trois jours auparavant il avait éprouvé un violent chagrin. Sa femme, en laquelle il avait toute confiance, avait secrètement abandonné le domicile conjugal, emportant tout l'argent et la plus grande partie des effets qui se trouvaient dans le ménage. Depuis lors il n'avait pas eu un instant de tranquillité; ta veille encore son moral avait été vivement affecté par la fausse nouvelle qu'on lui donna que sa femme était encore en ville. Le matin du jour où commença sa maladie et où je fus appelé, le sieur B... s'était levé de très-bonne heure, mais se sentant plus fatigué, il avait prié qu'on ne le laissât pas seul. Tout d'un coup il commença à délirer, ne connaissant plus les personnes qui l'entouraient. Bientôt au délire vint se joindre une grande agitation, et enfin apparurent des mouvements convulsifs dans les membres. Dans les premiers instants, il avait été nécessaire de maintenir le malade de force; mais bientôt il avait cessé toute tentative pour sortir de son lit où on l'avait couché.

Une fois muni de ces renseignements, je ne pouvais conserver des doutes sur la nature essentiellement nerveuse de la maladie. Le délire et les convulsions étant causés par une impression morale, il me parut nécessaire d'isoler autant que possible les deux puissances du dynamisme humain. L'anesthésie se présenta naturellement à ma pensée. J'envoyai chercher aussitôt 10 gram. de chloroforme, et ayant versé quelques gouttes de ce liquide sur un mouchoir roulé en cornet, je commençais les inhalations. Au bout de quelques instants, les membres qui étaient convulsivement roidis commencèrent à se relâcher, puis tombèrent dans une résolution complète. Le malade continuait à délirer, suivant son idée fixe et s'adressant au prétendu ravisseur de sa femme. Bientôt cependant (toujours sous l'influence du chloroforme) ses yeux s'humectèrent et il commença à sangloter. Alors je diminuai progressivement la quantité des vapeurs de chloroforme, puis je cessai les inhalations. A ce moment le malade demanda son fils, auquel il parla avec toute sa raison; puis ayant aperçu sa sœur, il lui tendit les bras en pleurant.

Pendant vingt-cinq ou trente minutes, je laissai le malade tranquille; les mouvements convulsifs avaient cessé pour ne plus revenir; mais voyant que le malade recommençait à délirer, je revins à l'anesthésique que j'employai cette fois à plus haute dose, de manière à produire une insensibilité complète. Le malade, en effet, ne tarda pas à s'endormir profondément et ce sommeil dura même assez longtemps, malgré que j'eusse cessé les inhalations (environ vingt minutes). A son réveil, le délire avait disparu; mais alors revint le désespoir, et des menaces de suicide furent exprimées par le malade qui reconnaissait très-bien toutes les personnes qui l'entouraient.

Dans le courant de la matinée, je revis le malade, à qui j'avais prescrit en le quittant une infusion de tilleul et de feuilles d'oranger, ainsi que le repos. Il y avait un peu de réaction, la peau était plus chaude, et le pouls, quoique peu fréquent, était large et plein. Je pratiquai alors une saignée de 250 gr., moins dans le but de modérer la réaction que pour diminuer les forces du malade et prévenir des tentatives de fuite ou de suicide. A cinq heures du soir, le sieur B..., qui avait été assez tranquille toute la journée, put se lever et quitter son appartement. La raison était parfaite et l'état général excellent. La guérison ne s'est pas démentie.

Délire traumatique. — Cette forme de délire s'observe, comme on le sait, après les grandes blessures ou après les opérations qui ont occasionné beaucoup de douleurs. On ne la rencontre pas seulement chez les sujets nerveux et délicats, mais aussi chez les hommes très-forts et très-vigoureux.

Une douleur violente ou prolongée paraît être une des conditions qui favorisent le plus habituellement l'apparition de ce symptôme; ce qui rend cette opinion encore plus probable, c'est que le délire traumatique semble être devenu moins commun depuis que l'on a recours à l'anesthésie chirurgicale. Cette méthode est donc un bon moyen de prévenir le délire chez les opérés; il semble également qu'elle doit être utile comme moyen curatif de cette fâcheuse complication. M. le professeur Bouisson est jusqu'ici le seul médecin qui ait essayé de combattre par la méthode anesthésique l'espèce de délire qui nous occupe. Chez un malade atteint d'une fracture de la jambe compliquée de délire, il administra les vapeurs d'éther; des convulsions épileptiformes qui se déclarèrent bientôt obligèrent de renoncer à ce moyen (1). Malgré cet insuccès qui pouvait fort bien dépendre d'un état idiosyncrasique, nous croyons qu'il convient de recourir aux inhalations de chloroforme toutes les fois que le délire ne s'accompagne pas d'un état hyposthénique, et lorsqu'il a résisté aux moyens habituellement mis en usage pour le combattre.

Delirium tremens. — Je ne suppose pas que personne ait jamais eu

(1) Traité de la méthode anesthésique.

fut presque immédiatement dirigé sur Paris pour y continuer ses études. Telle était du moins l'intention de son père; mais le jeune Roux n'avait pas les mêmes vues. Après six mois de son entrée dans la capitale, il ne connaissait pas encore le chemin d'un seul hôpital, ni d'aucun autre lieu d'instruction médicale. Cependant comme son père, homme qu'il connaissait pour très-positif, ne lui avait assuré en partant qu'un secours mensuel de 50 francs, lequel secours devait cesser au bout de quatre ans, le jeune homme sentit qu'il fallait bon gré mal gré se mettre en mesure de se suffire à lui-même; et bien lui en prit, car les quatre ans expirés l'envoi de fonds fut supprimé sans miséricorde. Mais alors Roux eut la bonne fortune de rencontrer Bichat, qui lui donna aide et secours, en même temps que son amitié, plus précieuse encore. En 1802, il prit possession de la salle où Bichat faisait ses leçons, et il y fit lui-même des cours d'anatomie, de chirurgie et de matière médicale, qui furent très-suivis. Les rétributions des élèves s'élevèrent bientôt jusqu'à dix mille francs. Roux n'avait alors que 22 ans!

On sait le reste. L. F.

Obsèques de M. le professeur Roux.

M. le professeur Roux, mort vendredi matin 24 mars des suites d'accidents cérébraux qu'il avait éprouvés quelques jours auparavant, a reçu lundi dernier les honneurs funèbres dus à son rang et à la haute position qu'il avait si longtemps occupée dans la science et dans l'enseignement. La cérémonie religieuse a eu lieu à l'église Saint-Germain-des-Prés, sa paroisse. Il y avait une telle affluence que l'église était à peine assez grande pour contenir tous les assistants. Le deuil était conduit par M. Anatole Roux, fils du défunt, et par M. Danyau, son gendre. Venaient à la suite et par ordre de préséance, la Faculté de médecine, professeurs et agrégés, le doyen en tête, une députation de l'Académie des sciences, une députation de l'Académie de médecine, une députation du Val-de-Grâce, puis un grand nombre de médecins, parmi lesquels plusieurs étaient venus des départements pour rendre les derniers devoirs à leur ancien maître; la foule des élèves suivait ensuite, et enfin une députation d'infirmiers et d'infirmières de l'Hôtel-Dieu et de la Charité. On y comptait en outre des gens du monde de toutes les classes, des notabilités en divers genres, et quelques hommes de la classe ouvrière qui étaient venus payer à l'illustre chirurgien un dernier tribut de reconnaissance. Les cordons du poêle étaient tenus par M. Combes, président de l'Académie des sciences; par M. P. Dubois, doyen de la Faculté de médecine; M. Dubois (d'Amiens), secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, et M. Davenne, directeur de l'assistance publique. Des discours ont été prononcés sur sa tombe par M. Velpeau au nom de l'Académie des sciences, par M. Malgaigne au nom de la Faculté, par M. Dubois (d'Amiens) au nom de l'Académie de médecine, par M. Marjolin au nom de la Société de chirurgie, par M. Larrey au nom de la chirurgie militaire, et par M. Duchaussoy au nom des élèves en médecine.

L'Académie des sciences, dont M. Roux était vice-président pour cette année, n'a pas tenu séance ce jour-là.

l'idée de combattre le délire de l'ivresse alcoolique par le moyen des anesthésiques. Loin d'être utile, un pareil mode de traitement me semblerait plein de danger. Je ne crois pas davantage que cette méthode soit applicable au délire qui suit l'ingestion des substances narcotico-âcres telles que la belladone, la jusquiame, le datura stramonium, l'opium, etc.; mais je pense, au contraire, que l'administration des vapeurs de chloroforme est destinée à rendre de grands services dans le traitement du *delirium tremens* ou délire des ivrognes. Il y a plusieurs années déjà que M. Anderson a publié (1) un fait de guérison de cette sorte de délire, par les inhalations, chez un malade qui avait pris sans succès de l'opium à haute dose. Postérieurement M. le docteur Pratt a fait connaître dans un journal américain (2) 2 cas de *delirium tremens* guéri par l'usage interne du chloroforme. Il faut observer seulement que quoique administré à l'intérieur, le chloroforme a été, dans ces 2 cas, ordonné à dose vraiment anesthésique. Chez son premier malade, M. Pratt administra en une seule fois 4 gr. de chloroforme. Chez son second malade, en moins de deux heures, il fit prendre 8 grammes de l'anesthésique. Dans les 2 cas, un sommeil profond et de plusieurs heures de durée fut la suite de cette médication; la convalescence marcha rapidement et il n'y eut pas de rechute.

Délire des maladies aiguës. — La plupart des maladies aiguës peuvent s'accompagner de délire. On observe cette complication et dans les fièvres exanthématiques et dans les inflammations proprement dites, surtout quand ces dernières occupent l'axe cérébro-spinal. Les praticiens savent que le traitement à opposer à cette complication n'est pas toujours le même, et que tantôt il faut recourir aux antispasmodiques, au lieu que le plus souvent les émissions sanguines constituent le meilleur mode de traitement. On ne saurait donc poser des règles générales quant à ce qui concerne le degré d'utilité de la méthode anesthésique contre cette sorte de délire. L'observation seule me semble devoir faire connaître les circonstances dans lesquelles les inhalations de chloroforme peuvent être de quelque utilité. En attendant, je crois qu'il convient de n'expérimenter qu'avec beaucoup de précautions et en choisissant les circonstances les plus favorables à l'administration des anesthésiques. Jusqu'à ce jour, on n'a essayé cette médication que dans la méningite cérébro-spinale. M. le docteur Besseron, auteur de ces essais, a, dans une épidémie de méningite observée à Alger, employé l'éthérisation chez *quatorze* malades dont l'état paraissait désespéré; sur ce nombre, il a obtenu *six* guérisons (3). Ce résultat est sans doute fort beau, mais nous ne sachions pas que l'on ait répété les expériences de M. Besseron.

Si nous sommes peu porté à conseiller la méthode anesthésique contre le délire des maladies aiguës, lors même qu'elles sont franchement inflammatoires, à plus forte raison serons-nous réservé en ce qui concerne le délire des maladies chroniques. On ne saurait, sans faire courir aux malades les plus grands dangers, employer le chloroforme dans tous les cas où le délire est dû à un état de faiblesse ou d'adynamie, comme dans ceux où l'on observe de l'ataxie. Il ne faudrait cependant pas être absolu à cet égard, car l'expérience pourrait bien donner un démenti aux préceptes de la théorie. Ce qui motive cette restriction de notre part, c'est la découverte faite, il y a peu de mois, par M. Louis Manetti, élève en médecine à l'Université de Pavie, d'un liquide volatil fort analogue aux éthers, que l'on obtient en distillant le quinate de chaux mélangé à de l'alcool et à de l'acide sulfurique, et auquel on a donné le nom d'*éther quinique*. M. Pignacca, professeur de clinique médicale à l'Université de Pavie, a essayé les inhalations d'éther quinique chez 7 malades atteints de fièvres tierces plus ou moins graves. Il a suffi de faire respirer le remède de deux à quatre fois dans l'intervalle des accès, pour obtenir la guérison chez 6 malades; chez le septième on a dû revenir de nouveau aux inhalations, après quoi la guérison a été obtenue comme dans les premiers cas (4). Si l'efficacité de l'éther quinique se vérifie, il est évident que l'on pourra le mettre en usage dans le cas de délire lié à un état ataxique ou adynamique, comme dans les fièvres intermittentes pernicieuses.

Délire chronique. — Cette forme de délire qui caractérise l'aliénation mentale présente un grand nombre de variétés qui ont servi à établir les diverses espèces de folie. Quelque grandes que soient les différences symptomatiques qui existent entre la manie, la monomanie, la démence, l'imbécillité, l'idiotisme et le crétinisme, tous ces états morbides se rapprochent par l'existence d'un délire chronique et non fébrile. Cette circonstance de la chronicité du délire des aliénés suffit pour nous faire entrevoir que les anesthésiques n'auront contre lui qu'une action faible et incertaine. Si la méthode qui nous occupe peut réussir dans quelques rares circonstances, ce sera uniquement dans le cas de folie non héréditaire survenue brusquement, à la suite d'une vive émotion par exemple, et non accompagnée de lésions organiques. C'est dire que nous la croyons limitée à quelques cas de manie ou de monomanie. Jusqu'à ce jour la science ne possède aucun fait de guérison bien constaté; tout ce que l'on a pu obtenir a consisté en un calme plus ou moins parfait durant les accès, sans effets consécutifs bien marqués.

Nous pourrions, d'après ce qui précède, nous dispenser d'entrer dans de plus longs détails sur les effets de la méthode anesthésique chez les malades atteints de délire chronique. Nous croyons cependant devoir faire connaître le résultat des expériences qui ont été faites jusqu'à ce jour. Nous empruntons à M. Bouisson la plupart des renseignements qui suivent :

Peu après la découverte des propriétés anesthésiques de l'éther, M. Rech expérimenta ce médicament chez un certain nombre d'aliénés. Tout ce qu'il put obtenir, ce fut un peu de calme pendant les accès, sans aucun changement appréciable dans la marche de la maladie. M. Rech était dans l'intention de publier le résultat de ses expériences, lorsque M. Falret, médecin de la Salpêtrière, fit connaître les siennes, dont les résultats étaient semblables à ceux obtenus par le professeur de Montpellier. Postérieurement, MM. les docteurs Cazenave (de Pau), et Mac Gavin, médecin de l'asile des aliénés de Montrose, ont appliqué la méthode anesthésique au traitement de la *manie furieuse;* ils ont quelquefois produit le sommeil, sans autre résultat consécutif. Enfin, M. Imlach ayant soumis aux inhalations de chloroforme des sujets atteints d'*idiotisme*, a cru voir que pendant la période d'excitation leur physionomie devenait plus intelligente; mais il n'a observé aucun effet durable. Depuis assez longtemps, on n'a plus fait connaître de nouvelles expériences; il est donc à supposer que leurs résultats ont été constamment défavorables.

APPENDICE.

Ce n'est pas seulement dans les maladies caractérisées essentiellement par la douleur, le spasme ou le délire, que les médecins ont cru pouvoir recourir à la méthode anesthésique. On l'a également mise en usage avec plus ou moins de succès dans des affections morbides qui diffèrent sensiblement de celles que nous avons étudiées. Il n'est pas toujours facile de se rendre compte de la manière d'agir des anesthésiques dans des maladies constituées par la réunion de plusieurs éléments morbides; aussi éviterai-je les explications. Je me contenterai de rapporter sommairement les essais plus ou moins heureux qui ont été tentés jusqu'à ce jour.

Fièvres intermittentes. — M. le docteur Bonnafont, aujourd'hui chirurgien en chef de l'hôpital du Roule à Paris, a fait connaître il y a un an (1) les expériences qu'il a faites sur l'application du chloroforme et de l'éther au traitement des fièvres intermittentes. Les vapeurs anesthésiques, administrées au début de l'accès et dès que le froid se faisait sentir, ont souvent suffi pour faire avorter l'accès et en empêcher le retour. Malgré tout ce que ces essais présentent d'intéressant, on ne peut pas en déduire que la méthode anesthésique est indiquée dans le traitement des fièvres intermittentes; on sait en effet que les fièvres que l'on observe habituellement à Paris ne s'étant pas développées sous l'influence des effluves marécageuses, guérissent généralement par toutes sortes de moyens. Les expériences de M. Pignacca, que nous avons rapportées plus haut, ont plus de valeur. Mais il ne faut pas oublier que l'on s'est servi d'un liquide dont la véritable composition est encore inconnue, et dans la préparation duquel entre le sulfate de quinine.

Pneumonie; pleuropneumonie. — Des journaux allemands ont publié il y a peu de temps plus de deux cents observations de pneumonie traitée par les inhalations de chloroforme. Il paraît que le chloroforme, loin d'être contre-indiqué dans le cas de phlegmasie pulmonaire, calme rapidement la douleur, et modifie avantageusement la marche de l'inflammation. Sur 193 cas traités par les docteurs Wachern, Baumgartner, Helbing et Schmidt, il n'y a eu que 9 décès. De 23 cas rapportés par le docteur Warrentrapp (de Francfort), 19 ont été traités exclusivement par le chloroforme, et un seul malade a succombé. En ce qui concerne le mode d'administration, voici ce que nous apprend un journal allemand :

(1) Annales de la Soc. de Roubaix, 1847 (cité par M. Bouisson).
(2) The Amer. jour. of the med. science, janv. et avril 1852.
(3) Cité par M. Bouisson (Traité de la méthode anesth.)
(4) Gazz. med. italiana Toscana, n° 29, 1853.

(1) Union médicale, 7 octobre 1852.

« Toutes les deux, trois ou quatre heures, on fait respirer au malade les vapeurs de 60 gouttes de chloroforme, pendant dix ou quinze minutes, mais sans aller jusqu'à la perte de connaissance. Chez tous les malades, on a remarqué que le chloroforme avait pour effet de déterminer la transpiration quelquefois après la première inhalation, mais jamais plus tard que la troisième ou la quatrième. Il diminuait, puis faisait disparaître la douleur; il rendait la respiration plus facile et plus régulière, diminuait la toux, facilitait l'expectoration, et enfin faisait tomber rapidement la fièvre (1). »

Un médecin très-instruit des hôpitaux de Madrid, M. le docteur Escolar, a voulu s'assurer de l'efficacité de ce mode de traitement, et il a publié tout dernièrement (2) quatre observations de pneumonie aiguë catarrhale guéries par les inhalations de chloroforme conjointement avec d'autres remèdes. M. Escolar s'est assuré que les effets calmants du chloroforme, que nous avons fait connaître plus haut, d'après les médecins allemands, sont parfaitement réels. Le médecin espagnol n'administre pas le chloroforme de la même manière que les Allemands. Il ne fait respirer l'anesthésique que trois fois par jour, et chaque fois il n'emploie qu'un ou deux grammes de chloroforme. Les inhalations ne durent que de deux à cinq minutes; jamais on ne doit les pousser jusqu'à faire perdre connaissance au malade. Enfin, M. Escolar a toujours fait accompagner l'usage du chloroforme par les remèdes appropriés à la maladie.

Nous n'avons vu nulle part que l'on ait essayé en France de cette médication qui, autant que l'on peut en juger par les faits connus jusqu'à ce jour, paraît être sans danger et offrir certains avantages.

Empoisonnement par la strychnine. — Il était naturel de penser que le chloroforme, qui possède une action si énergique dans la plupart des affections convulsives, pourrait être de quelque utilité pour faire cesser les convulsions causées par l'ingestion de la strychnine. C'est ce dont s'est assuré un médecin américain, M. Maunson, qui a été assez heureux pour guérir, au moyen des inhalations de chloroforme, un homme de 40 ans qui avait pris par erreur 2 grains de strychnine, et qui était consécutivement atteint de convulsions violentes et de roideur de tout le tronc, avec menaces de suffocation (3). Les inhalations de chloroforme furent continuées pendant plusieurs heures, le malade tenant lui-même le mouchoir la plupart du temps, pour prévenir les spasmes affreux auxquels il avait été en proie.

Deux jours après, ce malade avait repris ses habitudes.

Dysménorrhée douloureuse. — M. le docteur Bennet a eu le premier l'idée d'employer la méthode anesthésique dans le cas de dysménorrhée douloureuse; il a fait ainsi disparaître les coliques qui, chez certaines personnes, viennent gêner cette fonction (4). Depuis cette époque, M. Gibson a remarqué que le chloroforme exerce sur les fonctions menstruelles une action assez prononcée, pour qu'on puisse le ranger parmi les médicaments dits emménagogues. Il rapporte cinq cas dans lesquels les règles étaient irrégulières, insuffisantes ou supprimées, et où l'inhalation peu prolongée du chloroforme donna lieu, après vingt ou trente minutes, à l'éruption des menstrues (5).

Enfin M. René Vanoye (de Thouront) a publié (6) l'observation d'une fille, laquelle, depuis longtemps, n'était que fort irrégulièrement réglée, et chez qui le flux menstruel avait fait défaut aux dernières époques. Le chloroforme ayant été administré pour combattre des accidents hystériques très-graves, ce remède eut non-seulement pour effet de rompre les spasmes qui avaient envahi successivement divers organes, mais encore de faire couler les règles après un très-court laps de temps.

Dans plusieurs autres cas où il avait prescrit ce remède à l'intérieur, le même médecin a pu se convaincre que le chloroforme exerce d'une manière rapide une certaine influence sur le système utérin.

A part les états morbides dont je viens de m'occuper, dans lesquels on a administré les anesthésiques en vapeurs et par les voies respiratoires, il est un bon nombre d'autres maladies dans lesquelles on a employé les mêmes remèdes, soit à l'intérieur, soit topiquement, dans le but de faire cesser un état spasmodique ou de calmer la douleur. Il serait sans utilité, pour l'objet que je me suis proposé dans ce travail, de rappeler ici tous ces faits. Ceux que j'ai rapportés ou indiqués sont plus que suffisants pour montrer les avantages de la méthode anesthésique dans les maladies internes.

(1) Journ. de méd. et de chir. prat., 1852, p. 460.
(2) Boletin de medicina, cirugia y farmacia, 31 juillet 1853.
(3) Bullet. gén. de thér., t. XLIII, p. 43.
(4) Union médicale, mars 1848.
(5) The medical examiner. July, 1852.
(6) Annales médicales de la Flandre occidentale, t. II, p. 186.

J'aurais pu facilement, si j'avais été préoccupé par une idée systématique, faire rentrer les maladies dont il a été question dans cet appendice, dans une des trois catégories précédemment étudiées; mais comme, pour certaines d'entre elles, et pour la pneumonie en particulier, le mode d'agir du chloroforme me paraît complexe, j'ai préféré les rapporter à part.

Il ne serait peut-être pas sans utilité de rappeler ici les précautions avec lesquelles il faut procéder à l'administration des anesthésiques; mais comme je ne pourrais que rappeler ce qui a été dit par d'autres beaucoup plus habiles et experts en pareille matière, je renvoie encore le lecteur aux ouvrages spéciaux, et surtout à celui de M. le professeur Bouisson, qui n'a été surpassé par aucun autre.

CONCLUSIONS.

En terminant ce mémoire, il me paraît utile de rappeler, sous forme de propositions, les conclusions que l'on peut déduire de tout ce qui a été dit.

1° Les effets physiologiques des vapeurs d'éther et de chloroforme peuvent être rangés sous trois chefs principaux : 1° effets sur la sensibilité; 2° effets sur la motilité; 3° effets sur l'intelligence.

2° A ces trois sortes d'effets physiologiques répondent des effets thérapeutiques analogues et se rapportant aux trois chefs suivants : 1° douleurs; 2° spasmes; 3° délires.

3° La méthode anesthésique ne saurait être employée comme moyen curatif dans les affections organiques; son emploi est limité aux affections dynamiques.

4° Cette méthode ne convient que dans les affections caractérisées par un excès ou une direction vicieuse des forces vitales.

5° Les anesthésiques réussissent d'autant mieux que la maladie contre laquelle on les administre est plus récente et se présente par accès moins nombreux et plus réguliers.

6° Les affections *essentielles* présentant la plupart de ces caractères sont plus particulièrement curables par les anesthésiques.

7° Ces agents ne peuvent avoir qu'une action palliative dans les affections dynamiques anciennes et dans les affections organiques.

8° La méthode anesthésique produit d'excellents résultats dans les affections caractérisées par l'élément *douleur*. Les *névralgies* essentielles sont seules guérissables par l'éther et le chloroforme. Celles qui sont symptomatiques d'une autre affection peuvent en éprouver un amendement très-marqué.

9° Presque toutes les affections spasmodiques peuvent retirer des bienfaits d'un emploi méthodique de l'anesthésie. La guérison est la terminaison la plus ordinaire de celles qui sont essentielles, c'est-à-dire non compliquées de lésions d'organes. Cet heureux résultat devient plus rare et presque impossible, quand l'élément spasmodique s'est compliqué d'altérations organiques ou humorales.

10° Parmi les affections caractérisées par le délire, on ne peut espérer voir survenir la guérison que dans les cas où ce délire est aigu et essentiel. Le *délire nerveux* et le *delirium tremens* sont les seules affections de ce genre qui aient été guéries jusqu'à ce jour par la méthode anesthésique. Le délire chronique paraît devoir être difficilement curable par ces moyens.

11° En dehors des trois classes de maladies qui ont été spécialement étudiées dans ce mémoire, la méthode anesthésique semble pouvoir être utilisée dans quelques autres affections à éléments multiples, telles que la pleuropneumonie et les fièvres intermittentes. Les essais en ce genre étant encore peu nombreux, il est prudent de rester dans une sage expectative.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Suite.)

II. REVUE MÉDICALE.

Les livraisons du second semestre de 1853 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *De la fièvre typhoïde et du typhoïdisme*; par M. Cayol. 2° *Observation d'un cas de mort subite au début du travail de l'accouchement*; par M. Devilliers. 3° *De la syphilis larvée*; par M. Gibert. (Rapport lu à l'Académie de médecine, 1853.) 4° *Observation de pneumonie*; par M. Coutenox. 5° *Observation de pellagre sporadique*; par M. Gibert. 6° *Étude médicale sur les eaux minérales de Pierrefonds*; par M. Sales-Girons. 7° *Quelques mots sur une épidémie*

de variole, avec réflexions sur l'influence de la vaccine. 8° *Fractures du crâne*; par M. Ribes. 9° *Nouvelle méthode pour administrer le sulfate de quinine* du docteur Botella. 10° *Le type des fièvres intermittentes soumis à l'influence sidérale*; par M. Audouard. 11° *Le choléra de 1848 observé à l'hôpital militaire de Kiew*; par M. Hubbenet. (Rapport de M. Leveillé.) 12° *De la nécessité d'une nouvelle organisation médicale*; par M. Piétra-Santa. 13° *Traitement préventif de la fièvre typhoïde*; par M. Mierguès. 14° *Des visites médicales préventives du choléra*; par M. Piétra-Santa. 15° *De la fièvre intermittente paludéenne*; par M. Mouchet. 16° *De la mortalité comparée avant et après la vaccine.* 17° *De l'usage externe de l'iode*; par M. Brault. 18° *Lettre sur les fièvres malignes des anciens.* (Lettre adressée à l'Académie de médecine par M. Girard.) 19° *Réflexions éminemment pratiques sur le choléra*; par M. Sales-Girons. 20° *Observation d'iléus nerveux traité avec succès au moyen de la belladone*; par M. Séguy. 21° *Étiologie de la fièvre jaune dans ses rapports avec la navigation en général*; par M. Audouard. 22° *Sur les moyens à opposer à l'invasion du choléra*; par M. Bonnafont. (Discours prononcé au congrès médical d'Arras.) 23° *Recherches sur la sueur*; par M. Gillebert d'Hercourt.

OBSERVATION DE MORT SUBITE AU DÉBUT DU TRAVAIL DE L'ACCOUCHEMENT; par M. DEVILLIERS.

OBS. — La malade qui fait le sujet de cette observation était à terme; le travail avait débuté assez régulièrement, sauf un peu d'agitation nerveuse qu'on essaya de combattre en faisant prendre un bain et un lavement laudanisé. Tout d'un coup, quatre heures après le commencement du travail, survinrent des symptômes très-alarmants : résolution complète des membres; alternatives de pâleur et de congestion du visage; coloration violette des lèvres; pouls à peine perceptible; respiration haute, stertoreuse, accompagnée de râles sous-crépitants, en avant et à droite de la poitrine, seul côté ausculté. Du reste, aucun symptôme qui dénotât, soit une rupture de l'utérus, soit quelques autres lésions des organes abdominaux. Malgré tous les moyens excitants et révulsifs employés sur-le-champ avec le plus de diligence possible, la malade ne vécut que cinq à six minutes à compter du moment où son état s'était subitement aggravé. Les battements du cœur du fœtus avaient cessé; on jugea inutile de pratiquer l'opération césarienne.

A l'autopsie, on trouva pour toute lésion une congestion sanguine générale des deux poumons, sans foyer sanguin, ni aucune altération organique plus ou moins ancienne, sauf quelques adhérences pleurales résultant d'une ancienne pleurésie double.

Dans les réflexions qui suivent cette observation, M. Devilliers s'arrête à cette idée que la mort a été le résultat d'une apoplexie pulmonaire. C'est aussi l'opinion des médecins qui ont assisté à l'autopsie. Cette congestion apoplectique, il n'en trouve la source ni dans les antécédents de la malade ni dans les circonstances du travail, mais bien dans la constitution médicale régnante. « Tous les médecins savent, dit-il, que dans les derniers mois, outre les affections à forme typhoïde, il s'est présenté dans la pratique une foule de cas insolites, de maladies graves, s'accompagnant souvent de phénomènes septiques très-rapidement mortels. On a remarqué en même temps, et quant à moi ce fait m'a paru évident, qu'il existait dans beaucoup de cas une tendance hémorrhagique ou apoplectique manifeste. On a signalé enfin beaucoup de morts subites. Un médecin vétérinaire distingué, M. Leblanc père, que j'interrogeais au sujet des influences épizootiques régnantes, m'a en outre affirmé qu'en ce moment même il n'était pas rare d'observer chez les animaux des races ovine et bovine, de même que chez les solipèdes, des cas de mort subite causée chez les premières par ce qu'on appelle le sang de rate (apoplexie de la rate ou du foie), et chez les seconds par l'apoplexie des poumons. »

Il serait difficile de ne pas reconnaître, avec M. Devilliers, qu'ici la mort a eu lieu par le poumon; et quoique le cerveau n'ait pas été examiné, il est probable qu'il n'a été pour rien dans la terminaison funeste; on a d'autres exemples d'apoplexies pulmonaires aussi rapides que celle-ci. Mais en dehors des conditions épidémiques, n'y a-t-il donc pas, dans l'état de pléthore des femmes enceintes, dans la nature des efforts qui constituent le travail de l'accouchement et aussi dans certaines prédispositions individuelles (la malade avait eu autrefois une pleurésie double), des circonstances capables de rendre compte d'une semblable terminaison?

FRACTURES DU CRANE; par M. RIBES.

M. Ribes n'a pas été témoin du fait qu'il rapporte, et qui est pour lui le texte de réflexions intéressantes sur les fractures du crâne. Le fait a été observé par son père pendant la campagne de Russie.

OBS. — Un officier du génie, blessé à la tête par un éclat de pierre provenant du rempart du Kremlin, qu'il était chargé de faire sauter, fut renversé sans toutefois perdre connaissance; on constata, à la partie supérieure gauche de la tête, une plaie contuse avec enfoncement de la partie correspondante du pariétal. Souffrances médiocres; bon état du pouls; aucun trouble des fonctions intellectuelles. Malgré l'absence de symptômes fâcheux, on fit à ce malade une première incision allant jusqu'à l'os et tombant à angle droit sur la plaie. Cette première incision ayant permis de reconnaître, avec l'enfoncement de l'os, une fracture en étoile, toute la partie gauche de la tête fut incisée crucialement et l'os ruginé jusqu'aux dernières extrémités des fentes étoilées de la fracture. On allait appliquer le trépan, lorsque M. Ribes intervint et fit ajourner l'opération. On ne voit pas, en effet, avec nos idées actuelles sur le trépan, en quoi cette manière de procéder pouvait être utile, puisqu'il n'y avait chez ce malade aucun signe de compression cérébrale. Aussi n'est-ce pas cette première partie de l'observation qui nous paraît mériter le plus d'intérêt; c'est la fin qui a quelque chose de dramatique et de bien extraordinaire.

En effet, le lendemain, l'ordre d'évacuer Moscou fut donné, et le malade, avec sa fracture étoilée, compliquée d'enfoncement des os, compliquée en outre d'une incision cruciale profonde et étendue, et d'une rugination de l'os sur une très-grande surface, sortit furtivement de l'hôpital et fit toute la retraite de Russie à pied sans éprouver aucun accident!

A côté de cette observation, M. Ribes fils en cite d'autres empruntées à différents auteurs, et relatives, les unes à des plaies de tête avec contusion du cerveau et déperdition plus ou moins considérable de substance cérébrale, les autres à des plaies suivies de guérison, bien qu'elles fussent compliquées de corps étrangers dans le cerveau, corps étrangers dont quelques-uns ont pu séjourner fort longtemps dans l'organe, sans compromettre la santé. Ces dernières sont les plus intéressantes et les moins connues; elles sont tirées de Quesnay, la Martinière, Preussius, Vestingius, Racator, Anel, Majault, Maune, Sauton, Desault, etc. Mais c'est en vain que la physiologie voudrait les utiliser; elles prouvent seulement que les corps étrangers logés dans le cerveau n'occasionnent pas nécessairement ni subitement la mort, ce qui est également établi pour les corps étrangers des parois du cœur.

Nous noterons encore dans le travail de M. Ribes une remarque qui nous a paru juste : c'est que, dans les cas de mort arrivée à la suite de la commotion encéphalique, on dit généralement que c'est le résultat de l'ébranlement du cerveau, tandis qu'il est probable que d'autres parties des centres nerveux participent à la lésion, le bulbe rachidien, par exemple, dont les fonctions ne peuvent pas être abolies sans que la mort arrive sur-le-champ.

LE CHOLÉRA DE 1848 OBSERVÉ A L'HÔPITAL MILITAIRE DE KIEW; par le docteur HUBBENET.

Les années 1847 et 1848 ont vu naître, dans une grande étendue de la Russie d'Europe, des épidémies cholériques, dont l'épidémie de l'hôpital de Kiew n'est qu'un épisode. En 1847, le choléra s'était déjà montré en Volhynie, en Podolie et dans le gouvernement de Kiew. A la fin de mai 1848, il parut à Kiew avec une nouvelle intensité, et sembla concentrer ses ravages sur les troupes. Il régna ainsi jusqu'au 26 septembre.

N'ayant pas à nous prononcer sur la valeur des différentes observations relatives à la symptomatologie ou à la thérapeutique que rapporte le docteur Hubbenet, nous donnerons ici les conclusions de ce mémoire telles qu'elles ont été traduites par le docteur Leveillé.

1° Il existe dans le choléra un certain rapport entre le chiffre des malades et la masse des individus. Ce chiffre dépend des différents effets de l'hygiène et de la diététique sous l'influence desquelles se trouve la masse des individus.

2° On peut entretenir artificiellement le choléra par un commerce illimité et surtout par le mouvement de grandes masses d'individus. — Sous certaines conditions le choléra peut incontestablement donner naissance à une contagion. Le mode de propagation du choléra paraît être attaché aux individus;

3° L'organisme le plus disposé à la contagion du choléra est l'organisme déjà malade. De toutes les maladies, les fièvres intermittentes sont celles qui disposent le plus au choléra. La tuberculisation n'empêche pas le choléra.

4° Aucun mode de traitement ne paraît avoir de l'influence sur le chiffre de la mortalité. La mortalité dépend plutôt des effets hygiéniques, diététiques, et des soins que les malades ont reçus, lors de l'apparition des premiers symptômes du choléra que de la malignité de l'épidémie. La mortalité du choléra peut être considérablement diminuée par l'emploi continu des moyens hygiéniques et diététiques convenables.

5° Le choléra n'augmente pas le chiffre des malades, mais celui des morts.

Ces conclusions sont basées, dans le travail original, sur l'observation de plus de six cents cholériques à l'hôpital militaire de Kiew, et sur des tableaux statistiques très-étendus, mais dont il n'est pas toujours facile de saisir tous les détails.

MÉMOIRE SUR LA FIÈVRE INTERMITTENTE PALUDÉENNE; par le docteur MOUCHET, médecin major au 26e de ligne.

L'auteur rapporte d'abord les faits suivants :

OBS. I. — Fièvre intermittente pernicieuse. Invasion subite; marche foudroyante. Mort.

Autopsie. Poumons un peu congestionnés. Foie énorme, d'un jaune rougeâtre. Rate volumineuse, friable. Muqueuse intestinale pâle.

OBS. II. — Fièvre pernicieuse, comateuse. Mort.

Autopsie. Sinus de la dure-mère gorgés de sang; les vaisseaux de la pie-mère sont gros comme des tuyaux de plume et pleins de sang. Substance blanche fortement sablée; sérosité dans les ventricules. Foie énorme, très-congestionné, avec prédominance du tissu jaune et granulations volumineuses dans le lobe moyen. La veine porte, distendue par du sang liquide, contient en outre des masses de fibrine coagulée grosses comme une plume d'oie et d'un jaune assez clair. Rate grosse, résistante. Dégénérescence probablement cancéreuse de la portion pylorique de l'estomac.

OBS. III. — Fièvre continue (typhoïde). Mort.

Autopsie. Substance blanche du cerveau fortement sablée. Foie énorme, laissant échapper beaucoup de sang à chaque incision. Rate volumineuse, se réduisant en bouillie à la plus légère pression. Follicules isolés nombreux et développés. Plaques de Peyer saillantes et dures.

OBS. IV. — Fièvre continue (typhoïde). Commencement de rémission. Rechute. Mort.

Autopsie. Substance blanche du cerveau fortement sablée; à la base environ 60 grammes de sérosité sanguinolente. Foie volumineux, d'un gris sale, gorgé de sang et très-friable. Rate assez grosse et friable. Injection rouge brun de la portion pylorique de l'estomac. Les plaques de Peyer sont saillantes et développées; les ganglions mésentériques gros et ramollis.

OBS. V. — Fièvre continue (typhoïde). Mort.

Autopsie. Mêmes altérations.

OBS. VI. — Fièvre continue (typhoïde). Hémorrhagie abondante. Mort. L'hémorrhagie a eu lieu par l'une des ulcérations très-probablement.

OBS. VII. — Fièvre continue (typhoïde). Mort.

Autopsie. Pointillé abondant dans la substance blanche du cerveau. Foie semblable à de la viande cuite et lavée, grisâtre sale. Rate un peu plus grosse qu'à l'état normal et s'écrasant en une boue rougeâtre à la plus légère pression. Larges plaques de Peyer à demi-ulcérées.

OBS. VIII. — Dyssenterie. Mort après douze jours de maladie.

Autopsie. Foie très-volumineux, surtout dans le sens vertical, d'une couleur gris verdâtre, s'égrenant avec une extrême facilité.

OBS. IX. — Dyssenterie. Accidents cholériformes. Constitution usée dans les prisons. Mort.

Autopsie. Péritoine enflammé; intestins soudés entre eux. Foie gorgé de sang; hypertrophie des granulations jaunâtres qui font saillie au milieu de ce tissu, couleur de feuille morte. Rate volumineuse et friable. Les follicules de Brunner sont très-développés. Quelques ulcérations dans les gros intestins.

OBS. X. — Dyssenterie. Accidents typhoïdes les plus prononcés. Amélioration considérable. Diarrhée légère. Enfin dyssenterie. Mort.

Autopsie. Foie très-volumineux, couleur violacée, gorgé de sang. Rate grosse, friable. Toutes les membranes du gros intestin sont épaissies. Dans le colon, quelques lambeaux de muqueuse noirâtre gangrenés.

OBS. XI. — Fièvre pernicieuse. Trois rechutes. Diarrhée légère, puis dyssenterie. Mort.

Autopsie. Foie volumineux, couleur lie de vin, à cassure nette et brillante, assez ramolli. Rate grosse et friable, se réduisant en boue noirâtre à la plus légère pression. Tout le gros intestin criblé d'ulcérations.

De ces faits, auxquels il manque beaucoup de détails nécessaires sous le rapport symptomatique et anatomique, M. le docteur Mouchet tire les conclusions suivantes : « Toutes les fois qu'un sujet a un accès de » fièvre, il y a dans l'appareil digestif un retentissement considérable. » Si l'affection est légère, les phénomènes prédominants sont ceux » d'une irritation gastro-intestinale, gastro-hépatique, etc. Si la fièvre » persiste, soit qu'il y ait rechute ou qu'elle passe à l'état continu, » alors la lésion s'étend, elle frappe la fin de l'intestin grêle. Si le ma- » lade succombe à cette époque, on trouve les lésions de la fièvre ty- » phoïde des premiers jours. Si le sujet résiste, et si la fièvre persiste, » alors le gros intestin est envahi. » Ces conclusions ne résultent pas, bien évidemment, des observations précédentes, et il faudrait forcer singulièrement l'interprétation logique de tous les faits d'anatomie pathologique relatifs à l'histoire des fièvres intermittentes, rémittentes et continues pour arriver à voir dans ces maladies des localisations inflammatoires ou autres sur la muqueuse digestive. Nous pensons que l'auteur a eu le tort de confondre dans la classe des fièvres intermittentes les dyssenteries, les fièvres typhoïdes, etc., qui sont des affections totalement distinctes dans les pays chauds comme dans les zones tempérées. On voit, du reste, d'après quelques-unes des observations qui précèdent, que la fièvre typhoïde n'est pas très-rare dans les pays chauds, en Algérie, par exemple, où a observé notre confrère, et où elle passe souvent méconnue sous la vague appellation de fièvre continue.

DE L'USAGE EXTERNE DE L'IODE; par M. BRAULT.

L'auteur emploie l'iode à l'état de métalloïde et suivant deux procédés. Le premier consiste à incarcérer l'iode (10 centigr. pour chaque pansement) entre deux plaques d'ouate contenues elles-mêmes dans un sachet de taffetas gommé. Le second, qui nous paraît préférable, consiste à envelopper l'iode dans un bourdonnet d'ouate qui est reçu dans la concavité d'un verre de montre. Le sachet ou le verre est ensuite appliqué sur la partie malade.

M. Brault rapporte six observations, dont trois sont relatives à des adénites.

OBS. I. — La première malade, âgée de 18 ans, avait depuis quelque jours deux tumeurs lymphatiques douloureuses dans la région sous-claviculaire gauche. Le sachet fut appliqué, et au bout de quatre jours de pansement, la résolution de l'adénite était opérée.

OBS. II. — La seconde malade avait dans l'aisselle un grand nombre de ganglions engorgés et enflammés. Après une application de sangsues et l'usage de cataplasmes émollients, les douleurs ne diminuèrent pas. Le sachet fut appliqué deux fois, pendant vingt-quatre heures chaque fois. Après ces deux applications, la suppuration était manifeste. Incision, pansement simple; guérison.

OBS. III. — Cette observation est relative à une adénite survenue chez une petite fille dans le creux de l'aisselle. Ici c'est le verre de montre qui fut appliqué pendant trente-six heures. En levant l'appareil, on reconnut que la tumeur avait notablement diminué et était devenue fluctuante. Incision; guérison.

Comme on a dû le remarquer, les malades de M. Brault avaient des adénites aiguës ou subaiguës, de celles par conséquent qui se terminent vite soit par résolution soit par suppuration. On ne peut pas nier que l'iode n'ait hâté cette terminaison; son action a même été très-rapide; mais enfin ce n'est pas, dans ces cas, toujours faciles à guérir par des moyens plus simples, qu'on a surtout besoin du secours de l'iode, et qu'il importait d'essayer le nouveau mode d'administration adopté par M. Brault. C'est surtout dans les engorgements chroniques réfractaires que nous voudrions le voir mis à l'épreuve.

Trois autres observations du même auteur sont relatives à des ulcères, probablement scrofuleux, que l'iode a fait cicatriser, le premier en cinq semaines, le second dans le même espace de temps et le troisième en vingt-quatre jours. Dans ces cas, l'absorption du métalloïde est très-active; car elle se fait sur une surface dénudée; l'action du médicament est donc au moins aussi générale que locale.

Tels sont les essais tentés par M. Brault avec ce qu'il appelle *sa méthode*. Nous ne voulons aucunement le déposséder; mais il nous est bien permis de rappeler que des expériences semblables avaient déjà été faites en grand nombre et dont la GAZETTE MÉDICALE a rapporté la plupart.

RECHERCHES SUR LA SUEUR; par le docteur GILLEBERT D'HERCOURT.

La GAZETTE MÉDICALE a rendu compte, dans un des numéros de 1853, des premiers faits observés par l'auteur de ce travail dans ses expériences sur la transpiration cutanée. Nous regrettons aujourd'hui de voir que les remarques intéressantes contenues dans la partie du mémoire que nous avons sous les yeux n'aient pas été mieux coordonnées entre elles et peut-être complétées par une observation plus longue. L'auteur aurait dû, il nous semble, placer en première ligne, et d'une manière plus nette, les résultats auxquels il est arrivé, au lieu de les exposer à se perdre à côté des résultats contradictoires des autres observateurs.

Quoi qu'il en soit, les premiers faits qui ont trait à l'acidité de la sécrétion cutanée se résument ainsi : Étant donnée une partie de la surface de la peau, déjà converte de gouttelettes de sueur produisant une réaction acide, si on essuie cette partie de manière à en faire disparaître toutes les traces de sueur, puis si on y applique exactement un papier de tournesol, des points blancs se produiront bientôt sur le papier sans aucune trace de réaction acide, et la partie de la peau où l'on aura fait cette expérience paraîtra complétement sèche. Après quelques instants on verra la sueur reparaître, des gouttelettes se for-

meront de nouveau. Si l'on absorbe alors ce liquide en frottant sur la même partie un papier de tournesol, on verra la réaction acide se reproduire. Que si le temps qui s'est écoulé entre la première et la seconde expérience était trop considérable, alors l'exhalation aqueuse pourrait être passée à l'état neutre.

On voit par là que certains produits de l'excrétion cutanée ne deviennent souvent acides que par l'effet du contact de l'air, et que la privation complète de ce contact modifie la nature de cette excrétion en suspendant probablement l'élimination des matières acides.

En second lieu viennent des observations sur la quantité de sueur qu'émettent les malades soumis aux traitements hydrothérapiques. L'auteur est convaincu que l'excrétion d'environ 800 grammes de liquide constitue une forte sudation, chiffre bien inférieur à ceux de MM. Lubnaski et Vidard, qui semblent admettre la possibilité d'une perte moyenne de 2 kilos. « La quantité de sueur excrétée durant une sudation paraît varier en raison d'influences assez diverses, comme l'état de l'atmosphère, le sommeil ou la veille, l'activite plus ou moins grande avec laquelle on pousse la sudation. D'un autre côté, les éléments de la transpiration n'étant pas inépuisables, on voit celle-ci diminuer ou même s'arrêter complétement malgré les soins qu'on prend d'ailleurs pour la prolonger... Cette diminution de la transpiration étant spontanée, il y aurait au moins inutilité à prolonger la sudatiou au delà de certaines limites. Le malaise qui succède à une transpiration trop prolongée indique qu'il ne faut pas attendre pour la faire cesser que la suspension de l'excrétion cutanée ait lieu. »

L'auteur termine ce travail par des considérations sur les modifications pathologiques de la sueur. Sans parler des sueurs couleur de sang que disent avoir observé Valescus de Tarente et Marcellus Donatus, on se rappelle l'observation curieuse de sueur bleue que M. Billard (d'Angers) publia en 1831 dans les ARCHIVES. Des exemples semblables sont rapportés dans l'OBSERVATEUR MÉDICAL BELGE en 1834 et dans la GAZETTE MÉDICALE en 1835. On a également cité des cas de sueur jaunâtre. La sueur des ictériques peut contenir, par exemple, dans quelques cas rares, les matières colorantes de la bile. Anselmino dit avoir observé des sueurs albumineuses; on peut penser qu'il a eu affaire simplement à une altération de consistance de la sueur. On a vu les sueurs critiques des goutteux déposer sur la peau des sels phosphatiques affectant la forme d'une poudre légère et brillante. M. Favre y a trouvé de l'urée. Quant à penser que l'élimination de certaines substances médicamenteuses pourrait être opérée par les sueurs, nous dirons avec l'auteur que les faits relatifs à l'élimination par la peau du mercure (Biett), de l'iode (Vramer), de l'arsenic (Chatin), sont des faits tout à faits exceptionnels, et dont il faut chercher la cause ou dans la sursaturation du malade ou bien dans le peu de temps écoulé depuis l'absorption de ces principes toxiques.

Enfin différents états pathologiques peuvent modifier le degré d'acidité de la sueur, mais aucune maladie ne la rend alcaline comme le constatait déjà depuis quelques années M. Andral. Dans un cas de gastro-entéralgie, avec amaigrissement considérable, l'auteur a trouvé une sueur constamment neutre; les rhumatismes ont donné les sueurs les plus acides; les sueurs ont perdu une grande partie de leur acidité dans la goutte chronique, tandis qu'elles deviennent très-acides dans les accidents aigus de cette maladie. Dans l'*acné rosacea* la sueur a été trouvée fortement acide sur les parties malades pendant toute la durée de la sudation, tandis que sur les points qui n'étaient pas enflammés l'acidité s'affaiblissait en raison de l'abondance de la sueur.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 20 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

INFLUENCE DU LAVAGE DES BLÉS SUR LES QUALITÉS NUTRITIVES DU SON, DE LA FARINE ET DU PAIN.

M. E. MILLON communique sur ce sujet un mémoire dont les principaux résultats se trouvent consignés dans les extraits suivants :

J'ai fourni, dit l'auteur, dans un précédent travail, un tableau comparatif de la composition des sons obtenus par la mouture habituelle et de ceux qui se produisent dans la mouture des blés fraîchement lavés. Les sons nouveaux ne contiennent que la moitié de la matière grasse et des phosphates alcalins renfermés dans les sons anciens : la proportion d'azote y est encore plus réduite, tandis que la proportion de ligneux y a doublé. Enfin, ils ne cèdent à l'eau qu'une petite quantité de matière extractive, 20 pour 100; la tige ligneuse de plusieurs plantes n'en fournit pas davantage.

Cette composition spéciale des sons nouveaux permet de comprendre la constitution des sons anciens, et le rôle singulier qu'ils ont joué dans la panification et dans la nutrition.

Il faut considérer les sons anciens, dans lesquels on trouve si peu de ligneux, et qui sont au contraire, relativement à la farine, si riches en azote, en phosphate, en matière grasse et en principe aromatique, comme composés de deux pellicules accolées l'une à l'autre. La *pellicule externe*, formée des téguments du grain, est une sorte de matière ligneuse, inerte, indifférente aux phénomènes de la panification et de l'assimilation; organe protecteur durant la végétation, et qui est devenu corps étranger pour la farine et pour le pain. La *pellicule interne*, due à la couche superficielle de l'amande, et qui comprend les cellules tout à fait périphériques du périsperme, a concentré dans son tissu tout cet excès d'azote, de phosphate, de graisse, d'essence et d'arome, que l'analyse chimique avait précédemment découvert dans l'étude des deux pellicules réunies et confondues.

C'est dans la pellicule interne que résident les ferments fluidificateurs de l'amidon indiqués par M. Mouriès; c'est là qu'il faut chercher la cause du goût agréable des pains fabriqués avec les farines bises, la cause du plus grand rendement de celles-ci au pétrin, de leur action nutritive particulière constatée par M. Magendie sur les animaux, et de cette sensation accusée par les consommateurs de pain bis, déclarant presque tous que ce pain leur tient à l'estomac, et les rassasie mieux que le pain blanc.

Maintenant, en mettant hors de cause la partie tégumentaire et ligneuse du son, tous ces faits se tiennent et dérivent l'un de l'autre. Les principes contenus dans la pellicule interne du son introduisent d'abord dans le pain des principes aromatiques et sapides favorables à la digestion, puis ces mêmes principes désagrégent les grains d'amidon, les gonflent, y incorporent de l'eau, les fluidifient en partie et les préparent à l'absorption des vaisseaux de l'intestin; et de là plus grand rendement de la farine en pain, assimilation plus facile de celui-ci, et sentiment particulier de l'estomac satisfait. On sait que l'amidon, qui n'est point fluidifié et converti en sucre, ne concourt pas à la nutrition et est rejeté par le tube intestinal comme une matière inassimilable.

Mais il ne faut pas croire que les principes alibiles contenus à la périphérie du grain et rejetés avec les sons ordinaires soient seuls capables de procurer la plupart des résultats précédents. Il est possible, bien que plus difficile, d'obtenir un pain blanc très-assimilable, et de produire avec les farines blanches un rendement très-élevé.

Je suis parvenu à examiner de près certains procédés dont les auteurs font généralement mystère, et qui ont pour but d'augmenter le rendement de la farine en pain, dans la proportion de 5, 10 et même 15 pour 100; un de ces procédés a été exécuté sous mes yeux; son influence était réelle, et le rendement en pain a été augmenté dans une énorme proportion. Tout le secret repose sur l'hydratation et la désagrégation d'une partie de la farine employée, à l'aide d'une manœuvre particulière.

La plus grande durée de la cuisson, qui caractérise la fabrication du pain de ménage, tend également à hydrater et à désagréger mieux l'amidon de la farine maintenu plus longtemps, dans le four, à une température voisine de plus de 100 degrés. Or le pain de ménage à poids égal nourrit davantage; j'ai recueilli sur ce point des témoignages irrécusables, et une observation de ce genre a été faite par M. J. Reiset, avec la précision scientifique qu'on lui connaît; il a tenu compte de la proportion d'eau, et il serait en mesure d'exprimer par un chiffre la différence vraiment incroyable de ces facultés réparatrices de chaque pain.

Ces considérations découlent de faits que j'ai eu l'honneur de communiquer à l'Académie dans des travaux précédents; j'ai cru devoir les produire, maintenant qu'elles se présentent plus nettement à mon esprit et se déduisent les unes des autres. Ne prouvent-elles pas que la question du rendement de la farine en pain est assez complexe; que si ce rendement dépend toujours d'un excès d'eau, l'état chimique de l'eau, relativement à la farine, n'est pas indifférent pour l'assimilation; que le travail de la panification et même de la cuisson est un sujet encore très-fertile en méditations et en recherches; que le déficit de nos récoltes se comblera peut-être un jour par des expédients inattendus; que les ressources des divers blés sont encore mal appréciées au point de vue de la nutrition, et que les qualités alimentaires du pain n'ont été déterminées jusqu'ici par aucune épreuve solide ? (Comm. : MM. Chevreul, Pelouze et Péligot.)

RECHERCHES SUR LA STRUCTURE INTIME DU TUBERCULE PULMONAIRE, CHEZ L'ADULTE.

M. L. MANDL adresse sous ce titre un mémoire qu'il résume en ces termes :

C'est une condition absolue dans l'examen histologique des tissus que la transparence parfaite des éléments soumis à l'observation microscopique : la clarté et la netteté, ces caractères essentiels de l'image, en sont les résultats immédiats. Aussi, tous les micrographes, en plaçant un tissu sous le microscope, prennent-ils généralement la précaution de le préparer, c'est-à-dire de l'étaler en couche suffisamment mince pour que la lumière puisse traverser les éléments les plus déliés. Or, pour donner à l'objet toute la transparence nécessaire, les observateurs sont obligés, lorsque le tissu est cohérent, de le diviser, de le déchiqueter en fragments d'une grande ténuité, à l'aide d'instruments piquants. Cette méthode présente de grands inconvénients; en effet, souvent il est arrivé que ces fragments, résultats accidentels de la préparation, ont été pris avec leurs formes irrégulières, accidentelles, pour ainsi dire arbitraires, pour les éléments normaux, constants, du tissu sain ou pathologique, soumis à l'observation microscopique.

Cette remarque trouve son application dans les recherches relatives à la structure intime du tubercule cru. En effet, lorsqu'on en prépare, pour l'examen microscopique, une parcelle, d'après la méthode indiquée, on voit d'une part les éléments normaux du tissu pulmonaire, d'autre part, une portion plus ou moins grande du tissu morbide. Les éléments ne présentent plus leur transparence naturelle, mais paraissent comme infiltrés, pénétrés par une masse finement granulée et parsemée de granules graisseux, qui sont solubles dans l'éther et insolubles dans l'acide acétique. A côté, on apercevra des corpuscules aplatis, d'une forme tantôt arrondie, tantôt anguleuse, mais toujours inconstante, fort irrégulière, composée d'une masse amorphe finement granulée et parsemée de molécules graisseuses excessivement petites. Ces corpuscules ne sont que les fragments de la parcelle tuberculeuse soumise à l'examen microscopique, et qui constitue une lamelle solide amorphe, cohérente, finement granulée. Aussi l'observateur peut-il à volonté augmenter leur nombre en subdivisant de plus en plus la substance tuberculeuse; ne présentant ni forme ni grandeur déterminées, ils sont analogues à ceux de toute autre substance exsudée amorphe. Il n'existe donc point de globules ou de corpuscules tuberculeux particuliers, il n'existe point d'éléments caractéristiques du tubercule. Cependant cette ressemblance, que présentent entre elles toutes les parcelles amorphes, n'autorise nullement à croire identiques entre elles ces substances mêmes, moins encore les maladies qui les ont produites.

La substance tuberculeuse étant une matière amorphe, ne se compose donc pas d'éléments qui pourraient s'accroître et se développer. La multiplication et l'agrandissement des tubercules ne peuvent, par conséquent, s'expliquer que par juxtaposition, par des exsudations nouvelles, qui viennent s'ajouter aux anciennes; c'est une preuve de plus que les progrès de la maladie se rattachent à une cause incessamment active; c'est elle que l'on doit détruire, si réellement on veut déraciner la tuberculisation.

Par suite du ramollissement, la substance tuberculeuse se fragmente en parcelles identiques à celles que l'on obtient par la préparation du tubercule cru.

Le ramollissement du tubercule est dû à la dégénérescence graisseuse, et peut se déclarer avant l'inflammation, c'est-à-dire avant l'apparition des globules de pus et des globules inflammatoires. Cette métamorphose est un indice certain que la substance tuberculeuse est incapable de s'organiser, incapable de vivre et d'entrer en rapport organique avec les tissus voisins. La dégénérescence graisseuse, en effet, ne se manifeste dans un tissu que lorsque sa nutrition est suspendue, ainsi que le prouvent les observations de la transformation graisseuse des muscles ou de la portion périphérique des nerfs coupés, les expériences de R. Wagner, les recherches du docteur J. Guérin, etc.

Par suite de ce ramollissement et de l'inflammation qui s'y joint plus tard, le tubercule, dont l'organisme ne peut s'accommoder, se trouve complétement éliminé; l'organisme ne s'accommode pas non plus du tubercule qui a subi la métamorphose crétacée; car, ce qui persiste, c'est la matière organique, la substance organique du tubercule ayant disparu.

Si maintenant il est permis de tirer quelques conséquences thérapeutiques de ces faits, on peut dire que le traitement devra se proposer un double but: d'une part, l'attention du médecin doit être fixée sur la cause productrice, c'est elle qui doit être combattue, car elle seule entretient incessamment le travail de tuberculisation; d'autre part, les métamorphoses que subit le tubercule, par la marche naturelle de la maladie, fournissent des indications pour un traitement local. (Comm. : MM. Serres, Andral, Rayer.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 28 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre du commerce envoie 80 exemplaires de la première livraison de la seconde partie de l'ouvrage intitulé : ANNUAIRE DES EAUX DE LA FRANCE.

Le même ministre fait remettre à l'Académie une caisse contenant vingt bouteilles d'une eau minérale sulfureuse provenant d'une source située aux environs de la ville de Villefranche (Aveyron), et que le propriétaire demande l'autorisation d'exploiter.

— M. MÉRIER (de Saint-Dizier) adresse une observation inédite et manuscrite d'opération d'hydrocèle très-volumineuse faite d'abord par la ponction et l'injection vineuse, suivie de gangrène considérable et convertie ensuite en une opération par excision; guérison. (Comm. : MM. Velpeau, Gimelle, Malgaigne.)

— M. LECOUPEY, à l'occasion du mémoire lu dans l'une des précédentes séances par M. Aussandon, qui y préconise la liqueur de Van Swieten dans le traitement de la phthisie, rappelle qu'il a lu il y a près de cinq ans, à l'Académie des sciences, une note où la pommade mercurielle administrée à l'intérieur est recommandée comme un moyen certain de guérir la tuberculisation pulmonaire. (Comm. nommée pour l'examen du mémoire de M. Aussandon.)

— M. GUITARD (de Toulouse) adresse un paquet contenant un manuscrit sur l'électro-chimie médicale. (Comm. : MM. Longet, Poiseuille.)

— M. NÉLATON prie M. le président de faire connaître à l'Académie qu'il se désiste de sa candidature à la place actuellement vacante dans la section d'anatomie pathologique.

— M. MOREL annonce qu'il se porte candidat à la place vacante dans cette section.

— M. LE PRÉSIDENT fait part à l'Académie de la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. le professeur Roux, et lui rend compte des honneurs qui lui ont été rendus par une députation de l'Académie, ainsi que des discours qui ont été prononcés sur sa tombe.

ÉLÈVE DES SANGSUES.

M. SOUBEIRAN, au nom de la commission des sangsues, lit un supplément de rapport au sujet de la lettre qui a été adressée à l'Académie dans l'une des dernières séances par le bureau de l'Association médicale d'Eure-et-Loir, au nom de cette société. Il s'agissait dans cette lettre, on s'en souvient, d'une réclamation de priorité élevée par les membres de l'Association d'Eure-et-Loir en faveur d'un de ses membres, M. le docteur Harreaux, contre les prétentions de M. Borne, qui au dire des auteurs de cette réclamation, n'aurait fondé son établissement qu'après avoir eu connaissance des procédés mis en usage par M. Harreaux et avoir recueilli de ce médecin les renseignements dont il a profité depuis.

Après une longue discussion appuyée sur de nombreux documents, desquels il résulterait que les prétentions élevées au nom de M. Harreaux ne sont point fondées et que les faits invoqués dans la lettre des médecins d'Eure-et-Loir ne sont pas exacts, M. le rapporteur propose, au nom de la commission, de déclarer qu'il y a lieu de maintenir les conclusions du précédent rapport en ce qui concerne M. Borne, ainsi que la décision qui a été prise à son égard par l'Académie conformément à ces conclusions.

Un vive et très-longue discussion s'élève à ce sujet.

M. VELPEAU, sans vouloir examiner le fond de la question, se plaint qu'on n'ait pas eu pour les médecins d'Eure-et-Loir et en particulier pour leur président, qui occupe à Chartres une position honorable et qui y est justement considéré, tous les égards et tous les ménagements qui leur étaient dus.

M. SOUBEIRAN, se trouvant dans la nécessité de défendre les droits injustement attaqués de M. Borne, n'a pas cru devoir reculer devant l'expression des vérités qui lui ont paru ressortir de la longue discussion à laquelle il s'est livré et de l'examen des documents qu'il a eu sous les yeux.

MM. CHEVALLIER et DESPORTES parlent dans le même sens que M. Soubeiran et défendent énergiquement les droits de M. Borne qu'ils croient injustement attaqués.

M. GIBERT pense qu'au milieu de ces difficultés et pour ménager toutes les convenances, il faudrait, tout en maintenant les conclusions de la commission, modifier le rapport de manière à en faire disparaître ce qu'il peut contenir de blessant pour des confrères honorables.

Après une discussion confuse et très-animée, l'Académie décide qu'on scindera la question et qu'on mettra séparément et successivement aux voix les conclusions du rapport et la question de savoir si le rapport sera lui-même publié intégralement ou avec des modifications dans le Bulletin.

Les conclusions sont mises aux voix et adoptées.

La proposition d'insérer dans le Bulletin le rapport, mais avec des modifications tendant à faire disparaître ce qui pourrait blesser la susceptibilité des membres de l'Association d'Eure-et-Loir, ayant prévalu, est mise aux voix et est également adoptée.

— M. JOLLY continue la lecture de son mémoire sur le choléra. La fin de cette lecture est remise à la séance prochaine.

ANÉVRISME DE L'AORTE THORACIQUE, AVEC PROLONGEMENT DANS LE CANAL VERTÉBRAL OUVERT.

M. ANDRAL présente une pièce d'anatomie pathologique. Voici l'observation du malade dont elle provient :

Cantrel (Louis), 46 ans, entre à la Charité le 10 mars 1854. D'une constitution moyenne, d'une très-bonne santé habituelle, il ne se rappelle pas avoir été sérieusement malade de sa vie; depuis trois mois environ, affaiblissement des membres inférieurs, qui, de temps à autre, fléchissent; le malade y perçoit aussi des douleurs subites, sous forme d'élancements; il n'y a jamais senti de fourmillements. Douleurs dans la région du dos, entre les deux épaules, continues, d'une médiocre intensité, n'augmentant pas par la pression. Ces douleurs seraient venues en même temps que l'affaiblissement de la myotilité des membres inférieurs. Les évacuations alvines et urinaires se font volontairement et régulièrement.

En examinant la colonne vertébrale, on est frappé de voir qu'au niveau de la septième vertèbre du dos, cette région offre un changement de direction; le cou et le haut de la région thoracique sont presque horizontalement placés quand le malade est assis; le reste, à partir de la sixième vertèbre dorsale, est vertical; mais il n'existe aucune saillie acuminée, aucun angle à proprement parler; la transition a lieu à l'aide d'une courbe régulière.

L'auscultation, pratiquée plusieurs fois, n'a rien révélé de ce qui a été constaté plus tard.

Le 25 mars, ce malade se trouve, au moment de la visite, dans un état singulier difficile à définir. Intelligence absente; pouls très-petit, très-fréquent; peau chaude, couverte de sueur; pas de cyanose; évacuations involontaires de matières demi-molles, grumeleuses, d'un blanc verdâtre, semblables à de la chicorée cuite; le malade urine abondamment dans son lit, qui exhale une odeur urineuse manifeste. Il meurt le soir.

L'autopsie, faite le 27, permet de constater :

1° La présence d'une psorentérie cholérique bien prononcée; le contenu de l'intestin, jaune, non caractéristique;

2° L'intégrité de l'encéphale (minutieusement coupé par tranches) et des méninges;

3° L'état sain aussi de la moelle, qui est d'une très-bonne consistance; adhérences des méninges dans l'étendue de 2 pouces environ vers le tiers supérieur de la région dorsale du canal vertébral. Après avoir détaché la moelle, on trouve, saillante dans la lumière du canal, une petite tumeur arrondie, couleur brunâtre; en l'incisant, on voit immédiatement au-dessous du tissu fibreux qui revêt la face postérieure du corps des vertèbres, une matière brune, sèche, friable, qui n'est autre chose que du sang: c'est le diverticule d'une poche anévrismale, greffé sur la partie postérieure et gauche de l'aorte. Cette poche, pleine de caillots à différents degrés de décoloration, anfractueuse, irrégulière, est située à la face antérieure et surtout latérale droite de la colonne dorsale, étendue en hauteur depuis la cinquième vertèbre jusqu'à la huitième, pourvue de nombreux diverticules, dont le plus volumineux fait une saillie considérable en haut et à droite; un autre, qui semble de date plus récente, s'insinue entre la partie latérale gauche des vertèbres déjà nommées, et les ligaments fibreux qui les revêtent.

Une troisième dépendance de la tumeur consiste dans un trajet large et irrégulier que le sang s'est creusé entre la sixième et la septième vertèbre dorsale, en faisant disparaître le fibro-cartilage intermédiaire dont il ne reste pas la moindre trace et en détruisant aussi les faces contiguës des deux vertèbres; l'inférieure est non-seulement évidée ainsi, mais elle présente, en outre, plusieurs séquestres mobiles. C'est par cette voie que l'intérieur de la poche anévrismale communique avec la tumeur, pleine de caillots, qui a été trouvée dans le canal rachidien. Les parois de cette poche complétées par les os dénudés sont constituées en majeure partie par une lame celluleuse doublée de caillots; cette enveloppe présente un grand nombre de points envahis irrégulièrement par l'ossification. On y suit s'aboucher l'aorte à une certaine distance de sa crosse, sous forme d'un tuyau béant à bords irréguliers.

Inférieurement la tumeur communique avec la portion lombaire de l'aorte par un orifice oblique muni d'une sorte d'éperon très-long, ossifié.

La crosse de l'aorte est élargie, ossifiée par places. Les artères carotides, axillaires, humérales, iliaques, fémorales, ne sont ni ossifiées, ni anévrismatiques; le cœur est parfaitement sain.

— M. Jobert (de Lamballe) présente un malade chez lequel il a obtenu la guérison radicale d'une hernie inguinale en pratiquant une ponction suivie d'une injection iodée dans le sac. L'injection a en pour effet de développer une inflammation adhésive dans les parois du sac, d'en déterminer l'accolement, et par suite pour résultat définitif la guérison complète de la hernie. C'est le quatrième cas de succès que M. Jobert obtient par cette méthode.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE NOVEMBRE 1853; par M. le docteur Le Bret, secrétaire.

(Suite.)

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

IV. — Toxicologie.

RÉSUMÉ DES EXPÉRIENCES SUR L'AZOTATE D'URANIUM; par M. Leconte.

L'azotate d'uranium en dissolution est un poison assez énergique; à la dose de 1 gramme et même de 0,50, il suffit pour tuer des animaux de petite taille.

Introduit dans l'estomac d'un chien de forte taille, il a encore déterminé la mort, malgré les vomissements survenus deux heures après l'ingestion.

Dans les deux ou trois premiers jours qui suivent l'ingestion de la substance toxique, on trouve *du sucre en abondance* dans l'urine, quand il est possible de s'en procurer; la défécation et la sécrétion urinaire sont suspendues dès le second ou le troisième jour, sous l'influence de l'azotate d'uranium.

Toujours, ainsi qu'il résulte des expériences entreprises par M. Leconte, l'azotate d'uranium produit la mort, vers le sixième jour au plus tard, par les doses employées.

La première action que semble produire l'azotate d'uranium, après son introduction dans l'estomac, c'est la suspension de la chymification, puis une irritation sur l'estomac lui-même. De là des vomissements chez les animaux où la régurgitation est possible; dans le cas contraire, ce phénomène ne se manifeste pas.

Le mucus qui recouvre la face interne de l'estomac semble retenir une partie du poison, puisque, malgré l'introduction de grandes quantités d'eau, et des vomissements réitérés, l'action toxique n'en persiste pas moins.

Ce mucus gastrique présente des propriétés bien dignes d'être étudiées. En effet, ainsi que l'a fait voir M. Cl. Bernard, ce mucus est imperméable à certains poisons organiques, notamment au curare, qui peut séjourner dans l'estomac, sans produire de phénomènes toxiques, tandis qu'introduit dans la circulation, il produit la mort à de très-faibles doses.

L'azotate d'uranium, le bichlorure de mercure, l'arsenic, etc., pénètrent facilement le mucus gastrique, bien qu'ils coagulent tous les substances albuminoïdes.

Peu à peu, l'azotate d'uranium absorbé par les veines gastriques est transporté dans la veine porte, et de là dans le foie, où son rôle est difficile à apprécier; car, d'après les travaux de M. Cl. Bernard, une portion de la veine porte se ramifie dans le foie, tandis qu'une autre va se jeter directement dans la veine cave inférieure. Il en résulte qu'une partie du poison va circuler dans le foie, et que l'autre passe directement dans la circulation générale.

La première, en réagissant sur les capillaires de la veine porte, les contracte sans doute, et peu à peu suspend la communication entre ce vaisseau et les veines susbépatiques.

Cette partie de l'hypothèse de M. Leconte ne peut guère être démontrée directement; ce n'est que par analogie qu'il l'admet.

La partie de poison qui passe dans la veine cave inférieure traverse le côté droit du cœur, arrive dans les capillaires des artères pulmonaires, paraît les rétracter peu à peu, en diminuer le diamètre intérieur, et enfin suspendre presque complétement la communication entre les artères et les veines pulmonaires.

De là l'accumulation du sang dans les artères pulmonaires, dans le ventricule droit, dans l'oreillette droite, dans les veines caves supérieure et inférieure, dans toutes les veines; le cœur, les artères, redoublent en quelque sorte d'efforts pour vaincre l'obstacle; la pression va sans cesse en augmentant dans l'intérieur des veines. Si ces vaisseaux peuvent résister, mais que leurs parois soient très-minces, ils laisseront filtrer une partie du sérum et de la fibrine du sang, tout en retenant les globules; de là les épanchements trouvés chez un animal en expérience.

Si un des points du système circulatoire vient, par une cause quelconque, à ne pouvoir supporter la pression développée par les contractions sans cesse renaissantes du ventricule gauche, secondé par les valvules sigmoïdes de l'aorte, *ce point cédera;* de là hémorrhagie interne qui pourra tuer l'animal, ainsi que cela est arrivé.

Quand l'animal est robuste, que les tuniques des vaisseaux de la circulation peuvent résister à la pression considérable qu'elles ont à supporter de dedans en dehors, l'animal meurt par *asphyxie*. La stase du sang dans les capillaires des artères pulmonaires s'oppose à l'accomplissement des phénomènes les plus importants de la respiration; le sang veineux, ne pouvant arriver au contact de l'air dans les poumons, n'exhale plus son acide carbonique; les veines pulmonaires et l'aorte, ne recevant plus que des quantités de sang insignifiantes, ne transportent aux extrémités que des quantités d'oxygène insuffisantes à l'accomplissement de la respiration.

On ne pourrait objecter que, dans ces expériences, la mort a été le fait de l'inanition.

Car, d'après les expériences de Chossat et de M. Magendie, et les faits nombreux consignés par M. Bouchardat (1) dans sa thèse, les chiens ne périssent qu'après vingt-deux ou vingt-quatre jours d'inanition; les lapins meurent après dix à douze jours, suivant leur âge et leur embonpoint.

Il reste à expliquer l'apparition du sucre dans l'urine et sa disparition dans le foie.

D'après les travaux nombreux de M. Cl. Bernard sur le sucre du foie, on sait qu'il existe, dans l'état normal, un rapport constant entre la production du sucre dans l'organe générateur et sa destruction dans les poumons; dès que l'équilibre est rompu, il y a état pathologique, et le sucre peut apparaître dans des liquides où on ne le rencontre pas normalement.

D'après les expériences en question, la respiration est profondément altérée pendant l'action de l'azotate d'uranium; si la production du sucre reste la même pendant quelque temps, il doit évidemment passer du sucre dans le sang, et par suite dans l'urine; c'est ce qui est arrivé dans les expériences 2 et 4; et comme la respiration est chimiquement peu active, il peut encore exister du sucre dans le sang, bien que depuis quelque temps le foie n'en forme plus. C'est ce qui a eu lieu dans toutes ces expériences.

Quant à la disparition de la défécation, elle est due probablement à la paralysie des fibres musculaires de l'estomac et de l'intestin; car, chez les lapins, le gros intestin renfermait une assez grande quantité de matières fécales qui n'ont pas été expulsées.

La disparition de la sécrétion urinaire est due sans doute au peu de sang qui traverse les reins, puisque le sang veineux s'y accumule; peut-être aussi est-ce le résultat de l'action directe de l'azotate d'uranium sur ces organes.

BIBLIOGRAPHIE.

DU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE LA FIÈVRE JAUNE ET DE LA FIÈVRE BILIEUSE; par Ashbel Smith (du Texas). — (The Transactions of the New-York Academy of Medicine — Vol. 1, part. 1.)

Le travail que nous publions aujourd'hui a le mérite d'avoir apporté des distinctions nettes et précises entre la fièvre jaune et les différentes catégories de fièvres propres aux pays chauds. Il a été lu le 6 septembre 1848 à l'Académie de médecine de New-York, et a paru en 1851 dans les transactions de cette Société. Les mêmes idées ayant été déve-

(1) Bouchardat, de l'Alimentation insuffisante. Paris, Germer Baillière, 1852.

loppées depuis cette époque dans différentes publications, nous avons voulu faire connaître le mémoire du docteur Ashbel Smith, qui contient tout ce qui a été dit sur ce sujet et qui est très-peu connu en France. On y trouvera une étude nouvelle de l'étiologie et de la symptomatologie de la fièvre jaune et une méthode d'observation assez rigoureuse et très-compréhensive.

La fièvre jaune est considérée par un grand nombre de médecins comme une des formes exagérées des fièvres bilieuses, ou du moins comme tenant à ces maladies par des affinités de cause.

Par *fièvre jaune* on doit entendre, suivant l'auteur, la maladie qui règne dans les ports méridionaux de l'Union et rarement dans les latitudes plus élevées, maladie où le vomissement est un symptôme fréquent dans les cas graves. Par *fièvre bilieuse*, il désigne cette maladie qui règne plus ou moins fréquemment dans les différents États de l'Union, dans les villes et dans les districts ruraux, qui a généralement, sinon toujours, un caractère rémittent ou intermittent, et dont la cause est communément attribuée à la malaria ou aux miasmes. C'est cette même affection que l'on a désignée sous les termes de *malignant fever*, de *congestive fever*.

Les différences de la fièvre jaune et des fièvres bilieuses peuvent être rapportées :

1° Aux lois générales qui gouvernent le développement de ces maladies;

2° A la différence des symptômes et de la marche.

Différences étiologiques. — Les personnes qui maintiennent l'identité de la fièvre jaune et des fièvres bilieuses soutiennent généralement que la première est la forme grave de la dernière maladie. Si cette opinion était fondée, tous les cas de fièvre jaune seraient nécessairement d'une grande malignité. Tel n'est point le cas; après la première période, la période d'augment des épidémies de fièvre jaune, on observe un grand nombre de cas, quelquefois plus de la moitié, d'un caractère très-bénin; quelquefois c'est une simple fébricule éphémère de quelques heures de durée. Il serait inexact de dire que ces cas sont seulement un effet éloigné de l'influence épidémique générale, car ces attaques bénignes garantissent de la fièvre jaune pendant l'épidémie régnante, et autant que le docteur Smith a pu le reconnaître pendant les épidémies subséquentes. De plus, ces cas légers sont pour le praticien tout aussi caractéristiques de la fièvre jaune que les cas graves.

Depuis la fièvre intermittente légère, bornée à une sensation de malaise, revenant à intervalles réguliers, jusqu'aux *congestive fevers* les plus graves, on retrouve une gradation non interrompue, et on voit souvent dans certaines contrées l'un de ces degrés ou l'une de ces formes succéder à un autre degré ou à une autre forme dans l'intervalle d'un mois. Ainsi on voit une fièvre intermittente simple devenir une fièvre maligne, et réciproquement une fièvre rémittente ou maligne prendre quelquefois la forme intermittente ou rémittente bénigne. De même dans la fièvre jaune il y a une gradation non interrompue de cas, depuis la simple fébricule jusqu'au vomissement noir le plus grave.

L'auteur a vu dans la fièvre jaune des changements analogues à ceux de la fièvre maremmatique, le passage subit des cas légers en cas graves. Le praticien inexpérimenté est tout étonné de rencontrer des vomissements moins abondants dans un cas qui, quelques heures auparavant, ne présentait aucun indice de gravité; et de même une période excessivement grave peut n'être suivie que par des symptômes bénins.

Dans les contrées sujettes aux fièvres jaunes, des cas sporadiques se montrent quelquefois pendant les saisons salubres; mais en général la fièvre jaune règne d'une manière épidémique. A *Galveston* la maladie régna épidémiquement en 1839, 1844, 1847, et en dehors de la saison épidémique notre confrère n'a pas rencontré de cas. Quand des maladies maremmatiques existent, elles sont endémiques et se rencontrent plus ou moins toutes les années, aucune année n'en étant exempte.

Les fièvres bilieuses ou maremmatiques envahissent de grandes étendues de pays, et les personnes qui résident dans ces localités sont partout sujettes à ces attaques. La fièvre jaune est confinée à l'enceinte des villes, ses limites peuvent être facilement déterminées.

Dans l'État du Texas de grandes étendues de prairies sont sujettes aux fièvres maremmatiques avec toutes leurs variétés et tous leurs degrés. Dans ces contrées rurales, aucun praticien n'a jamais rencontré la fièvre jaune.

Généralement les villages et les villes sont plus exempts des fièvres maremmatiques que la campagne environnante; le contraire a lieu pour la fièvre jaune.

On a dit que quoique les maladies palustres se montrent fréquemment dans des pays exempts de fièvre jaune, cependant cette dernière maladie a besoin d'une atmosphère palustre, et la conclusion à tirer de là, c'est que les miasmes palustres sont nécessaires à la production de la fièvre jaune.

Il est impossible de décider si les fièvres maremmatiques et la fièvre jaune n'ont pas quelquefois des causes communes. Le fait suivant montre du moins qu'il n'en est pas toujours ainsi :

Galveston est située sur une île et a été visitée trois fois en dix ans par la fièvre jaune; et cependant les personnes qui habitent cette ville sans visiter la campagne ou l'intérieur sont entièrement à l'abri des fièvres intermittentes. Il ne semble pas nécessaire de répéter d'un autre côté que la fièvre jaune se montre épidémiquement dans des villes qui chaque année sont sujettes aux fièvres maremmatiques endémiques. Dans la ville d'Houston les fièvres bilieuses sont fréquentes et endémiques; la fièvre jaune a sévi dans cette ville aux mêmes époques qu'à Galveston.

Il suit de là que les deux maladies en question sont pour leur origine et leur développement gouvernées par des lois et produites par des causes indépendantes, jusqu'à un certain degré du moins, les unes des autres.

Dans une ville où la fièvre jaune ne règne pas, il lui faut pour naître une élévation thermométrique assez grande; une fois que l'épidémie est établie, elle continue à sévir à une température inférieure à celle du développement. Les fièvres bilieuses se montrent fréquemment à des températures insuffisantes pour donner naissance à la fièvre jaune, et dans les pays très-chauds on ne voit pas sous l'élévation thermométrique cette maladie se montrer plus fréquente ou plus grave.

En faisant allusion aux causes ou plutôt aux conditions de développement de la fièvre jaune, l'auteur pense qu'on ne doit point chercher à les définir. On est autorisé à déclarer que plusieurs causes ou conditions doivent coexister. L'état actuel de nos connaissances ne nous permet pas de dire que quelques-unes de ces circonstances ne sont pas communes aux fièvres bilieuses et aux fièvres jaunes.

Différences symptomatiques. — La fièvre bilieuse est intermittente, rémitteute ou continue. Dans le type continu il y a toujours des exacerbations ou des rémissions tous les jours ou tous les deux jours. — L'auteur ne se rappelle pas avoir vu dans ces fièvres des exacerbations à type quarte. — La fièvre jaune n'est ni intermittente ni rémittente; elle est essentiellement une fièvre à paroxysme unique. L'état d'excitation vasculaire n'est jamais plus renouvelé que ne l'est la fièvre d'éruption dans la variole. Quelquefois on a vu la fièvre jaune se développer chez des personnes atteintes de fièvres intermittentes, mais dans ces cas la fièvre jaune occupe tout le tableau et continue sa marche régulière sans être influencée par la disposition paroxystique de la maladie qu'elle a dépossédée.

Les rechutes et les secondes attaques sont fréquentes dans les fièvres palustres. Quelquefois le malade ne peut guérir de ces fièvres qu'en s'éloignant du foyer.

Les rechutes proprement dites ne se présentent pas dans la fièvre jaune dans une même localité. Il est surtout rare d'en avoir une deuxième attaque, et l'immunité peut être regardée comme absolument complète pourvu que le malade reste d'une manière permanente dans la circonscription épidémique. Sur plusieurs centaines de cas, l'auteur n'a pas vu une seule rechute et a observé tout au plus un cas certain de seconde attaque.

La fièvre jaune garantit le malade contre une attaque ultérieure; mais la fièvre jaune et les fièvres bilieuses n'ont pas d'immunité réciproque.

Les personnes nées et acclimatées dans les districts du sud, qui n'ont jamais visité les pays froids, en entrant dans les districts infectés par la fièvre jaune, y sont aussi sujettes que les personnes qui viennent du nord.

Différents auteurs mentionnent le vomissement noir comme n'étant pas rare dans d'autres maladies que la fièvre jaune.

L'auteur a vu quelquefois une matière brune, saburrale, vomie dans les fièvres palustres, mais on peut aisément la distinguer des vomissements noirs. Pendant une assez longue pratique des fièvres bilieuses, malignes et congestives des contrées méridionales, il n'a jamais vu de véritable vomissement noir.

La disposition hémorrhagique qui donne naissance aux vomissements noirs de la fièvre jaune est extrêmement rare dans les fièvres bilieuses. Les autopsies ont révélé à l'auteur dans les fièvres jaunes des hémorrhagies internes abondantes qu'on ne soupçonnait pas pendant la vie, dans la cavité abdominale surtout, dans les gros et petits intestins, dans l'estomac, au-dessous du péritoine, dans la coiffe cellulaire des reins, dans les reins, dans le foie, dans la vessie, l'utérus,

la peau du scrotum, les gencives, le nez, les oreilles, dans le tissu cellulaire de presque tout le corps.

Les hémorrhagies internes non soupçonnées pendant la vie peuvent varier d'un demi-litre à un litre; on les rencontre même dans des cas qui, quoique graves, ne présentent pas de symptômes alarmants.

Dans la dernière période de la fièvre jaune, le *pouls* est quelquefois très-lent, 50, 30, 20 pulsations quelques heures avant la mort. Dans les fièvres bilieuses, il est rare que le pouls perde de sa fréquence si ce n'est au moment même de la mort.

Dans la fièvre jaune, la *peau est sèche, rude*, sa température est abaissée. Dans les dernières périodes des fièvres bilieuses, si la surface cutanée est refroidie, les extrémités sont couvertes d'une sueur plus ou moins profuse et visqueuse.

Un des symptômes assez usuels de la fièvre jaune qu'on ne rencontre dans aucune autre affection fébrile est l'orgasme vénérien, à l'époque où la prostration est la plus complète. Parmi les symptômes moins caractéristiques, on a le début ordinairement nocturne de la fièvre jaune, ordinairement diurne dans les fièvres paludéennes.

La teinte jaune qu'on rencontre quelquefois dans les fièvres bilieuses s'y trouve rarement augmentée après la mort comme dans les fièvres jaunes.

Les lésions anatomo-pathologiques de la fièvre jaune sont : les hémorrhagies déjà signalées, la couleur jaune du foie, et l'état particulier de la muqueuse de l'estomac qui donne naissance au vomissement noir. —Dans toutes les autopsies, l'auteur a rencontré dans l'estomac un liquide noirâtre, tandis que dans les fièvres paludéennes il n'a jamais trouvé de liquide semblable.

Les parties de la membrane muqueuse de l'estomac qui fournissent la matière noire sont ramollies et généralement épaissies.

L'auteur a observé chez quelques sujets l'altération avancée, ramollissement et congestion profonde, qui fournit le vomissement noir et l'altération initiale, simple engorgement sanguin, qui conduit aux altérations précédentes et qu'on peut distinguer, déjà à cette période, des congestions vasculaires qu'on rencontre dans d'autres maladies.

Dans la fièvre jaune le foie est plus pâle qu'à l'état normal, variant de la couleur paille pâle à la teinte café au lait. Cette teinte est uniforme ou tachetée; dans quelques cas rares, c'est une couleur foncée et noirâtre, mais alors il y a ordinairement hémorrhagie dans le parenchyme. A M. Louis revient tout le mérite d'avoir le premier appelé l'attention sur la couleur du foie dans la fièvre jaune.

Pour compléter cette étude, l'auteur aurait dû ajouter que dans la fièvre rémittente ou pseudo-continue des États-Unis, un médecin de mérite, le docteur Stevenson, avait trouvé, il y a environ une dizaine d'années, une altération caractéristique du foie, assez analogue à celle qu'a décrite M. Louis dans la fièvre jaune. Les faits rencontrés par Stevenson avaient probablement quelque chose d'exceptionnel, puisque ces altérations n'ont point été retrouvées depuis cette époque. Ces divergences indiquent plutôt un vice dans l'observation qu'une difficulté inhérente au sujet. Il y a tels auteurs qui ont généralisé sur des faits exceptionnels, il y en a d'autres qui n'ont aperçu dans les faits généraux que les exceptions et qui ne sont point ainsi arrivés aux lois. Nous trouvons dans le mémoire du docteur Ashbel Smith l'application d'un point de vue nouveau pour la distinction des espèces morbides, le point de vue étiologique et épidémiologique que la GAZETTE MÉDICALE encourage, et auquel elle prédit un horizon scientifique plus étendu, plus varié et au moins aussi positif que celui de la médecine purement symptomatique et anatomique.

THOLOZAN.

VARIÉTÉS.

— BULLETIN DU CHOLÉRA. — Du 22 au 29 mars, les décès cholériques se sont répartis de la manière suivante :

	DANS LES HÔPITAUX.	DANS LES ARRONDISSEMENTS.
22 mars. . . .	3 décès.	2 décès.
23 —	4	1
24 —	2	1
25 —	3	0
26 —	2	2
27 —	2	3
28 et 29 —	5	0
	21 décès.	9 décès.

Dont 1 dans le 2e arrondissement.
3 dans le 10e —
1 dans le 11e —
4 dans le 12e —

Ces chiffres indiquent que la recrudescence épidémique, qui diminuait du 15 au 22, semble, dans la dernière semaine, avoir repris une certaine intensité ou être restée au moins à l'état stationnaire.

L'hôpital de la Charité a continué à fournir à la mortalité un contingent considérable, ce qui confirme l'exactitude de nos prévisions.

Le nombre des cas admis de l'extérieur dans les hôpitaux a été plus élevé ces derniers jours que précédemment.

Toujours pas de cas de choléra à Londres.

— NOUVELLES DU CHOLÉRA. — JAMAÏQUE. — 11 février, saison d'été, plus de choléra, pas de fièvre jaune ni d'autres maladies épidémiques.

DEMERARA, 9 février. — Le pays était très-sain; les maladies endémiques étaient moins nombreuses que d'habitude.

SAINT-THOMAS, 18 février. — Le choléra était presque entièrement éteint. On comptait 1,700 victimes de l'épidémie, environ un huitième de la population.

Le choléra diminuait à cette date dans les autres îles voisines où il avait régné.

— STATISTIQUE MÉDICALE. — LE CHOLÉRA ET LA GUERRE EN ANGLETERRE. — De 1793 à 1815, en vingt-deux ans de guerre, il y a eu sur les marins de la flotte anglaise 19,796 morts et 79,180 blessés.

Le choléra et les maladies épidémiques qui l'ont accompagné en 1848 et 1849 ont donné 72,180 décès.

Du reste, année moyenne, on compte en Angleterre 115,000 décès de typhus et d'autres maladies qu'on pourrait prévenir en prenant certaines mesures sanitaires, maladies qu'on peut imputer en grande partie à la malpropreté, à la mauvaise aération, à l'absence de moyens de drainage. (*Non noster hic sermo.*)

— Le choléra, qui dans les précédentes épidémies n'avait jamais envahi l'Espagne, s'est déclaré dans la province de Galice aux environs de Vigo et dans quelques autres points.

L'épidémie paraît avoir cessé complétement. La maladie a frappé particulièrement sur les mariniers. Deux professeurs, MM. Domenech et Montuo, avaient été nommés médecins sanitaires et chargés de la direction du service de santé de cette province.

— Par décret impérial, rendu sur la proposition du ministre de l'intérieur, ont été nommés chevaliers de l'ordre de la Légion d'honneur :

M. Paupert, directeur de l'hôpital Sainte-Marguerite, attaché à l'administration des hôpitaux civils de 1817, sous-officier dans l'artillerie de marine, de 1812 à 1816, capitaine de la garde nationale de Paris pendant dix ans;

M. Marjolin, chirurgien de l'hôpital Sainte-Marguerite, attaché aux hôpitaux depuis douze ans.

— Le ministre de l'intérieur vient d'adresser à MM. les préfets une circulaire qui prescrit des mesures nouvelles pour constater l'état sanitaire et pour soumettre à un examen attentif le service médical des maisons centrales, de force et de correction, qui contiennent une population de près de 20,000 individus de tout âge et de tout sexe.

—Dans plusieurs communes des environs de Paris se faisait, sur une grande échelle, la falsification du lait destiné à la consommation des villes. M. le procureur impérial de l'arrondissement de Mantes, assisté d'un juge d'instruction et de la gendarmerie, s'est transporté dans plusieurs localités. Il a constaté la falsification d'une grande quantité de lait dont il a ordonné la saisie, et qui a été envoyé à Paris pour y être soumis à l'examen des chimistes, desquels le rapport légal sera transmis à la justice.

— M. Baillarger commencera son cours de clinique sur les maladies mentales, à la Salpêtrière, le dimanche 9 avril, *à neuf heures du matin*, et le continuera tous les dimanches à la même heure.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

Dans la réclamation que l'Association médicale d'Eure-et-Loir a adressée à l'Académie de médecine, en faveur de M. Harreaux, pour sa découverte sur la reproduction des sangsues, je regrette que vous ayez retranché le passage dans lequel il était dit que j'étais chez M. Harreaux le jour où M. Borne est venu visiter ses bassins.

Je tiens à établir qu'en ma présence, le 14 mai 1850, M. Borne a déclaré qu'il avait dans son jardin un petit réservoir en maçonnerie où il nourrissait des sangsues, et qu'il avait remarqué qu'au ventre des plus grosses étaient appendues ce qu'il appelait de petites sangsues; pour preuve, il en apportait plusieurs dans un bocal; M. Borne croyait les sangsues vivipares; que M. Harreaux lui démontra son erreur, en lui indiquant qu'il prenait des glossyphonies pour des petites sangsues; que pendant trois heures il le renseigna sans réserve sur toutes les particularités de l'art d'élever les sangsues; que M. Borne, émerveillé de tout ce qu'il avait vu, avoua en se retirant que son intention était de créer un établissement à l'instar de celui de Grouville.

Agréez, etc.

Le président de l'Association médicale d'Eure-et-Loir,
VOYET, D. M. P.

Chartres, le 23 mars 1854.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE GÉNÉRALE.

RÉORGANISATION DU CORPS DES OFFICIERS DE SANTÉ DE LA MARINE. — MISSION MÉDICO-ADMINISTRATIVE DE M. LE DOCTEUR RODRIGUE DANS LES DIFFÉRENTS ÉTATS DE L'EUROPE.

Le corps des officiers de santé de la marine vient d'être complétement réorganisé par un récent décret impérial. On sait que nos confrères de l'armée navale s'administraient par eux-mêmes, contrairement aux médecins des armées de terre qui subissent la suprématie et le commandement de l'intendance militaire; on sait aussi que, à l'encontre des médecins de l'armée de terre qui n'ont aucune assimilation et dont la difficile position est chaque jour perpétuée et empirée par des ordonnances ministérielles, le corps de santé de la flotte jouissait de tous les avantages matériels et moraux d'une complète assimilation. Le nouveau décret vient de sanctionner ces avantages et de leur donner une nouvelle et forte consécration. Une seule chose laissait à désirer dans l'organisation de la médecine navale : les grades supérieurs étaient en trop petit nombre comparativement à ceux qui figurent au bas de l'échelle, de sorte que l'avancement devenait bien difficile pour les hommes arrivés à la position de chirurgien de première classe. Or cette lacune vient d'être comblée avec exubérance, de sorte que la médecine navale, qui comptait deux grades de moins que la médecine militaire, en compte actuellement un de plus. Aujourd'hui nos confrères de la flotte ont tous les grades, depuis celui d'aspirant de première classe jusqu'à celui de contre-amiral inclusivement, et comptent, de plus que les officiers de marine, celui de chef de bataillon qui n'existe point chez ces derniers, puis un autre grade encore, intermédiaire entre celui de capitaine de vaisseau, c'est-à-dire de colonel, et celui de contre-amiral, c'est-à-dire de général de brigade. Ce grade équivaut à celui des commissaires généraux, des directeurs de constructions navales, des inspecteurs en chef. L'officier de santé qui en est revêtu porte le titre de directeur du service de santé, et fonctionne, sous les ordres du contre-amiral, avec les mêmes pouvoirs et une autorité pareille à celle des chefs de tous les autres services. C'est l'équivalent, avec une nuance de grade de plus, des inspecteurs divisionnaires, dont la création était réclamée par le corps tout entier de la médecine militaire.

Le souci de la vie des hommes se reflète dans la considération dont on entoure ceux aux mains desquels repose le soin de leur santé. On ne saurait trop féliciter le ministre de la marine d'avoir donné une preuve de plus de cette haute sollicitude qui n'a jamais fait défaut aux hommes placés à la tête de notre armée navale. Nos confrères de la marine sont aujourd'hui en possession d'avantages qu'ils méritaient à tous égards, et qui auront pour résultat d'attirer dans leurs rangs des hommes capables, de fixer ceux qui les désertaient autrefois par la démission, et surtout d'assurer aux marins des soins plus éclairés encore et plus dévoués.

Pour qu'un corps soit le plus utile possible, il faut qu'il soit suffisant en nombre, et que les avantages physiques et moraux attachés à sa position lui fassent aimer celle-ci. Ces deux points ont été parfaitement saisis dans les considérants du décret. Le dévouement et l'énergie des chirurgiens de la marine, est-il dit d'abord, semblent avoir dépassé leurs forces physiques, et malgré un zèle qui ne se dément jamais, je suis obligé de reconnaître qu'ils ne peuvent plus suffire à l'insuffisance de leur nombre. Nous lisons ensuite, à propos de la création du grade de directeur du service de santé : L'action administrative, en se concentrant dans ses mains, sera mieux définie, et le corps tout entier *trouvera dans la position élevée de son chef un légitime sujet d'émulation et de contentement moral.*

L'Espagne, qui vient, de son côté, de réorganiser le corps des médecins militaires, a eu l'heureuse inspiration, avant d'achever l'œuvre par l'organisation d'une école et d'un corps d'infirmiers supérieurs (sorte de gardes de santé probablement analogues aux gardes de génie), d'envoyer un médecin de l'armée, M. le docteur Rodrigues, médecin principal, dans tous les États d'Europe pour étudier ce qui concerne sa mission. Sa tâche laborieuse est terminée. N'ayant presque rien à nous emprunter, il profite de son séjour à Paris pour rédiger ce qu'il a trouvé de bon à prendre aux autres.

Avec l'estime de la vie des hommes s'accroît partout la libéralité pour ceux qui veillent à la santé. Beaucoup de nations possèdent depuis longtemps déjà un corps médical militaire bien organisé, indépendant de l'administration, assimilé aux différents grades de l'armée. Un travail de réorganisation s'est manifesté, pendant ces dernières années, parmi les peuples qui restaient en retard sous ce rapport; chacun d'eux est venu successivement se rallier aux seuls principes compatibles avec notre degré de civilisation; aujourd'hui la métamorphose est complète et universelle. Ceux qui cherchaient une excuse à leur parti pris dans l'exemple de quelques exceptions, ont vu cette ressource leur manquer peu à peu. Au moment où nous écrivons, la médecine militaire française est la seule qui n'ait pas d'assimilation aux différents grades de l'armée. Il y a plus: dans plusieurs pays, loin d'être soumise, elle commande dans les limites de moyens nécessaires à assurer le plein exercice de sa profession, et d'autre part, ce n'est plus une assimilation qu'on lui accorde, mais des grades effectifs. Chez six nations, le médecin militaire porte l'épaulette. Nous ne connaissons point de plus belle consécration de ce principe que les paroles qu'a prononcées le vice-roi d'Égypte à un de nos compatriotes : « Clot-Bey, je te fais général, pour t'être vaillamment conduit dans une bataille qui a duré sept mois (la peste). » Chez d'autres nations, la solde du médecin militaire est plus élevée que celle du grade correspondant de l'armée, à cause du surcroît de dépense et de représentation; c'est ce qui a lieu, par exemple, en Angleterre. Chez nous, où les mêmes obligations existent sans doute, on a fait tout le contraire : ainsi, nos inspecteurs n'ont point du tout de frais de représentation, malgré l'étendue de la circonscription qu'ils visitent chaque année.

L'infériorité tout exceptionnelle du corps de la médecine militaire en France, ressort également quand on compare les honneurs qu'on accorde à ses membres dans les différents pays de l'Europe et chez les nations civilisées des autres continents. Ainsi, chez nous jamais le gouvernement n'a octroyé un titre supérieur à celui de baron, ni une décoration d'un ordre plus élevé que celle de commandeur, tandis qu'en Espagne, par exemple, on a créé un marquis, et les grands cordons ornent la poitrine des hommes placés à la tête de la médecine militaire d'Espagne, d'Égypte, de Russie, etc. Le grade de lieutenant

FEUILLETON.

FRAGMENTS DU JOURNAL D'UN CHIRURGIEN DE MARINE.

DEUXIÈME FRAGMENT. NOUVELLE-HOLLANDE.

Relâche sur la côte méridionale. Un mulgaradock (prêtre-médecin); médecine et chirurgie des Australiens; variété noire australienne; alimentation; inhumations; climat, etc.

Pendant mon séjour sur divers points des côtes méridionales de la Nouvelle-Hollande, je cherchai, comme c'est mon habitude dans tous les pays que nous visitons, à me mettre en communication avec les médecins du lieu. La médecine ne croît pas en considération, en priviléges, parallèlement à la civilisation, ou du moins d'autres professions s'élèvent contemporainement dans l'estime publique, de sorte qu'elle finit par se confondre avec les diverses professions libérales. Il n'en est pas de même dans les pays barbares : le sacerdoce, la guerre, l'art de guérir, voilà la triple source du pouvoir et de la domination; le plus souvent même, c'est le même individu qui est à la fois guérisseur et ministre de la divinité. On comprend dès lors que ce n'était pas avec les hommes les moins influents ni les moins instruits que je me mettais en communication, et que de telles liaisons, tout en me révélant de curieux documents sur l'art de guérir chez les peuplades sauvages, m'initiaient aussi à beaucoup d'autres connaissances.

Mais découvrir un médecin et conférer avec lui n'était pas chose facile à la Nouvelle-Hollande, comme on va le voir. Courir après les singes épars dans le labyrinthe des hautes forêts, en aviser un et se mettre en face de lui, n'aboutit qu'à un échange de grimaces dans lequel on a toujours le dessous. Or du néo-Hollandais au singe, il n'y a qu'un pas. Les naturalistes qui ont fait du singe un homme dégénéré auraient trouvé dans le type australien un intermédiaire fort commode pour leur théorie. Qu'on se figure un torse difforme et maigre, renflé d'un ventre proéminent, quatre membres grêles qui en sortent, une grosse tête à cheveux ébouriffés qui le surmonte, une démarche de kangarou, une couleur indéfinissable formée de suie, d'huile rance, de crasse accumulée,..., et l'on aura une légère idée de l'ensemble. Quant à la physionomie : face aplatie de haut en bas, toute en diamètre transverse conséquemment, traits déprimés, nez épaté, narines béantes, yeux jaunes cachés au fond d'un orbite profond, lèvres grosses, bouche largement fendue..., et l'on entreverra quelques détails du type australien. Pour achever le portrait, représentez-vous une sorte de parodie de chlamyde, une vieille peau de kangarou râpée suspendue sur les épaules pour tout vêtement. Dans le nord du continent australien, le costume est plus simple encore, et ne consiste qu'en un maro, sorte d'étui à pudendum suspendu à un cordon entourant la ceinture.

Le néo-Hollandais a une langue qui n'est point trop défectueuse, mais il ne possède aucune notion d'agriculture, de confection d'étoffes, d'arts utiles;

général trouve également son équivalent dans le corps militaire de santé de plusieurs nations, tandis que chez nous la position d'inspecteur ne donne ni la même solde, ni la même retraite, ni les mêmes honneurs que le grade de simple général de brigade.

L'état plus ou moins prospère du corps des médecins militaires est intimement lié, nous l'avons déjà dit, à la plus ou moins haute estime qu'on a de la vie des hommes, au plus ou moins d'importance qu'on attache à l'hygiène publique et privée. Plus l'homme est civilisé, plus il produit, plus il pense, plus il vaut aussi, et plus la mission de ceux qui veillent sur sa santé devient importante et appelle des prérogatives en rapport avec ses mérites et ses services.

Parmi les nombreux documents recueillis avec une scrupuleuse exactitude par M. le docteur Rodrigues, il en est beaucoup qui méritent une sérieuse attention. On n'arrive pas partout au même but par des moyens identiques. Il est même de ces moyens auxquels on peut songer *à priori*, mais du fonctionnement utile desquels il n'est permis de se tenir assuré qu'après avoir vu l'organisation à l'œuvre. Aussi pensons-nous que le gouvernement espagnol a pris la meilleure résolution possible en allant s'enquérir sur les lieux des faits et des résultats aussi bien que des principes.

Une première question est celle-ci: doit-on prendre des élèves *ab ovo* dans les écoles de médecine militaires, comme cela se faisait en France et comme cela existe encore en Prusse, ou faut-il n'accepter dans ce corps que des docteurs en médecine, ainsi que cela se pratique aujourd'hui en France? Cette question peut être facilement résolue quand on a comparé les résultats dans les différentes nations. En Angleterre, en Prusse, en Belgique, etc., où l'on part du principe qu'il faut, par des avantages physiques et moraux, attirer et retenir dans la médecine militaire les sujets les plus brillants, les intelligences les plus solides du royaume, on accorde largement tout ce qui est nécessaire pour assurer une bonne organisation, et l'on peut tout espérer d'une école prenant les élèves *ab ovo*. L'école de Frédéric-Guillaume n'a rien qui lui soit comparable dans le reste de la Prusse; 40 à 60 concurrents viennent en général y disputer vivement 6 ou 7 places. Tout le monde voudrait y entrer parce que l'instruction y est gratuite et solide, parce que, dans un pays où chacun doit servir comme militaire, obligation qui arrête bien des instructions et enraye bien des carrières, il est d'un avantage inexprimable de continuer ses études sans lacune et de payer sa dette dans les fonctions de médecin militaire; parce qu'enfin la supériorité de mérite des hommes sortis de l'école de Frédéric-Guillaume leur vaut toujours la préférence quand, rentrés dans la landwehr, ils pensent à la clientèle civile et désireut la direction de grands établissements hospitaliers.

En France, au contraire, où l'on a toujours marchandé un peu avec le corps auquel est confiée la santé du soldat, une telle parcimonie a présidé à l'organisation des écoles *ab ovo*. que leurs produits étaient par cela même condamnés à une grande infériorité comparativement à ceux des facultés. En France, l'esprit militaire et administratif a été longtemps trop personnel, trop imbu de l'idée qu'il est tout, qu'il peut tout par lui-même, qu'il est centre et principe, que le reste n'est qu'un accessoire, presque un parasite dont il subit la nécessité mais dont il maintient l'infériorité, pour qu'on pût songer à organiser une école susceptible de marcher de pair avec les facultés. Le moment de le tenter n'est même pas venu aujourd'hui. Il faut donc se contenter d'une école telle qu'elle existe au Val-de-Grâce, recevant des docteurs et rendant des praticiens, sorte d'école complémentaire semblable à celles que possèdent plusieurs nations, la Toscane entre autres.

Les brigades sanitaires qui existent dans plusieurs pays, notamment en Prusse, appelleront sans doute l'attention du gouvernement espagnol. Ces brigades sont composées d'hommes commandés par des officiers de troupe quant à la partie purement militaire de leur métier, et enseignés par les médecins de l'armée. Ce sont des infirmiers d'un ordre relevé, et l'on trouve, dans la hiérarchie militaire, leur analogue chez les gardes du génie et de l'artillerie. M. Rodrigues les a vus à l'œuvre; ils sont capables de donner les premiers soins aux malades et blessés, d'apposer des appareils, d'arrêter des hémorrhagies, de parer aux accidents graves imprévus, de saisir certaines indications capitales urgentes, et leur utilité n'est pas moindre comme aides dans les opérations graves. L'institution de ces gardes de santé permet de répartir les médecins militaires sur un plus grand nombre de points, et supplée à leur nombre toujours insuffisant en temps de guerre et d'épidémie. Il est des fonctions qui peuvent être remplies par ces gardes de santé et qui laissent ainsi libres et disponibles pour des devoirs plus importants, des docteurs dont on eût été obligé d'employer moins fructueusement l'activité et les aptitudes spéciales.

Nous n'en doutons pas, si bien renseignée l'Espagne organisera ses écoles de médecine militaire et son personnel hospitalier de la manière la plus profitable à l'intérêt général.

FÉLIX JACQUOT.

PATHOLOGIE CUTANÉE.

MÉMOIRE SUR LE BOUTON D'ALEP; par le docteur A. WILLEMIN, ex-médecin sanitaire de France en Orient, inspecteur adjoint des eaux de Vichy, chevalier de la Légion d'honneur, etc. (1). (Ce travail a été couronné par l'Institut.)

Chargé par le gouvernement français des fonctions de médecin sanitaire en Syrie, je fus, dès mon arrivée dans ce pays, préoccupé du désir d'aller étudier sur les lieux mêmes la singulière maladie connue sous le nom de *bouton d'Alep*, et sur laquelle la science n'était pas encore suffisamment fixée.

I. — HISTORIQUE.

Le premier document sérieux que l'on possède à ce sujet est contenu dans un livre publié, en 1756, par un médecin anglais, Alex. Russel (HIST. NATUR. D'ALEP ET DES PAYS VOISINS, ch. IV, p. 262). L'auteur ne

(1) En publiant ce travail, je me fais à la fois un devoir et un plaisir d'exprimer hautement ma reconnaissance à mon excellent confrère le docteur Tommasini, ainsi qu'à M. Geoffroy, chancelier-gérant du consulat de France à Alep, pour l'accueil si bienveillant que j'ai reçu d'eux comme pour le concours actif et éclairé qu'ils ont bien voulu me prêter.

---

il ne connaît pas même l'arc. Quelque pirogue de Mélanésiens, de la Nouvelle-Guinée probablement, a été poussée sans doute sur ces plages inhospitalières, et la race aura dégénéré au physique comme au moral. La colonie naissante n'a trouvé, en effet sur ce continent aucune de ces nombreuses et succulentes plantes alimentaires dont les îles voisines sont si prodigues : dans les bois, ni cocotiers, ni arbres à pain, ni bananiers; dans les champs, ni taro, ni ignames, pas même le kava dont l'ivresse pourrait faire un instant oublier leurs misères à ces êtres deshérités. L'Australien vit de chasse, de pêche, de quelques racines de fougères et de certains tubercules peu farineux; quelquefois tout cela lui manque à la fois, et alors il avise un lézard qui passe, le suspend un instant sur la flamme plutôt pour le tuer que pour le rôtir, et se régale du palpitant reptile. Une poignée de chenilles achèvera ce repas; puis il s'endormira sous une écorce arrachée à un eucalyptus, à côté d'un petit feu, car telle est sa demeure, tel est son foyer domestique.

C'est parmi ces êtres qu'il nous faut chercher quelque chose qui ressemble à un médecin.

Quelques baleiniers qui étaient restés dans un petit havre pour chasser les phoques, et que le navire devait venir reprendre dans une quinzaine de jours, nous furent heureusement d'une très-grande utilité. L'un d'eux, jeune homme de moyens et d'instruction, qu'une conduite plus que dissipée avait engagé dans une foule d'aventures dont l'aboutissant était fort triste, s'offrit à nous guider vers une tribu d'une quarantaine d'âmes qui vivent à quelques milles de là sous des huttes de feuillages et d'écorce en forme de ruche. La partie fut remise au lendemain même.

Plages sablonneuses et stériles, semées de gros blocs de granit entourés de timides broussailles, quelques dunes complétement nues, de rares bouquets épars formés de casuarinas, d'eucalyptus aux maigres feuillages; au lointain, des monticules pelés, un ciel terne, une mer grise : voilà le pays! Ce sont les bords du Styx après les jardins élyséens de Taïti et de Tonga. Deux végétaux seulement ont fixé agréablement ma vue: ce sont le xanthorrea et le kingia, dont les feuilles aiguillées et filiformes retombent en cascade comme une nappe d'eau qui déborde d'une vasque. Après une marche de trois milles nous arrivâmes à un ravin bien ombragé, au fond duquel coule une petite rivière. Notre passage fit envoler une nuée d'oiseaux et troubla les jeux paisibles de deux beaux cygnes noirs qui s'enfuirent dans les roseaux avec des hérons, des pélicans et des martins-pêcheurs. Un premier coup de fusil tiré dans ce fouillis de plantes marécageuses fit de nouveau envoler les plus agiles de la bande, et un second abattit une tourterelle qu'il nous fut impossible de retrouver.

Nous descendîmes le cours d'eau dans le ravin même. Arrivés près de l'embouchure, nous entendîmes des rumeurs lointaines; puis, au détour d'un massif de casuarinas, nous aperçûmes une dizaine d'hommes qui s'acharnaient sur le dos d'une baleine échouée, et taillaient à qui mieux mieux de larges lambeaux que les femmes emportaient au village. Mon guide me dit que c'était là une bonne fortune, rare pour ces pauvres Australiens, dont le carême forcé dure à peu près toute l'année. Nous fûmes bien accueillis; Dikson était connu, et les petits présents dont il se munissait à chaque visite ne contribuaient pas peu à entretenir de bonnes relations. On ne s'occupa pas

fait, il est vrai, qu'une description générale du bouton, dont il ne cite aucune observation; mais ses remarques sont empreintes d'une rare justesse. Le JOURNAL DE MÉDECINE de Roux Destillets (1782, t. XLVIII, p. 411) contient sur la même affection une note très-succincte du docteur Hollande. Le docteur Bo en donna également une relation dans les MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE.

En 1829, la REVUE MÉDICALE, numéro de juillet, p. 62, publia un article d'Alibert sur cette maladie qu'il nomme pyrophlyctide endémique. Le célèbre nosographe avait utilisé des documents que lui avait fournis l'un de ses élèves, dont le nom n'est pas indiqué, et qui put suivre sur lui-même les progrès du mal; l'observation est rapportée avec beaucoup de détails. Dans la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (1832, p. 556), il parut une notice de M. Disant, vice-consul de France à Alep, accompagnée de réflexions fort justes sur la nature de cette affection. En effet, tandis que M. Biett (DICTIONNAIRE DE MÉDECINE, première édition, art. BOUTON) ne l'envisage que comme « une dartre » crustacée, que sa complication avec un principe scrofuleux rend » plus rebelle aux moyens de l'art, » le rédacteur établit sur des arguments irréfragables, la spécificité de la maladie.

Tels étaient les seuls documents connus, lorsqu'en 1833 M. le docteur Guilhou fit du bouton d'Alep le sujet de sa thèse inaugurale à la Faculté de Paris. Cet honorable confrère avait accompagné M. Pariset dans son voyage en Orient, et avait résidé trois semaines à Alep. Je me plais à rendre au mémoire de M. Guilhou l'hommage qu'il mérite. La description générale qu'il a donnée du bouton est d'une parfaite exactitude; il s'est entouré de tous les renseignements qu'il a pu recueillir à Alep; il a défendu et entouré d'arguments très-rationnels l'opinion déjà présentée par Russel et par Volney, et d'après laquelle l'étiologie de l'affection est rapportée à l'eau de la rivière d'Alep. Malheureusement M. Guilhou n'a pas relaté une seule observation de la maladie; il ne dit pas un mot d'un second exanthème, voisin du premier, presque aussi commun que lui, la prétendue « morsure du cloporte, » et qu'un examen attentif force à rapprocher du bouton ordinaire, au même titre que la varioloïde doit être rapprochée de la variole. M. Guilhou a complétement négligé la question, parfois difficile, du diagnostic de l'affection lorsqu'elle est parvenue à sa période d'ulcération.

C'est à l'aide des matériaux que nous venons d'indiquer, que M. Rayer a composé, dans son savant TRAITÉ DES MALADIES DE LA PEAU, 2e éd., t. III, p. 844, l'article consacré à l'exanthème alepin. C'est surtout dans la thèse de M. Guilhou que M. Cazenave a puisé les éléments de la description qu'il en a donnée dans le RÉPERTOIRE DES SCIENCES MÉDICALES (t. V, p. 570). Il a paru depuis trois courtes notices dues à deux médecins allemands et à un médecin russe, et qui n'ont apporté sur le mal d'Alep aucun jour nouveau. La première est du savant docteur Pruner, dans son livre DIE KRANKHEITEN DES ORIENTS (1847, p. 144); la seconde est due à M. Rafalowitsch, jeune médecin fort distingué, qui a visité l'Égypte et la Syrie, et elle se trouve rapportée dans le JAHRESBERICHT VON CANSTATT (1848, t. II, p. 352). J'ai regret à le dire, mais notre confrère de Russie, qui n'a touché à aucune des questions encore en litige relativement au bouton d'Alep (diagnostic, étiologie, transmission après un long espace de temps), commet plusieurs erreurs fâcheuses dans sa relation. J'en dirai autant de celle du professeur Rigler, de Constantinople (DIE TURKEI UND DEREN BEWOHNER, 1852, t. II, p. 68). M. Rigler, il est vrai, n'a pas plus visité Alep que son confrère d'Égypte, M. Pruner, pour lequel il se montre si sévère; mais il n'est presque aucune des assertions du professeur de Galata-Seraï qui ne soit erronée.

Tel était l'état de la science sur une affection bien digne, à plus d'un titre, de fixer l'attention des médecins, lorsqu'à mon tour j'en repris l'étude. J'y consacrai le mois de juillet 1852, regrettant de ne pouvoir, en raison de mes fonctions, passer un temps plus long dans la capitale de la Syrie. Ce temps m'a néanmoins suffi pour recueillir sur cette maladie des documents nouveaux. Mes confrères d'Alep, en tête desquels je citerai M. Tommasioi, qui y réside depuis quatorze ans, et M. Asche, médecin de l'hôpital militaire, ont bien voulu me fournir l'occasion de voir de nombreux malades. J'ai pu réunir ainsi soixante observations, dont la plupart seront rapportées dans ce travail. J'ai fixé tout particulièrement mon attention sur un second exanthème attribué, comme je le disais plus haut, par les gens du pays, à la morsure du cloporte *«khars et' umm' Alep;»* et je montrerai comment j'ai été conduit à la considérer, non pas seulement comme une forme particulière, plus bénigne, du mal d'Alep, mais comme une reproduction, une seconde manifestation de la maladie, ce qui détruit une assertion répétée partout, que l'on ne peut avoir qu'une fois le bouton d'Alep.

L'étude spéciale que j'avais faite des maladies de la peau à l'hôpital Saint-Louis où j'ai été attaché, en 1844, en qualité d'interne, m'a permis d'aborder la question, parfois assez embarrassante, du diagnostic du bouton d'Alep dans sa période d'ulcération. Ne trouvant pas de renseignements positifs sur le résultat des inoculations tentées à différentes époques, j'ai inoculé, ainsi que je le dirai, la lymphe du bouton à 16 individus.

Quant à l'étiologie, j'ai pu me convaincre par les investigations auxquelles je me suis livré, et dont je rendrai compte, que c'est bien réellement à l'usage de l'eau du *Coïk* (rivière qui baigne Alep) que l'affection est due. Ce fait, qui est, je crois, démontré aujourd'hui d'une manière irréfragable, me semble avoir un intérêt particulier, en ce qu'il vient corroborer cette opinion déjà ancienne, et reproduite dans ces derniers temps avec des arguments tirés de l'analyse chimique, et d'après laquelle ce serait à des conditions spéciales du sol et de l'eau que serait dû un certain nombre d'affections endémiques.

II. — DÉNOMINATION DE LA MALADIE; LIEUX OU LE BOUTON SE DÉVELOPPE.

Il est généralement reconnu que la dénomination de bouton d'Alep est vicieuse, non-seulement en ce que la désignation vague de bouton ne spécifie pas l'altération qui a lieu à la peau, mais surtout parce que cette affection est loin d'être particulière à Alep. On la retrouve dans les villages des environs arrosés par le Coïk, à Antab, situé à dix-huit lieues au nord, où cette rivière prend sa source et où la maladie semble offrir plus de gravité.

J'ai vu, au sommet du Liban, dans un khan, à cinq lieues de Beyrouth, un jeune homme portant sur la joue une cicatrice parfaitement semblable à celle que laisse le mal d'Alep. Il avait eu, dans son enfance, un bouton qui s'était abcédé et avait duré un an; originaire d'un village voisin, il n'avait jamais été à Alep. Ce fait isolé ne méri-

---

cependant autant de nous qu'en temps ordinaire, parce que la peuplade était absorbée par l'importance de son approvisionnement. La mer montait, la tempête poussait déjà les flots jusque sur la baleine échouée: peut-être le précieux cadavre allait-il être enlevé la nuit; il fallait achever d'en dépecer les parties les plus charnues.

Le véritable malheur qui menaçait les Australiens nous valut une scène que nous ne connaissions encore que par le récit de quelques colons anglais que leur séjour dans des postes avancés avaient mis en communication avec les indigènes, et par la relation du docteur Scott Nind, auquel nous devons tant de curieux détails sur les mœurs australiennes.

Un homme tout aussi hideux que ses compagnons, mais bariolé de dessins rouges sur le visage, ce que Dikson nous dit être une marque de distinction, était debout sur un rocher de granit, le nez au vent et le visage tourné vers la mer. Le souffle tempétueux du vent faisait à chaque instant bondir l'étroit manteau jeté sur ses épaules: c'était le mulgaradock, c'est-à-dire le prêtre-médecin de la tribu; c'était mon confrère sauvage; c'était l'homme que je cherchais.

Il étendit les bras sur la mer, en ayant l'air de conjurer quelque divinité; puis il leur fit décrire des figures dans l'espace et les porta en haut. La pantomime devint peu à peu plus animée; de temps en temps il secouait vivement son manteau, changeait de position, grimaçait et poussait des cris. Cette scène se termina, après dix minutes environ, par quelque chose de plus extravagant encore: le mulgaradock se roula par terre avec d'affreuses contorsions, si bien qu'il tomba du rocher sur d'épineux buissons qui n'entamèrent pas sa peau, coriace comme celle du rhinocéros. Cette grotesque comédie avait pour but de chasser la tempête, qui poussait les vagues soulevées dans l'embouchure de la petite rivière et menaçait d'enlever le corps de la baleine échouée.

Le docteur Scott Nind dit que, pour chasser la maladie, les mulgaradocks se livrent à des simagrées à peu près semblables, avec moins de tapage pourtant. Nous ne fûmes pas assez heureux pour assister à une pareille scène; mais nous pûmes cependant être témoin de quelques-uns des procédés médicaux australiens. Un jeune indigène, qui débutait dans les travaux d'homme mûr, s'était laissé choir de la baleine sur la berge et de là sur les galets de la rivière. On l'avait un peu délaissé pendant le dépeçage de la baleine; mais on songea à lui dès que le gros de la besogne fut achevé. Le mulgaradock s'approcha de lui, chauffa au feu un paquet d'herbes vertes et en frictionna vivement les lombes endoloris du patient; de temps en temps il interrompait sa besogne pour souffler gravement sur la partie compromise et pour en chasser ainsi la maladie, moyen réputé très-efficace chez ces peuples. Le jeune homme se laissait faire avec un imperturbable sang-froid, et le mulgaradock continuait solennellement, en ayant l'air de suivre des yeux la maladie qui s'échappait au loin. Nous étions fort disposé à rire, quand une réflexion nous arrêta tout court dans nos velléités de gaieté: si ces sauvages voyaient un des nôtres passer et repasser les mains à la face d'un patient, ou encore s'il apercevait huit ou dix personnes apposant leurs mains sur une table et comptant avec anxiété les battements de son pied pour y chercher une formule, il aurait certes le droit de rire de tout aussi bon cœur. Les deux

terait peut-être pas grande attention, s'il ne m'avait été affirmé par mon honorable collègue de Beyrouth, le docteur Suquet, qu'il avait observé, dans un village situé au pied du Liban, une affection assez répandue et qui, selon lui, ne différerait point de l'exanthème alépin.

La même maladie se retrouve à Orpha, Djarbékir, sur les bords de l'Euphrate, à Mossoul, à Bagdad. On dit l'avoir observée aussi dans l'île de Candie. M. Runer, qui ne l'a vue ni à Alep ni dans aucune des localités que je viens de nommer, prétend qu'elle se développe également au Caire et jusqu'à Suez (voy. *loc. cit.*). Pour moi, qui ai résidé trois ans en Égypte et qui ai parcouru ce pays tout entier, d'Alexandrie jusqu'à Suez et des bouches du Nil jusqu'à la première cataracte, je n'ai jamais rencontré rien de semblable au bouton d'Alep, soit dans l'intérieur du Delta, soit dans la haute Égypte. Seulement il est bien avéré que dans un petit district, à proximité d'Alexandrie, nommé le *Karyoum*, pays de marécages, formés soit par des débordements du canal du Mahmoudyé, soit par des infiltrations d'eau salée, il existe une affection, sinon tout à fait identique, du moins très-analogue (par sa marche, sa durée, le siége même qu'elle occupe) au bouton alépin.

La dénomination de bouton asiatique ne serait donc elle-même pas assez générale; peut-être est-ce sous le nom de bouton ou de tubercule d'Orient qu'il conviendrait quant à présent de désigner la maladie.

III. — CONDITIONS D'AGE POUR LES ALÉPINS, DE DURÉE DU SÉJOUR A ALEP POUR LES ÉTRANGERS; APPARITION TARDIVE DU BOUTON.

A Alep même, le bouton *attaque sans exception tous les indigènes*. Il n'est pas vrai qu'il se développe à tout âge, comme le dit M. Rigler; c'est toujours dans la première enfance, ordinairement pendant les deux ou trois premières années. Il est rare qu'un enfant né à Alep, de père et mère alépins, ait atteint sa septième année sans avoir eu le bouton.

Quant aux étrangers, s'il est vrai que quelques-uns en aient été affectés après n'avoir résidé que peu de temps, quelques jours même, dans la capitale de la Syrie (et j'avoue que je ne connais pas de faits semblables), il est certain que d'autres ont séjourné de longues années dans cette ville sans en être attaqués. Je citerai: un négociant, M. Portalis, mort en 1852 et qui a passé impunément treize ans à Alep; mon excellent confrère le docteur Tommasini qui depuis quatorze ans jouit de la même immunité, etc. J'ai fait le relevé de dix observations d'étrangers chez lesquels il s'est développé après un séjour de :

1 mois, — 2 mois, — 5 mois, — 8 mois, — 1 an, — 14 mois.
20 mois, — 21 mois, — 2 ans 1/2, — 3 ans.

On pourrait dire, d'après cela, que dans la moitié des cas l'exanthème apparaît dans le courant ou au bout de la première année. D'autre part, il peut se déclarer sur des individus longtemps après qu'ils ont quitté Alep. Cette assertion, qui n'est pas sans analogue dans la science, a rencontré beaucoup d'incrédules. Cependant je puis garantir l'exactitude des six faits suivants, qui m'ont été affirmés soit par les sujets eux-mêmes, soit par des personnes entièrement dignes de foi.

Mademoiselle B..., née à Alep de père et mère d'origine européenne, est restée sept ou huit ans dans cette ville sans avoir le bouton. Après un séjour d'un an à *Suédye*, au bord de la mer, localité que j'ai visitée et où le tubercule alépin est inconnu, il apparut chez elle et suivit son cours régulier.

M. Geoffroy, notre vice-consul à Latakye, en fut atteint huit mois après avoir quitté Alep.

Madame Geoffroy (d'Alexandrette), quatorze mois après. Son mari après trois ans.

Un négociant de Tripoli, M. Chaptiny, que j'ai rencontré au consulat de France à Alep, avait passé en 1832 un mois et demi dans cette ville; *huit ans après*, et sans y être retourné dans l'intervalle, il fut attaqué du bouton, c'est-à-dire de sept ou huit tubercules caractéristiques et qui durèrent un an.

Enfin l'exanthème éclata chez M. Geoffroy, le père du chancelier actuel d'Alep, lequel avait résidé plusieurs années dans cette ville, *trente-cinq ans après qu'il l'eut quittée*.

IV. — DU TEMPÉRAMENT PRÉDISPOSANT.

J'ai recherché quel était le tempérament qui paraissait prédisposer les étrangers à contracter la maladie et qui, chez les indigènes, coïncidait avec sa plus grande extension. Voici les résultats auxquels je suis arrivé : sur 30 cas j'ai noté 14 fois un tempérament lymphatique, bien que lié parfois à une complexion en apparence assez robuste; les 16 autres cas se rapportent aux tempéraments sanguin, nerveux ou bilieux.

Parmi les réfugiés (Hongrois et Polonais) internés à Alep, j'en ai vu un, jeune homme d'une forte complexion, d'un tempérament sanguin bien caractérisé, chez lequel l'affection se développa avec une gravité insolite sur le nez, qui aujourd'hui est véritablement monstrueux. Mais il existait chez lui une diathèse vénérienne; or celle-ci, aussi bien qu'une constitution scrofuleuse, paraissent avoir la même influence que le tempérament lymphatique, et prédisposer à la maladie ou à une plus grande gravité de ses symptômes; chez les constitutions sèches, elle est plus bénigne.

Un fait curieux à noter à ce point de vue est celui d'une demoiselle Martin, née à Alep, d'un père français. Elle était primitivement d'une forte constitution; mais sa mère, ayant éprouvé un grand chagrin pendant qu'elle l'allaitait, la santé de l'enfant en reçut à son tour une altération sérieuse. Seule, parmi toutes ses sœurs, elle fut gravement atteinte du bouton, qui lui laissa à la face d'assez fâcheuses cicatrices; du reste, à Alep, vu la fréquence d'un pareil accident, on y accorde peu d'attention.

V. — DESCRIPTION GÉNÉRALE DU BOUTON; DE SA MARCHE.

La maladie débute généralement sans prodromes, sans mouvement fébrile.

J'ai vu trois enfants, âgés de 7 à 10 ans, dont deux étrangers, et chez lesquels l'apparition du bouton avait été précédée d'une fièvre intermittente qui dura un septénaire et cessa spontanément. Je n'accorde du reste qu'une faible importance à ces faits isolés.

Le bouton d'Alep est originairement constitué par un ou plusieurs tubercules, qui se manifestent pour ainsi dire exclusivement à la face ou aux extrémités. Le tubercule apparaît d'abord, sous la forme d'un bouton de la grosseur d'un pois ou d'une fève, le plus souvent indolent et accompagné de peu de rougeur. Le développement en est lent; il emploie plusieurs mois à doubler ou à tripler de volume. A sa surface,

---

extrêmes des âges se touchent : le vieillard retombe dans l'enfance. Le plus haut point de la civilisation toucherait-il aussi à l'abîme de la crédulité où sont plongés les peuples sauvages? Quoi qu'il en soit, ne pas rire nous parut sage.

Grâce à ce retour sur nous-même, nous examinâmes le mulgaradock avec une curiosité sans raillerie qui nous fit parfaitement venir de lui. Dickson acheva de nous mettre bien ensemble, et le présent d'un petit couteau cimenta, nous ne dirons pas notre amitié naissante, car en Australie on ne trouve point cette expansion affective des Polynésiens, mais du moins engrena quelques relations entre nous. Il fut convenu que nous irions le lendemain au village.

Le temps était affreux. Malgré les exhortations du mulgaradock, la tempête avait redoublé; le corps de la baleine, devenu un véritable récif, n'était plus abordable, et chaque lame menaçait de l'enlever. Comme la plage est sablonneuse, nous n'eûmes pas un trop mauvais chemin; nous en fûmes quittes pour quelques ondées et pour une vague qui nous fouetta son écume au visage, en passant la petite rivière trop près de son embouchure.

Le village est composé d'une vingtaine de huttes en forme de ruches, faites d'écorces assez bien jointes; elles sont coniques, ouvertes d'un côté par une porte ou fente triangulaire. Un petit feu petillait à l'entrée de la case du mulgaradock, qui nous attendait assis par terre. Il se leva dès qu'il nous aperçut et nous offrit quelques aliments; nous lui laissâmes les gros lézards presque crus; mais quelques poissons grillés nous parurent agréables après notre longue course.

Le village fut bientôt sur pied, et le mulgaradock, auquel Dickson avait fait tant bien que mal comprendre mes désirs, se rendit avec nous chez le jeune homme qui avait fait une chute la veille. Il allait beaucoup mieux. Les médecins indigènes ne sont pas seulement guérisseurs, mais ils prévoient le mal. Le pauvre jeune homme était assez chétif, et le mulgaradock entreprit, en vertu de ses pouvoirs surnaturels, de lui infiltrer la santé et de lui donner la force nécessaire pour aller à la chasse, lancer la zagaie, braver les éléments et la misère. Le procédé est fort simple : c'est une sorte de massage à haute pression opéré avec les mains, des épaules à l'extrémité des doigts du patient, manœuvre suivie de tractions qui font craquer toutes les articulations. Les membres pelviens subirent ensuite, mais plus lentement, une opération semblable. Cette opération terminée, tout fut dit et fait : la métamorphose est complète; voilà le grêle adolescent fort, robuste, agile et leste. Imbu de la philosophie dont je m'étais pénétré la veille en me reportant aux aberrations de notre vieille civilisation européenne, j'assistai d'un air de si grand et si sérieux intérêt à ce spectacle qui arrachait des larmes de fou rire à Dickson et à mes compagnons, que le mulgaradock me proposa de m'inoculer les mêmes vertus. Je me prêtai volontiers à l'opération, dans le but de gagner davantage encore sa confiance. Je me souviens de m'être mis jadis entre les mains d'un fameux magnétiseur qui n'a jamais pu m'endormir; pourquoi aurais je honte de m'être livré à un mulgaradock qui, ni plus ni moins malheureux, n'a pu donner une plus robuste trempe à ma fibre qu'il prétendait fortifier? Ma confiance me servit à souhait, car le mulgaradock, sans atteindre au degré d'intimité qui s'établit si facilement avec les Polyné-

on voit de petites aspérités blanchâtres, comme écailleuses, qui tombent et se reproduisent alternativement.

Lorsqu'arrive la période de ramollissement, il se forme à la surface du bouton une exhalation de sérosité limpide, qui, en se coagulant, finit par constituer une croûte. Celle-ci augmente peu à peu de consistance; quelquefois humide et assez facile à détacher, le plus souvent sèche et fortement adhérente, elle tombe soit spontanément, soit arrachée par le malade; mais elle ne tarde pas à se reformer, pour se détacher de nouveau. Quand la croûte est tombée, ou, ce qui s'observe le plus ordinairement, lorsqu'elle s'est crevassée et séparée en plusieurs fragments, on aperçoit au-dessous d'elle un fond communément *lisse, assez uni*. Tantôt au niveau des téguments voisins, tantôt, et généralement, situé plus bas, ce fond est dépourvu le plus souvent de bourgeons charnus, tels qu'on les observe dans les ulcérations ordinaires. Les bords de l'ulcère sont inégaux, entourés d'*une ceinture de petites saillies tuberculeuses* qui se prononcent de plus en plus; il s'en développe également au voisinage.

Le liquide sécrété a rarement le caractère d'un pus bien lié; il est le plus souvent séreux ou séro-purulent, parfois très-limpide et ordinairement inodore; dans un ou deux cas seulement, j'ai appris qu'il avait exhalé une odeur fétide. Cette lymphe est très-plastique; aussi, comme je l'ai dit, la croûte se reforme-t-elle promptement. L'exfoliation de la croûte se répète cinq, six fois de suite ou un plus grand nombre de fois encore; cette période dure plusieurs mois.

Enfin arrive celle de la réparation. La saillie de la tumeur s'affaisse peu à peu, l'inflammation des tissus voisins diminue; une dernière croûte se forme et persiste jusqu'à la guérison. A sa chute, on voit une plaque de tissu inodulaire, d'une teinte rougeâtre, qui pâlit d'abord au centre, de telle sorte que parfois le milieu du cercle est déjà revenu à une coloration presque normale, quand subsiste encore la bordure de petits tubercules dont j'ai parlé. Ceux-ci, contigus d'abord, finissent par se séparer, par suite du retrait de quelques-uns d'entre eux. Examiné à la loupe, on voit alors le champ de la plaque inodulaire, couvert de petites lamelles blanchâtres, comme écailleuses, égales entre elles, exactement juxtaposées. Une fois formée, la cicatrice dont les bords sont plus ou moins irréguliers, dont la surface est généralement au niveau des téguments, quelquefois un peu plus profonde, la cicatrice, de teinte blanchâtre, ressemble assez exactement à celle que laisse une brûlure; elle est indélébile. Dans deux ou trois cas, je l'ai vue présenter une coloration brunâtre, due à un dépôt abondant de pigment.

Pendant toute la durée de la maladie, qui est d'un an à peu près, la santé générale ne semble nullement altérée.

Il paraît que les affections intercurrentes ne modifient en rien la marche du bouton, et que les maladies antérieures ne sont point modifiées par lui. Cependant M. Stein (aujourd'hui Ferrad-Pacha) m'a affirmé qu'un eczéma qui revenait périodiquement chaque année ne se manifesta pas, celle où il fut atteint de l'exanthème alépin, pour reparaître l'année suivante.

Si maintenant nous entrons dans le détail du siége plus précis qu'occupent les boutons, de leur nombre, de leur étendue et surtout *des caractères très-différents qu'ils peuvent présenter quand ils sont parvenus à la période d'ulcération*, nous rencontrerons de nombreuses variétés. Aussi m'a-t-il été difficile, au début, de trouver une physionomie commune aux divers cas morbides qui s'offraient à moi, *la constitution propre du sujet, les maladies dont il est atteint pouvant imprimer à l'exanthème des formes très-variées.*

(La suite au prochain numéro.)

PATHOLOGIE CHIRURGICALE.

RÉFLEXIONS SUR LE REDRESSEMENT DE L'UTÉRUS; par M. A. AVRARD, D. M. à la Rochelle, membre de plusieurs sociétés savantes.

Timeo virum unius libri.

En 1837 j'étais attaché au service de M. Kapeler, et en 1838 à celui de M. Lisfranc; à Saint-Antoine comme à la Pitié, on s'occupait alors beaucoup des maladies de l'utérus.

En 1842, ayant toujours présent à la pensée ce dicton de mon premier maître, dicton que j'ai cru devoir prendre pour épigraphe de ce travail, je recommençai à m'occuper d'une manière toute particulière de cette question, et pendant les six années que j'ai exercé la médecine à Paris, j'avais adopté pour spécialité les accouchements et les maladies des femmes.

Il serait à désirer que les médecins ne se laissassent diriger dans le choix d'une spécialité que par ce goût particulier et inexplicable que l'on appelle vocation; il faudrait que tout le monde pensât des spécialités ce qu'en disait M. Ménière dans le feuilleton de la GAZETTE MÉDICALE du 11 mars dernier (1).

Depuis une trentaine d'années quelques hommes se sont occupés des affections utérines d'une manière extrascientifique et ont fini, tout en faisant faire des progrès à la science dans cette partie de la thérapeutique, par attirer sur ceux qui les ont suivis une défaveur telle, non-seulement aux yeux des gens du monde, mais même de la plupart des médecins, que c'est à peine si l'on ose avouer des études spéciales sur la pathologie utérine; et cependant c'est bien certainement une des divisions de l'art de guérir dont l'étude est le plus difficile sous tous les rapports, je pourrais ajouter l'une des moins étudiées et aussi l'une des plus importantes médicalement et socialement.

Lorsque commença à l'Académie de médecine, le 9 octobre 1849, la discussion si savante qu'avait provoquée le mémoire de M. Baud sur *les déviations et engorgements de l'utérus*, j'avais déjà rassemblé un grand nombre de matériaux relatifs à la pathologie et à la thérapeutique des affections utérines; mais, disais-je en écrivant à l'Académie à cette époque, « désirant ne parler que d'après ma propre expérience, j'attendais toujours afin d'établir chacune de mes assertions sur le plus grand nombre possible d'observations.

(1) J'entends par spécialité l'exercice exclusif de l'une des trois grandes branches de l'art de guérir : médecine, chirurgie, obstétrique. La spécialité aliéniste, qui forme une entité bien distincte, peut être considérée comme le premier rameau de la branche *médecine*, de même que la spécialité affections utérines n'est qu'une division de la branche *obstétrique*.

---

siens, devint mon hôte habituel, et, par l'intermédiaire malheureusement fort imparfait de Dickson, me révéla quelques-unes de ses pratiques. Ces pauvres Australiens ne mangent pas quand ils veulent, mais quand ils peuvent; la seule chose qu'ils envient à notre civilisation, c'est de manger tant qu'on veut et quand il plait, comme les Anglais de la Nouvelle-Galles du Sud. Cet enseignement me servit; un bon morceau de salaison servait de préliminaire à nos conférences.

Autant que nous avons pu le comprendre, les mulgaradocks ont une matière médicale assez variée, puisée dans les simples de leur pays. Les frictions sont un moyen banal qui trouve son application dans presque toutes les maladies, et le souffle conjurateur intervient toujours aussi; mais, dans les cas de dyssenterie, ils administrent une plante bulbeuse nommée *mirne*, ainsi que le suc du xanthorrca. Ce suc est fortement agglutinatif, car ils s'en servent pour adapter les différentes pièces de leurs ustensiles de guerre, par exemple pour fixer la hache de caillou taillé sur un manche de bois.

D'après les renseignements recueillis sur place, complétés par l'intelligent Dickson et ensuite par quelques Anglais de Sydney qui avaient habité les montagnes bleues et au delà, les affections abdominales sont très-fréquentes chez les naturels, et la dyssenterie fait quelquefois de nombreuses victimes. Il paraîtrait aussi qu'il existe, sinon sur la côte méridionale du moins dans les parties plus chaudes du continent australien, une affection que nous croirions volontiers être la colique sèche des Antilles, du Sénégal et de Cayenne. On comprend que la Nouvelle-Hollande doive présenter des affections propres à des pays très-différents, car elle n'occupe guère moins de 30° du nord au sud. La ligne isotherme 15°, la même qui, dans l'autre hémisphère, passe à Toulon, rase l'extrémité sud de l'Australie, tandis que les deux cornes du golfe de Carpentarie, vaste échancrure qui découpe le continent au nord, dépassent la ligne 25° et s'approchent de l'équateur thermal 28°. De plus, les saisons sont excessives dans la Nouvelle-Hollande : dans le même pays, les hivers sont très-froids et les étés très-chauds. Le capitaine Sturt a noté 50° centigr. à l'ombre, non pas dans la région australienne torride, mais presque à la même latitude que la côte que nous explorons. Des pluies diluviennes changent en immenses marais les plaines intérieures qui, quelques mois plus tard, ne seront plus que des steppes sèches et profondément crevassées. La végétation, pauvre presque partout, ne peut ni abriter le sol des ardeurs caniculaires, ni retenir de l'humidité de l'hivernage pour l'été; aussi la colonie anglaise, surtout à sa naissance, a-t-elle eu à souffrir de mortelles sécheresses.

Dans les régions les plus chaudes de l'Australie, il n'est point rare d'observer la calenture, l'asphyxie par la chaleur, ou des congestions cérébrales dues à la même cause. Il paraît aussi que les indigènes des parties à la fois chaudes et humides sont sujets à une maladie de la peau souvent mortelle.

***,
chirurgien de 1re classe.

(La fin à un prochain numéro.)

« A cette expectation, je dois d'avoir été devancé par M. Strohl (de Strasbourg), qui a publié, en décembre 1848, un travail sur les injections intra-utérines, et par M. Baud dont le mémoire a donné lieu à la discussion actuellement (octobre 1849) pendante devant l'Académie. Pour ce qui est des injections intra-utérines, j'ignore à quelle époque M. Strohl a commencé à s'en occuper; mais je les pratique depuis 1844, et Sanson m'a fourni, *le* 18 *avril* 1846, une sonde en argent à double courant faite sur des indications données par moi. L'idée de cette sonde m'a été suggérée par celle de M. le professeur J. Cloquet; il y a cependant entre ces deux sondes une très-grande différence au point de vue pratique, la mienne pouvant servir pour la vessie et l'utérus, celle de M. Cloquet étant exclusivement destinée aux injections vésicales. »

Depuis lors j'ai continué à recueillir des observations d'affections utérines, et j'en possède aujourd'hui un grand nombre. J'ai exploré cette partie de la pathologie dans tous les sens, et c'est forcé par mes convictions que je me décide à écrire ces quelques pages sur le redressement de l'utérus.

Avant de songer à redresser un organe, il faut savoir : 1° s'il est dévié; 2° quelle est l'espèce de la déviation; 3° quel est le degré de cette déviation. Il faut enfin se faire guider par la physiologie sur ce terrain de la pathologie, toujours si obscur quand il s'agit des organes génitaux internes.

Dire que « dans l'état de vacuité, l'utérus n'a pas d'axe normal proprement dit, » constitue une proposition qui ne sera admise par personne.

Il est vrai que l'utérus est flottant dans l'excavation entre la vessie et le rectum dont les états de vacuité ou de plénitude influent sur sa position; il est vrai que la présence ou l'absence d'un certain nombre de circonvolutions intestinales dans le petit bassin, les distensions plus ou moins considérables auxquelles les ligaments larges et ronds ont été soumis dans les grossesses antérieures, la rétraction ou le relâchement du vagin, les différences de longueur que ce conduit présente chez les différents sujets, exercent sur la direction de l'utérus la plus grande influence. Mais de ce que les fonctions physiologiques de l'utérus exigeaient une grande mobilité, il ne s'ensuit pas que cet organe ne doive pas avoir, comme tous les autres, une position déterminée. L'intestin grêle aussi est très-mobile et cependant il obéit aux lois de la pesanteur, ou se laisse refouler en haut ou sur les côtés par les différentes espèces de tumeur que nous observons dans l'abdomen, surtout chez la femme. Le cœur aussi est mobile et pourtant il a une position déterminée.

L'utérus a une direction normale, un axe réel, tout aussi évident chez la multipare bien portante que chez la vierge. Si on pratique le toucher chez une femme exempte de toute lésion abdominale et qui n'ait jamais eu d'inflammation périutérine, on constatera cette mobilité normale qui permet de porter le col dans toutes les directions : si la femme est debout, on reconnaîtra facilement qu'après chaque mouvement imprimé à l'utérus le col revient au centre de l'excavation, affectant toujours la même direction et placé à une égale distance du rectum et de la vessie; si la femme est couchée, la mobilité restera à peu près la même et l'utérus reprendra la position que lui avait fait perdre le doigt, le col étant alors non plus au centre de l'excavation mais dans le point qui correspond à l'union du tiers antérieur avec le tiers moyen du diamètre antéropostérieur de l'excavation.

Ce sont là des faits que j'ai vérifiés un grand nombre de fois. J'ai touché des vierges de tout âge, de 12 ans à 73; j'ai touché des nullipares de tout âge et d'embonpoint différent; j'ai touché des primipares et des multipares avant, pendant et après des affections utérines, et je dirai incidemment que le retour à ce que j'appelle la position normale de l'utérus est pour moi un critérium auquel j'attache autant d'importance qu'au retour périodique par vingt-huit jours des époques mensuelles, à moins qu'il ne soit empêché par des adhérences consécutives aux inflammations puerpérales, infirmité contre laquelle nous sommes à peu près impuissants.

Oui, l'utérus a un axe normal aussi bien chez celle qui a eu des enfants que chez la vierge, et cet axe fait avec l'horizontale, la femme étant debout, un angle à sinus antérieur de 75° environ. Il est vrai que ce fait est d'autant plus difficile à constater que la femme a eu plus d'enfants, la longueur du col diminuant à chaque grossesse.

Étant établi que l'utérus a une position déterminée, un axe normal, je vais examiner rapidement quels sont les déviations et déplacements auxquels il est exposé dans l'état de vacuité. J'indiquerai les conséquences physiologiques de ces lésions, et je ferai connaître le traitement que je leur oppose.

J'admets trois espèces de déplacements :

A. Déplacements de la totalité de l'organe. Cette espèce se subdivise en quatre genres : prolapsus, — antéversion, — rétroversion, — déplacements latéraux.

B. Déplacements du corps utérin seul. Cette espèce se subdivise en deux genres : antéflexion, — rétroflexion.

C. Déplacements du col seul. Ici encore deux genres : antéflexion et rétroflexion.

J'appelle antéflexion du premier genre celle de la première espèce qui est bornée par l'inflexion du corps sur le col, et antéflexion du second genre celle de la deuxième espèce qui est formée par l'inflexion du col sur le corps. Sans pouvoir donner ici de chiffre exact, je dirai, en consultant autant ma mémoire que mes notes, que le second genre d'antéflexion me paraît être au premier :: 1 : 12 ou 15.

Cette distinction n'est pas oiseuse, puisqu'il m'est arrivé plusieurs fois de ne soulager ou guérir qu'après avoir donné à mon diagnostic plus d'exactitude. Ainsi les antéflexions du second genre sont plus facilement curables que celles du premier genre, et c'est pour avoir traité sans succès par les pessaires des antéflexions du premier genre que quelques médecins en sont venus à proscrire ce moyen qui, assez peu avantageux aux antéflexions du premier genre, guérit le plus souvent celles du second genre.

Quant à la rétroflexion, il n'est pas aussi utile, au point de vue pratique, d'admettre un seul genre; cependant cette distinction est logique. Je me rappelle avoir touché, il y a quelques années, une femme de 40 ans environ, qui n'avait jamais eu d'enfants. Elle était encore réglée. Par le toucher vaginal, on reconnaissait facilement la face antérieure de l'utérus derrière le pubis; la position du corps utérin était normale; il existait une rétroflexion par inflexion du col sur le corps, et ce déplacement dépassait l'angle droit. On ne pouvait sentir la dépression du museau de tanche que par le toucher rectal. Il ne me fut pas permis d'examiner au spéculum. Peut-être existait-il des adhérences du col avec le cul-de-sac postérieur du vagin. Dans ce cas, ces adhérences auraient pu être attribuées à une cause traumatique ayant agi à l'âge de 25 ans dans l'intention de faire cesser une grossesse possible. Depuis lors cette femme a toujours souffert de l'hypogastre

Le diagnostic différentiel est d'autant plus important dans le cas d'inflexion du premier genre que, si l'on s'en rapporte à la position du col qui est au centre de l'excavation et que l'on ne pousse pas plus loin ses recherches, la pensée d'un déplacement de l'utérus ne se présentera pas à l'esprit, d'où indécision sur la maladie, et partant mauvaise thérapeutique, car le *melius anceps quàm nullum* est plus souvent faux que vrai.

Quant aux inflexions du second genre, on peut me contester la justesse du diagnostic et dire que ce que je prends pour une anté ou une rétro*flexion* par déplacement du col sur le corps, celui-ci restant au centre du bassin, est une anté ou une rétro*version*, l'organe étant déplacé en totalité et non fléchi sur lui-même. Je répondrai à cette objection que si ce genre de déplacements est difficile à constater, il n'en existe pas moins, et qu'il est des cas où la distinction est importante, parce que du diagnostic dépendent des médications différentes, et que par un diagnostic exact on peut se rendre compte de symptômes qui, du côté de la vessie, simulent les accidents déterminés par un calcul, et du côté du rectum pourraient faire croire à une rétention des matières fécales par rétrécissement organique, à une fissure, à la présence de corps étrangers, à l'existence de vers, etc.

Des déplacements utérins, les uns existent sans maladie, les autres sont quelquefois la cause, mais bien plus souvent l'effet d'une maladie.

Je ne m'occuperai ici ni de la métrite subaiguë ni de la métrite chronique soit du corps soit du col (ce que l'on appelle engorgement), ni des granulations et des ulcérations idiopathiques, symptomatiques ou spécifiques, ni du catarrhe et des dégénérescences, ni enfin de l'accident qui accompagne presque toutes les lésions utérines, qui en est comme le satellite obligé, la leucorrhée avec toutes ses variétés

(*La suite au prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Suite.)

III. BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE.

Les numéros du second semestre de 1853 contiennent les travaux originaux suivans : 1° *Recherches sur l'emploi de la vératrine dans le*

traitement des maladies fébriles, pneumonie, fièvre typhoïde, rhumatisme articulaire aigu, etc.; par M. Aran. 2° *De la possibilité de réduire les luxations de l'extrémité supérieure de l'humérus et du fémur compliquées de fracture de ces os;* par M. Richet. 3° *Recherches sur le traitement des fièvres intermittentes par le sulfate de quinine associé à l'acide tartrique;* par M. Raymond Bartella. 4° *Note sur un cas de spina-bifida guéri par l'injection iodée;* par M. Chassaignac. 5° *Du traitement de l'agonie;* par M. Forget. 6° *De la valeur des injections iodées dans les hydropisies ascites et de la méthode employée par M. Tessier;* par M. Philipeaux. 7° *Nouveau moyen de combattre la chute du rectum chez les enfants.* 8° *Remarques sur quelques nouvelles préparations iodées.* 9° *De l'étiologie des maladies périodiques;* par M. Delioux. 10° *Un mot sur quelques essais tentés avec le perchlorure de fer comme traitement curatif des varices;* par M. Debout. 11° *Note sur l'influence thérapeutique de l'excitation électro-cutanée dans l'angine de poitrine;* par M. Duchenne. 12° *Note sur le traitement des déviations de l'utérus en arrière par le redressement avec la sonde et l'emploi du pessaire-ballon combinés;* par M. Valleix. 13° *Examen des propriétés fébrifuges du quinquina et de l'arsenic;* par M. Delioux. 14° *De la tumeur lacrymale commençante et de son traitement;* par M. Chassaignac 15° *Traitement de la congestion cérébrale chez les vieillards;* par M. Durand-Fardel. 16° *Description d'un nouveau pessaire;* par M. Gillebert (d'Hercourt). 17° *De la cautérisation circulaire de la base des tumeurs hémorrhoïdales internes;* par M. A. Amussat. 18° *Règles pour l'administration du chloroforme;* par M. Robert. 19° *Du traitement du choléra;* par M. Lecointe.

RECHERCHES SUR L'EMPLOI DE LA VÉRATRINE DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES FÉBRILES ET EN PARTICULIER DE LA PNEUMONIE, DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE, DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU, ETC.; par le docteur ARAN, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de Paris.

Chez un malade auquel le docteur Aran administrait la vératrine dans un rhumatisme articulaire aigu, le médicament fut pris entier dans les vingt-quatre heures; par une circonstance toute fortuite, il y eut ainsi d'ingérés 3 *centigrammes de vératrine* en six pilules. Les effets physiologiques furent des plus marqués; mais ce qui appela surtout l'attention fut la chute du pouls de 112 pulsations à 64 et même à 48. En lisant les recherches les plus récentes sur l'action thérapeutique du *veratrum viride*, l'auteur eut connaissance d'un travail du docteur américain Norwood, qui considère cette plante comme un agent d'une efficacité certaine contre l'état fébrile, quelle qu'en soit la cause. De là à l'expérimentation clinique il n'y avait qu'un pas, et dans une première série d'observations notre savant confrère nous indique les effets qu'il a observés de l'emploi de la vératrine dans la pneumonie. Nous donnerons ici seulement le titre de ces observations, afin de donner une idée de la nature des cas dans lesquels la vératrine a été éprouvée :

OBS. I. — Double pneumonie avec épanchement pleurétique du côté droit. Antiphlogistiques. Vératrine. Amélioration. Rechute. Ventouses et vésicatoire sur la poitrine; vératrine à haute dose. Guérison rapide.

OBS. II. — Pneumonie du côté droit, traitée par les émissions sanguines. Persistance et aggravation des accidents. Emploi de la vératrine. Guérison rapide.

OBS. III. — Pleuro-pneumonie du côté droit, chez un sujet tuberculeux, traitée exclusivement par la vératrine. Guérison rapide.

OBS. IV. — Pneumonie du côté droit chez un sujet tuberculeux, traitée par la vératrine. Amélioration rapide, puis signes de reprise inflammatoire. Vésicatoire, continuation de la vératrine. Guérison de la pneumonie. Formation d'excavations tuberculeuses du côté opposé pendant la convalescence.

OBS. V. — Pneumonie du côté droit chez une femme de 70 ans, traitée sans succès par une saignée et la potion stibiée. Emploi de la vératrine. Guérison.

OBS. VI. — Bronchite capillaire et double pneumonie chez une femme de 69 ans. Accidents des plus graves, emploi de la vératrine à haute dose. Amélioration inespérée. Rechute. Mort.

Les détails dans lesquels est entré l'auteur en rendant compte de ces différentes observations montrent : 1° que presque tous les malades après la première, mais le plus ordinairement après la deuxième ou la troisième pilule de vératrine, c'est-à-dire après l'administration de 5, 10 ou 15 milligrammes de cet alcaloïde, éprouvent des vomituritions, des nausées, des vomissements, quelquefois des hoquets, rarement des évacuations alvines, plus rarement encore une sensation de chaleur ou de brûlure passagère le long de l'œsophage, ou dans l'estomac : ces phénomènes se prolongent tant que l'on continue l'emploi de la vératrine à dose assez élevée; 2° que dans les six observations le pouls est tombé, dans les premières vingt-quatre heures qui ont suivi l'administration de l'alcaloïde, de 24 à 60 pulsations. En même temps qu'il se ralentissait, le pouls conservait d'abord sa régularité tout en se concentrant et en perdant de sa force; dans quelques cas cependant il devint vibrant, dicrote même, tout en restant dépressible. A mesure que le ralentissement augmentait le pouls cessait bientôt d'être régulier; il y avait des retards et de temps en temps une ou deux pulsations venaient à manquer; 3° que le nombre des respirations a diminué de six par minute, du premier au deuxième jour du traitement; 4° que l'abaissement de la chaleur a semblé des plus marqués dans tous les cas, la peau, de sèche et brûlante qu'elle était, devenant fraîche, froide même et baignée de transpiration.

A ces différents modes de l'action physiologique de la vératrine, telle que l'expose M. Aran, il faut ajouter le mode d'action thérapeutique. « Constamment la toux est devenue moins fréquente; la difficulté de respirer a entièrement disparu, l'expectoration est devenue plus facile et moins rouillée. » Quant à la localisation phlegmasique, elle serait moins sous la dépendance du médicament que les symptômes que nous venons d'énumérer. En résumé, le docteur Aran semble réserver pour des cas tout à fait spéciaux et très-graves l'emploi de la vératrine. Cette substance, malgré sa puissante action, doit être étudiée sur un plus grand nombre de cas, et pour la faire passer dans la thérapeutique, il faudrait préciser avec soin les indications de son emploi dans les cas pathologiques.

Dans un second mémoire, le docteur Aran traite spécialement « de l'emploi de la vératrine dans le rhumatisme articulaire aigu. » Des considérations dans lesquelles il entre à ce sujet, il ressort que la vératrine n'a pas une grande prise sur les phénomènes arthritiques, et en particulier sur la douleur qui les accompagne. Les phénomènes physiologiques primitifs déterminés par la vératrine ont été les mêmes que dans la pneumonie : nausées, vomissements, hoquet, etc.; mais la chaleur de la peau et le pouls ont été bien moins influencés.

En résumé, sur 8 cas, l'auteur compte 2 rhumatismes articulaires très-aigus dans lesquels la vératrine a complétement échoué; 4 cas de rhumatismes aigus dans lesquels la guérison a été très-rapide; et 2 cas analogues dans lesquels il a été impossible de continuer la vératrine à cause de l'intolérance absolue. Il conclut lui-même que la vératrine ne peut ni réclamer la première place dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, ni être employée comme méthode générale de traitement dans cette affection. Ce médicament lui semble surtout indiqué dans les cas de complication d'endocardite ou de péricardite.

REMARQUES SUR LA POSSIBILITÉ DE RÉDUIRE LES LUXATIONS DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DE L'HUMÉRUS ET DU FÉMUR, COMPLIQUÉES DE FRACTURES DE CES OS; par M. RICHET.

L'idée de réduire les luxations dans le cas où il y a en même temps fracture n'est pas nouvelle en chirurgie; mais on s'est généralement arrêté devant les difficultés et même l'impossibilité de cette manœuvre. Boyer, le représentant de l'Académie de chirurgie, conseille de traiter d'abord la fracture, et, une fois la consolidation obtenue, de tenter la réduction de la luxation. C'est encore là la pratique qui a prévalu de nos jours. Or, ne doit-on pas craindre qu'un cal aussi récent ne puisse résister aux efforts de traction énergique nécessaires pour rompre toutes les adhérences nouvelles? On ne peut guère se faire illusion sur les chances de succès de cette méthode : « Je ne sache pas, avoue Boyer, qu'on soit parvenu à réduire une luxation compliquée de fracture lorsque la nature de l'articulation et les circonstances accidentelles de la maladie n'ont pas permis de commencer la cure par la réduction de la luxation. » Certes on ne saurait mieux condamner la pratique généralement adoptée.

M. Richet est venu devant la Société de chirurgie apporter un ensemble de faits cliniques et de considérations anatomiques bien propres à lui donner un dernier échec, en établissant la possibilité de la réduction immédiate dans le cas de fracture concomitante. La valeur de ce travail et la haute importance pratique de la question nous semblent mériter une mention à part.

Les chirurgiens les plus recommandables fondent peu d'espoir sur la méthode classique; il en est qui vont plus loin et ne craignent pas de la condamner; Delpech est de ce nombre; les contemporains se sont rangés à son opinion. Que faire alors? A propos d'un fait analogue pour lequel un chirurgien de Castelnaudary provoqua naguère, devant la presse médicale, une sorte de consultation publique qui eut beaucoup de retentissement, un journal de médecine prononça l'arrêt suivant : « D'une part donc, les solutions de continuité de l'humérus, et d'autre part l'extrême brièveté du fragment supérieur qui rend celui-ci inaccessible à toute puissance extensive, ne permettent pas de recourir

utilement *à un procédé quelconque* de réduction. » (UNION MÉDICALE, novembre 1851.)

Personne n'a mieux démontré que le professeur Riberi, non-seulement l'inutilité, mais encore les dangers de la méthode usuelle; seulement il n'en tire pas la conclusion qu'il n'y a rien à faire. Il part de cette observation que beaucoup de fractures du col huméral sont très-longues et très-difficiles à guérir, et qu'en conséquence elles ne sauraient offrir aucune ressource réelle pour une réduction ultérieure; que plusieurs ne se consolident pas et laissent persister une mobilité anormale entre les fragments, *sans que les fonctions du membre soient perdues pour cela;* et qu'enfin il a rencontré plusieurs malades qui avaient conservé une pseudarthrose consécutive à la double lésion de l'épaule (fracture du col et luxation de la tête), et qui néanmoins pouvaient assez bien se servir de leur membre. Aussi M. Riberi, dans ce cas, propose de provoquer une fausse articulation au niveau de la fracture; pour y parvenir, il ne met pas d'appareil prolongé et finit par faire exécuter des mouvements de plus en plus étendus. En 1836, il en fit l'épreuve avec succès sur une femme de Turin, âgée de 30 ans, qui lui fut adressée par le docteur Reald, un mois après l'accident. Nous avons nous-même entendu M. Riberi se louer beaucoup des avantages qu'il avait retirés de cette méthode dans sa pratique. Il rapporte, dans ses œuvres, que les docteurs Gallo, Peyrani et Mussa, en se conformant à ses principes, n'ont eu de leur côté qu'à s'applaudir du résultat. (Riberi, OPERE MINORI, Turin, 1851, t. II, p. 140.)

Certainement la méthode de M. Riberi est une ressource extrême qu'il ne faut pas dédaigner; mais, en définitive, elle tourne la difficulté plutôt que de la vaincre, et à le bien prendre, c'est un aveu tacite de l'impuissance de l'art à faire mieux. Peut-être est-ce là une des raisons pour lesquelles M. Richet n'en a pas fait mention.

Quoi qu'il en soit, la question en était là lorsqu'il a cru devoir la remettre à l'étude; pour lui, la découverte des merveilleuses propriétés de l'éther et du chloroforme a fait changer la question de face; il remarque avec raison que, pour la thérapeutique des luxations compliquées de fracture, on n'avait pas songé à tirer des anesthésiques tout le parti qu'on est en droit d'en attendre, et il a réussi à combler cette lacune.

Voici l'observation qui a servi de base à son travail.

OBS. — Il s'agit d'un peintre en bâtiments, âgé de 68 ans, entré à l'hôpital le 8 septembre 1851, pour une fracture du col huméral, avec luxation souscoracoïdienne. Une première application du chloroforme permit de compléter l'examen et de vérifier la justesse du diagnostic.

Le 12 septembre, une seconde inhalation du chloroforme eut lieu pour favoriser l'opération. Voici comment M. Richet procéda :

« Je saisis le bras, et le ramenant en avant et en bas, je dégage facilement l'extrémité supérieure du fragment inférieur des fibres deltoïdiennes; cela fait, j'abandonne le bras à un aide, en lui recommandant de se borner à le maintenir vis-à-vis de la cavité glénoïde, et de n'exercer sur lui qu'une très-légère traction, de manière à ne déchirer aucun des liens fibreux ou vasculaires qui peuvent encore s'unir au fragment supérieur et servir à la nutrition de ce dernier.

» J'embrasse le moignon de l'épaule circulairement avec mes deux mains, les deux pouces appuyant sur la saillie acromiale, tandis qu'avec les quatre doigts de chaque main, portés jusqu'au sommet de l'aisselle, je cherche par des efforts ménagés à ramener la tête de dedans en dehors vers la cavité glénoïde. Malgré le peu de prise qu'offre le fragment, je le sens céder peu à peu, et bientôt le malade, étant toujours soigneusement maintenu dans une résolution complète, je parviens à opérer la réduction qui se fait sans aucun bruit, et plutôt insensiblement que brusquement; je dois même avouer que je ne fus pas obligé de déployer de très-grands efforts, ce qui, je l'avoue, me surprit beaucoup, tant j'étais convaincu que j'allais rencontrer une très-grande résistance. Les deux fragments, dès lors, se trouvèrent en contact, et la régularité du moignon de l'épaule se trouva complétement rétablie. L'aisselle fut explorée de nouveau par tous les assistants, et lorsque nous fûmes tous bien assurés que la réduction et la coaptation étaient parfaites, je songeai, avant le réveil du malade, à appliquer un appareil de contention. »

Au bout de vingt jours, on s'assure que la réunion des fragments est suffisamment effectuée, et l'on enlève tout appareil, dans la crainte que l'immobilité absolue n'amenât à la longue une ankylose de l'articulation. M. Richet substitue l'écharpe Mayor, qui permet de légers mouvements suffisants pour prévenir l'ankylose, mais insuffisants pour rompre le cal commencé. Deux mois après, la mobilité revient à l'épaule; six mois plus tard (27 juin 1852), elle a repris sa forme et ses fonctions. (BULLETIN THÉRAPEUTIQUE, août 1853.)

Cette observation intéressante a l'avantage d'être très-complète. On peut en tirer d'utiles enseignements; les deux principaux obstacles qui, suivant les auteurs, s'opposent invinciblement à la réduction dans les luxations de l'épaule compliquées de fracture du col, se fondent sur l'impossibilité soi-disant d'agir soit directement, soit indirectement sur le fragment luxé. M. Richet s'élève contre cette doctrine : s'il est réellement impossible d'agir sur ce fragment par l'intermédiaire du corps de l'os, on pourra réussir par le procédé que l'auteur appelle par coaptation, ou mieux encore *par refoulement*, en raison des pressions dont le but est de repousser, de refouler la tête dans sa cavité.

L'expérience clinique établit que, de tous les obstacles, le plus redoutable réside dans l'intervention de la contraction musculaire. Aussi voyons-nous les chirurgiens de tous les temps chercher par tous les moyens à annihiler la puissance musculaire. La découverte des anesthésiques a rendu le plus grand service sous ce rapport; du moment qu'ils anéantissent l'action des muscles, ils rendent sinon superflues, du moins beaucoup moins nécessaires, les extensions et contre-extensions. « Dès lors, dit M. Richet, il suffira pour réduire, je ne dirai pas de saisir, mais d'atteindre, d'*accrocher* la tête, pour la refouler dans sa cavité par le chemin qu'elle s'est frayé pour en sortir. » On peut ainsi se passer d'avoir à sa disposition un bras de levier long et solide pour dégager la tête luxée.

Reste l'obstacle passif qui provient des tissus fibreux et des inégalités osseuses. M. Richet soutient qu'on s'est beaucoup exagéré leur influence. Il se demande d'abord, relativement aux tissus fibreux, si le fait anatomique sur lequel s'appuie tout ce raisonnement a jamais été démontré, et il conclut par la négative d'après ses propres expériences; d'ailleurs, dans ces cas même, le mouvement de rotation de M. Desprez et le procédé du *refoulement* sont appelés à réussir mieux que les tractions qui doivent échouer contre cet obstacle passif.

Quant aux difficultés qui peuvent résulter des inégalités osseuses, elles tiennent spécialement à la persistance de l'énergie musculaire; annihilez l'action des muscles, et vous trouverez tous ces fragments mobiles, et le *refoulement* direct, en poussant dans une direction convenable, deviendra suffisant. C'est ce dont l'auteur s'est assuré maintes fois sur le cadavre.

M. Richet est allé plus loin. Il n'a pas voulu qu'on pût lui objecter que le succès qu'il avait obtenu sur le vivant pouvait bien n'être que l'effet d'un heureux hasard. Il n'a rien oublié pour que ce que l'on aurait pu regarder comme une exception fût démontré être la règle. Il a entrepris à cet effet sur le cadavre une série d'expériences intéressantes; et pour en faire ressortir toute la valeur, il faut remarquer avec lui l'analogie complète entre le résultat de ces manœuvres sur le cadavre et celui qu'il avait obtenu sur son malade, à cause de la possibilité de conclure dans ce cas de l'expérimentation cadavérique à l'application clinique, du moment que l'homme vivant se trouve plongé, par les anesthésiques, dans une résolution musculaire telle, qu'on peut le considérer sous ce rapport *perindè ac cadaver*. Voici ces expériences :

Il a effectué, sur le cadavre, des luxations de l'épaule, et il a toujours été étonné de la facilité avec laquelle elles se réduisaient, en portant seulement la main dans le creux de l'aisselle pour opérer le *refoulement*, et la dissection lui a démontré que cette facile réduction tenait, non à l'absence d'obstacle de la part des tissus fibreux, mais à l'absence de toute contraction musculaire, seule raison qui rendait si aisé le replacement des os luxés sur le cadavre. M. Richet est arrivé à formuler ainsi la conclusion générale de ses recherches : ***Pour réduire sur le cadavre une luxation de l'humérus, quelle qu'elle soit d'ailleurs, il suffit de porter la main dans l'aisselle, et, par des pressions directes, de repousser la tête dans la direction de la cavité glénoïde.***

Or, aux yeux des praticiens, il manquait encore un contrôle important et décisif, celui de l'épreuve clinique. Qu'allait-elle prononcer? On conçoit que M. Richet attendît avec impatience l'occasion de répéter ses tentatives sur le vivant. Il importait peu, dit-il, pour la démonstration, que la luxation fût ou non compliquée de fracture; du moment où l'on pourrait réduire sur le vivant l'humérus luxé, mais non fracturé, par de simples pressions directes et sans se servir du levier osseux pour exercer des tractions, il était évident *à fortiori* que cela serait possible, l'os étant brisé, puisqu'on serait alors débarrassé de l'obstacle spécial que le poids du membre apporte aux manœuvres de réduction.

Enfin, le 25 décembre 1852, M. Richet en fit l'épreuve avec succès sur une malade de 58 ans, qui s'était luxé l'épaule gauche, sans fracture. Il s'agissait d'opérer la réduction, en accrochant la tête avec les doigts portés dans l'aisselle, mais sans exercer la moindre traction sur le membre. La malade fut plongée dans une anesthésie complète; on fit soutenir et élever simplement le bras pour en alléger le poids; alors tous les doigts des deux mains portés dans le creux axillaire, les deux pouces placés sur l'acromion pris comme point d'appui, M. Richet chercha à ramener la tête dans la cavité glénoïde par des pressions directes; après quelques secondes, il vit brusquement la tête soulever

le deltoïde et reprendre sa position normale. Depuis cette époque, il a trois fois renouvelé les mêmes tentatives et toujours avec succès.

Aussi M. Richet conclut-il que les luxations de l'humérus compliquées de fracture du col, peuvent et doivent être réduites immédiatement, et la fracture, ainsi ramenée à l'état de simplicité, être traitée comme les autres solutions de continuité de l'os; que le procédé du *refoulement* est particulièrement efficace dans les cas où les tissus fibreux forment obstacle; et qu'enfin, si la période de l'extension doit rester comme méthode générale pour le traitement des luxations sans fracture, cependant le procédé du refoulement sera toujours un puissant auxiliaire, et, de plus, que seul il est applicable, à l'exclusion de l'extension, dans le traitement des luxations compliquées de fracture.

M. Richet a, par analogie, transporté ces vues aux luxations de la hanche, et il a fait sur le cadavre quelques expériences où il a réussi par le procédé du refoulement. Toutefois, ce point de son mémoire n'est pas encore assez élaboré pour porter la conviction dans l'esprit du lecteur, d'autant plus que la sanction clinique fait complétement défaut jusqu'ici.

M. Richet pense que, pour opérer la réduction par refoulement, il faut que le malade soit plongé dans l'anesthésie la plus complète, afin que l'action musculaire soit entièrement annihilée. Nous croyons, avec M. Gosselin, qu'on ne doit pas regarder toujours cette condition comme indispensable, et qu'on pourra encore recourir avec succès au refoulement dans les cas où il y a contre-indication aux anesthésiques, ce qui élargit sensiblement le cadre de la méthode; on remarquera d'ailleurs que, durant les premières heures consécutives aux grandes lésions traumatiques, il existe un état particulier de stupeur, et que les muscles sont engourdis et à demi-paralysés, de manière à apporter beaucoup moins de résistance. Nous allons étayer notre opinion sur des faits.

M. Baroni rapporte que, dans un cas de luxation de l'épaule compliquée de fracture du col, Delpech parvint à opérer la réduction par des pressions directes sur la tête humérale.

Bottchez prétend avoir réduit ainsi une luxation de ce genre.

Nous voyons que M. Houghton réussit par une traction directe sur une luxation de l'épaule compliquée de fracture, datant de onze jours, chez un homme âgé de 53 ans. M. Houghton se plaça derrière le malade, le genou fixé contre l'épaule luxée; avec une serviette pliée mise en travers de l'aisselle, il fit une extension en has et en arrière, *la serviette pressant directement sur la tête de l'os*. En même temps, un aide, placé devant le malade, dirigeait l'application de la serviette, et de *ses mains aidait à l'extension*. La tête humérale rentra à sa place au bout de cinq minutes, sans aucun bruit.

Il est superflu de remarquer qu'à cette époque les anesthésiques n'étaient pas encore en usage. Si ces faits ôtent quelque chose au mérite du travail de M. Richet pour l'invention et la priorité absolues, ils ajoutent beaucoup à sa valeur pratique, en élargissant le cadre de ses applications.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 29 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

M. LE PRÉSIDENT lit la lettre qui lui a été adressée par M. Anatole Roux, pour annoncer la perte qu'il vient de faire dans la personne de son père, M. le professeur Roux, vice-président de l'Académie. Il ajoute les paroles suivantes :

« Messieurs, nous avons eu le malheur de perdre, dans le cours de la semaine dernière, deux de nos confrères, M. Mauvais et M. Roux. Le premier nous est enlevé dans la force de l'âge; le second avait fourni une longue et brillante carrière; mais son activité, la force de sa constitution et une santé qui n'avait souffert aucune atteinte jusqu'à ces derniers temps, nous faisaient espérer que nous le conserverions encore longtemps.

» Tous les membres de l'Académie qui n'ont pas été retenus par l'état de leur santé ou des devoirs indispensables, se sont joints au bureau et aux membres des sections pour rendre les derniers devoirs à nos chers et illustres confrères. MM. Mathieu et Laugier ont dignement exprimé nos regrets aux funérailles de M. Mauvais. M. Velpeau a rendu, au nom de l'Académie, un juste hommage au noble caractère et aux travaux de son vice-président. »

COMPOSITION DES OEUFS DANS LA SÉRIE ANIMALE.

MM. VALENCIENNES et FRÉMY communiquent sous ce titre la troisième partie d'un travail dont les deux premières parties ont été lues par M. Valenciennes dans les séances précédentes, et dont l'objet était de faire connaître le résultat des recherches de ces deux savants sur les œufs d'animaux divers appartenant à toutes les grandes classes des ovipares. Nous reproduisons les conclusions qui terminent cette dernière partie, et qui résument l'ensemble de ce travail.

Nous avons démontré :

1° Qu'il existe des différences fondamentales entre la composition des œufs des animaux, et que, sous ce nom collectif d'*œuf*, désignant le produit de l'appareil ovarien destiné à concourir à la perpétuité de l'espèce, on comprend des corps très-complexes, les plus différents les uns des autres;

2° Que, parmi les animaux vertébrés, les œufs d'oiseaux, de reptiles, de poissons, présentent, dans leur composition, des différences que l'analyse la plus simple ne saurait méconnaître, et cependant que les œufs des sauriens et des ophidiens ont une grande analogie avec ceux des oiseaux, tandis que les œufs des batraciens se rapprochent de ceux des poissons cartilagineux;

3° Que les œufs d'arachnides et d'insectes s'éloignent complétement, quant à leur composition, des œufs des autres animaux;

4° Que ceux de crustacés, organisés pour éclore dans l'eau, ne ressemblent nullement à aucun de ceux des poissons ou des autres vertébrés amphibies;

5° Qu'il en est de même des œufs des mollusques;

6° Que ces différences ne correspondent pas seulement aux classes ou aux ordres, qu'elles s'étendent jusqu'aux familles naturelles, sans même s'y arrêter, puisque nous avons prouvé qu'un œuf de poisson cartilagineux n'a pas la même composition qu'un œuf de poisson osseux; mais de plus, qu'un œuf de carpe est très-différent d'un œuf de saumon; qu'un œuf d'ophidien, tel qu'une couleuvre, ne contient pas les mêmes principes que ceux des chéloniens;

7° Que si la composition des différents principes immédiats est la même dans des espèces très-voisines, la forme et la grandeur des granules vitellins varient d'une manière assez appréciable pour pouvoir être reconnue et assignée à chaque espèce;

8° Que les substances albumineuses provenant des œufs d'oiseaux, de reptiles, de poissons, de crustacés, présentent, dans leurs propriétés chimiques et dans leur point de coagulation, des différences qui permettent de supposer que ces corps constituent des principes immédiats différents;

9° Qu'un œuf change de nature, que ses liquides se modifient considérablement aux différentes époques de sa formation en se détachant de l'ovaire et en séjournant dans l'oviducte avant d'être pondu;

10° Après avoir constaté dans les œufs des différents animaux la présence de plusieurs principes immédiats nouveaux, l'ichtine, l'ichtuline, l'ichtidine, l'émydine, et rapprochant ces résultats de ceux que MM. Dumas et Cahours ont obtenus dans l'analyse des œufs de poule, nous n'hésitons pas de proposer aux savants d'admettre dans les œufs l'existence d'une classe nouvelle de corps organiques comprenant des principes immédiats que nous désignerons désormais sous le nom de *substances vitellines* ou de *corps vitellins*.

THÉRAPEUTIQUE DES NÉVRALGIES; PROCÉDÉ MIXTE PAR SECTION ET CAUTÉRISATION DU NERF.

M. JOBERT (de Lamballe) adresse, sous ce titre, un mémoire qui est résumé dans l'extrait suivant :

Il y a déjà bien longtemps que, dans le JOURNAL HEBDOMADAIRE, j'ai inséré un mémoire sur la cautérisation en général. Un long article était consacré à l'action du fer rouge mis en usage contre les névralgies faciales, musculaires, crâniennes, idiopathiques ou symptomatiques. Je disais que toujours ce puissant agent avait guéri ou soulagé.

En 1838, j'ajoutais de nouveaux faits aux premiers, et par conséquent je professais la même opinion sur les avantages de la cautérisation par le calorique. Je signalais dans ce travail ses effets héroïques contre la névralgie œsophagienne, les névralgies des membres abdominaux et thoraciques, et à propos de la discussion sur l'éther, je citais de nouvelles observations qui attestaient que là où les autres moyens avaient échoué, le feu avait triomphé du mal. Ma manière de voir sur les effets remarquables du feu n'a jamais changé, et je les regarde comme un des moyens les plus précieux lorsqu'il s'agit d'affections rebelles, telles que les névralgies, qui ont résisté à tous les moyens employés. Aujourd'hui je viens mettre sous les yeux de l'Académie quelques nouveaux faits qui méritent de l'intérêt à plus d'un titre.

SCIATIQUE, MÉTHODE ENDERMIQUE, VENTOUSES SCARIFIÉES, FER ROUGE.

OBS. I. — Le nommé Lefranc (Pierre), âgé de 44 ans, journalier, est entré à l'Hôtel-Dieu, le 26 décembre 1853, pour y être traité d'une névralgie sciatique affectant le membre gauche.

Ce malade est d'une bonne constitution, bien musclé, et n'a jamais été exposé aux douleurs rhumatismales. Depuis trois mois environ il se plaint de douleurs continues, violentes, exaspérées par la pression, principalement au niveau de l'espace qui sépare la tubérosité ischiatique du grand trochanter; par moments, des élancements très-vifs partent de ce point en suivant le trajet du nerf. Dans le creux du jarret, la pression n'excite pas de douleurs; mais le pied est engourdi, ce qui rend la marche incertaine et même impossible, par suite des douleurs qu'elle réveille.

La méthode endermique, les ventouses scarifiées, échouent contre cette affection, et le malade se trouve dans la nécessité de réclamer une médication plus énergique pour se débarrasser d'une affection aussi douloureuse.

Le 3 janvier 1854, un fer rougi à blanc est promené sur le trajet du nerf sciatique, et par conséquent à la face postérieure de la cuisse. Cinq à six fois de suite, le fer incandescent sillonne la peau qu'il n'attaque que superficiellement. Des compresses, trempées dans l'eau froide, sont immédiatement posées sur les brûlures.

Les jours suivants, le malade se regarde comme très-soulagé, et il n'accuse, en effet, d'autres douleurs que celles qui sont causées par la brûlure. Il n'y a plus d'élancements sur le trajet du nerf, et l'engourdissement du pied a tout à fait disparu.

Au bout de huit jours (11 janvier 1854), les escarres superficielles, sorte de charbonnement de l'épiderme, produites par le fer rouge, étaient éliminées, et la cicatrisation, commencée sur beaucoup de points, était achevée le 21 janvier. Lors de sa sortie de l'hôpital, l'épiderme s'était reproduit, et c'est à peine si l'on apercevait les traces de la brûlure. Le malade ne souffrait ni ne boitait.

NÉVRALGIE UTÉRINE VIOLENTE; INSUCCÈS DE DIFFÉRENTS TRAITEMENTS; APPLICATION DU FER ROUGE; GUÉRISON.

Obs. II. — Le défaut d'espace nous force à ne donner que le titre de cette observation. Des considérations qui la suivent, nous extrayons le passage suivant :

La cautérisation actuelle peut-elle toujours suffire pour anéantir une névralgie tenace et violente? D'une manière générale, on peut répondre qu'elle triomphera, dans le plus grand nombre des cas, de l'état douloureux d'un nerf, s'il n'est pas lié à quelque lésion centrale des renflements nerveux, ou s'il ne dépend pas d'une tumeur développée sur le trajet des racines des nerfs. Cependant il est des cas dans lesquels, lors même qu'il n'existe aucune des causes que je viens de signaler, le fer rouge seul ne peut obtenir la guérison, et c'est pour cela qu'on a conseillé d'attaquer le nerf avec l'instrument tranchant et d'en exciser une portion. Toutefois ce dernier moyen est loin de mettre les malades à l'abri d'une récidive. Jamais l'incision et l'excision d'un nerf n'ont procuré le soulagement qu'entraîne à sa suite la cautérisation transcurrente. Il n'en est pas de même de la section du cordon nerveux et de la cautérisation de ses deux extrémités. Ce procédé *mixte* consiste dans l'union de la cautérisation et de la division du nerf.

Le nerf peut être mis à découvert par le bistouri et touché sur son enveloppe, ou bien il peut être complétement interrompu par le bistouri, et les extrémités touchées attaquées avec le fer incandescent.

L'incision et la cautérisation immédiate du nerf peuvent produire des effets très-remarquables, suivant qu'il sera cautérisé superficiellement ou détruit par le feu. Dans le premier cas, la sensibilité et le mouvement seront conservés, et dans le second ils seront abolis.

La cautérisation superficielle du nerf convient, parce qu'elle permet de conserver les fonctions du nerf, tout en anéantissant la névralgie.

Toutefois l'action directe du fer rouge sur le nerf, après avoir mis celui-ci à découvert par une simple incision, ne me paraît pas devoir remplir les intentions du chirurgien lorsqu'il s'agit d'une névralgie violente et étendue à une grande surface, et ce n'est pas trop, en de semblables circonstances, de comprendre tout à la fois les parties molles, le tronc du nerf et même les rameaux dans une section suivie de la cautérisation immédiate des surfaces saignantes et nerveuses.

Je propose donc d'attaquer le nerf malade par le point le moins dangereux et le plus accessible à l'instrument.

Le fer et le feu conviennent lorsque la douleur permanente, qui s'irradie sur une grande surface ou se prolongeant jusqu'aux racines et à la partie tuméfiée du nerf, n'a pu être détruite par aucun moyen.

Lorsqu'il s'agit des nerfs de la face, autant que possible il convient de les mettre à découvert par la muqueuse buccale, afin d'éviter toute trace de cicatrice apparente : ainsi les nerfs mentonnier, sous-orbitaire, buccal, peuvent être attaqués par la bouche, à l'aide d'une incision qui comprend à la fois tous les tissus et le cordon nerveux lui-même, ou bien par une dissection successive des diverses couches qui le recouvrent. Le premier mode opératoire est sans aucun doute préférable, parce que la douleur de la section du nerf se confond avec celle des autres tissus. Toutefois, lorsqu'une semblable opération est pratiquée, il faut donner une étendue assez considérable à la plaie pour pouvoir appliquer le fer rouge sans difficulté.

Après la section et la cautérisation, toute sensibilité et tout mouvement sont anéantis dans les parties où le nerf va se distribuer. Les malades ne peuvent apprécier ni la température ni le mode d'action des aliments; ils ressentent comme un poids dans les parties molles, et on s'aperçoit d'un relâchement et d'un affaissement réel dans l'organe, qui a perdu en partie la sensibilité et le mouvement.

Il n'en est pas de la cautérisation des bouts du nerf comme de la division simple, qui permet au mouvement et à la sensibilité de se rétablir. On sait que les branches nerveuses, divisées et mises en contact, permettent le rétablissement du mouvement et de la sensibilité, ainsi que les remarquables expériences de M. Flourens l'ont prouvé.

La cautérisation directe des deux bouts du nerf divisé, ou l'action superficielle du fer rouge à la surface de son enveloppe, conviennent donc contre les névralgies violentes, soit qu'elles reparaissent sans cesse, soit que toute médication rationnelle ait échoué, soit qu'elles affaiblissent le sujet par leur continuité, soit qu'enfin les douleurs, après avoir parcouru le tronc et les rameaux du nerf, se soient fixées sur un point limité, d'où il n'est pas possible de les déloger.

M. Jobert (de Lamballe) termine ces réflexions par une observation de section et de cautérisation du nerf sous-orbitaire dans un cas de névralgie sous-orbitaire violente.

— M. Mayer adresse une description et figure d'un scarificateur-ventouse du museau de tanche. (Voir le numéro de la Gazette Médicale du 28 janvier dernier.

La communication de M. Mayer est renvoyée à l'examen de MM. Velpeau et Civiale.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

ADDITION A LA SÉANCE DU 28 MARS.

OBSERVATION D'HYDROCÈLE ET DE HERNIE CONGÉNIALES DU CÔTÉ GAUCHE.

M. Jobert (de Lamballe) lit l'observation suivante :

Michelot (Auguste), âgé de 34 ans, est entré à l'Hôtel-Dieu le 18 novembre 1853 pour y être traité de la maladie qui fait le sujet de cette observation. Jusqu'à l'âge de 7 ans il a eu, dit-il, la bourse du côté gauche dans l'état normal, un peu moins volumineuse cependant que celle du côté opposé.

A l'âge de 16 ans, à la suite d'un violent effort, il vit apparaître dans le trajet inguinal jusqu'au fond de la bourse correspondante une tumeur dirigée obliquement de haut en bas et de dehors en dedans.

Une dépression transversale, sensible seulement au toucher, la divisait en deux parties inégales : l'une supérieure, l'autre inférieure. Celle dernière, du volume d'une noisette environ, était dure, rénitente, indolore, et devenait le siége, quand on la pressait entre les doigts, d'une sensation analogue à celle que produit le froissement du testicule. La deuxième, plus volumineuse, pâteuse et molle, limitée assez nettement en bas par la dépression transversale déjà signalée, augmentait après les repas, pendant la toux, et disparaissait naturellement lorsque le malade se plaçait dans le décubitus dorsal, pour reparaître aussitôt qu'il voulait marcher ou se tenir debout. La peau de la région avait conservé sa mobilité et sa couleur normales.

Un médecin, consulté, reconnut dans la tumeur inférieure le testicule gauche arrivé, par une évolution tardive, à son siége habituel; dans la tumeur supérieure, une hernie oblique externe de la tunique vaginale qui s'était produite pendant l'effort.

La hernie fut réduite, et on appliqua un bandage anglais pour la maintenir. Le malade avait alors 16 ans, et il en a aujourd'hui 34. Pendant dix-huit ans il a donc supporté la pression d'un bandage.

Depuis quelques mois la tumeur inférieure devenait plus volumineuse, et bien qu'elle ne fût pas plus douloureuse qu'autrefois, le malade consulta un médecin qui l'engagea à entrer à l'hôpital.

A son arrivée à l'Hôtel-Dieu, je constatai les symptômes suivants :

Dans le pli de l'aine du côté gauche se trouve une tumeur du volume du poing, obliquement dirigée de haut en bas et de dehors en dedans, sans changement de coloration à la peau. Un étranglement circulaire, très-sensible à la vue, sépare la tumeur en deux moitiés : l'une supérieure et externe, qui suit le trajet du canal inguinal jusque dans la cavité abdominale; l'autre inférieure, plongeant dans la bourse correspondante. Le doigt, promené sur la partie inférieure de cette tumeur, rencontre le testicule; il est plus petit que celui du côté opposé. Si l'on presse sur lui, le malade accuse une vive sensibilité. La tumeur, malgré sa distension et sa rénitence, présente à sa partie inférieure une fluctuation évidente. La pression qu'on exerce sur elle la fait disparaître; mais elle reparaît dès que la pression a cessé. Enfin, dans sa partie inférieure, elle laisse apercevoir par transparence la lumière d'une bougie.

L'examen attentif et l'ensemble des phénomènes permirent de reconnaître une double maladie, consistant en une hydrocèle et une hernie inguinale oblique congéniales, séparées par un anneau qui représente un étranglement. Cette cloison incomplète, sorte de diaphragme, parut due à un rétrécissement embryonnaire de la tunique vaginale. Cette espèce de valvule soulevait les viscères par sa surface ventrale, si l'on peut s'exprimer ainsi, et correspondait par sa face inférieure au liquide séreux qui baignait le testicule. Je ne balançai pas à proposer au malade d'oblitérer la tunique vaginale, afin d'arriver, si faire se pouvait, à guérir en même temps l'hydrocèle et la hernie inguinale. Je ne fus pas trompé dans mon attente, ainsi qu'on pourra s'en convaincre par ce qui suit.

Je pratiquai l'opération en enfonçant obliquement le trocart dans l'épaisseur des tuniques du scrotum, en le faisant marcher lentement par un double mouvement de pression et de rotation, de manière à piquer le feuillet pariétal de la tunique vaginale. L'arrivée du trocart dans la tunique fut annoncée par l'absence de résistance, et bientôt par la facilité avec laquelle la canule pouvait librement circuler dans son intérieur. C'est alors qu'une injection de teinture iodée pure fut faite dans la tunique vaginale. Le liquide remonta jusqu'à l'endroit où la pression était exercée par un aide, sur le point de communication du sac herniaire et du ventre. Il ne s'écoula par la canule qu'une petite quantité de sérosité (une cuillerée environ), et le doigt appliqué sur le trajet du canal inguinal a suffi pour intercepter toute communication entre la tunique vaginale et le péritoine. Un morceau de diachylon fut placé sur la piqûre, et un petit coussinet soutint les bourses.

Le lendemain, 26 novembre, les bourses étaient distendues par un liquide exhalé dans la tunique vaginale et le sac herniaire. La peau était rouge et modérément tendue. Le malade n'accusa aucune douleur; il n'y eut ni fièvre ni réaction.

Le 28, le gonflement a un peu diminué.

Pendant les quatre jours suivants, aucun phénomène remarquable ne s'est présenté.

Le 4 décembre, dix jours après l'opération, on trouve déjà les bourses moins volumineuses. Le malade demande sa sortie.

Le 5, le volume de la tumeur est diminué, et tout le trajet inguinal est rempli par un cordon cylindroïde, ainsi que la portion des vaisseaux spermatiques qui s'étend depuis le testicule jusqu'à l'anneau inguinal.

Les jours suivants, l'amélioration ne fait que s'accroître, et aujourd'hui, 12 décembre, les bourses sont revenues à leur volume normal, mais ont conservé, ainsi que le cordon, une consistance très-supérieure à celle qu'elles ont habituellement.

Lorsque le malade est sorti de l'hôpital, il ne se plaignait d'aucune douleur du côté opéré, et il pouvait marcher sans fatigue et sans éprouver de gêne, quelle que fût la position qu'il prît.

Le testicule gauche était, comme avant l'opération, dans un état d'atrophie très-prononcée, et il contrastait par son volume avec celui du côté opposé. Cet organe était aussi plus élevé qu'avant l'injection, et cette élévation vers l'anneau semblait due à l'action rétractile d'un produit qui s'étendait de son extrémité supérieure à l'orifice péritonéal du canal inguinal. Cette substance, d'une consistance remarquable, représentait une sorte de cylindre très-dur et très-résistant qui suivait le trajet du cordon des vaisseaux spermatiques en parcourant tout le trajet inguinal jusqu'à son orifice abdominal. Lorsque le malade toussait ou faisait des efforts, on ne pouvait reconnaître aucun changement dans l'état des parties.

Depuis le mois de décembre 1853, époque où l'opération a été pratiquée, jusqu'au 28 mars, jour de la présentation du malade à l'Académie, les organes se sont maintenus dans le même état, et quoiqu'il se soit livré à ses occupations habituelles, il n'est pas survenu la moindre trace de déplacement des viscères, et je crois pouvoir regarder la hernie comme guérie.

L'injection faite avec la teinture iodée pure dans le sac herniaire n'a donc déterminé chez notre opéré ni inflammation locale sérieuse, ni réaction ou trouble fonctionnel. Sur plusieurs autres malades il ne s'est déclaré non plus aucun accident, et on peut dire que le travail s'est toujours maintenu dans de justes limites. Ce n'est donc qu'une inflammation adhésive qui s'est déclarée chez les malades soumis à cette opération.

Le produit plastique qui s'est épanché dans le sac herniaire représente, pour nous, une sorte de tampon, de bouchon qui ferme toute issue aux viscères et aux liquides séreux qui tendent à se précipiter dans la poche herniaire. La nature à elle seule comble la cavité accidentelle à la manière d'un lambeau autoplastique.

Nous avons obtenu avec une facilité remarquable le dépôt de lymphe dont il vient d'être question, et il s'est exhalé avec la même rapidité dans le sac herniaire que dans la séreuse abdominale, lorsque les viscères qui y sont contenus sont soumis à une opération.

Ce procédé me paraît, jusqu'à présent, avoir rempli les indications que je me proposais, et il me paraît d'autant plus mériter l'attention des praticiens, qu'il n'est suivi d'aucun accident et qu'il est d'une grande innocuité.

J'aurai l'honneur de m'expliquer plus longuement devant l'Académie sur la manière de faire la ponction des sacs herniaires.

SÉANCE DU 4 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Degen, médecin des épidémies pour le canton de Volminster, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Rimling (Moselle).

2° Un rapport de M. le docteur Montagne, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Neufchâteau sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Thons, depuis le 1er septembre 1853 jusqu'au 15 janvier 1854.

3° Un rapport de M. Hérouard, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Rocroi, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné l'année dernière à Rocroi.

4° Un rapport de M. le docteur Honeix, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Ploërmel, sur une épidémie de dysenterie qui a régné dans la commune de Tréhorenteux du 1er octobre au 20 novembre 1853.

5° Un mémoire de M. le docteur Paul Ménestrel, maire de la commune de Sérécourt (Vosges), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans cette localité pendant l'année 1853.

Le même ministre adresse deux demandes d'application des décrets relatifs aux remèdes.

— M. Gaussail, correspondant de l'Académie à Toulouse, adresse un résumé d'observations cliniques sur les déviations de la matrice et sur leur traitement par le redresseur intra-utérin. (Comm. nommée : M. Depaul, rapporteur.)

— M. Marié rappelle, à l'occasion du mémoire de M. Jolly, affirmant qu'il est difficile de dire à quelle contrée de l'Europe appartient la priorité du signalement de la diarrhée prémonitoire, que le 10 ou 11 avril 1832, ayant depuis plusieurs jours fait cette importante remarque sur tous les cholériques de Grenelle soumis à son observation, il engagea le maire de cette commune à la porter par une affiche à la connaissance des habitants, et qu'à partir de ce jour, appelé généralement au début, il ne perdit presque plus de malades. (Comm. du choléra.)

— M. Debreyne adresse un mémoire ayant pour titre : Théorie nouvelle du choléra épidémique ou typhus d'Asie, avec un traitement curatif et prophylactique également nouveau. (Même comm.)

— M. Letellier (de Saint Leu) adresse une lettre sur le même sujet. L'auteur dit qu'à Saint-Leu, en 1832, l'épidémie, qui chaque jour attaquait 5 ou 6 nouveaux individus et en tuait 3 ou 4, cessa tout à coup le lendemain de feux allumés dans les rues et les maisons avec des pins pris dans la forêt. (Même comm.)

— M. Albert Puech (de Montpellier) adresse une note sur les canaux biliaires. L'objet de cette note est de signaler à l'attention une disposition assez curieuse des canaux hépatiques, d'montrer l'existence d'une cloison interposée entre le canal hépatique et le canal cystique après leur fusion à angle aigu et la présence d'un rétrécissement valvuleux à l'ouverture du canal cystique. (Comm. : MM. Cruveilhier, Bouvier.)

— M. Abeille, à l'occasion du fait communiqué dans la dernière séance par M. Jobert (de Lamballe), relatif à un cas d'application des injections iodées pour la cure radicale d'une hernie, rappelle qu'il a guéri radicalement un sujet atteint d'une hydro-épiplocèle par une injection iodée en 1851. Il ajoute que M. Velpeau avait avant lui proposé cette opération, et que Aug. Bérard ayant voulu appliquer cette méthode, dans un cas analogue, vit son malade succomber à une péritonite consécutive.

— MM. les membres de l'Association médicale d'Eure-et-Loir adressent une longue lettre dans laquelle ils examinent et discutent de point en point tous les faits, les assertions et propositions contenues dans le rapport de M. Souheiran.

— M. Velpeau demande la parole à l'occasion de la correspondance.

Je désirerais, dit-il, savoir de M. Jobert s'il regarde comme étant de lui la méthode qu'il a mise en usage chez le malade qu'il a présenté dans la dernière séance (voir ci-dessus l'addition à la séance du 28 mars), et ce qu'il pense de la réclamation de M. Abeille.

M. Jobert (de Lamballe) déclare qu'il n'a nullement eu la prétention d'avoir inventé une méthode nouvelle; il n'a eu d'autre but que de présenter à l'Académie un fait de guérison radicale de hernie par l'injection iodée dans le sac; il ignore d'ailleurs si cela a été déjà fait ou non : il n'a connaissance pour sa part d'aucun fait analogue. M. Abeille réclame la priorité, il ne la lui conteste nullement. M. Jobert tient seulement à faire remarquer qu'il y a une différence entre le fait de M. Abeille et le sien. Dans le fait qui lui est propre, il s'agissait d'une hernie inguinale congéniale avec hydrocèle; l'injection iodée a déterminé une inflammation adhésive des parois du sac et son oblitération par une production plastique de nouvelle formation. Dans le fait de M. Abeille, il s'agissait d'une hernie épiploïque avec épanchement séreux. Il est probable que le sac était déjà en partie bouché par l'épiploon, de sorte que l'injection iodée n'a pas dû pénétrer très-loin. Quoi qu'il en soit ces deux faits ne se ressemblent pas. Du reste, ajoute M. Jobert, je n'ai nullement eu, je le répète, la prétention d'introduire dans la science une méthode nouvelle.

M. Velpeau : Puisque M. Jobert ignorait les faits qui existaient antérieurement à son observation, je lui ferai plaisir, je l'espère, en lui apprenant que cela a déjà été fait. M. Velpeau cite ici un passage des Annales de la chirurgie française et étrangère (année 1845), duquel il résulte qu'avant cette époque il avait déjà pratiqué plusieurs fois avec succès une opération semblable à celle dont M. Jobert a entretenu l'Académie. Ces faits viennent donc, ajoute M. Velpeau, à l'appui de celui de notre collègue. Il y a là la source d'une bonne méthode qui mérite d'être étudiée et encouragée. Quant au fait de M. A. Bérard rappelé par M. Abeille, et dans lequel la mort aurait été le résultat d'une injection iodée, je me l'explique d'autant plus difficilement que j'ai toujours trouvé cette injection d'une innocuité parfaite.

M. le Président annonce à l'Académie que M. Barhier (d'Amiens) est présent à la séance.

FARINES ET PAINS DE GLUTEN.

M. Bouchardat, au nom d'une commission composée de MM. Rayer, Grisolles et Bouchardat, rapporteur, lit un rapport sur la farine, la semoule, le pain du gluten, présentés, d'une part par M. E. Martin (de Vervins), de l'autre par M. Durand, boulanger à Toulouse.

Dans une première partie de son rapport, M. Bouchardat s'occupe surtout de la question spéciale que se sont proposée les auteurs des communications, celle qui a trait à l'examen des produits qu'ils préparent pour l'alimentation des diabétiques; dans la seconde, il aborde la question plus générale de l'utilisation du gluten, qui se lie intimement à l'existence des amidonneries salubres.

Dans les premiers essais de fabrication de pain de gluten qui ont été exécutés en 1841 par M. Martin, d'après l'inspiration de votre rapporteur, on n'obtenait qu'un pain très-élastique, d'une mastication difficile et qui souvent ne se conservait que quatre ou cinq jours, et qui par conséquent ne pouvait être emporté loin du pays de production. Votre rapporteur s'est alors adressé de nouveau à M. E. Martin pour l'engager à fabriquer une farine de gluten; il y est parvenu de la manière la plus heureuse.

La farine de gluten de M. Martin telle qu'il la fabrique communément contient environ 80 p. 100 de gluten sec; il peut l'obtenir plus riche en em-

ployant cette farine à 80 p. 100 à diviser de nouveau gluten qu'il dessèche à l'étuve et qu'il pulvérise de nouveau.

Les farines de M. Martin se conservant bien peuvent s'expédier au loin avec la plus grande facilité; non-seulement elles servent à préparer le pain de gluten, mais on en prépare avec la plus grande facilité des gaufres, des crêpes et des gâteaux les plus divers.

Le problème que nous nous étions proposé de préparer avec le gluten pur des mets variés et du pain se rapprochant du pain ordinaire pour son aspect et pour sa saveur, de la farine se conservant et pouvant se transporter au loin, a donc été complétement résolu par M. E. Martin en soumettant le gluten humide et divisé à la température de 100° dans une étuve. Desséché ainsi et réduit en farine, il a perdu une grande partie de sa faculté extensible. On peut l'employer alors comme la farine ordinaire en le pétrissant avec 66 parties d'eau pour 100; on y ajoute un demi-centième de levûre de bière, et au bout d'une heure environ on met la pâte sous forme d'une grosse tresse. Dans ces conditions, la pâte de gluten ne lève pas sensiblement plus que la pâte ordinaire. Elle fournit de petits pains analogues pour l'aspect et la consistance aux pains viennois, et qui n'inspirent plus ce dégoût qu'éprouvaient les diabétiques lorsqu'ils mangeaient le pain boursouflé et friable du gluten non préparé.

Les différents points sur lesquels portent les perfectionnements que M. Durand a introduits dans la fabrication du pain de gluten, se rapportent au choix des glutens qu'il emploie, à la dessiccation parfaite du pain qu'il produit, qui assure sa conservation, à une très-légère torréfaction qu'il lui fait subir, qui le rend moins désagréable, et enfin à l'emploi d'un petit appareil qui lui permet de le faire réchauffer et manger dans de bonnes conditions longtemps après sa préparation.

L'expérience avait montré à M. Durand que les blés qui sont vendus sur le grand marché méridional (Toulouse), diffèrent essentiellement les uns des autres sous le rapport de la matière azotée qu'ils renferment.

Il a traité des farines dont il n'a pu extraire par la malaxation que des quantités très-minimes de gluten; les nouvelles recherches de M. Millon donnent une explication satisfaisante de ce résultat; il en a traité d'autres qui lui ont fourni des quantités énormes de ce produit, un blé dur des Pyrénées lui a donné jusqu'à 39 p. 100 à l'état humide.

Cette connaissance sur la teneur en gluten des différentes farines a permis à M. Durand, tant qu'il ne préparait du pain de gluten que sur une petite échelle, d'extraire du gluten d'une portion de la farine qu'il panifiait dans sa boulangerie ordinaire et de compenser ce déficit par l'emploi de ces blés durs d'une richesse insuitée.

Cette étude des glutens est importante à un autre point de vue; elle nous montre que lorsqu'on aura établi sur des bases solides l'utilisation du gluten des amidonniers, on ne traitera plus que des blés durs, ne contenant que du gluten cohérent et exempt pour ainsi dire de matière azotée soluble. Les fabricants réaliseront ainsi deux avantages : le premier, c'est de ne rien perdre d'utile dans leurs eaux de lavage; le second, c'est de ne laisser écouler de leurs fabriques que des eaux exemptes pour ainsi dire de matières azotées qui ne subiraient plus de décomposition putride et qui ne produiraient plus de sulfure par la décomposition des sulfates contenus dans l'eau. C'est alors seulement que l'industrie des amidonniers pourrait être définitivement déclassée.

Les communications de MM. E. Martin et Durand ont une importance beaucoup plus grande qu'elles ne semblaient l'avoir au premier abord, parce qu'elles touchent directement à deux questions d'hygiène dignes à tous égards de l'intérêt de l'Académie et de l'administration; elles se rapportent en effet à un perfectionnement radical dans la fabrication de l'amidon, qui est rangée dans la première classe des établissements insalubres et à l'utilisation d'un des aliments les plus riches, le gluten, qui, dans les anciens procédés de production de l'amidon, loin d'être employé à la nourriture de l'homme, ne contribuait par sa putréfaction qu'à infecter les fabriques.

C'est surtout à l'époque de la rareté des subsistances que l'on comprend mieux la nécessité de porter hardiment la réforme dans ces fabriques, où une portion considérable d'aliments riches est sacrifiée.

Afin de bien préciser le but vers lequel tendent les efforts de MM. Martin et Durand, il est nécessaire d'insister sur deux points : le premier, c'est de faire connaître l'importance des fabriques d'amidon; le second, c'est de rechercher les causes qui ont pu s'opposer jusqu'ici à l'établissement des amidonneries salubres.

Outre les usages ordinaires de l'amidon pour l'empesage du linge, il est encore plusieurs autres emplois de cette matière qui chaque année grandissent en importance...

On voit, d'après cet exposé, que la fabrication de l'amidon a pour notre pays plus d'intérêt qu'au premier abord on n'aurait été tenté de lui en attribuer.

Sur les trois cents fabriques qui sont en activité, on en trouve à peine six qui travaillent d'après les procédés salubres. Les encouragements n'ont cependant pas fait défaut à cette industrie nouvelle...

... Il paraît donc démontré que la question d'une large et fructueuse utilisation du gluten se trouve intimement liée avec celle de l'établissement définitif des amidonneries salubres. Cette connexion est si évidente que, dans un rapport auquel vous avez donné votre haute approbation, les avantages de la fabrication du gluten granulé de MM. Véron et compagnie (de Poitiers) sont établis avec le plus grand soin.

Donner du crédit aux aliments de luxe ayant le gluten pour base, remplit donc le double but d'augmenter la masse des subsistances et de rendre plus prochaine la suppression des amidonneries insalubres. Les partisans de cette fabrication arriérée objecteront sans doute qu'ils utilisent les blés et les farines avariés qu'on ne peut livrer à la consommation. Nous avons examiné avec le plus grand soin cette objection, qui, au premier abord, ne paraît pas dénuée de valeur; mais elle tombe d'elle-même devant une étude suivie de ce qui se passe dans les fabriques. Avec les farines et les blés fortement avariés, l'amidon n'a pas cette blancheur parfaite qui le fait rechercher pour ses principaux usages. Les fabriques d'amidon, pour obtenir de belles marchandises, emploient donc de bons blés marchands. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'ils traitent des farines ou des blés avariés. Leur intervention n'a même aucune importance pour ces cas exceptionnels. En effet, s'agit-il de blés échauffés qui n'ont subi qu'un commencement de décomposition comparable à celle dont M. de Castelnau s'est occupé dans le MONITEUR DES HÔPITAUX du 10 janvier 1854, M. Martin a vu qu'en les traitant par une solution rendue faiblement alcaline par le carbonate de soude et en les faisant dessécher, on en obtenait une farine qui fournissait, par le procédé qu'il a mis en usage, de l'amidon de belle qualité et du gluten en quantité satisfaisante.

On se rend aisément compte de ces résultats par cette propriété si remarquable du gluten de se dissoudre avec la plus grande facilité dans de l'eau contenant un millième d'acide.

S'agit-il, au contraire, de blés ou farines profondément avariés, ce sont précisément ces farines qui donnent de l'amidon coloré, et souvent en faible proportion; car l'altération peut s'étendre jusqu'à l'amidon qui est rendu soluble par l'action du gluten altéré. Le meilleur usage qu'on puisse faire des farines ou blés ainsi altérés, c'est de les faire intervenir dans l'alimentation de nos animaux domestiques.

La principale raison d'être des amidonneries insalubres n'est donc pas valable, et il est d'un grand intérêt public de les remplacer par les fabriques opérant l'extraction du gluten en l'utilisant.

C'est dans cette direction que M. Martin a travaillé en fabriquant ces vermicelles, ces semoules si riches en gluten, ces pâtes plus chargées de gluten que les meilleurs macaronis d'Italie. C'est, comme nous l'avons déjà dit, pour atteindre ce but d'un bon et fructueux emploi du gluten fourni par des amidonneries salubres, qu'a été fondée la fabrique de gluten granulé de MM. Véron.

La fabrication du pain de la farine de la semoule de gluten pur, entreprise dans le but de satisfaire à un besoin thérapeutique, paraît devoir être beaucoup plus restreinte que ces applications à la confection d'aliments usuels; mais comme ce pain, ces farines de gluten pur se vendent à un prix plus élevé. Si la prévision du boulanger de Toulouse, M. Durand, se réalisait, et si la consommation s'en étendait, comme elle paraît le faire dans le rayon de cette ville, le problème de l'emploi lucratif du gluten obtenu par les amidonniers serait résolu.

Pour nous résumer, nous dirons : Quand une industrie s'attache à perfectionner des produits utiles dans le traitement des maladies ;

Quand le développement de cette industrie a pour but d'augmenter la masse des subsistances, en diminuant ou plutôt en supprimant l'insalubrité d'une profession,

Les hommes qui se dévouent à ces questions ont droit à toutes nos sympathies. C'est pour cela que nous avons l'honneur de vous proposer de répondre à M. le ministre que l'Académie a examiné avec intérêt les produits qui lui ont été soumis par M. E. Martin et par M. Durand (de Toulouse), et qu'elle est d'avis que ces ingénieux fabricants méritent d'être encouragés.

Après quelques courtes observations de M. H. Gaultier de Claubry, qui tendent à confirmer et appuyer les conclusions du rapport, ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

CHOLERA.

M. JOLLY lit la troisième et dernière partie de son mémoire sur le choléra, ayant pour titre : QUELQUES REMARQUES PRATIQUES SUR LA PROPHYLAXIE ET LE TRAITEMENT DU CHOLÉRA.

Dans cette nouvelle invasion, dit-il, le choléra ne s'est démenti en rien de son passé, il n'a fait que confirmer en tous points l'opinion qu'il nous avait donnée précédemment de son étiologie locale et individuelle, de son mode de propagation et de développement; et enfin pour faire acte de retour en France et dans Paris, le choléra n'a eu besoin ni des individus malades, ni d'aucun intermédiaire de prétendue contamination cholérique. C'est que sa propriété épidémique seule devait encore lui suffire pour se produire comme pour se transmettre d'un lieu dans un autre, comme pour y exercer librement ses sévices; en un mot pour la troisième fois le choléra nous a encore apporté la preuve qu'il n'est nullement contagieux.

Cette fois le choléra s'est sensiblement humanisé; ses coups ont été plus rares, moins foudroyants, moins meurtriers; ils ont pu être prévus dans l'immense majorité des cas de manière à laisser à l'hygiène tout le temps de les parer, à la médecine toute la possibilité d'en combattre plus sûrement et plus efficacement les effets. Cependant, dans la prévision que l'on pourrait avoir encore à se prémunir contre les éventualités du retour de l'épidémie, M. Jolly s'est proposé dans cette dernière communication de soumettre à l'attention de l'Académie quelques remarques pratiques déduites en partie de ce qui précède sur la prophylaxie et le traitement du choléra.

Mais avant d'aborder ce sujet, il a cru devoir préalablement étudier les symptômes du choléra comme condition nécessaire à la détermination des indications thérapeutiques. Il y a, dit M. Jolly, un point de vue sous lequel il est indispensable de signaler les principaux symptômes du choléra, pour en déduire des indications rationnelles en même temps que des principes généraux de traitement. Ce sont les circonstances dans lesquelles ces sym-

ptômes se manifestent, la forme sous laquelle ils se traduisent, l'ordre dans lequel ils se succèdent, la liaison qu'ils peuvent avoir avec les faits étiologiques, leurs rapports avec les grandes fonctions de la vie; en un mot, c'est la corrélation qui peut rattacher l'acte pathologique à l'acte physiologique, l'effet à la cause, la médication à l'indication, le remède au mal.

Ainsi considérés comme sources nécessaires d'indications thérapeutiques, les symptômes du choléra se présentent généralement sous deux formes ou périodes bien distinctes, savoir : 1° une période de dépression; 2° une période de réaction.

La première ou période de dépression implique elle-même plusieurs degrés bien tranchés de la maladie. C'est à cette période qu'appartient cette diarrhée dite *cholérine* ou *diarrhée prémonitoire* qui constitue, sinon le fait initial et nécessaire du choléra, au moins le fait le plus constant et le plus caractéristique de la période de la maladie...

M. Jolly, après avoir analysé les symptômes de ces deux périodes et en avoir fait ressortir les deux sources principales d'indications thérapeutiques qui s'en déduisent, fait l'histoire et l'appréciation des diverses méthodes de traitement qui ont été instituées en vue de ces indications et des indications secondaires qui se rattachent aux principaux symptômes, et il résume cette dernière partie de son travail en ces termes : « Il n'y a ni préservatif, ni spécifique curatif contre le choléra; mais il y a des règles hygiéniques propres à atténuer l'effet des causes locales et individuelles de l'épidémie, comme il y a des méthodes thérapeutiques applicables à chaque période de la maladie, comme il y a aussi des médications spéciales à opposer à chaque symptôme en particulier. »

La séance est levée à quatre heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE.

DE LA SUETTE MILIAIRE, DE SA NATURE ET DE SON TRAITEMENT, TRAITÉ PRATIQUE SUIVI D'UNE ANALYSE DE TOUTES LES ÉPIDÉMIES DE SUETTE OBSERVÉES JUSQU'A NOS JOURS; par le docteur A. FOUCART. — 1 vol. in-8°. — Paris, 1854. Chez Labé, place de l'École-de-Médecine, 23.

En 1849, alors que le choléra sévissait à Paris et dans un grand nombre de départements du nord de la France, et que dans quelques-uns, notamment la Somme, l'Aisne, l'Oise, la Marne, l'Yonne, la Meuse, etc., une épidémie de suette était venue joindre ses ravages à ceux du choléra, M. le docteur Foucart reçut du ministre de l'agriculture la mission d'aller observer l'épidémie de suette dans quelques-unes des localités où elle sévissait avec le plus d'intensité. De retour de sa mission, M. Foucart résuma ses observations dans un mémoire qu'il présenta à l'Académie de médecine, et qui devint, avec quelques autres communications sur le même sujet, l'objet d'un rapport; — rapport que par un motif de convenance, que tout le monde appréciera, nous nous abstenons de qualifier ici comme il le mériterait. Ce mémoire, repris en sous-œuvre, amplifié et soumis à une nouvelle élaboration, précédé du rapport de la commission et suivi d'importantes additions historiques, critiques et bibliographiques, qui n'avaient pu entrer dans la première rédaction, constitue le fond du livre que M. Foucart vient de publier.

Si nous rappelons ces diverses circonstances, et si nous remontons ainsi à l'origine du travail de M. Foucart et aux diverses évolutions qu'il a subies avant d'être livré à la publicité, c'est que nous y trouvons un double motif de rendre à la fois hommage à la manière dont rapporteur et auteur ont su comprendre et remplir leurs devoirs respectifs. Le parti que M. Foucart a su tirer des critiques du rapport et les heureuses applications qu'il a faites, dans son nouveau travail, des considérations philosophiques dont ces critiques étaient accompagnées, ne lui font pas moins d'honneur, en effet, qu'au rapporteur lui-même qui l'a si bien inspiré. D'un autre côté, nous avions besoin de ce petit préambule pour justifier l'exiguïté du rôle qu'il nous reste à accomplir. En effet, la publicité donnée dans nos colonnes au rapport de M. J. Guérin, où se trouvent analysées les parties principales du travail de M. Foucart, nous prive du plaisir que nous aurions eu à le résumer. Mais si notre tâche se trouve par là restreinte, il ne nous en est que plus impérieusement commandé de l'accomplir avec toute l'attention qu'elle mérite. Nous allons donc essayer de résumer le dernier chapitre de ce livre qui renferme les additions faites au mémoire primitif : ce sera une sorte de complément à l'analyse contenue dans le rapport.

M. J. Guérin signalant, dans son rapport, quelques-uns des *desiderata* du mémoire de M. Foucart, appelait particulièrement son attention sur cette question, savoir : la suette de 1849 ressemble-t-elle à la suette des épidémies précédentes? A laquelle des formes simple ou composée, admises par les auteurs, se rapporte-t-elle? Question dont on saisit assez, de prime abord, l'importance au double point de vue du diagnostic et du traitement, et dont la solution pouvait, devait être cherchée dans une étude comparative du mode d'invasion, des symptômes, de la marche et de la terminaison de l'épidémie de 1849, et des traits qui pouvaient la faire ressembler, d'une part à la suette anglaise, et de l'autre à la suette picarde.

M. Foucart s'était préoccupé, dans son mémoire, de rattacher l'épidémie dont il avait été témoin aux épidémies de suette antérieures; mais sa comparaison, ainsi que le faisait remarquer le rapport, n'avait porté que sur les épidémies de suette miliaire dont il affirmait plutôt qu'il ne démontrait l'identité, et il n'y était rien dit de la suette anglaise.

C'est dans le but de remplir cette lacune de son premier travail, et de réunir les éléments nécessaires à la solution de la question formulée dans le rapport, que M. Foucart a ajouté à son livre le chapitre dont il nous reste à parler.

La suette est-elle une maladie toute moderne? Existe-t-il dans la nosologie des siècles anciens quelque affection que l'on puisse rapprocher de celle que l'on observe aujourd'hui? Les épidémies récentes ont-elles leur identique ou leur analogue dans les siècles qui ont précédé le nôtre? Telles sont les questions que M. le docteur Foucart s'est proposé d'examiner dans le chapitre XVI et dernier de son livre, qui est la partie neuve et originale de ce nouveau travail. Deux termes de comparaison se présentaient naturellement ici : la suette anglaise de la fin du quinzième siècle et les diverses épidémies connues sous le nom de suette picarde qui ont sévi en France depuis le commencement du dix-huitième siècle jusqu'à nos jours. Il eût été superflu et d'ailleurs fort difficile de remonter plus haut dans l'histoire d'une maladie dont les anciens n'ont laissé aucune description assez précise pour que l'on soit certain même qu'ils l'aient observée. Si du rapprochement de la suette anglaise, de la suette picarde et des épidémies récentes il ressortait d'ailleurs que ces diverses épidémies n'ont été que des manifestations éloignées d'une seule et même maladie, ou plutôt les effets diversifiés d'une seule et même influence pathogénique, ne différant tout au plus que par leur degré d'intensité ou par des phénomènes accessoires de peu d'importance, cela suffirait pour la question à élucider.

Or de l'étude comparative des textes des diverses descriptions de la suette anglaise et de la suette picarde avec l'épidémie de 1849, il ressort clairement que l'analogie la plus complète, sinon une identité absolue, existe entre toutes les épidémies qui se sont succédé en France depuis la première apparition authentique de la suette miliaire jusqu'à l'épidémie de 1849. Ne pouvant suivre ici l'auteur dans la série des démonstrations, des preuves et des textes qu'il invoque à l'appui de cette proposition, nous nous bornerons à résumer les principaux groupes de faits et les principaux arguments de sa thèse.

Les principaux motifs sur lesquels M. Foucart fonde l'identité des épidémies de suette sont les suivants :

D'abord il résulte du rapprochement des relations des épidémies les mieux connues que tous les auteurs sont d'accord sur plusieurs points, notamment sur ceux-ci, savoir : que c'est dans l'âge adulte que sévit surtout la maladie, les deux extrêmes de la vie, l'enfance et la vieillesse, y étant beaucoup moins exposés; que, dans cette période, on voit les femmes être prises en plus grand nombre que les hommes.

La connaissance des causes prédisposantes spéciales, en l'absence de toute notion de la cause efficiente, qui, comme celle de toutes les épidémies, échappe à nos moyens d'investigation, eût sans doute été ici d'un grand secours pour la démonstration qu'il s'agissait de poursuivre; mais ces causes prédisposantes elles-mêmes restent le plus souvent inappréciées, et il eût été difficile d'ailleurs de suppléer le silence des auteurs à cet égard. Cependant, au milieu des obscurités profondes qui enveloppent l'étiologie de la suette, il a paru à M. Foucart qu'il était possible de saisir encore sur quelques points qui s'y rattachent plus ou moins indirectement un certain degré de plus d'analogie. Tous les auteurs sont, en effet, unanimes pour signaler l'influence des impressions morales vives, de la frayeur en particulier, sur la production de la suette miliaire. Peut-être pourrait-on objecter, à la vérité, que cette influence prédisposante des impressions morales vives et de la frayeur est commune à plusieurs épidémies et probablement même à un grand nombre d'épidémies de différente nature; mais elle n'en méritait pas moins cependant d'être prise en considération, cette circonstance d'être commune à plusieurs maladies ne faisant qu'en atténuer la valeur sans la détruire.

L'absence ou la présence, la variété des éruptions, la continuité ou l'intermittence des symptômes n'ont paru non plus à M. Foucart fournir aucun signe, aucun caractère différentiel qui pût paraître suffisant

pour entraîner l'idée d'une différence de nature entre telle ou telle épidémie. Ainsi dans toutes les épidémies on a observé deux ou trois espèces ou variétés de l'éruption (miliaire rouge, miliaire blanche, etc.); et des divergences d'opinion émises à ce sujet par les auteurs, il n'est guère possible de conclure autre chose, si ce n'est que la variété de l'éruption n'a aucune valeur comme caractère spécifique et distinctif.

Il en est de même, aux yeux de M. Foucart, de l'intermittence, qu'il ne considère d'ailleurs que comme une anomalie individuelle et très-rare, et qui ne s'est jamais montrée dans aucune épidémie comme un phénomène constant, général et dépendant de sa nature même.

Parmi les caractères importants de la maladie, au contraire, il en est qui se sont montrés constamment dans toutes les épidémies : tels sont la constipation, les phénomènes nerveux, l'altération du sang, la putréfaction rapide des cadavres. Que si dans quelques cas isolés on a noté la diarrhée, il ne faudrait en tenir aucun compte suivant M. Foucart, ces cas dépendant de complications semblables à celles qu'on a observées dans l'épidémie de 1849, où la cholérine est venue mêler son influence à la suette.

La contagion, s'il était toujours possible d'en démontrer l'existence, serait certainement un argument d'une grande valeur à invoquer pour ou contre l'identité des diverses épidémies. Mais au milieu des assertions contradictoires des auteurs, dont les uns affirment, dont les autres nient la contagion, sans qu'aucun d'eux apporte de preuve suffisante à l'appui de son opinion, il devient à peu près impossible de fonder sur ce caractère une base solide d'argumentation.

Le traitement, ce critérium de la nature des maladies lorsqu'il est établi sur des bases rationnelles ou sur une expérience dûment constatée, a fourni à M. Foucart un de ses arguments les plus péremptoires. Après avoir établi d'une part la supériorité incontestable de la méthode vomitive, au début de la maladie, sur tout autre traitement, les désastreux effets de la méthode antiphlogistique et les résultats plus déplorables peut-être encore des anciennes méthodes excitantes et diaphorétiques, M. Foucart a recherché dans l'histoire des épidémies de suette les plus connues, s'il trouverait à l'égard de l'influence comparative des divers modes de traitement une analogie quelconque avec le fait si saillant qu'il venait de constater. Toutes les fois qu'au milieu d'une épidémie meurtrière jusque-là traitée par les saignées (« traitée par les saignées et partant éminemment meurtrière, dit M. Foucart »), intervenait un médecin qui substituait la médication vomi-purgative à celle qui faisait tant de victimes, constamment la mortalité s'arrêtait et bientôt l'épidémie s'éteignait, ainsi qu'il lui est arrivé de le voir en 1849. C'est ce dont le résumé analytique des épidémies de suette lui a fourni plusieurs exemples. N'est-ce pas là à la fois la preuve la plus éclatante de l'efficacité de la méthode vomitive dans le traitement de la suette et de l'identité de toutes les épidémies de même nom?

Nous ne nous dissimulons pas, et M. Foucart n'a pas dû se dissimuler lui-même l'objection qu'on pourrait faire à ce genre d'argumentation en lui opposant l'incertitude presque toujours inhérente à l'appréciation des effets d'un traitement dans une épidémie. Mais cette objection qui serait vraie pour la généralité des cas, tombe ici devant la certitude et la constance des résultats maintes fois constatés.

Il est un autre point encore sur lequel le rapport de l'Académie avait appelé l'attention de M. Foucart comme se rattachant à la question précédente, et qu'il a également cherché à élucider par ses recherches. M. J. Guérin avait exprimé le désir qu'un travail comparatif fût tenté, dans lequel on recherchât si les épidémies de suette notées depuis la suette anglaise jusqu'à nos jours n'auraient pas offert une dégradation insensible, une diminution de gravité, depuis les premières jusqu'aux dernières. Il est résulté des recherches de M. Foucart à cet égard que dans certains cas l'épidémie s'est montrée moins grave que dans d'autres, mais qu'il n'y a pas eu depuis un siècle et demi diminution de gravité dans l'ensemble de ces épidémies; qu'il n'y a pas eu une série décroissante jusqu'à en arriver à une immunité presque complète. Ainsi, dans l'épidémie de 1849, M. Foucart a vu des cas où la mort est survenue en quelques heures, en un jour. La preuve que la mortalité n'a pas été, dans chaque épidémie, en diminuant par rapport à l'épidémie précédente, se trouve d'ailleurs aisément dans la comparaison des chiffres moyens de mortalité des épidémies connues. Ainsi, dans un rapport sur les épidémies de suette de 1839 et 1840, il est dit que la mortalité a été dans une de ces épidémies de 1 sur 7 et dans une autre de 1 sur 3. La gravité ou la bénignité relatives de telle ou telle épidémie ne sauraient d'ailleurs, à quelque degré que s'élevât la différence sous ce rapport, constituer un caractère différentiel en ce qui concerne leur nature. Cette différence n'impliquerait tout au plus que des différences corrélatives dans les effets du traitement et des soins hygiéniques.

Toutes ces considérations mûrement pesées, M. Foucart s'est donc cru fondé à conclure que, sauf quelques très-légères modifications de détail qui n'ont jamais été assez tranchées pour constituer une différence appréciable dans ce que l'on est convenu d'appeler le *génie* des épidémies, et surtout pour influencer la médication, toutes les épidémies de suette miliaire observées jusqu'à présent en France ont offert les mêmes caractères, les mêmes symptômes, la même nature, en un mot qu'elles ont été parfaitement identiques. Quant à la suette anglaise, il résulte également de la comparaison des textes, des descriptions, du temps et des commentaires des auteurs, qu'elle ne différait notablement en rien, à l'intensité près, de la suette picarde, et par conséquent des épidémies actuelles.

Ainsi se trouve confirmé par une analyse comparative rigoureuse de tous les documents historiques et de tous les éléments qu'il a été possible de réunir, ce fait de l'identité des suettes que M. Foucart n'avait pu que pressentir dans son premier mémoire, et sur lequel M. Guérin lui-même, bien qu'il se déclarât suffisamment convaincu par ses propres recherches, a cru devoir réclamer un nouveau supplément de preuves. Nous ne reviendrons pas sur l'importance de cette détermination et sur les conséquences qui s'en déduisent au point de vue pratique, le rapport en ayant surabondamment fait ressortir toute la portée.

Le chapitre que nous venons d'analyser, en résolvant cette importante question historique, termine et complète l'œuvre de M. Foucart, dont toutes les autres parties, de l'aveu de la commission académique, n'avaient presque rien laissé à désirer.

Aussi ne pourrons-nous mieux terminer cette analyse qu'en reproduisant et en élargissant le sens des conclusions de la commission académique. Si le mémoire de M. Foucart lui a paru mériter d'être particulièrement distingué parmi les diverses relations que l'Académie avait reçues au sujet de la même épidémie, nous n'hésiterons pas, à notre tour, à déclarer que son nouvel ouvrage constitue aujourd'hui la meilleure et la plus complète monographie de la suette.

H. Brochin.

VARIÉTÉS.

BULLETIN DU CHOLÉRA.

Mars.	27	28	29	30	31	Avril. 1er	2	3	4	5
Cas admis dans les hôpitaux.	4	4	4	0	2	3	2	1	2	4
Cas déclarés dans l'intérieur.	3	2	5	2	3	2	2	0	5	1
Décès dans les hôpitaux. . .	3	5	5	3	4	1	7	5	1	5
Décès à domicile.	2	2	1	1	1	0	0	2	3	0

L'hôpital de la Charité figure dans ce tableau pour les chiffres suivants :

Mars.	27	28	29	30	31	Avril. 1er	2	3	4	5
Cas déclarés dans l'intérieur.	3	0	3	2	X	2	0	0	3	1
Décès.	2	X	X	2	3	1	2	3	1	1

Nous rappellerons que, du 15 février au 16 mars, il y avait eu à la Charité 8 cholériques venus du dehors, 54 déclarés à l'intérieur et 30 décès.

Dans les arrondissements, du 15 février au 4 avril, les décès cholériques se répartissent de la manière suivante :

Arrondissements. . .	12e	11e	10e	5e	3e	Total des décès.
Décès.	7	7	17	1	1	33

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 29 mars, les présidents actuels des jurys médicaux des circonscriptions des Facultés de médecine de Paris, de Montpellier et de Strasbourg cesseront leurs fonctions à partir de ce jour.

Les jurys médicaux seront présidés :

Dans les départements qui composent la circonscription de la Faculté de médecine de Paris, par MM. Grisolle et Malgaigne;

Dans les départements qui composent la circonscription de la Faculté de médecine de Montpellier, par MM. Dumas et Fuster;

Dans les départements qui composent la circonscription de la Faculté de médecine de Strasbourg, par MM. Erhmann et Rigaud.

— Par un autre arrêté de la même date, les membres des jurys médicaux des départements de la Seine, de l'Hérault et du Bas-Rhin, nommés par l'arrêté du chef du gouvernement, en date du 18 avril 1849, cesseront leurs fonctions à partir de ce jour.

Sont nommés membres des jurys médicaux desdits départements, savoir :

Pour le département de la Seine, MM. Denonvilliers, Requin et Laugier;

Pour le département de l'Hérault, MM. Bouisson, Boyer et Jaumes;

Pour le département du Bas-Rhin, MM. Stoltz, Schützenberger et Stoeber.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

ÉPIDÉMIOLOGIE MILITAIRE.

État sanitaire de l'armée russe en 1828 et 1829.

Au moment où de grandes agglomérations de troupes vont réaliser, sur les points plus ou moins circonscrits du théâtre de la guerre, des conditions pathologiques nouvelles, peut-être même de nouvelles épidémies, il est très-intéressant de rechercher dans l'histoire médicale du passé les circonstances qui peuvent avoir quelque analogie avec celles qui vont se présenter. C'est pour ce motif que nous accueillons avec empressement les détails qu'on va lire, extraits et traduits d'un travail du major Moltka, sur l'état sanitaire de l'armée russe en 1828 et 1829. On remarquera, en effet, que les localités occupées à cette époque par l'armée russe sont à peu près les mêmes que celles où elle porte actuellement ses opérations. Il sera curieux de voir si les mêmes causes plus ou moins modifiées par les circonstances intercurrentes seront aptes à reproduire les mêmes effets. Inutile d'ajouter qu'à cet intérêt tout d'actualité vient se joindre naturellement l'intérêt général qui s'attache toujours à l'observation de faits d'un ordre aussi important et se développant sur une aussi vaste échelle.

Voici donc le travail du major Moltka.

. . . .

« Sur 115,000 Russes qui envahirent la Turquie d'Europe en 1828 et 1829, 10 ou 15,000 seulement repassèrent le Pruth. Le reste avait succombé dans les hôpitaux par les fièvres intermittentes, la dyssenterie et la peste.

» Le soldat russe, mal habillé, mal nourri, n'était nullement prémuni contre le climat des provinces danubiennes et surtout de la Bulgarie, où la température varie, entre le jour et la nuit, de 32 à 16 degrés Réaumur en été, et où la chute de la rosée produit l'effet d'une pluie fine et pénétrante.

» Dès 1828, à peine l'armée russe avait-elle envahi les principautés que l'état sanitaire devint des plus alarmants. Il se manifesta une fièvre grave, contagieuse, accompagnée de bubons et de pustules; on put constater que cette maladie se communiquait par le contact même des vêtements, et l'on eut beau séquestrer, isoler les malades, établir des quarantaines et des cordons sanitaires autour des villages, le fléau ne s'en étendit pas moins dans les principautés et remplit de milliers de malades les hôpitaux de Bucharest, qui ne contiennent que cinq cents lits. Concurremment avec la peste, les fièvres intermittentes et putrides, les dyssenteries, le scorbut et les maladies inflammatoires de toutes sortes enlevèrent un grand nombre de malades.

» Du mois de mai 1828 au mois de février 1829, il était entré dans les hôpitaux et ambulances, savoir :

Pour atteintes légères. .	75,226 hommes.
Pour cas graves.	134,882 —
Total.	210,108 hommes.

C'est-à-dire que chaque Russe appartenant à cette armée était entré deux fois soit aux ambulances, soit aux hôpitaux.

» La plus grande extension des maladies eut lieu en septembre et octobre. Dans ce dernier mois, il entra dans les hôpitaux seulement 20,000 malades. Le mois de février fut le plus meurtrier : plus du quart des malades succombèrent.

» Ces données sont insuffisantes pour évaluer les pertes éprouvées dans cette première campagne par l'armée russe; mais on peut sans exagération les estimer à la moitié de son effectif disponible, c'est-à-dire à près de 40,000 hommes, y compris les morts sur le champ de bataille.

» Vers le milieu de mai 1829, la peste reparut sur la rive droite du Danube et gagna Varna, où étaient concentrés les réserves, les magasins, les parcs de toute l'armée, ainsi qu'un dépôt de 4,000 malades. Elle éclata, dit-on, à la suite d'une distribution de munitions longtemps renfermées en magasin, et qui avaient appartenu aux morts de la 16e division d'infanterie; puis vinrent le scorbut et les fièvres malignes.

» On envoya quelques bataillons camper hors de la ville; on ordonna aux soldats des bains de mer; on fit aérer les tentes, aérer les munitions, brûler les effets des morts, et l'on parqua les pestiférés dans une enceinte à part.

» Dans le cours de juin, il entra à l'hôpital 1,000 hommes par semaine. Le 25, il en mourut 300. Le 26 août, on comptait 5,509 entrées et 3,959 décès. Des 1,550 malades qui restaient, 614 seulement survécurent; 54 officiers de santé succombèrent.

» A Brailow, la peste faisait 774 victimes sur 1,200 malades, et n'épargnait aucun des médecins et des infirmiers. Elle fit aussi irruption en Bessarabie. Elle épargna pourtant le gros de l'armée campée sous Schoumla, où elle ne se manifesta que par quelques cas isolés. La dyssenterie, du reste, y exerçait d'affreux ravages.

» Dans la traversée des Balkans, 1,000 hommes moururent en route de la diarrhée, de la fièvre bilieuse et du scorbut.

» Dans la marche sur Andrinople, bien que l'armée fût déjà un peu refaite de ses longues privations, et que son moral fût relevé, survinrent d'autres maladies étranges : des fièvres chaudes accompagnées de délire et d'un ramollissement des vaisseaux capillaires tel, que la plus légère contusion, le simple toucher même, produisaient au bout de quelques minutes une tache d'un bleu rougeâtre d'un demi-pouce de diamètre, ces malades mouraient dans le délire ou le coma, le cinquième ou le sixième jour. Des dyssenteries qui enlevaient la moitié des hommes, et des fièvres intermittentes graves accompagnées de prostration absolue des forces.

» En Bulgarie, dans le cours de juillet, on comptait 37,000 malades. Les hôpitaux, au sud des Balkans, étaient encombrés.

» A Andrinople, on avait transformé en hôpital la plus vaste caserne. Trois jours étaient à peine écoulés qu'on y recevait 1,616 hommes; le 1er septembre, on en comptait 3,666, et le 15, 4,646, c'est-à-dire le quart de toutes les forces disponibles à cette date.

» La peste enleva presque tous les médecins attachés à cet hôpital. Des fièvres intermittentes graves exercèrent aussi d'affreux ravages. Au dire des auteurs, les malades mouraient presque tous du dix-huitième au vingtième jour.

» Dans la seconde moitié de septembre, on n'observa plus que des

---

FEUILLETON.

Chronique médicale.

La succession scientifique de M. Roux. — Les sangsues. — Les banquets médicaux. — Un moraliste rigide.

L'événement le plus important qu'il y ait eu à signaler dans cette dernière quinzaine médicale a été la mort de M. Roux. La presse tout entière, organe du sentiment public, a constaté par d'immenses regrets la perte que la profession, la science, l'enseignement, le pays, viennent de faire dans la personne du célèbre chirurgien.

Avec ces regrets, si vivement sentis et si vivement exprimés, la mort de M. Roux a imposé aux corps savants dont il faisait partie une obligation aussi difficile que douloureuse, le soin de le remplacer. Il laisse vacants trois postes éminents qu'il avait occupés longtemps et avec éclat : à la Faculté de médecine, à l'Académie de médecine, à l'Académie des sciences. La succession n'est pas régulièrement ouverte encore; mais déjà les espérances, les prétentions à ce riche héritage commencent à s'éveiller et même à se produire plus ou moins discrètement. Le moment n'est pas venu de citer des noms, de s'occuper des personnes; mais on peut, sans violer aucune convenance, et peut-être avec quelque utilité, indiquer certaines questions préjudicielles auxquelles ces trois vacances paraissent devoir donner lieu.

La chaire de la Faculté est une chaire de clinique chirurgicale, c'est-à-dire le mode d'enseignement le plus recherché par les élèves, le plus retentissant, le plus difficile, car il consiste presque autant en exemples qu'en préceptes. Le professeur ne s'y présente qu'appuyé sur le praticien, et c'est par l'art que s'y formule la doctrine. Le théâtre de cet enseignement est l'Hôtel-Dieu, scène redontable où ont successivement paru et régné Desault, Pelletan, Dupuytren et Roux; c'est là qu'est en quelque sorte le trône de la chirurgie; et bien que ce trône ait été de notre temps plus d'une fois déplacé en réalité, on le lieu conserve encore dans l'opinion une partie de son prestige. Il y a là certes bien de quoi tenter de généreuses ambitions! En d'autres temps, nous aurions été témoins de la lutte; nous ne verrons aujourd'hui que le résultat. Le concours est dans une de ces phases de discrédit que subissent à la longue toutes les institutions, lorsque, viciées dans l'application, leurs abus finissent par compromettre leur principe. Le système de la nomination directe sur présentation de candidats désignés par les corps compétents n'est pas nouveau. Il a été essayé sous plusieurs formes; il a eu, comme le concours, des fortunes diverses. Il se fera juger encore cette fois par ses fruits.

Le fauteuil de l'Académie des sciences n'est pas moins éminent, pas moins enviable que la chaire de la Faculté, quoique à d'autres titres. L'Institut est, en France, comme le maréchalat des professions et des études libérales. C'est la distinction la plus haute dont puisse être honoré un savant, un homme de

dyssenteries auxquelles plus de 1,300 hommes succombèrent dans le courant d'octobre.

» Le 29 octobre il restait à Andrinople 4,700 malades, 3 à 400 infirmiers, sous la protection du 6e régiment de chasseurs, en tout 6,000 hommes, lorsque la peste se montra de nouveau si soudainement qu'elle envahit presque à la fois les trois cents chambres de l'hôpital.

» Les médecins russes ont dépeint sous des couleurs terribles ce fléau dont l'invasion était si rapide que tous les remèdes internes étaient impuissants. A Varna des lotions d'eau froide avaient toujours soulagé et quelquefois même guéri les malades; mais à Andrinople on ne put employer ce remède à cause de la rigueur de la température.

» La peste d'Andrinople atteignit son apogée à la fin de décembre; elle enlevait 50 à 70 hommes par jour, en tua 5,200 sur 6,000, et ne disparut qu'au mois de mars, faute de victimes.

» En 1828, la mortalité avait été :

Dans les ambulances. . .	de 5 pour 100
Dans les hôpitaux.	19 pour 100

» En 1829, elle fut :

Dans les ambulances . . .	de 14 pour 100
Dans les hôpitaux.	37 pour 100

» Le nombre des morts dans les hôpitaux seulement, de mars à juillet, fut d'environ 28,000. Il fut à peu près le même pour les cinq derniers mois; en sorte que si l'on ajoute à ces chiffres les morts des ambulances et ceux des champs de bataille, on restera bien au-dessous de la vérité en évaluant la perte des Russes en 1829 à 60,000 hommes.

» Il a été établi que dans la campagne de 1828, sur 100 malades il en mourait :

	Aux ambulances.	Dans les hôpitaux.
En mai.	1,8	7.4
juin.	2,7	2,2
juillet	2,0	10,2
août	2,7	16,6
septembre . . .	5,6	18,9
octobre.	7,2	22,3
novembre . . .	19,9	26,3
décembre. . . .	10,5	23,3
janvier 1829 . .	»	25,5
février	»	28,8

» Dans la campagne de 1829, sur 100 hommes il est mort :

	Ambulances.	Hôpitaux.
En mars.	»	20,4
avril	»	25,6
mai.	9,3	29,2
juin	10,7	56,6
juillet	10,0	41,1
août.	11,1	33,7
septembre. . .	14,3	34,6
octobre.	18,8	42,0
novembre . . .	27,3	45,6
décembre . . .	19,6	39,1

» Ainsi, en rapprochant ce tableau du précédent, on trouve qu'en 1829 le nombre des morts avait triplé dans les ambulances et doublé dans les hôpitaux:

» Dans les hôpitaux seulement, on reçut :

En mars. . . .	12170	malades, dont	1/5e	soit	2434 morts
avril. . . .	17625	—	1/4	—	4406 —
mai	14419	—	1/3	—	4806 —
juin	18000	—	plus de 1/2	—	9500 —
juillet . . .	19000	—	2/5e	—	7600 —
	81214 malades				28746 morts

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR L'ICTÈRE QUI ACCOMPAGNE QUELQUEFOIS LES ÉRUPTIONS SYPHILITIQUES PRÉCOCES (lu à la Société de biologie en décembre 1853); par M. le docteur ADOLPHE GUBLER, médecin des hôpitaux, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

(Suite. — Voir le no 13.)

Trente années s'étaient écoulées sans que la science eût enregistré des remarques analogues, lorsque M. Ricord qui a tant fait pour l'histoire de la syphilis, s'appuyant sur deux cas dont il avait été témoin, se demanda à son tour si la perturbation produite par l'intoxication syphilitique ne pourrait pas être une cause d'ictère (1). Mais cette idée, négligée depuis par son auteur, oubliée par les contemporains, reste encore aujourd'hui comme non avenue.

OBSERVATIONS.

Cependant il existe dans les auteurs, et nous avons recueilli nous-même un certain nombre de faits qui tendent à établir que la syphilis constitutionnelle peut être cause d'ictère simple. La première observation de ce genre que nous allons rapporter appartient à Percy; nous l'extrayons d'un ouvrage de M. Ricord qui s'en est occupé à un autre point de vue (2).

OBS. I. — « Un tambour du régiment de Rouergue avait inutilement passé par les remèdes à Landan et à Besançon, pour une vérole dont les symptômes étaient un bubon à l'aine droite, un chancre profond à la base du gland, près le frein, des douleurs dans tous les membres et une espèce d'ictère universel. Le désir d'être guéri avait rendu cet homme docile et exact pendant les deux traitements, dont l'un avait été sans succès, et l'autre n'avait eu que celui de cicatriser le chancre, sans avoir rien fait ni à la jaunisse ni au bubon, pour lequel le malade se servit de pilules mercurielles et d'emplâtres fondants jusqu'à ce que, sa constance étant lassée, il contracta une seconde vérole qui, quinze jours après les risques qu'il avait courus, se déclara par une infinité de porreaux à la verge, par un chancre au prépuce et par le renouvellement de l'ancien par l'accroissement inflammatoire de son bubon

(1) CLIN. ICONOGN., pl. 18.
(2) TRAITÉ PRAT. DES MAL. VÉN., p. 182. Paris, 1838.

lettres, un artiste. Ce n'est proprement ni une place, ni une fonction publique: c'est une position officielle dans l'ordre de la science ou de l'art, un grade. Il y a une obligation de travail et de concours, mais elle est purement morale et de convenance. L'académicien n'a, comme tel, aucun rôle militant et actif à remplir. Il siége avec calme et dignité comme un magistrat de la science. On comprend que la participation à des priviléges si élevés exalte aussi bien des ambitions dans le corps médical, et il est probable que ce fragment de l'héritage de Roux sera disputé avec plus d'ardeur encore que les deux autres. L'Académie avisera. Mais avant de se prononcer sur les personnes, elle a, dit-on, à se décider sur une question qu'on pourrait dire de principe. Sera-ce dans la chirurgie ou dans toute autre grande spécialité médicale, dans la physiologie, par exemple, qu'on prendra le successeur de Roux dans la section de *médecine et de chirurgie?* Le titre même de la section, son caractère au sein de l'Académie des sciences, semblent militer en faveur de la chirurgie. Ce n'est pas la médecine théorique pure qu'on a entendu admettre dans cette section spéciale, c'est la médecine pratique, et en général l'art de guérir. Il y a quelque intérêt pour la profession à ce que ce point de vue, qui est le vrai, soit maintenu. C'est au sens propre et direct que la médecine et la chirurgie sont et doivent être représentées dans l'Académie des sciences. Sans doute on a eu égard, dans le choix de plusieurs des membres actuels, à leurs connaissances spéciales comme physiologistes, anatomistes, etc.; mais c'est néanmoins par leur caractère médical qu'ils appartiennent proprement à la section. Il en avait été de même pour leurs prédécesseurs. Tous ces précédents sont conformes à l'esprit qui a présidé à la constitution de la section. Ne serait-ce pas dénaturer cette combinaison que d'y introduire l'élément scientifique pur?

A la vérité cette modification pourrait sembler une amélioration. On peut s'étonner que, dans une section médicale, une branche aussi importante que la physiologie ne soit pas nominativement représentée; mais elle l'est en réalité; il en est de même de l'anatomie. Il n'y a donc pas précisément de lacune.

Mais n'y a-t-il rien de plus à faire à l'Académie des sciences sous ce rapport? En examinant la distribution de ses sectinns, on trouve que la science de l'homme y est le moins bien partagée. Ce n'est guère que la section de médecine et de chirurgie qui s'y rallie directement. L'homme pourtant est, ce semble, un objet d'étude pour le moins aussi intéressant et important que les minéraux et les plantes. Il a été évidemment un peu négligé dans le cadre de l'encyclopédie académique. C'est pour remplir ce *desideratum* qu'on a songé plus d'une fois à la création d'une section d'Anatomie et de Physiologie humaines. L'anthropologie aurait ainsi, et très-convenablement, une place à part, et ne serait plus une simple dépendance de la zoologie. En outre, la section de médecine et de chirurgie trouverait là sa base théorique et scientifique pure, de même que la section de Mécanique a la sienne dans la section de Géométrie, et l'Économie rurale dans la Botanique. *Hoc erat in votis.* On y reviendra.

Ceux qui, comme nous, pensent que la section médicale de l'Académie des sciences doit conserver, autant que possible, son caractère médico-chirurgical, présentent en outre, à l'appui d'une candidature chirurgicale, une considération pratique qui n'est pas sans importance. La section se compose, s'est toujours composée de trois médecins et de trois chirurgiens. Cette distribu-

et l'augmentation des douleurs qui lui étaient restées par tout le corps; l'ictère seul parut ne s'en être pas senti. Dans cet état, le malade rentra à l'hôpital Saint-Louis de Besançon, où il eut vingt frictions qui dissipèrent en même temps ses premiers et derniers symptômes, et lui rendirent une santé qui s'est toujours bien soutenue. »

L'observation qu'on vient de lire est assurément fort incomplète, et l'on peut se demander s'il s'agissait bien, chez ce tambour, d'une syphilis constitutionnelle, puisqu'il n'est pas fait mention d'éruptions cutanées, de lésions des amygdales, ni d'autres symptômes syphilitiques connus à cette époque. Cependant il y a quelques bonnes raisons à faire valoir en faveur de l'existence d'une diathèse syphilitique. En effet il ne faut pas s'y tromper, le mot *bubon* avait, dans le langage du temps, la même signification que le mot *adénopathie*, dans la nomenclature moderne; il servait donc à indiquer un simple engorgement ganglionnaire, et c'est ici le cas, puisque nous voyons un *accroissement inflammatoire de son bubon*, signalé pour la première fois à l'occasion de nouveaux chancres contractés un peu plus tard. Par conséquent, il est probable que primitivement l'adénopathie était indolente ou à peu près, malgré l'existence d'un *chancre profond*. Sans doute il est à regretter que nous n'ayons pas une description de cette ulcération chancreuse; mais la circonstance d'un engorgement ganglionnaire non inflammatoire, jointe à l'existence de *douleurs dans tous les membres*, me semble constituer, malgré le silence gardé sur l'état des téguments, de fortes présomptions en faveur du diagnostic vers lequel j'incline. Au reste, je conviens que ce fait n'est pas de ceux qui entraînent la conviction, il ne peut acquérir une valeur réelle qu'en s'ajoutant à ceux dont nous parlerons dans la suite de ce travail. Nous placerons en première ligne ceux de M. Ricord.

La *Clinique iconographique* de l'hôpital des Vénériens renferme deux faits dans lesquels on voit l'ictère accompagner les premières manifestations de la syphilis constitutionnelle.

Voici les principales circonstances de ces deux cas intéressants :

Obs. II (1). — « Le malade avait eu sur la face dorsale de la verge un chancre induré pour lequel il n'avait subi aucun traitement. A la suite de ce chancre, un engorgement des ganglions inguinaux était survenu, mais sans douleur et sans suppuration.

» Deux mois après la cicatrisation de l'ulcère primitif, un ictère apparut tout à coup; puis bientôt se manifestèrent des douleurs céphaliques nocturnes, et il survint un engorgement des ganglions cervicaux postérieurs.

» Ces premiers accidents furent rapidement suivis d'une éruption générale, sous forme de macules exanthématiques, difficile à distinguer à cause de l'ictère.

» D'ailleurs, les antécédents, la marche et la terminaison de cette éruption syphilitique n'ont rien présenté de particulier, si ce n'est leur coïncidence avec l'ictère qui en avait altéré la couleur spéciale.

» On fit prendre au malade de la tisane de saponaire, des pilules de protoiodure de mercure et des bains. Sous l'influence de ce traitement l'ictère avait disparu longtemps avant l'éruption syphilique qui reprenait sa teinte caractéristique au fur et à mesure que l'ictère disparaissait. »

Ici point de doute possible relativement à l'existence de la diathèse syphilitique : l'ictère paraît en avoir été la première manifestation.

(1) *Loc. cit.*, pl. 18.

Il est probable que ce symptôme ne pouvait être attribué à aucune des causes ordinaires qui le produisent; cependant il est à regretter que cette circonstance n'ait pas été mentionnée d'une manière spéciale.

Le second fait est plus complexe : il a été recueilli par E. Dulac, ancien élève de M. Ricord à l'hôpital des Vénériens.

Obs. III. — Claude D..., peintre-décorateur, âgé de 23 ans, entra à l'hôpital du Midi le 12 novembre 1844. Depuis l'âge de 14 ans, où il fut pris d'un abattement général et subit, déterminé par une constipation opiniâtre, « il avait toujours éprouvé un peu d'embarras dans les fonctions entéro-hépatiques. »

Vers la fin du mois de septembre 1844, après des rapports sexuels avec une fille publique, il s'aperçut qu'il avait une écorchure à la rainure du gland. Le 16 octobre suivant cette ulcération avait revêtu tous les caractères d'un chancre induré à gangrène moléculaire.

« Quatre jours avant son entrée à l'hôpital, D... fut pris tout à coup d'un ictère intense, à la suite d'une émotion violente qu'il attribue à une perte d'argent qu'il avait faite au jeu. Peut-être aussi l'abus des boissons alcooliques, qui très-certainement déjà avait déterminé la complication gangréneuse du chancre, n'était pas étranger à l'invasion de l'ictère.

» Quand le malade fut soumis à notre observation, il n'éprouvait aucune douleur à l'épaule droite; aucun changement appréciable ne s'était manifesté dans le volume du foie et la région hépatique n'était pas douloureuse; seulement il était tourmenté par une constipation assez opiniâtre.

» La teinte ictérique avait acquis le summum de l'intensité possible. Toutes les sécrétions étaient fortement colorées en jaune, la salive surtout, et quant à la suppuration de la balano-posthite et du chancre, on l'eût prise pour de la bile pure.

Ce malade avait en même temps la gale. Il dut être soumis à des frictions tous les deux jours avec l'onguent citrin. On lui donna en outre pour boisson de la limonade tartrique, et tous les deux ou trois jours il prenait deux pilules écossaises. Aucun autre traitement spécifique ne fut fait.

« L'ictère ne disparut que vers le commencement du mois de février.

» A travers la coloration jaune foncée de la peau, il avait été impossible de découvrir aucune trace de syphilide exanthématique. Cependant déjà les ganglions cervicaux postérieurs étaient engorgés.

» Au moment où l'ictère disparaissait, on vit surgir sur plusieurs points différents une éruption mixte papulo-squameuse et papulo-pustuleuse lenticulée, tout à fait analogue à celle que la planche représente. Le cuir chevelu était en même temps le siége d'une éruption impétigineuse disséminée.

» Quand l'éruption fut complétement développée, le malade éprouva des douleurs céphaliques et lombaires, accompagnées d'une oppression très-forte.

» Les accidents syphilitiques cédèrent à l'usage des pilules de proto-iodure de mercure et de la tisane amère, et le 18 *janvier* 1845 (1) le malade sortit de l'hôpital guéri de tous les symptômes qu'il avait successivement présentés à notre observation. »

Nous ne connaissons pas d'autres cas publiés dans lesquels on ait vu l'ictère accompagner les syphilides. Nous voyons bien, dans le mémoire sur les plaques muqueuses de MM. Davasse et Deville (2), l'indication d'une semblable coïncidence; mais l'observation qui s'y rapporte n'étant pas consignée dans le travail de ces deux médecins distingués, il nous est impossible de savoir si l'ictère s'était développé dans ce cas, sous l'influence de la syphilis ou bien par l'action d'une cause

(1) Il y a probablement une erreur de date.
(2) Arch. gén. de méd., t. IX, 4e série, p. 299; 1845.

tion n'est pas arbitraire. La section est le juge naturel des travaux relatifs à sa spécialité. C'est à elle que l'Académie en confie le rapport. C'est par son intermédiaire et sur sa décision que s'adjugent des prix, des récompenses. Il faut donc que, dans son sein, il puisse y avoir discussion, délibération et solution par voie de majorité, des questions qui lui sont soumises. Or, pour qu'une majorité se forme, le nombre impair est indispensable. L'introduction d'un membre étranger à la chirurgie détruirait cette condition. On fait observer enfin que, dans la circonstance présente, l'élément chirurgical se trouverait par le fait représenté par un seul membre, l'autre étant malheureusement forcé, par l'état de sa santé, de ne plus prendre part aux travaux académiques. Il résulterait de là, pour le membre resté seul chargé du travail, une position exceptionnelle de pouvoir et de responsabilité dont il serait sans doute le premier à sentir les inconvénients.

L'Académie des sciences jugera dans sa sagesse et selon ses lumières. La question a des faces diverses. Nous avons naturellement été porté à la résoudre dans le sens qui nous paraît le plus propre à conserver la place faite à la science et à la profession médicales dans l'Institut. Si on en décide autrement ce sera sans doute sur des raisons qui seront sûrement de poids pour entraîner l'assentiment de l'Académie et de la section. Elles forceraient peut-être le nôtre si nous les connaissions; mais en attendant qu'on les produise, nous sommes fondé à accorder quelque confiance à celles que nous venons d'exposer. Nous les soumettons humblement à qui de droit.

La troisième vacance, celle à l'Académie impériale de médecine, suscitera moins d'agitation. Ce n'est pas qu'un fauteuil académique à la rue des Saints-Pères soit un objet de peu de prix; mais il est moins rare de beaucoup que les places à l'Institut et à la Faculté. Les chances d'y monter étant plus fréquentes, les compétiteurs sont, non pas moins nombreux, mais moins pressés. Chacun de ceux qui joignent quelques titres à leurs prétentions peut espérer arriver. Il suffit d'attendre son tour. Dans le cas actuel, d'ailleurs, il n'est pas sûr qu'il y ait vacance. Le fauteuil de M. Roux est bien vide, mais on prétend qu'il ne sera loisible à personne de s'y asseoir, par la raison qu'on va l'ôter de la salle et le reléguer dans un grenier comme un meuble inutile. Cette mesure inouïe et, au premier abord, incompréhensible, résulterait de ce que l'Académie se trouve, par la mort de M. Roux, réduite au chiffre de 100 membres, maximum qu'elle ne peut dépasser sans violer un décret draconien qui la limite à ce nombre. Et voyez la complication! une candidature était déjà ouverte dans la section d'anatomie pathologique. Le jour de l'élection était prochain. Si on la fait avant une nouvelle extinction, l'Académie se trouvera composée de 101 membres et aura enfreint le décret; si on ne la fait point, elle viole ses propres lois et toutes les lois académiques qui ne permettent pas d'interrompre la marche d'une élection régulièrement instituée. Qui débrouillera ce nœud ou qui le coupera? Hélas! la même main qui l'a fait, la mort. Le chiffre 100 peut d'un instant à l'autre descendre d'une unité; il doit même le faire bientôt s'il faut en croire le numériste de malheur dont un feuilleton, ordinairement plus souriant, expose les sinistres calculs. *Di omen avertant!*

— Dans la séance de l'Académie de médecine où ont été votées les conclusions du rapport de M. Soubeiran sur la question de l'élève et de la reproduc-

vulgaire, indépendamment de l'infection. Il ne nous reste donc plus qu'à examiner les faits qui nous sont personnels.

Avant d'en rapporter l'observation abrégée, je ferai une remarque qui les concerne tous et qui me permettra d'éviter des répétitions fastidieuses dans l'histoire de chacun d'eux.

Pour établir la part d'influence qui revenait à la syphilis dans la production de l'ictère, j'ai dû nécessairement, toutes les fois que l'occasion s'en est présentée, interroger avec le plus grand soin les antécédents des malades dans le but de m'assurer qu'aucune des causes connues de la jaunisse n'était intervenue pour la déterminer. J'ai donc appris, dans tous les cas, que les sujets n'avaient été en proie à aucune émotion morale pénible et violente, qu'ils ne souffraient point habituellement de dérangements des fonctions digestives, ni même de gastralgies, qu'ils n'avaient pas commis d'écarts de régime. Ainsi ils m'ont tous affirmé qu'ils n'avaient pas fait d'excès de boissons alcooliques, qu'ils ne s'étaient pas enivrés. Quant à cette dernière déclaration, je conviens qu'elle doit être accueillie avec une certaine réserve; l'aveu d'une pareille erreur coûte toujours un peu, même aux hommes qui peuplent nos hôpitaux. Cependant en général on parvient à obtenir cet aveu enveloppé de quelques restrictions, et par conséquent une dénégation absolue n'est pas sans valeur. Au reste, je ne serais pas surpris si, dans une nouvelle série de cas, l'intempérance était plusieurs fois signalée; ce vice est commun, et s'il engendre beaucoup de maladies, il coïncide avec un plus grand nombre encore. Je comprendrais même qu'un écart de régime pût provoquer du côté du foie l'explosion d'accidents rendus imminents par la diathèse syphilitique, de même que la syphilis, à son tour, intervenant chez un sujet prédisposé aux affections hépatiques par des habitudes d'ivrognerie, déterminerait plus facilement l'ictère qu'en toute autre condition. En attendant ces nouveaux faits, j'enregistre avec soin l'absence de ces causes habituelles de l'ictère chez les malades soumis à mon observation. Je noterai également qu'aucun d'entre eux n'avait commencé l'usage des préparations mercurielles, ni n'avait été soumis à l'une quelconque des causes exceptionnelles auxquelles on a pu quelquefois attribuer la jaunisse.

Obs. IV. — Le premier cas d'ictère accompagnant la syphilis constitutionnelle s'est présenté à mon observation, au commencement de 1848, chez un malade couché au n° 19 de la salle 3 (service de M. Ricord), qui était entré avec une syphilide papulense lenticulée. La première période de son affection vénérienne n'avait rien offert de spécial; l'accident primitif était un chancre induré accompagné de la pléiade ganglionnaire. Mais le début des accidents secondaires avait été marqué par des symptômes gastriques plus caractérisés que d'ordinaire. Après plusieurs jours de malaise, d'anorexie, de nausées, de douleurs dans l'épigastre, l'hypocondre et même le dos, cet homme était devenu jaune, en même temps son corps s'était couvert d'une éruption. Aucun écart de régime n'avait été l'occasion de ces troubles du côté des organes digestifs. Le foie n'était pas sensiblement augmenté de volume.

Le malade fut mis à l'usage des amers et des pilules de proto-iodure d'hydrargyre. L'ictère se dissipa longtemps avant que l'éruption papuleuse ne fût éteinte.

La particularité remarquable dans ce fait, qui se rapproche d'ailleurs beaucoup de la première observation de M. Ricord, c'est l'intensité des phénomènes gastriques et de la rachialgie.

Obs. V. — Au mois de septembre 1848, je fus appelé par mon ami M. le docteur Rames, pour voir un étudiant en médecine, son compatriote, chez lequel il s'était développé un ictère intense en même temps qu'une syphilide roséolique et papulense succédant à un chancro induré. M. Rames lui avait donné des soins pour ce chancre et le voyait de temps en temps, lorsque la roséole apparut au milieu du cortége habituel des symptômes qui marquent le début des accidents secondaires : céphalalgie, douleurs rhumatoïdes, auxquels se seraient joints des troubles digestifs très-prononcés; eu même temps la peau prit une teinte jaune, qui ne tarda pas à devenir assez intense pour constituer un ictère vrai.

Aucun traitement général n'avait encore été entrepris; nous prescrivîmes les pilules de proto-iodure de mercure. La jaunisse ne fut pas de longue durée.

Chez ce jeune étudiant aucune circonstance en dehors de la syphilis ne pouvait rendre compte de l'ictère.

Obs. VI. — En 1849 je retrouvai, dans la salle 3 du service de M. Ricord et dans un lit voisin de celui qui était occupé par notre premier malade, un jeune homme affecté tout à fois d'une syphilide précoce et d'un ictère foncé. Ce qui m'a frappé dans ce cas, c'est que le malade rejetait parfois des mucosités spumeuses fortement colorées en jaune verdâtre. plus semblables à de la salive ou à du mucus buccal qu'au mucus bronchique et très-différentes surtout des crachats péripneumoniques par leur nuance et par l'absence de cette consistance gélatineuse qui est caractéristique dans la pneumonie. D'ailleurs il n'y avait aucun signe stéthoscopique ni autre d'engouement pulmonaire.

Chez lui, comme chez tous les sujets précédents, la jaunisse et l'éruption syphilitique étaient deux accidents contemporains; aucune préparation hydrargyrique n'avait été mise en usage avant leur apparition.

Obs. VII. — En 1851, lorsque je remplaçais M. le docteur Kapeler à l'hôpital Saint-Antoine, M. E. Canuet, interne du service, admit, sur la recommandation de mou excellent collègue M. Barth, un malade qui présentait aussi un ictère combiné avec une syphilis constitutionnelle.

Cet homme, âgé d'environ 30 ans, un peu maigre, mais d'une bonne constitution, était pour la première fois affecté d'accidents syphilitiques. A son entrée, il était vierge de tout traitement interne et portait, sur le fourreau de la verge, une cicatrice indurée qui avait fait place à un chancre datant de trois mois à peu près. Les autres symptômes concordaient parfaitement avec cette induration, à savoir : adénopathie inguinale, multiple et indolente, syphilide papulo-squammeuse disséminée, plaques grises sur différents points de la cavité buccale, tuméfaction de trois ou quatre ganglions sous-occipitaux et mastoïdiens coïncidant avec quelques points rouges et écailleux dans le cuir chevelu et une alopécie peu prononcée. En même temps, la peau et les sclérotiques offraient une coloration jaune très-manifeste.

Tout cela datait de plus de deux semaines. A partir de ce moment, sans cause occasionnelle appréciable, surtout sans l'intervention d'une cause morale, le malade avait ressenti un malaise général qu'il n'avait pas bien analysé, mais qui était accompagné de perte d'appétit et de douleur de tête; la jaunisse se manifesta presque aussitôt et augmenta durant quelques jours; elle était déjà en voie de décroissance, lorsque le malade fut soumis à mon observation et s'effaça rapidement pendant l'usage des pilules de proto-iodure de mercure et de la tisane de quassia amara. Il en fut à peu près de même des accidents secondaires proprement dits.

Nous n'avons constaté aucune augmentation de volume du foie, aucune sensibilité dans l'hypocondre droit, ni dans la région épigastrique; l'appétit

---

tion des sangsues, question dans laquelle un honorable médecin et l'Association médicale d'un département se trouve en conflit avec un industriel, on a répété souvent le mot : *Il faut que justice se fasse.* Malgré le vote de l'Académie, ce mot est encore et plus que jamais de saison. Oui, il faut que justice se fasse, car elle n'a pas été faite; mais il faut d'abord, et c'est par là qu'on aurait dû commencer, que la *lumière se fasse*. La nouvelle lettre adressée à l'Académie par les membres de l'Association médicale d'Eure-et-Loir, exige nécessairement une révision de cette affaire qui, mal instruite, n'a pu être que mal jugée. La réclamation de ces honorables confrères ne peut pas rester sans effet. Ceux-là entendent bien mal la dignité de l'Académie qui voudraient, pour la soustraire au reproche d'inconséquence, la laisser sous celui bien autrement grave d'injustice. Il n'y a plus d'autre moyen légitime et honorable de résoudre la question que de procéder à une nouvelle enquête, en la confiant cette fois à des hommes, non pas plus éclairés ou plus équitables, mais moins engagés dans le débat, et qui puissent examiner les faits avec la plus entière indépendance d'esprit. L'Académie ne doit pas, et par conséquent ne voudra pas joindre au malheur de s'être laissé surprendre une décision erronée au point de vue de la science et blessante pour les personnes, le tort de persister, bien qu'avertie, dans son erreur et dans son procédé. Il importe au contraire grandement à sa considération comme société scientifique et comme représentant le corps médical, que les faits et les personnes soient remis par elle-même à leur vraie place. Si elle se refuse à faire ce redressement, le public scientifique et médical le fera. Il l'a peut-être déjà fait.

— La Chronique voulait parler aujourd'hui de bien d'autres choses et de choses moins graves et plus gaies. Nous ne le pouvons plus vu l'heure tarde; le pourrons-nous une autre fois? Qui le sait? A chaque jour son œuvre et sa nouvelle. La Chronique n'a pas de règle, elle prend, elle laisse suivant le vent variable de son humeur et suivant le degré d'élasticité de ses colonnes. Elle ne peut cependant, quoique très-pressée, se dispenser de vous apprendre qu'on a beaucoup banqueté dans ces derniers temps parmi nous. Après le fameux banquet Chélius, auquel Roux présidait avec toute la verdeur d'un corps sain, la gaieté d'un esprit juvénile et la chaleur d'une âme expansive, nous avons eu celui dit de l'Union médicale; belle devise, ma foi, et qui ne se trouvera jamais mieux réalisée qu'*inter pocula et cibos*. Rompons souvent le pain ensemble, très-chers confrères, passons-nous le verre à la ronde, si nous voulons n'être qu'un esprit et qu'un cœur. Le repas commun a toujours été chez tous les peuples le symbole religieux de l'union des âmes. C'est à table qu'il nous faut sceller le pacte de confraternité. C'est un moyen à la fois plus sûr et plus agréable que le syndicat. Et que de beaux sentiments, que de pensées ingénieuses, quelles gerbes d'esprit ont jailli du choc des verres et des cœurs dans cette fête de famille! Le beau procès-verbal qu'a eu à rédiger le secrétaire de cette séance! Nous en recommandons la lecture à ceux qui, comme nous, absents ou empêchés, n'ont pu participer à cette agape. Des toasts de quinze jours de date perdent inévitablement quelque chose de leur mérite; mais par la saveur et le piquant qui leur restent on peut juger de l'effet qu'ils ont dû produire dans leur fraîcheur.

— Un autre Symposion médical, dont nous avons lu aussi les actes authen-

était revenu, les fonctions digestives s'exécutaient régulièrement, et le malade mangea immédiatement deux portions.

Bien que nous n'ayons pas assisté au début de l'ictère, en se reportant à l'époque fixée par le malade pour l'apparition de la coloration jaune des téguments, on voit que la suffusion bilieuse a dû se produire en même temps que l'éruption secondaire, dont nous retrouvons quelques éléments d'une forme avancée. Les souvenirs du malade n'étaient pas assez fidèles pour qu'il nous rendit parfaitement compte des troubles digestifs qui précédèrent ou accompagnèrent l'invasion de la jaunisse et de l'exanthème syphilitique. Il est probable que ces symptômes gastriques étaient plus prononcés qu'on ne serait porté à le penser d'après les renseignements fournis par le malade. Ces symptômes ont pris une proportion insolite dans le cas dont il nous reste à parler.

Obs. VIII.—Clarisse R., âgée de 19 ans, domestique, entre à la Charité, salle Sainte-Madeleine, n° 8, service de M. Bouillaud, le 6 août 1850. Cette femme est blonde, bien constituée, et dit avoir toujours joui d'une bonne santé. Elle est enceinte de quatre mois. Pendant les deux premiers mois environ de sa grossesse, elle a été sujette à des vomissements, et vers l'époque où cet accident s'est dissipé, elle a remarqué l'existence de flueurs blanches assez abondantes. Plus tard l'écoulement leucorrhéique augmenta beaucoup et devint extrêmement pénible. Les derniers rapports sexuels ont eu lieu six semaines avant l'entrée à l'hôpital.

Il y a maintenant douze à quinze jours que, de nouveau, ses digestions se sont dérangées; en même temps elle a souffert de maux d'estomac et d'une constipation opiniâtre. Il se joignait à cela une céphalalgie assez intense. Pas de fièvre, pas de coliques; seulement des vomissements, les uns à jeun, les autres provoqués par l'ingestion des boissons; l'appétit était complétement perdu.

Ces symptômes duraient depuis cinq à six jours, lorsque la malade s'aperçut qu'elle était jaune.

État actuel. — Teinte jaune verdâtre foncée de toute l'habitude du corps, plus intense encore aux sclérotiques. Sur les membres supérieurs, nous remarquons d'abord une éruption composée en partie de taches rouges, cuivrées, sans élevures et en partie de papules saillantes, dont quelques-unes sont couvertes d'une croûte très-mince. Cette éruption se retrouve avec les mêmes caractères sur les membres inférieurs et sur le tronc, et ne s'accompagne d'aucune démangeaison. L'abdomen offre en outre deux ou trois boutons plus larges, avec un centre brun formé par une croûte enchâssée dans le derme (ecthyma lenticulé). Des pustules ecthymateuses analogues existent en plus grand nombre autour des parties génitales, soit dans la région périnéale proprement dite, soit sur le voisinage des cuisses. Quelques papules saillantes humides méritent le nom de papules muqueuses. Croûtes dans le cuir chevelu, surtout à la région occipitale; plusieurs ganglions cervicaux postérieurs engorgés, roulants et un peu douloureux à la pression. Les cheveux tombent en abondance. Douleur de gorge depuis trois ou quatre jours; difficulté pour avaler. L'inspection révèle une tuméfaction considérable des amygdales avec plaques grisâtres.

Pas de traces d'ulcérations primitives sur les parties génitales externes. Le vagin n'est pas exploré; il est le siége d'un écoulement puriforme abondant.

Anorexie; langue chargée d'un enduit jaunâtre, épais; douleur à la région épigastrique; foie débordant les fausses côtes; constipation.

Pas de fièvre, ni céphalalgie; insomnie. (Tisane de quassia amara; deux pilules de proto-iodure de mercure à 0,05 centigr.)

Au bout de quelques jours, les pilules donnent lieu à des coliques et sont momentanément suspendues, puis reprises et continuées quinze jours environ sans interruption. Alors, la bouche s'étant prise, on a dû les cesser définitivement, en raison de la violence de la stomatite. Mais déjà la jaunisse et l'éruption syphilitique s'étaient considérablement atténuées.

Enfin, le 7 septembre 1850, lorsqu'après un mois de séjour, Clarisse R. quitta l'hôpital, les syphilides avaient entièrement disparu, ainsi que la coloration ictérique de la peau; il ne restait qu'une nuance jaune assez légère aux sclérotiques et quelques ganglions cervicaux engorgés. La grossesse marchait avec régularité, et le fœtus remuait énergiquement.

Cette dernière observation a été recueillie sous mes yeux par mon ami M. le docteur Duroziez. J'ai cru devoir la transcrire avec quelques détails afin d'éviter une objection qui, sans cela, se serait naturellement présentée à l'esprit des personnes qui savent que la grossesse a été considérée comme une cause d'ictère.

A la vérité cette opinion, professée par un très-petit nombre de médecins étrangers à la pratique de l'art obstétrical, n'a pas été sanctionnée par la très-grande majorité de ceux qui, s'étant occupés spécialement des accouchements et des maladies des femmes, étaient mieux que les autres en position de constater les faits de ce genre (1).

Le silence des accoucheurs constitue évidemment une présomption défavorable; mais des raisons valent mieux encore que des autorités. Voyons ce qu'il faut penser de l'ictère des femmes grosses.

A qui doit-on rapporter la première idée de l'influence exercée par la grossesse sur la production de l'ictère? Sur quels faits cette idée a-t-elle été appuyée? Nous l'ignorons; mais ce que nous savons bien, c'est que l'opinion dont il s'agit se trouve abritée derrière quelques noms qui font autorité dans la science, et qu'à ce titre elle mériterait une discussion sérieuse que nous ne pouvons pas épuiser ici, mais dans laquelle nous poserons au moins quelques jalons.

Cullen (2), par exemple, admet très-catégoriquement la grossesse au nombre des causes d'ictère, et donne à sa quatrième espèce de jaunisse le nom d'*icterus gravidarum*, qu'il fait suivre de cette phrase descriptive : ***Sub graviditate oriens et post partum abiens.*** Or, en disant que l'ictère des femmes enceintes, survenu dans le cours de la grossesse, ne se dissipe qu'après l'accouchement, je doute que Cullen ait voulu parler d'une véritable jaunisse. Nous n'observons jamais d'ictère qui affecte une pareille marche et dont la durée ne soit pour ainsi dire limitée que par celle de la grossesse elle-même. En l'absence de toute explication donnée par cet auteur éminent, il est permis de penser qu'il avait en vue le pseudo-ictère lié à la chlorose, si fréquente chez les femmes enceintes, comme le professe depuis longtemps M. Bouillaud et comme l'a démontré M. Cazeaux dans un travail récent. Pierre Frank (3) est plus explicite encore; l'ictère gravidique pourrait, selon lui, se montrer dans deux conditions pendant la grossesse : 1° au début, sous l'influence des mêmes causes que les nausées et les vomisse-

(1) Voici, par ordre alphabétique, la liste des auteurs dans lesquels on cherche vainement l'indication de l'ictère pendant la grossesse : Astruc, Baudelocque, madame Boivin, Burton, Capuron, Cazeaux, Chailly-Honoré, Chevreul, Delamotte, Deleurye, Denman, Deventer, Dionis, Gardien, Jacobs, Levret, Mauriceau, Maygrier, Ménard, Nœgelé, Nibell, Pen, P. Portat, Puzos, Rœderer, Sacombe, Smellie, Stein, Velpeau, Vierdel, Vitet, White.

(2) First lines of the pract. of the phys., t. II, p. 295.

(3) Traité de méd. prat., trad. de Goudareau. Paris, 1842, t. II, p. 352.

---

tiques, a été célébré par la Société de médecine d'un des arrondissements de Paris. On y a dit d'excellentes choses en prose et en vers. On y a prêché cependant une morale médicale qui nous donne de sérieuses inquiétudes. Il paraît que nous sommes tous dans la perdition, nous gens de la Gazette Médicale, et vous tous nos collègues de la presse médicale, pour avoir cru qu'il nous était permis de retirer quelque rémunération de notre travail, et de nous réjouir si à la fin de l'année il se trouve qu'il reste quelque chose au fond de la caisse du journal. C'est là, chers complices, un grand méfait. Le président du banquet l'a dit expressément : « Un journal médical qui se respecte ne peut » pas être une spéculation, ni devenir une affaire lucrative. » Cette maxime est dure, *dura lex, sed lex*. Ce rigide moraliste se l'applique du reste à lui-même; car il rédige un journal médical qui, il faut le reconnaître, n'a jamais été une spéculation lucrative. Il a donc le droit de nous faire la leçon.

Quelle belle question pour le futur syndicat!

— Un service hygiénique doit être établi auprès des armées ottomanes.

Tous les élèves qui ont passé un examen de doctorat et qui désireraient en faire partie ont pu s'inscrire lundi dernier au secrétariat de la Faculté; car la liste a été close à quatre heures.

— La Société de médecine de Marseille propose pour sujet d'un prix de la valeur de 300 fr., qui sera décerné dans la séance publique de 1854, la question suivante :

« 1° De l'accouchement prématuré artificiel;

» 2° Dans quelles circonstances et à quelle époque de la gestation faut-il le pratiquer?

» 3° Quel est le meilleur moyen de le terminer? »

Les mémoires, écrits en français ou en latin, devront être remis dans les formes académiques, et avant le 1er septembre 1854, terme de rigueur, à M. Henri Méli, secrétaire général de la Société, rue des Chartreux, 15, à Marseille.

— Le 30 mars, l'administration des hôpitaux de Lyon a convoqué tous les chefs de service, et leur a donné connaissance d'une lettre du recteur de l'Académie du Rhône, par laquelle ce fonctionnaire demande la suppression des cours de clinique non officielle que deux des médecins de l'Hôtel-Dieu avaient ouverts. La mesure est motivée sur ce que ces médecins se seraient livrés à des *médications excentriques*. Les cours ont été suspendus, et il en a été référé, dit-on, au ministre de l'instruction publique.

— Le département de Maine-et-Loire vient de faire une perte regrettable. M. le docteur Levincent, directeur de l'asile d'aliénés de Gemmes, près Angers, est mort le 10 avril, à la suite d'une attaque d'apoplexie.

— M. le professeur Piorry commencera ses leçons cliniques le mercredi 19 avril, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis, pendant le semestre d'été. La visite des malades a lieu tous les jours, à huit heures.

ments; 2° dans la dernière période de la gestation, par suite de la compression exercée par le globe utérin sur les voies d'excrétion de la bile (1). Mais, chose singulière, la première espèce est tellement rare que Frank avoue ne l'avoir jamais observée. Quant à la seconde, l'illustre praticien de Vienne est si peu satisfait du mécanisme qu'il vient d'invoquer, que, quelques pages plus loin (2), ayant à parler de la jaunisse qui se déclare quelquefois dans les efforts mêmes de l'accouchement, c'est-à-dire au milieu des circonstances les plus favorables à l'action mécanique de l'uterus, il déclare que cette jaunisse est ordinairement spasmodique et qu'elle disparaît bientôt avec les troubles inséparables de l'enfantement.

A l'époque où P. Franck écrivait son TRAITÉ DE MÉDECINE, la question de l'ictère gravidique était donc pleine d'incertitudes et de contradictions; depuis lors elle n'a pas avancé d'un pas. Dans les articles les plus récents, nous retrouvons les mêmes vues et la même pénurie de faits, avec cette différence toutefois que sous l'empire de plus en plus exclusif des théories mécaniques la première espèce d'ictère a fini par être reléguée dans l'ombre pour faire place à l'ictère par obstacle à l'excrétion biliaire. Cette préférence, à mon avis, est bien mal justifiée; en dehors des preuves tirées de l'observation directe des faits, l'induction est évidemment favorable à l'ictère sympathique de Franck; car on doit admettre par analogie que le trouble fonctionnel d'où résultent les vomissements opiniâtres de la grossesse peut atteindre le foie et se révéler, entre autres symptômes, par la jaunisse.

Quant à celui qu'on suppose être le résultat de la compression exercée par le globe utérin sur les canaux vecteurs de la bile, sans vouloir en nier absolument l'existence, j'avoue que sa production me paraît à peu près impossible. MM. Monneret et Fleury se sont exprimés dans le même sens (3), et mon ami M. le docteur Blot, qui a rempli pendant deux ans les fonctions d'interne à la Maternité, ne se rappelle pas avoir vu un seul cas d'ictère, quoiqu'il observât des femmes arrivées en général à la fin de la grossesse. Au reste, quelle que soit l'opinion qu'on se forme à cet égard, on demeurera convaincu après la lecture de l'observation précédente que, chez notre malade, l'ictère était réellement indépendant de l'état de gestation. En effet, d'une part, les vomissements auxquels on aurait pu le rattacher avaient complétement cessé depuis six semaines; d'un autre côté, la grossesse n'était pas encore parvenue à cette période avancée où l'on suppose que le volume énorme de l'utérus peut entraver l'excrétion de la bile. Et comme aucune autre circonstance commune ne pouvait rendre compte, chez cette femme (4), de l'apparition de la jaunisse, il est rationnel de rapporter celle-ci à l'influence de la diathèse syphilitique. Cela ne nous empêchera pas de reconnaître que l'état de gestation n'ait pu imprimer un caractère spécial aux phénomènes gastriques concomitants. En effet, c'est la première fois que nous voyons l'ictère présumé syphilitique s'accompagner de vomissements.

(*La suite au prochain numéro.*)

PATHOLOGIE CHIRURGICALE.

RÉFLEXIONS SUR LE REDRESSEMENT DE L'UTÉRUS; par M. A. AVRARD, D. M. à la Rochelle, membre de plusieurs sociétés savantes.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

A. — Le prolapsus est un déplacement de la totalité de l'organe, qui est connu de tout le monde, et qui ne peut être confondu avec rien, pas même avec le cystocèle : je ne m'en occuperai pas.

Quant à l'antéversion, on peut voir par ce que j'en ai dit plus haut qu'elle constitue l'état normal, tant que l'inclinaison n'est que de 75°. Si cette inclinaison augmente, il y a état morbide; mais cet état morbide n'est appréciable pour la femme que tout autant que le fond de l'utérus se rapproche de la face postérieure des pubis, et forme avec l'horizontale un angle de plus en plus fermé.

(1) *Loc. cit.*, p. 334.
(2) P. 353.
(3) COMPEND. DE MÉD. PRAT., t. V, p. 113.
(4) Non-seulement nous avons constaté l'absence des causes vulgaires de la jaunisse comme chez les autres malades; mais nous pouvons dire que l'une d'entre elles, les affections de l'âme, ne devait guère avoir de prise sur cette jeune fille insouciante et irréfléchie, puisqu'elle apprit de nous sans en ressentir aucune émotion le nom et la gravité de sa maladie qu'elle ignorait jusque-là.

Je crois devoir prévenir que, partant de ce fait : l'axe de l'utérus est à 75° au-dessus de l'horizon, en parlant de l'antéversion et de la rétroversion, je prendrai l'horizontale pour point fixe de nos calculs par angle, ce qui rend les descriptions plus faciles.

J'ai rencontré quelques cas dans lesquels l'antéversion était tellement forte que l'axe de l'utérus déplacé faisait, avec sa direction normale, plus qu'un angle droit. L'antéversion la plus remarquable qui se soit présentée à mon observation, dans une période de seize ans, est la suivante : une femme de 35 ans, ayant eu cinq enfants, brune et de forte constitution, vint réclamer mes soins pour être débarrassée d'une grande gêne qu'elle éprouvait en marchant. Je trouvai le fond de l'utérus engagé dans la vulve. Le col était inaccessible; je ne pus l'atteindre et l'abaisser avec l'indicateur, recourbé en crochet, qu'après avoir réduit le corps de l'organe, que l'extrémité du pouce, introduit simultanément dans le vagin, refoulait en haut. Dans ce cas l'inclinaison du fond de l'utérus *au-dessous* de l'horizontale était telle que j'inscrivis sur la note à laquelle j'emprunte ces renseignements : antéversion de 100°, ce qui donne une réclinaison de 25°.

Un certain degré d'inclinaison en avant est donc la position normale de l'utérus : d'où les désignations de lèvres inférieure et supérieure, données par la plupart des auteurs aux parties antérieure et postérieure du museau de tanche. Peut-on se rendre compte de cette disposition? Si l'on considère, d'une part, que le paquet mésentérique suspendu au devant de l'angle sacro-vertébral vient reposer sur le fond de l'utérus; d'autre part, que cet organe, soutenu mollement en haut par les replis péritonéaux, dits ligaments larges, n'est maintenu par rien en arrière, tandis qu'il est tiré ou tout au moins maintenu en avant par les ligaments ronds, on aura la raison d'être de cette normalité, ou, si l'on veut, la cause physiologique de cette inclinaison en avant. Enfin je trouve indiquée dans l'ANATOMIE PATHOLOGIQUE, XXVI° livraison, p. 3, la cause la plus active de l'antéversion : « Il suit de la différence qui existe entre le cul-de-sac péritonéal antérieur et le cul-de-sac péritonéal postérieur à l'utérus, que le cul-de-sac péritonéal antérieur est en général trop peu considérable pour admettre les intestins grêles, tandis que le cul-de-sac péritonéal postérieur peut en admettre une très-grande, une énorme quantité. »

La rétroversion est le déplacement en arrière de la totalité de l'organe; elle a des degrés nombreux, depuis la position verticale de l'utérus, qui en est le premier, jusqu'à cette position dans laquelle le fond correspondant au coccyx, le col est derrière les pubis. L'étendue du déplacement antérieur ne peut guère aller au delà de 100°; le déplacement postérieur peut atteindre 120°. Encore une fois, je prends pour point de départ de ces deux chiffres 100 et 120, sur une circonférence passant antéro-postérieurement par la ligne médiane, le point que j'ai indiqué comme position normale du fond de l'utérus, c'est-à-dire 75° au-dessus de l'horizontale.

En parlant de la rétroversion comme cause de stérilité, je compléterai ce qui me reste à en dire.

Je mentionnerai en passant, et seulement pour être complet, les déplacements latéraux, qui, au point de vue pratique, n'ont qu'une importance très-minime. Ils sont, du reste, rares : le plus fréquent des deux est le droit, c'est-à-dire celui dans lequel le fond de l'utérus est à droite, et le col en rapport avec le grand ligament sacro-sciatique gauche.

Chacune de ces deux espèces de déplacements, anteversion et rétroversion, détermine des accidents spéciaux qui ne sont malheureusement pas imaginaires; aussi, à chacun d'eux appartiennent des symptômes qui le plus souvent diffèrent assez pour qu'il soit possible *à priori*, et sans le toucher, d'établir le diagnostic différentiel. Il est donc bien certain que *la déviation de l'utérus, dans l'état de vacuité, constitue par elle-même un état morbide*, pourvu toutefois que le déplacement ait un certain degré d'intensité qu'il est difficile d'exprimer par des chiffres. Cependant, comme je désire donner à mon travail un caractère pratique, et que, d'un autre côté, toutes mes assertions s'appuyant sur des observations très-nombreuses et bien faites, je ne crains pas d'être contredit par ceux qui voudront les soumettre au creuset d'une saine observation, je vais essayer de rendre sensible par des chiffres le résultat de mon expérience. Il est bien entendu que pour ceci, comme pour tout en médecine, ce ne sont que des à peu près, parce que « l'on ne peut admettre la précision mathématique dans l'évaluation des certitudes relatives aux objets usuels de la vie (1). »

La position anormale de l'utérus nous donnant avec l'horizontale un angle à sinus antérieur de 75°, comme je l'ai déjà dit, je prendrai ce

(1) Cabanis, CERTITUDE DE LA MÉDECINE, p. 161.

chiffre pour établir, et je dirai : Le plus souvent les femmes ne s'aperçoivent de l'antéversion que lorsque l'angle est descendu à 45°, et encore, à ce point, il n'y a que peu ou pas d'incommodité.

Lorsque l'angle n'est plus que de 30° au-dessus de l'horizontale, il y a souffrance hypogastrique, dysurie ou incontinence d'urines, lombalgie, constipation, etc. Au fur et à mesure que l'axe de l'utérus se rapproche du parallélisme avec l'horizontale, les accidents deviennent plus nombreux et plus intenses. Chez certaines femmes, il existe une incontinence qui rend la vie insupportable et pourrait faire croire, dans certains cas, à une fistule vésico-vaginale; il y a aussi quelquefois alors une constipation opiniâtre.

Si le fond de l'utérus s'abaisse au-dessous de l'horizontale, l'incontinence peut disparaître; mais il surgit alors d'autres incommodités, et la constipation devient de plus en plus forte, parce que le col comprime le rectum dans la concavité sacrée. La rétention d'urine peut alors succéder à l'incontinence. J'ai observé un fait de ce genre que je crois devoir citer, à cause de sa rareté.

Obs. — Une femme de 42 ans avait conservé depuis son dernier accouchement, qui avait eu lieu à 30 ans, une incontinence d'urine qui alla croissant jusqu'à 41 ans. A cette époque, cette femme ayant fait un violent effort pour soulever un lourd fardeau, sentit une vive douleur dans l'hypogastre. Depuis lors *elle pouvait retenir ses urines*, et elle supportait assez patiemment *sa chute de matrice*, lorsqu'elle fut prise, sans cause tout d'abord appréciable, d'une rétention d'urine qui durait depuis seize heures, quand elle réclama mes soins.

N'ayant pas de sonde qui me permît de la soulager immédiatement, je l'interrogeai, et je fus conduit par le commémoratif au diagnostic d'un déplacement considérable de l'utérus, comme cause probablement unique de la rétention d'urine. L'examen direct me permit en effet de constater que le fond de l'utérus était à la vulve, et il me suffit de le déprimer pour que la malade rendît, étant dans le décubitus dorsal, plus d'un litre d'urine. Je me demandais pourquoi cette femme n'avait jamais eu de rétention d'urine, les conditions pathologiques paraissant être les mêmes depuis longtemps, surtout depuis un an. Pour résoudre le problème, je fis administrer un lavement additionné de deux cuillerées à bouche de sel de cuisine. La malade rendit presque aussitôt une quantité considérable de matières fécales dures et marronnées. Il me parut dès lors évident que ces matières avaient été retenues par le museau de tanche, qui comprimait le rectum au-dessous de la symphyse sacro-iliaque gauche. Cette femme n'avait jamais eu de constipation aussi forte.

Dans les cas de cette espèce, l'utérus joue le rôle de levier du second genre : le *point d'appui* est au fond de l'utérus, qui s'applique sur le col ou la partie voisine du bas-fond de la vessie; la *puissance* est représentée par les matières fécales qui, cheminant dans l'intestin, tendent à abaisser de plus en plus le col dont l'extrémité libre comprime le rectum. Mais les ligaments larges, qui jouent le rôle de la *résistance*, empêchant l'abaissement de l'organe, déterminent, et plus tard entretiennent, la rétention des urines et des fèces.

B. C. — L'antéflexion et la rétroflexion sont les déplacements partiels de l'organe, déplacements que je voudrais pouvoir appeler intrinsèques, par opposition aux déplacements de la totalité, les inflexions étant en effet des déplacements de l'organe sur lui-même.

Les inflexions sont dues tantôt au corps qui se déplace sur le col, celui-ci conservant sa position normale : c'est le cas le plus fréquent; tantôt au col qui se déplace sur le corps, celui-ci conservant ses rapports avec les organes voisins.

L'observation clinique montre, j'en conviens, non pas tous les jours, mais très-rarement, par le toucher vaginal associé au toucher rectal, des déviations antérieure, postérieure, latérales, et même des inflexions qui ne se révèlent par aucun symptôme. Vouloir faire d'une rare exception une règle serait contraire à la logique, et il me paraît aussi impossible de méconnaître et de nier les accidents déterminés par les déplacements utérins *un peu forts*, que de méconnaître ces déplacements eux-mêmes.

Ce n'est pas ici le lieu d'agiter la question si controversée des engorgements, question qui est restée indéterminée et irrésolue après la longue et si savante discussion académique de 1849. Je dirai cependant que si les déviations sont quelquefois cause de l'hypertrophie utérine, ce qui est rare, et dans ce cas, l'hypertrophie mérite le nom d'engorgement, le plus souvent l'augmentation de volume de l'utérus, en produisant l'allongement de quelqu'un des ligaments, détermine le déplacement.

Dans l'immense majorité des cas, les affections utérines, qu'elles soient simples ou compliquées, sont consécutives à un fait physiologique, la parturition, dont les suites ont été mauvaises, ou à un fait pathologique, l'avortement, quelle qu'en soit la cause, physique ou morale. Je ne crains pas d'avancer que les huit dixièmes au moins des affections utérines, et j'entends ici parler de toutes, idiopathiques et symptomatiques, commencent pendant l'exercice physiologique des fonctions de l'utérus, en vertu de cet adage : *ubi stimulus, ibi fluxus*. Les affections vraiment spontanées ou essentielles, comme disent encore quelques personnes, c'est-à-dire celles dont la cause échappe à l'esprit le plus exercé, ne forment qu'une bien petite minorité.

Si certains médecins ont fait jouer à l'engorgement un rôle assurément plus grand qu'il le mérite, d'autres ont accordé au catarrhe utérin une importance beaucoup trop grande. Les uns et les autres ont oublié le dicton : *In medio stat virtus*, ce guide philosophique que méconnaît trop souvent l'esprit français.

Il serait bien souvent impossible de dire à laquelle des trois lésions, déplacement, hypertrophie, catarrhe, il faut attribuer la part principale dans les accidents éprouvés par les malades; mais il y a bien loin de là à conclure que « les déviations de l'utérus ne constituent pas par elles-mêmes un état morbide, et que les symptômes attribués aux déviations utérines doivent être rapportés à une autre lésion, et le plus ordinairement à un catarrhe chronique utérin dont la fluxion s'est propagée de la membrane muqueuse au tissu propre de cet organe, et a déterminé ce développement subinflammatoire connu sous le nom vague d'engorgement. » Il y a bien loin de là surtout à considérer « comme imaginaires les accidents attribués à la rétroversion et à la rétroflexion. »

Les déviations de l'utérus sont-elles une cause de stérilité?

A cette question, le savant professeur dont la communication académique m'a suggéré ces réflexions répond : « De ce que les déviations de l'utérus vide ne sont que des variétés presque insignifiantes de position de cet organe, il suit que les déviations ne sont pas une cause de stérilité. On peut d'ailleurs prouver ce fait cliniquement, de la manière la plus directe, par le toucher, qui démontre les mêmes déviations sur les femmes fécondes que sur les femmes stériles. »

Dans son admirable atlas d'anatomie pathologique, M. le professeur Cruveilhier (dont personne plus que moi ne respecte le talent, et d'autant plus que je lui dois une partie de mon instruction) ne consacre que trois planches aux déplacements utérins. XVI[e] livraison, pl. 5, fig. 1, on voit un prolapsus complet; XXVI[e] livraison, pl. 4, fig. 1, une vue de face, et fig. 2, une vue de profil d'un renversement de vagin, avec prolapsus également complet de l'utérus. Ces deux exemples appartiennent aux déplacements par invagination, dont je ne veux pas m'occuper dans ce travail. XXXIV[e] livraison, pl. 6, fig. 1 et 2, un exemple très-curieux de hernie crurale de l'utérus, et c'est tout ce qui concerne les déplacements de l'organe gestateur. Il ne parle pas des déplacements par inclinaison ni de ceux par inflexion, qui sont ceux dont je m'occupe en ce moment.

Je ne sais sur quoi s'est appuyé le savant anatomo-pathologiste pour se faire la conviction qu'il a si nettement formulée dans la phrase que j'ai citée textuellement. Ce qu'il y a de bien certain pour moi, c'est que les déplacements par inclinaison et ceux par flexion sont *toujours* une cause de stérilité, quand l'axe morbide du corps de l'utérus offre une *grande différence* avec l'axe normal.

(La suite au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Suite.)

III. BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE.

RECHERCHES SUR LE TRAITEMENT DES FIÈVRES INTERMITTENTES PAR LE SULFATE DE QUININE ASSOCIÉ A L'ACIDE TARTRIQUE; par le docteur RAYMOND BARTELLA.

Le docteur Bartella apporte dans ce travail, publié d'abord dans la GAZETTE MÉDICALE ITALIENNE, un contingent assez considérable de faits, dans le but de démontrer les propriétés d'une préparation composée d'un mélange à parties égales d'acide tartrique et de sulfate de quinine. Cette préparation, sulfo-tartrate de quinine, d'après ce qui résulte de l'analyse des faits, semble avoir pour principal avantage une économie du sel fébrifuge.

A ce titre, les conclusions du mémoire sont on ne peut plus explicites : « Le sulfate de quinine, associé à partie égale d'acide tartrique, est plus actif, à la même dose, que le sulfate de quinine seul; plus

avantageux dans la pratique, à cause de la dose moindre par laquelle on peut triompher d'un accès quelconque de fièvre intermittente; préférable, sous le rapport économique, au sulfate de quinine, qui est cependant la moins chère de toutes les préparations de quinine. La dose minimum à laquelle le sulfate de quinine, associé à l'acide tartrique, peut être administré, ou la dose économique de ce fébrifuge, peut être évaluée en général à la moitié de celle du sulfate de quinine.

Nous pensons que le docteur Bartella sera l'auteur d'un perfectionnement important dans la médication quinique, si d'autres observateurs trouvent les mêmes faits que lui en d'autres lieux. Il y a longtemps qu'on a cherché à réduire la dépense considérable qui résulte de l'emploi du sulfate de quinine dans les pays à fièvre. Jusqu'ici on n'était pas arrivé à des résultats notables. L'administration du médicament à certaines heures, correspondant à certaines époques des accès, donne à la préparation fébrifuge plus d'activité, mais ne permet pas de diminuer les doses d'une manière sensible. Nous parlons, bien entendu, des doses ordinaires, et non point des quantités énormes que beaucoup de praticiens prescrivent encore dans les pays à fièvre, sans se préoccuper de la nature de la maladie et considérant tous les mouvements fébriles qui surviennent à certaines époques comme liés aux fièvres d'accès. Nous n'avons point de critique semblable à adresser au travail que nous avons sous les yeux. L'auteur a bien spécifié le degré et l'espèce des maladies auxquelles il a eu affaire. Il reste à voir si ces observations se confirment.

NOTE SUR UN CAS DE SPINA-BIFIDA GUÉRI PAR L'INJECTION IODÉE; par M. CHASSAIGNAC.

OBS. — Un enfant âgé de deux mois, chétif, d'une débilité extrême, offrait au niveau de la région sacrée une tumeur grosse comme un œuf de poule, allongée dans le sens vertical, mobile, pédiculée, ayant l'aspect d'un kyste. Elle était fluctuante, transparente; la peau très-amincie avait néanmoins l'aspect de la peau ordinaire. Pendant les efforts que faisait l'enfant pour crier, la tumeur devenait extrêmement tendue, à un tel degré, qu'on pouvait craindre une rupture vers le point de la peau le plus aminci. La pression exercée sur elle déterminait des mouvements convulsifs des membres inférieurs.

M. Chassaignac fit d'abord une ponction avec un trocart ordinaire; il sortit environ deux cuillerées d'un liquide limpide, citrin. Quand la poche fut ainsi vidée, on reconnut le point probable de communication de cette poche avec la cavité rachidienne. Le pouce d'un aide ayant été préalablement placé sur ce point afin de prévenir toute pénétration du liquide dans le rachis, le chirurgien poussa une injection composée d'eau et de teinture d'iode à parties égales. Le liquide fut laissé pendant une minute en contact avec la surface interne du foyer. Après qu'on l'eut fait sortir aussi complétement que possible, on appliqua sur la partie un pansement compressif composé de bandelettes de sparadrap. L'enfant n'eut aucun accident convulsif immédiat; mais plus tard, à plusieurs reprises, il eut des convulsions très-alarmantes. Dès le lendemain la tumeur avait repris son volume primitif. Pendant quinze jours, elle resta aussi volumineuse, puis changea d'aspect et diminua insensiblement. Enfin elle disparut, mais lentement. A sa place il ne reste plus qu'une saillie indolente formée de peau plissée. On reconnaît à son centre le lieu où existe la division osseuse du rachis. La santé générale de l'enfant est considérablement améliorée.

Nous avons tenu à reproduire ici les principaux traits de cette observation parce que c'est le second exemple de spina-bifida traité par l'injection iodée. Chez le malade de M. Velpeau, qui a le premier pratiqué l'injection dans une tumeur semblable, aucun accident n'a eu lieu, bien que l'injection ait dû être répétée six fois avant d'être suivie de guérison. C'est donc là une opération à tenter dans certains cas. Ces cas sont ceux où la tumeur est transparente, pédiculée, peu douloureuse à la pression, franchement fluctuante, et d'autres peut-être; car deux faits ne peuvent pas servir de base à des indications et à des contre-indications générales et formelles.

DU TRAITEMENT DE L'AGONIE; par le professeur FORGET.

Le savant professeur de clinique de Strasbourg rappelle l'extrême variabilité des manifestations de l'état d'agonie et la difficulté de préciser le temps où se produit ce degré ultime. « En somme, dit-il, facies hippocratique, pâleur, lividité de la peau et des muqueuses, paupières entr'ouvertes, globe de l'œil convulsé, prostration musculaire, affaiblissement de la sensibilité générale, des sens spéciaux et des facultés intellectuelles, froid des extrémités, sueurs d'expression, respiration laborieuse, stertoreuse, pouls petit, irrégulier, mou, lent ou fréquent, intermittent, sufflaminé; déglutition difficile ou nulle, parfois déjections involontaires: tel est l'ensemble de symptômes auxquels personne ne saurait méconnaître l'imminence de la mort. »

Suivent huit observations relatives à diverses maladies dans lesquelles plusieurs de ces signes existant, une médication appropriée a modifié totalement les symptômes morbides. De ces faits et des considérations dans lesquelles l'auteur entre à leur sujet, découlent les conclusions suivantes:

« On doit tenter de combattre l'agonie dans tous les cas, ignorant quels sont ceux où les secours sont radicalement impuissants. Les moyens curatifs varient peu quel que soit l'appareil le plus gravement affecté; ils rentrent presque tous dans la médication stimulante directe ou indirecte. Il est essentiel d'agir avec vigueur et persévérance en modifiant les procédés selon les indications et les effets observés. Parmi les indications, celle de réveiller la sensibilité se présente en première ligne, car elle s'applique également à la paralysie, à la syncope et à l'asphyxie.

» Dans l'asphyxie par écume bronchique, asphyxie lente par engorgement pulmonaire passif, forme la plus commune et souvent la plus grave de l'agonie, il faut non-seulement extraire le mucus des bronches et susciter la toux, mais appliquer avec énergie et d'une manière soutenue les stimulants internes ou externes, le vin, l'alcool à petites doses répétées, concurremment avec les larges vésicatoires sur le thorax, les sinapismes, les frictions stimulantes, etc., etc. La limite des efforts est marquée par un phénomène unique, la cessation des battements du cœur. »

DU PERCHLORURE DE FER DANS LE TRAITEMENT CURATIF DES VARICES; par M. DEBOUT.

M. Debout rapporte les essais heureux dont il a été témoin à l'Hôtel-Dieu de Lyon, relativement à l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement curatif des varices. Il cite plusieurs exemples de guérison qu'il a constatés lui-même dans les services de MM. Valette, Pétrequin et Desgranges. La GAZETTE MÉDICALE a fait connaître le procédé opératoire suivi à l'Hôtel-Dieu de Lyon pour l'injection du perchlorure de fer dans les veines variqueuses (1er oct. 1853). Nous n'y reviendrons pas. Mais après la discussion orageuse qui a eu lieu récemment à l'Académie de médecine au sujet du perchlorure de fer, il ne sera pas sans intérêt de faire connaître le passage suivant, qui donne le résumé statistique des opérations des chirurgiens lyonnais; nous trouvons cette indication dans un mémoire présenté dernièrement par M. Pétrequin à l'Académie des sciences: « Aujourd'hui la pratique de l'Hôtel-Dieu de Lyon ne laisse plus de doutes sur la valeur de cette méthode dans les varices: M. Valette a opéré avec succès onze à douze cas de varices par les injections de perchlorure de fer (20 à 22 injections); M. Pétrequin, sept à huit, avec un égal succès (12 à 14 injections); enfin M. Desgranges, dix-sept à dix-huit cas, avec un résultat non moins favorable (50 à 52 injections). Or, sauf un vieillard, tous ces opérés n'ont pas présenté d'accidents notables, et généralement l'opération a été d'une bénignité des plus satisfaisantes. »

NOTE SUR LE TRAITEMENT DES DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS EN ARRIÈRE (RÉTROVERSION ET RÉTROFLEXION) PAR LE REDRESSEMENT AVEC LA SONDE ET L'EMPLOI DU PESSAIRE-BALLON EN CAOUTCHOUC COMBINÉS; par M. VALLEIX.

Au moment où un orage semble s'amasser sur la méthode Simpson-Valleix pour le traitement des déviations de la matrice au moyen du redresseur *intra-utérin*, lorsque des accidents graves lui sont opposés, et même des cas de mort, par MM. Broca, Aran, Cruveilhier et Nélaton, il n'est pas inutile de rappeler ici que M. Valleix lui-même ne juge pas son opération comme tout à fait exempte de dangers. Voici comment il s'exprime dans son mémoire:

« On a élevé des objections contre ce moyen, et en particulier on lui a reproché de produire des accidents, dont les principaux sont la métrorrhagie et l'inflammation des tissus utérins et péri-utérins. Il est certain qu'on ne peut employer aucun moyen réellement efficace contre les déviations, maladies interminables et souvent cruelles, sans qu'il en résulte quelquefois les inconvénients que je viens de mentionner. Tous les traitements chirurgicaux sont dans ce cas... L'introduction d'un instrument à tige intra-utérine est souvent difficile; elle exige une grande habitude. Il faut calculer la longueur à donner à cette tige d'après la profondeur et l'état de l'organe. Il est très-important de reconnaître le moment où il faut l'enlever, etc. »

Le nouveau moyen qu'il propose a précisément pour but de supprimer la tige intra-utérine, cause évidente de tous les accidents observés; mais supprimer la tige intra-utérine, n'est-ce pas renoncer à ce qui est en quelque sorte l'essence et la partie fondamentale de la méthode? M. Valleix a beau qualifier le nouveau moyen qu'il emploie de redresseur *extra-utérin*, ce moyen n'en est pas moins un simple pessaire en caoutchouc; en le préconisant, l'auteur nous semble se

rapprocher beaucoup plus de l'ancienne que de la nouvelle méthode. Avant d'appliquer son pessaire, M. Valleix redresse l'utérus à l'aide d'une sonde introduite dans la cavité de l'organe. C'est là un bon moyen de réduction, mais il n'est pas nouveau; il n'est même pas toujours applicable, et à son défaut, M. Valleix le sait mieux que personne, l'art peut intervenir efficacement par d'autres procédés; mais nous n'insistons pas, car notre but est surtout de faire ressortir le côté pratique des travaux dont nos lecteurs peuvent faire leur profit. Voici en quoi consiste la manœuvre opératoire conseillée par M. Valleix. La sonde utérine est introduite jusqu'au fond de la matrice, la concavité et le bec de l'instrument étant portés en arrière; le bec et la concavité sont ensuite ramassés en avant, et le corps de la matrice, par un mouvement doux, porté vers le pubis. Cela fait, l'index, qui a servi à diriger la sonde, est placé sur la face antérieure du col, et en même temps qu'on retire l'instrument, on repousse fortement le col en arrière et en haut vers la concavité du sacrum. On prend alors le pessaire en caoutchouc, qui est introduit vide et roulé dans le cul-de-sac du vagin. Un aide l'insuffle avec une poire également en caoutchouc préalablement gonflée d'air, ou bien le chirurgien ajuste lui-même la poire, introduit de nouveau l'index pour maintenir le col repoussé en arrière, et ne lâche celui-ci qu'après avoir commencé l'insufflation.

Les malades ont besoin de s'habituer à ce corps étranger, qu'on ne laisse en place, pendant les premiers jours, que durant quelques heures. Plus tard, on ne le déplace que tous les trois ou quatre jours, et chaque fois qu'on le réapplique on a soin de redresser de nouveau l'utérus avec la sonde. Enfin, au bout de quelque temps, lorsque la matrice se maintient réduite, les femmes peuvent opérer elles-mêmes la manœuvre, et le faire aussi souvent que l'exigent les soins de propreté.

M. Valleix mentionne deux cas où cette méthode a été mise en usage; sur ce nombre il compte sept guérisons radicales et deux améliorations. C'est à coup sûr une belle proportion de succès pour une maladie dont la thérapeutique est généralement incertaine. Dans son mémoire il relate avec détails quatre observations. La première est celle d'une malade qui avait été traitée infructueusement pendant trois mois. Elle était restée couchée pendant deux ans et demi, ne pouvant faire un pas sans de vives douleurs. M. Valleix l'a mise en état de faire de longues courses à pied et des voyages en voiture. La deuxième présentait deux flexions en arrière : le redressement a été obtenu en trois mois. La troisième, qui avait eu des hémorrhagies symptomatiques d'une rétroversion bien constatée, fut soumise au traitement le 11 juin; et le 25 juin, après trois applications du pessaire précédées du redressement au moyen de la sonde, l'utérus avait repris sa position normale. La quatrième, affectée d'une rétroversion complète avec altérations graves des fonctions de l'organe et de la santé générale, est soumise sept fois à l'action de la sonde avant qu'on applique le pessaire. Le 11 mai le redressement est opéré de nouveau et le pessaire appliqué pour la première fois; celui-ci est gardé deux jours. Le 31 mai la guérison était complète, après une seule application du pessaire.

M. Valleix termine son travail en faisant remarquer que dans les déviations en avant (antéversions et antéflexions) le traitement qu'il préconise est loin de donner d'aussi beaux résultats, à cause de l'obstacle opposé au redressement par la symphyse pubienne. Avouons que si la méthode continue à enregistrer une aussi grande proportion de succès, il serait bien regrettable que les déviations postérieures jouissent seules de ses bienfaits, quoique, à vrai dire, elles soient les plus nombreuses.

EXAMEN COMPARÉ DES PROPRIÉTÉS FÉBRIFUGES DU QUINQUINA ET DE L'ARSENIC; par le docteur J. DELIOUX, médecin en chef de la marine à Cherbourg.

L'auteur conclut à la supériorité du quinquina sur tous les agents antipériodiques ou fébrifuges. En seconde ligne, il place l'arsenic comme succédané et sous la réserve d'une extrême prudence dans son emploi. Au quinquina seul le pouvoir de combattre tous les éléments immédiats ou éloignés des maladies périodiques et d'en opérer la cure radicale, quels que soient leur type et leur degré d'intensité. « L'arsenic, impuissant à réparer l'état cachectique du sang, n'a d'influence que sur la fièvre, les troubles nerveux et le périodisme; de sorte qu'en présence des fièvres bénignes, dégagées de toutes complications graves, il offre des chances de réussite presque assurées. »

La dose de l'arsenic dans l'apyrexie peut être portée de 1 à 5 centigr.; terme moyen, 3 centigr. Il ne faut point dépasser cette dernière dose et même une dose inférieure s'il survenait le plus léger accident. Il faut administrer ce médicament en fractionnant les prises.

Nous partageons les craintes qui font apporter autant de réserve dans l'administration d'une substance toxique. L'arsenic peut sans doute rendre des services dans le traitement des fièvres périodiques, mais c'est à titre de médication exceptionnelle, dans des cas spéciaux, bien déterminés. Ce serait un très-mauvais service à rendre à la pratique et à la médication arsenicale en particulier que de proposer d'en généraliser l'emploi. Un excès analogue consisterait à vouloir proscrire ce médicament.

DE LA TUMEUR LACRYMALE COMMENÇANTE ET DE SON TRAITEMENT; par M. CHASSAIGNAC.

M. Chassaignac, sans méconnaître que, dans quelques cas, la tumeur lacrymale débute par un état inflammatoire aigu du réservoir des larmes, état qui doit être combattu par les antiphlogistiques, s'occupe surtout de la forme chronique de la maladie. Voici comment il la caractérise :

« A part quelques velléités inflammatoires qui s'y observent de loin en loin par suite d'écarts de régime ou de toute autre cause, cette forme de la tumeur lacrymale ne s'annonce généralement que par une légère saillie au grand angle de l'œil, dans le lieu correspondant au sac lacrymal. La saillie existe sans changement de couleur à la peau. Les inconvénients de cet état, qui peut persister pendant de longues années sans aggravation notable, sont la sécheresse de la narine correspondante, un peu de larmoiement et la nécessité, plutôt désagréable que bien pénible, qui porte le malade à comprimer de temps en temps la petite saillie pour faire affluer par les points lacrymaux et quelquefois pour chasser dans la narine la goutte de muco-pus qui contient la petite tumeur. Cet état peut persister sans aggravation pendant de longues années; mais il n'en est pas moins vrai qu'il apporte dans la constitution anatomique et physiologique de l'appareil lacrymal un trouble fâcheux, et qu'il conduit graduellement à la production de la fistule. »

C'est cette première période de la maladie, qu'il appelle *chronique d'emblée*, que M. Chassaignac propose de traiter par les douches inférieures.

L'instrument qui lui paraît le plus convenable pour diriger dans l'appareil lacrymal le courant modificateur, est la sonde de M. Gensoul, munie d'une ouverture latérale près de son extrémité, et portée aussi loin que possible dans la direction du sac. L'agent de propulsion est une simple pompe atmosphérique, qui, nous le croyons, pourrait être remplacée au besoin par une bonne seringue. Le liquide doit être lancé avec une certaine force. De pareilles douches, répétées tous les jours, tous les deux jours, et plus tard à de plus grands intervalles, ont d'abord un effet mécanique de désobstruction, et de plus une action particulière sur la vitalité de la muqueuse. M. Chassaignac en a obtenu de bons effets, notamment chez un malade dont il rappelle les principales phases de l'affection. Nous pensons, avec lui, que c'est là un bon moyen, beaucoup plus énergique que les injections par les points lacrymaux, et qui, s'il ne doit pas être employé à l'exclusion des autres indications proposées contre les débuts de la tumeur lacrymale, doit toujours être mis en usage concurremment avec elles.

(La fin au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 3 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

SUR LA CONSERVATION DES SANGSUES MÉDICINALES.

M. CH. FERMOND présente un mémoire sur la conservation des sangsues médicinales, travail qu'il résume lui-même en ces termes :

Nous croyons, dit-il, avoir démontré par des expériences comparatives sur la conservation des sangsues :

1° Que les eaux de Seine et de pluie conviennent mieux à ces animaux que l'eau du canal de l'Ourcq, et surtout que l'eau séléniteuse des puits de Paris;

2° Que les vases en faïence sont bien préférables pour la conservation des sangsues aux vases de verre ou de terre vernissée, lesquels sont à leur tour supérieurs, sous ce rapport, aux vases de grès que l'on a coutume d'employer;

3° Que l'obscurité est fatale à la conservation des sangsues et qu'il vaut mieux les placer à la lumière ordinaire;

4° Que même dans les conditions de meilleure conservation dans l'eau de

Seine ou de pluie et les vases de faïence, il y a une différence énorme entre les avantages de la conservation dans l'eau et ceux de la conservation dans la terre; que pour le même espace de temps, tandis que la mortalité a été, dans le premier cas, de près de trois quarts; dans le second cas, au contraire, elle n'a été au plus que d'un cinquième;

5° Que pourtant, dans l'expérience que nous avons faite avec la terre nous avons reconnu plusieurs inconvénients que nous avons cherché à faire disparaître dans l'établissement d'un petit appareil auquel nous avons donné le nom de *marais portatif;*

6° Que les principaux avantages de ces marais sont surtout : 1° le renouvellement facile de l'air dans leur intérieur, puisqu'à l'aide d'un stratagème particulier nous empêchons les sangsues de s'échapper sans avoir besoin de les couvrir d'une toile ou autre tissu; 2° le renouvellement facile de l'eau corrompue par de l'eau fraîche et pure au moyen d'un *déplacement rationnel* de bas en haut, pendant lequel la terre peut elle-même être lavée et privée des matières infectes qui pourraient la souiller;

7° Qu'une légère modification apportée dans ces marais portatifs peut les rendre très-propres à la conservation des sangsues étrangères qui doivent subir les fatigues d'un long voyage sur mer;

8° Qu'enfin il est impossible d'appliquer notre système de déplacement rationnel à la conservation en grand des sangsues dans l'établissement d'après les principes que nous avons posés, d'un *marais perméable artificiel* aussi grand qu'on le jugera nécessaire.

(Comm. : MM. Milne Edwards, de Quatrefages, Moquin-Tandon.)

DÉVELOPPEMENT DES CESTOÏDES.

M. MILNE EDWARDS lit la lettre suivante sur ce sujet que lui adresse M. VAN BENEDEN :

Je vous ai fait part, écrit M. Van Beneden, dans ma dernière lettre, de quelques expériences que j'étais en train de faire sur le développement de certains cestoïdes. Voici le résultat d'une de ces expériences :

Le cochon qui a pris, à la fin du mois d'octobre dernier, des œufs de *ténia solium*, rendus par une femme de la ville, a été tué cette semaine, et j'ai trouvé dans ses muscles, surtout les muscles intercostaux, un grand nombre de cysticerques complétement développés, c'est-à-dire des scolex.

Il est inutile de vous entretenir encore de l'éclosion des œufs de *ténia crassicollis* dans les souris et les rats, ces expériences ayant complétement réussi déjà à MM. Küchenmeister et Leuckart.

En disant, le 13 janvier 1849 : « Les vers vésiculaires ou cystiques (cysticerques, etc.) sont des téniodes incomplets, » je ne croyais pas que nous aurions été sitôt en possession de la démonstration complète de ce phénomène.

Je m'occupe des planches de l'atlas que l'Académie a bien voulu me permettre de reprendre, et j'espère pouvoir vous le renvoyer bientôt avec toutes les indications nécessaires au graveur.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 11 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Copie de cinq rapports qui lui ont été présentés par les médecins des épidémies, sur leur service dans le département du Rhône pendant les années 1852 et 1853;

1° Un nouvel appareil électro-galvanique présenté par le sieur Legendre, qui annonce l'avoir employé avec succès depuis près d'un an à l'hôpital des enfants et à l'hospice Beaujon (comm. : M. Bouvier);

3° Un rapport cacheté contenant la recette d'un remède proposé par M. Sarp (de Zurich) pour la guérison des maladies syphilitiques (comm. des remèdes secrets).

— M. BARBIER neveu écrit à l'Académie pour lui annoncer qu'il croit être sur la voie d'un moyen d'obvier aux divers accidents consécutifs à la lithotritie : ce moyen consiste à administrer le *diosma crenata* combiné avec une autre substance indigène.

— M. VILLENEUVE (de Marseille) adresse un mémoire sur l'avortement provoqué, considéré au point de vue exclusivement chirurgical, dans les cas de rétrécissement extrême du bassin. Il croit avoir démontré que, renfermée dans la seule catégorie des rétrécissements extrêmes du bassin, l'opération césarienne, pratiquée dans les conditions voulues, est préférable à l'avortement provoqué, parce qu'elle sauve la mère et l'enfant là où la provocation de l'avortement tue toujours l'enfant, et parce que surtout elle donne des succès bien plus nombreux dans les rétrécissements extrêmes que dans les rétrécissements moindres, où l'hystérotomie est toujours précédée par des manœuvres plus ou moins laborieuses, et pour lesquels la provocation de l'accouchement prématuré aurait dû être employée. (Comm. : MM. P. Dubois et Depaul.)

— M. GRÉGOIRE (de Toulouse) adresse un mémoire sur la peste. (Comm. : MM. Ferrus, Londe, Mélier.)

— M. BITTERLIN fils, de Saint-Maur-les-Fossés (Oise) soumet à l'examen de l'Académie une sonde intra-utérine pouvant se placer facilement dans les trousses. (Comm. : M. Depaul.)

ÉLÈVE DES SANGSUES.

MM. les membres de l'Association médicale du département d'Eure-et-Loir, par l'organe de MM. AUGUSTE CHAUVIÈRE, J. DELACROIX, A. SALMON, LAMY et BAUDOIN, adressent à l'occasion d'une question de priorité entre MM. Harreaux et Borne, la lettre suivante en réponse aux divers points du rapport de M. Soubeiran sur l'éducation des sangues :

Messieurs,

L'Académie impériale de médecine en nous faisant l'honneur d'accueillir, dans sa séance du 14 mars dernier, la réclamation adressée par l'Association médicale du département d'Eure-et-Loir, touchant l'éducation des sangsues, avait imposé à chacun des membres de cette Société et spécialement à son bureau le devoir de fournir publiquement les renseignements qu'ils possédaient entre leurs mains. La commission instituée par l'Académie pour établir la question de priorité soulevée par nous entre M. Harreaux et M. Borne, n'a cependant pas pensé qu'il dût en être ainsi; elle a laissé par conséquent sans réponse une lettre adressée par notre président à M. le secrétaire de l'Académie en date du 18 du même mois, lettre dans laquelle nous nous mettions entièrement à la disposition de M. le rapporteur pour la recherche de la vérité. Par suite de cette omission, il s'est glissé dans le rapport, lu le 28 mars par M. Soubeiran, quelques détails irréguliers sur lesquels nous sommes obligés, malgré nous, de fixer de nouveau l'attention de l'Académie. Toutefois, que les membres de cette savante compagnie qui redoutent de voir un homme seul, sans défense, en butte aux attaques d'une Société considérable, se rassurent; notre dignité de représentants d'une Société médicale de département, oblige, et nous essayerons de rétablir les faits, sans mauvais vouloir pour personne et sans faire descendre l'Académie sur le terrain des personnalités blessantes. Dans ce but, nous examinerons uniquement dans cette réponse les points divers du rapport de la commission sur lesquels une enquête véritable eût cependant porté une facile lumière.

PREMIER POINT. — M. le rapporteur de la commission attribue aux amis de M. Harreaux, bien plus qu'à M. Harreaux lui-même, l'accusation de plagiat portée contre M. Borne; il a même été possible de faire supposer dans le débat que le président de l'Association et le bureau avaient été les seuls accusateurs, sans autorisation préalable de la Société. Sur ce point existent une fâcheuse appréciation d'une part et une erreur de l'autre; nous n'avons point accusé M. Borne, nous avons voulu seulement rétablir, au nom de la justice, pour qui de droit la haute approbation formulée par l'Académie. Nous ne connaissons point M. Borne, nous ne savons pas s'il est ignorant, nous n'avons pas pu par conséquent écrire cette mauvaise appellation. Quant à l'erreur commise relativement aux amis de M. Harreaux, M. le rapporteur se fût éclairé facilement à ce sujet en prenant connaissance de la délibération prise en assemblée générale le 27 février sur la proposition de M. Salmon (voir le procès-verbal ci-joint).

DEUXIÈME POINT. — M. le rapporteur assure que les membres de l'Association qui ont visité les marais de Grouville se sont évidemment mépris sur la portée et la nouveauté des expériences qu'ils ont eues sous les yeux. Ce sont des médecins et pharmaciens qui ont visité l'établissement de M. Harreaux; et certes l'Académie voudra bien reconnaître avec nous que les médecins et pharmaciens pouvaient bien en pareille matière être aussi éclairés que les nombreux témoins de Saint-Arnoud. Ils sont plus au courant de ces matières, sans aucun doute, que M. Mannoury, ancien capitaine d'artillerie, M. Dujat, commissaire de police, M. Mollet, juge de paix, M. Pelenc, ancien préfet; et ces médecins ou pharmaciens d'Eure-et-Loir ont vu ou pu voir aussi bien que l'honorable membre du jury médical de Seine-et-Oise : ce sont MM. Vnyet, médecin de l'hospice des Vieillards et des Enfants trouvés de la ville de Chartres; Salmon et Mannoury, chirurgiens de l'Hôtel-Dieu; Boutet, vétérinaire; Moutardier, pharmacien à Paris; Mellion et Lehordelais, pharmaciens; Lulesque, docteur en médecine à Gallardon; Bellentain, médecin à Ouarville, etc. Les uns ont vu naître l'établissement de M. Harreaux en 1848, les autres l'ont visité après son développement complet en 1849; tous ont pu voir des sangsues déposer des cocons, ces cocons éclore ou éclos, les jeunes sangsues élevées avec du sang chaud et se développer parfaitement. Le bureau de l'Association avait donc droit de dire dans sa réclamation que celle-ci avait été jour pour jour témoin elle-même des travaux de votre honorable confrère.

TROISIÈME POINT. — Pour ce qui concerne personnellement M. Voyet, président de l'Association, M. le rapporteur écrit dans son travail que si celui-ci pouvait avoir vu, le 14 mai 1850, M. Borne chez M. Harreaux, il n'avait assisté à la conversation de ces messieurs que pendant quelques minutes. Dans les discussions à l'Académie, M. Soubeiran ajoute : « Il est parfaitement » démontré pour moi que le président seul de cette Association assistait à la » conversation et qu'il a avancé des faits complétement inexacts. » Quelque étrange que soit cette accusation de mensonge dans une enceinte scientifique, quelque insolite que soit cette affirmation de mauvaise foi contre un médecin honorable, président d'une Société honorable, alors surtout qu'il n'existe évidemment pour celui-ci aucun intérêt d'avancer ce qu'il affirme, M. Voyet déclare de nouveau et sa parole fera foi pour ceux qui le connaissent : 1° qu'il était à Grouville le jour de la visite de M. Borne; 2° que devant lui M. Harreaux a expliqué ses procédés de reproduction; 3° que devant lui M. Borne a appris qu'il prenait des glossiphonies aux ventres des sangsues pour de

jeunes petits; 4° qu'en se retirant M. Borne a annoncé qu'il mettrait prochainement en usage ce nouveau procédé de reproduction.

Quatrième point. — La réclamation de l'Association a été légèrement modifiée en ce qui concerne M. Bordais, pharmacien à Auneau; elle portait: « Ce jour-là M. Voyet assistait à la démonstration et M. Lebordais, un de nos » collègues, qui avait servi de guide à M. Borne, se rappelle encore les par» ticularités de cette visite. » Nous n'avons pas écrit ces lignes de M. Soubeiran : « M. Lebordais, au dire de la Société, assistait à la démonstration. » Nous avons dit qu'il avait servi de guide et qu'il se rappelle encore les particularités de cette visite; car il avait montré à M. Borne le chemin qui conduisait chez M. Harreaux, et M. Borne à son retour à Auneau lui avait fait part de ses erreurs et de ses impressions (voy. ci-joint le certificat de M. Lebordais qui l'atteste).

Cinquième point. — Le rapport de la commission met en doute le nombre des personnes vues par M. Voyet occupées à nourrir les sangsues. On y lit : « Six personnes pour nourrir quelques milliers de sangsues. » Le fait paraît fabuleux. M. Borne prétendait à son tour, qu'une dame Petit était seule occupée à donner du sang aux sangsues; M. Harreaux, interpellé sur ce fait à deux reprises différentes, n'a pu dire quelles personnes étaient occupées à ce travail, et en comptant tout le personnel de l'établissement il n'a pu compléter le nombre accusé par M. le président de la Société. » Comment donc ce chiffre de six personnes serait-il fabuleux? Le marais de Grouville contient sept bassins, et dans chacun d'eux, à l'exception du bassin réservé à l'hôpital de Chartres, les sangsues y étaient nourries par une personne qui avait à surveiller deux planchettes couvertes de sang. Le chiffre d'une personne seule pour six bassins, comme l'indique M. Borne, n'est-il pas plus fabuleux? D'ailleurs, supposons que M. Harreaux n'ait pu compléter d'abord le nombre indiqué par M. Voyet, cependant il était facile de les nommer : c'étaient M. Bozsan dont l'attestation est ci-jointe, M. Harreaux père, madame Petit, deux domestiques de M. Harreaux et lui-même.

Sixième point. — M. le rapporteur atteste, au moyen de nombreux certificats, que M. Borne se livrait, dès 1845, à la reproduction des sangsues, et non pas, comme nous l'avons indiqué, à leur élève seulement : « A la Société qui ne parle que par ouï-dire, nous allons, dit-il, opposer des autorités compétentes. » Et plus loin : « Il est donc avéré que la Société médicale d'Eure-et-Loire était mal informée quand elle a déclaré qu'en 1850 M. Borne ne s'était pas occupé de la reproduction des sangsues, et qu'il n'avait que deux petits bassins en pierre dans son jardin. » M. le rapporteur aurait pu vérifier luimême que nous ne parlions pas par ouï-dire. Oui, jusqu'en 1850 M. Borne n'avait ses bassins que dans un jardin; oui, jusqu'à cette époque il ne s'occupait que d'élèves; non, il n'avait pas creusé alors ses marais de Clairefontaine, dont la commission admire l'excellente disposition, car ces marais n'existaient pas. Nous affirmons à l'Académie que la prise de possession de la prairie actuelle n'a eu lieu qu'à la fin de 1850; n'y a-t-il pas dans ce fait la preuve que M. Voyet avait réellement bien entendu dire à M. Borne qu'il essayerait prochainement le mode de reproduction mis en pratique par M. Harreaux.

Septième point. — M. Soubeiran demande pourquoi l'hôpital de Chartres n'a pas continué d'envoyer les sangsues gorgées chez M. Harreaux. L'administration bienveillante de nos hôpitaux l'eût fait assurément si M. Harreaux l'eût désiré; éclairée par ses médecins et chirurgiens, elle eût sans aucun doute fourni tous les éléments de succès à un confrère aimé de tous. D'ailleurs, après ses expériences terminées, quelle utilité y avait-il pour M. Harreaux de les continuer? L'hôpital de Chartres n'emploie qu'une quantité minime de sangsues, et le double envoi pour le dégorgement dans les bassins et pour le retour à l'hôpital aurait assurément neutralisé les avantages possibles de cette combinaison.

Huitième point. — Il en eût été peut-être autrement pour les hôpitaux de Paris, si l'honorable rapporteur, qui vient bien reconnaître aujourd'hui que M. Harreaux a mieux que d'autres étudié la révivification des sangsues gorgées, n'avait pas repoussé, en 1849-1850, le travail de celui-ci : « Il n'y avait trouvé, dit-il, rien qui frappât son esprit par un caractère de nouveauté. » Nous avons aussi entre les mains le mémoire écrit à cette époque par M. Harreaux; seulement au lieu d'y voir, comme le veut M. le rapporteur, la description complète des procédés employés par notre collègue, nous n'y lisons en réalité qu'un travail écrit dans un intérêt administratif; M. Harreaux y parle, au point de vue de la sécurité des sangsues qu'il veut y élever, des moyens employés pour empêcher la fraude, il indique les procédés mis en usage contre les maraudeurs de nuit; mais de procédés scientifiques véritables, il n'en est question nulle part. Cette lettre n'était qu'une annonce de résultats qui attendaient une vérification promise; pourtant, dans cette note, quelques renseignements auraient pu éclairer la conscience de M. le rapporteur. « On y sacrifie autant que possible, dit M. Harreaux, les hydrophiles, dont les larves sont voraces. » Comment donc dans le parallèle que M. Soubeiran trace entre les marais de Grouville et ceux de Clairefontaine, lit-on : « A Grouville, on ne croit pas que les larves et les insectes carnassiers fassent grand tort aux sangsues; à Clairefontaine, on leur fait une chasse incessante? » Dans son travail, M. Harreaux dit encore : « Au-dessous de la première couche du sol s'en présente une autre plus noire ou gris ardoisé qui renferme des débris végétaux; la troisième couche est un gisement de tourbe, résidu des plantes du marais primitif. » Comment donc M. le rapporteur écrit-il que les bassins de Grouville ont été creusés dans un pré argilo-calcaire? La seule différence, en effet, qui existe entre Grouville et Clairefontaine est la mollesse et la perméabilité de la tourbe de ce dernier marais. A Grouville, elle durcit pendant la chaleur de l'été, parce qu'on baisse le niveau de l'eau pour imiter le mode de faire de la nature; à Clairefontaine, on regarde un niveau d'eau constant comme indispensable au succès. Mais, où sont en réalité les autres différences entre Clairefontaine et Grouville? Est-ce dans les petits bassins du jardin de Saint-Arnoult qu'existaient, avant mai 1851, les îlots, les berges, l'alimentation des jeunes sangsues avec du sang chaud, non plus à titre d'essais, mais comme moyen pratique, les galeries descendant jusque dans l'eau, le fossé de ceinture, etc.; si ce n'était pas à Saint-Arnoult, et tout porte à le démontrer, ce n'était pas assurément à l'établissement de Clairefontaine, il n'existait pas à cette époque. Qu'importe dès lors que, pour préserver les jeunes sangsues, on les isole à leur naissance, si c'est une précaution inutile! Qu'importe que, pour leur doser la nourriture, on les enferme dans des sacs de flanelle, qu'on leur fasse sucer du sang chaud défibriné! Cela constitue seulement un des procédés d'une méthode que M. Harreaux a indiquée le premier.

Neuvième point. — M. le rapporteur de la commission dit, à la fin de son travail : « L'établissement du savant est en décadence, celui de l'ignorant prospère! »

Nous allons expliquer à l'Académie d'où vient cette différence. M. Borne est un marchand; M. Harreaux est un médecin qui expérimente. M. Harreaux a établi des bassins pour la reproduction des sangsues; ses essais ont été couronnés de succès; il a fait l'offre de ses marais aux hôpitaux de Paris aux conditions exposées dans son travail de 1850. M. Soubeiran n'a trouvé rien de nouveau dans ses recherches, et la proposition a été refusée; pourquoi dès lors M. Harreaux, qui n'est pas marchand, aurait-il continué à acheter des sangsues? M. Borne, au contraire, en vend; il achète du filet et des mères, il l'avoue, entasse dans ses bassins des sangsues nombreuses de toutes provenances, est loué par M. Soubeiran; voilà la raison de sa prospérité.

Dixième point. — M. Desportes, dans la discussion à l'Académie, a prétendu que, d'une lettre à lui adressée le 10 mars par M. Harreaux, il résulterait que M. le président de l'association n'était pas même sur l'emplacement des marais et n'avait pu entendre par conséquent la conversation tenue entre M. Harreaux et M. Borne. L'honorable académicien n'a cité que de souvenir; la lettre disait seulement, et nous en citons les termes : « J'avais chez moi ce jour-là M. Voyet, président de la Société médicale d'Eure-et-Loire »

Nous terminons ici cette longue note rectificative; sa longueur était motivée par la longueur même et la vivacité du rapport de la commission. Sans ce motif, l'Académie peut croire que nous ne l'aurions pas entretenue à deux reprises différentes d'une question de priorité. L'Académie de médecine, qui a déjà reçu de l'association médicale d'Eure-et-Loir, deux communications scientifiques, l'une sur les affections charbonneuses, l'autre sur le cow-pox, sait que nos travaux, commencés seulement depuis quatre années, ont uniquement pour mobile et pour but la science et l'hygiène publique.

Agréez, etc.

CHOLÉRA.

M. Piorry lit un travail intitulé : Note sur les cas d'épidémie de choléra qui a régné dans les salles Saint-Charles et Sainte-Anne de la Charité en 1854.

Les faits relatés dans ce travail ont conduit M. Piorry aux considérations suivantes, au point de vue des causes, des symptômes, de la diagnose, de la pathogénie et du traitement.

Tout porte à croire d'abord, dit-il, que la cause prochaine de cette épidémie est un virus spécial qui n'a pas reçu de nom, et qu'à cause de son origine indienne et de ses effets terribles, il a cru devoir nommer *indoloïose* (virus de la peste de l'Inde). Quelques faits de cette dernière épidémie tendraient à prouver que le choléra peut, dans de certaines conditions et dans certaines localités, se communiquer.

Un autre point important sur lequel M. Piorry appelle l'attention, c'est qu'en novembre 1853, et surtout en mars dernier, il n'y a eu dans la ville qu'un petit nombre de gens atteints de l'épidémie; qu'il s'en trouva assez peu dans les hôpitaux en général; que la Charité fut surtout frappée, et que les salles Saint-Charles, deux fois, Sainte-Anne, une fois, eurent le triste privilége d'avoir un nombre énorme de ces malades relativement aux autres services de la maison. Or ces deux salles sont les plus mal aérées de l'établissement. De plus, des latrines et leurs tuyaux y répandent en tout temps une odeur fétide que l'on a cherché inutilement à prévenir et à détruire.

Ces faits, d'après M. Piorry, sont tout à fait en rapport avec ce qu'il avait vu à la Salpêtrière et ailleurs en 1832, relativement à l'influence de l'encombrement et de l'altération de l'air sur l'apparition, le développement et la gravité du choléra.

M. Piorry a observé encore qu'en novembre 1853 et mars 1854 comme en 1849, et surtout comme au printemps de 1832, l'air était dirigé de la Sibérie vers le sud-ouest; enfin que les cas qui semblaient se rapporter à quelque chose comme la contagion, présentaient les symptômes plutôt de la cholérine que du choléra asphyxique.

M. Piorry et M. Blain, son chef de clinique, à l'imitation de M. Briquet, ont eu recours à l'injection d'eau dans les veines. Cette opération, dans quatre cas, a soulagé momentanément les malades parvenus au plus haut degré d'hypohydrémie; le pouls s'est relevé, l'expression des traits est devenue meilleure, l'énergie, etc. Mais à quelques heures de là ce mieux-être cessait; les selles ne discontinuaient pas, et les accidents d'hypohydrémie reparaissaient avec la même intensité.

M. Piorry s'est demandé alors s'il n'était pas possible de réitérer plusieurs fois par jour ces injections, à l'effet de ne pas cesser de rendre au sang l'eau

qui lui manquait. Cette opération n'a été suivie d'aucun accident. Il a essayé de faire inspirer de la vapeur d'eau : ce moyen n'a pas réussi. Voyant enfin que ni les boissons, ni les injections anales, ni la vapeur d'eau inhalée ne réussissaient, M. Piorry a essayé d'injecter de l'eau dans la vessie, toujours dans le but de faire absorber de l'eau ; il a cru voir que ce moyen avait été suivi d'amélioration chez un malade.

DU DÉLIRE AU POINT DE VUE PATHOLOGIQUE ET ANATOMO-PATHOLOGIQUE.

M. MOREAU lit sur ce snjet un mémoire doot l'objet est de prouver que la folie doit être assimilée, quant à son origine, son développement, sa terminaison, à toute autre maladie en général, et en particulier aux affections soit aiguës, soit chroniques du cerveau.

La folie, en raison de la nature exceptionnelle de l'ordre des fonctions qu'elle atteint, doit-elle être considérée comme une maladie essentiellement distincte des autres maladies, ou bien doit-on la confondre avec les autres états morbides dont sont susceptibles les divers systèmes organiques? Nulle hésitation ne lui semble permise, sous peine d'impuissance absolue en matière de thérapeutique.

Déjà, dans divers travaux, l'auteur s'est efforcé de jeter du jour sur cette question. Il continue cette tâche en abordant aujourd'hui cette même question d'une manière plus directe.

A ses yeux, délire et folie sont synonymes : c'est le même état morbide désigné par deux expressions différentes. Cette assimilation paraîtra légitime si l'on considère que les désordres nerveux ne sont pas toujours symptomatiques ; que, dans une foule de cas, ils sont la traduction d'une lésion essentielle ou primitive de l'innervation. Le dynamisme nerveux se trouve alors perverti, troublé dans ses manifestations intellectuelles, *primitivement*, en dehors de toute influence symptomatique, ainsi qu'il lui arrive de l'être quant à des manifestations d'un autre ordre, dans certaines névroses, l'épilepsie, l'hystérie. En un mot, l'existence des névroses mentales lui semble tout aussi peu contestable que celle des névroses du mouvement.

Cette distinction répond d'avance à toutes les objections qui, s'adressant au délire symptomatique exclusivement, porteraient à faux.

Ainsi M. Moreau voit dans la folie la manifestation directe, immédiate, d'une lésion de l'innervation, une névrose, et au point de vue thérapeutique, il ne subordonne la folie à aucun autre état pathologique qu'à celui même du système dans lequel elle a son origine et son siége.

L'auteur fonde cette opinion sur de longues considérations théoriques et pratiques.

Il résulte de ces réflexions qu'en consultant les faits intermédiaires et en écartant ce qui réellement est étranger au délire, aux faits de psychologie pure, on trouve en dernière analyse, pour condition pathogénique et essentielle des idées délirantes, l'état de sommeil.

L'auteur examinant ensuite la folie dans certaines de ses conditions pathogéniques, y trouve de nouveau la preuve qu'il est impossible de ne pas la confondre avec les autres désordres fonctionnels du cerveau.

Enfin passant à l'examen des principales objections qui ont été faites contre l'assimilation du délire et de la folie, M. Moreau s'attache à les réfuter successivement et à faire ressortir combien sont vains les motifs sur lesquels s'appuient ceux qui veulent établir une ligne de démarcation infranchissable entre la folie et les autres désordres du système nerveux.

M. Moreau termine son mémoire par les conclusions suivantes qui le résument :

1° La folie ou aliénation mentale est une affection identique, quant à sa nature, à toutes les autres affections de l'organisme humain.

C'est une lésion du cerveau dans laquelle le dynamisme nerveux peut être troublé, perverti dans ses manifestations intellectuelles, *primitivement*, en dehors de toute influence symptomatique, ainsi qu'il lui arrive de l'être quant à des manifestations d'un autre ordre, dans certaines névroses, l'épilepsie, l'hystérie, par exemple, ces véritables délires de la motilité.

2° Les troubles fonctionnels du cerveau se confondent tous à leur origine : *in radice*.

Dans les cas où la modification cérébrale porte spécialement sur la faculté pensante, les deux extrêmes se rapprochent et s'identifient. C'est ainsi que de l'état de sommeil complet on arrive insensiblement à la folie la mieux caractérisée.

D'où il est permis de conclure que l'état de sommeil, physiologiquement parlant, est au fond, et comme la condition essentielle des idées délirantes ou de la folie proprement dite.

3° Si on l'envisage dans ses conditioos pathogéniques, on voit fréquemment le délire coïncider avec la perversion, l'abolition complète ou incomplète des facultés motrices, de la sensibilité générale, des sens spéciaux.

D'autre part, toujours les symptômes psychiques de la folie sont précédés d'accidents nerveux.

Enfin ces phénomènes s'observent constamment dans la folie aiguë provoquée par des moyens artificiels, sous l'influence d'agents toxiques.

4° Pour combattre l'assimilation du délire à la folie, les auteurs s'appuient sur les caractères suivants : 1° l'absence de fièvre, 2° sa durée, 3° l'extrême variété des formes sous lesquelles elle se produit.

Ces motifs sont de nulle valeur, attendu que, 1° l'absence de réaction fébrile, l'état chronique, sont des caractères propres à la plupart des névroses ; 2° les distinctions établies entre les diverses périodes d'une maladie quelconque ne changent point la nature de cette maladie et ne sauraient permettre en aucune façon de faire de ces périodes autant de maladies différentes ; 3° dans l'état maniaque et dans la folie partielle la lésion qui a frappé les facultés est la même.

5° D'essentiel ou primitif qu'il était d'abord, le délire peut devenir idiopathique, et dans ce cas la folie présente dans son développement, sa marche, sa terminaison, tous les phéoomènes propres aux affections aiguës du cerveau, caractérisées principalement par le trouble des facultés morales. (Com. : MM. Ferrus, Londe, Bousquet.)

— M. VALLEIX lit la première partie d'un mémoire sur le redresseur utérin. L'objet de cette première partie est la réfutation des observations qui ont été communiquées dernièrement à l'Académie comme des exemples d'accidents mortels produits par l'usage du redresseur. Nous reviendrons sur l'ensemble de ce travail lorsqu'il sera terminé.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

ESSAI SUR L'INFLUENCE QUE LES SCIENCES PHYSIQUES ET CHIMIQUES ONT EXERCÉE SUR LA CONNAISSANCE DE LA NATURE INTIME ET SUR LE TRAITEMENT DES MALADIES ; par M. le docteur SAUCEROTTE.

Deux grandes opinions partagent encore le monde médical sur les rapports des sciences physiques et chimiques avec la médecine. Selon la première, qui compte moins de partisans, l'organisme recèle dans son sein les forces nécessaires à son développement, et il est soumis à des lois spéciales indépendantes de celles qui régissent la matière. Les milieux à l'aide desquels l'homme accomplit sa vie ne seraient que des conditions de sa conservation et non des éléments essentiels de son être. De là est venue l'expression de propriétés vitales que l'on considère comme inhérentes à la fibre vivante. La vie aurait ses lois immuables et propres qui seraient entièrement indépendantes de celles qui régissent les corps inorganiques. Les hommes qui soutiennent cette doctrine se révoltent contre ce qu'ils appellent les prétentions de plus en plus envahissantes des chimistes, qu'ils considèrent comme les agitateurs de la médecine ; ils se plaignent amèrement des physiologistes qui leur ont livré les grands problèmes de la digestion, de la respiration, de la chaleur animale, etc., et n'accepteront jamais le contrôle de la chimie, *cette modeste cousine d'autrefois*, qui veut maintenant régner sans partage.

Dans le camp opposé, où l'on trouve d'infatigables observateurs, on pense, au contraire, que l'organisation se prête à toutes les modifications qui lui sont imprimées par des forces extérieures, on accumule des faits contre les doctrines dynamiques, et on recherche avec ardeur l'explication des actes physiologiques dans les lois de mieux en mieux connues de la chimie et de la physique.

On ne peut pas contester, en effet, que depuis plusieurs années une véritable fusion tend à s'opérer entre la physiologie et la chimie ; c'est un des résultats les plus remarquables obtenus par les physiologistes de notre époque qui ont démontré par leurs travaux que la physiologie ne peut plus se passer des lumières des sciences physiques et chimiques. Si ces sciences ne sont pas encore en mesure de fournir l'explication des rapports qui existent entre les propriétés vitales et les forces chimiques, si certains phénomènes, comme le développement des animaux, le rôle de la substance nerveuse, peuvent être étudiés, en faisant en quelque sorte abstraction de la matière, il n'en est plus de même de certaines fonctions, comme la respiration, la digestion, la formation du sang, qui reposent sur les métamorphoses qu'éprouvent les liquides et les solides. Toutes les recherches publiées depuis vingt-cinq ans pour éclairer ces grandes questions ont été faites dans ce sens, et aujourd'hui personne n'oserait écrire que la digestion, par exemple, n'est que le résultat des forces vitales. En présence des brillantes découvertes dues aux chimistes français et allemands on se sent entraîné, et quoique élevé au foyer des doctrines dynamiques, on est bien obligé d'admettre que la physiologie est basée sur les sciences physiques et chimiques, qu'une science nouvelle surgira des travaux modernes, et que bientôt peut-être on reconnaîtra que les phénomènes physiologiques sont le résultat des réactions chimiques qui s'opèrent dans nos organes.

On doit savoir gré au docteur Saucerotte d'avoir abordé, dans un ouvrage aussi remarquable par la forme que par les idées fécondes qu'il renferme, cette grande question des rapports des sciences médicales avec la chimie et la physique ; il l'a fait avec une grande dis-

crétion, beaucoup de sens et de raison, et nous engageons tous ceux qui conservent encore des doutes à lire ce travail.

L'auteur examine, dans un premier chapitre, l'influence de la physyque et de la chimie sur la médecine au point de vue de la méthode et de l'organisation de cette science; il établit que les sciences physiques s'étendent et se perfectionnent sans cesse, qu'elles possèdent une foule de connaissances sur la certitude desquelles on ne peut élever aucun doute, tandis que la médecine, malgré d'incontestables progrès, est obligée, après deux mille ans de recherches, de revenir sur une foule de points aux traditions de l'art antique.

Si l'on recherche la cause de ce contraste on la trouve dans l'organisation des sciences physiques et dans les méthodes qu'elles emploient. La médecine, au contraire, n'a pas de méthode, de là le doute, l'indécision et ce nombre considérable de systèmes qui tour à tour impriment à cette science une direction différente : mais pourquoi la médecine n'a-t-elle pas sa méthode comme les sciences physiques ont la leur? Cela tient tout simplement à ce que l'objet de ses études n'est pas connu. Le médecin n'ayant pas de notions précises sur l'organisme, la méthode dont il fait usage doit être incertaine.

Ainsi, ce qu'il y a de plus urgent à faire, c'est de déterminer le véritable rôle de la chimie et de la physique dans les fonctions vitales. C'est la direction qu'il faut donner désormais à nos travaux; mais n'oublions pas que dans les recherches chimiques appliquées à la physiologie, on doit tenir compte de l'influence de l'organisme sur les agents extérieurs et de la complexité des phénomènes physiologiques, et qu'on doit éviter les applications prématurées de nos connaissances chimiques à la médecine pratique.

L'auteur consacre deux chapitres à l'examen de l'influence que la physique et la chimie ont exercée sur la pyrétologie et sur la connaissance de la nature et du traitement de l'inflammation.

Des recherches très-nombreuses et très-importantes ont été publiées, depuis une quinzaine d'années, sur la composition chimique du sang dans les maladies. MM. Andral et Gavarret ont établi dans des mémoires que tout le monde connaît, que dans les fièvres la fibrine du sang n'est jamais augmentée, et qu'au contraire elle tend plutôt à diminuer. M. Andral explique les hémorrhagies, les stases sanguines, les épanchements sous-cutanés, le ramollissement des tissus par la destruction partielle de la matière spontanément coagulable du sang. L'altération des propriétés physiques du sang dans la fièvre typhoïde est un fait connu depuis longtemps, mais nous ne savons que depuis quelques années que cette altération est due à la diminution de la fibrine et à un excès de globules par rapport à ce principe. Les analyses du sang dans les pyrexies et dans une foule d'autres affections, ont amené un résultat remarquable, c'est d'avoir débarrassé la science d'idées préconçues et faussement imaginées pour expliquer certains états fébriles. Ainsi les fièvres laiteuses, urineuses, etc., ne peuvent plus s'expliquer par le passage du lait ou de l'urine dans le sang.

Il découle aussi des travaux des expérimentateurs modernes la preuve que les pyrexies ont une existence essentielle, que leur traitement n'est pas nécessairement celui des phlegmasies, qu'on ne peut pas espérer d'enrayer les pyrexies avec les émissions sanguines, et que les fièvres essentielles ont pour cause un principe toxique introduit dans le sang dont l'existence n'est pas démontrée, mais que les efforts persévérants des chimistes et des physiciens feront connaître, nous l'espérons.

Les sciences physiques et chimiques ont apporté quelques lumières dans l'étude de l'inflammation : ainsi, M. Dubois (d'Amiens) a démontré avec une grande précision que la congestion est le résultat de l'encombrement des capillaires par les globules sanguins qui s'y sont entassés.

M. Lebert a fait voir que les tubes les plus fins n'admettent qu'un seul globule de front et que les globules s'adaptent parfaitement en vertu de leur élasticité aux ouvertures dans lesquelles ils doivent pénétrer. Ainsi, lorsqu'un arrêt de circulation a lieu, les globules remplissent le tube vasculaire qui les a reçus et qui se dilate sous la pression centrifuge exercée par ces globules. M. Magendie a prouvé que le sang, en perdant de sa viscosité, s'arrête à l'entrée du capillaire, s'épanche dans les tissus environnants, où il produit des désordres plus ou moins graves.

La chimie nous a appris en outre, dans ces dernières années, que le sang subit dans les inflammations aiguës une altération de composition constante, à savoir une augmentation de fibrine. Cette augmentation n'est pas la même dans toutes les phlegmasies; le chiffre le plus élevé est de 10, le plus bas de 4. Ce chiffre oscille ordinairement entre 6 et 8. Cette augmentation se montre dès le début de l'inflammation et en suit exactement la marche. Si l'inflammation présente des alternatives d'exacerbations et de rémissions, la fibrine augmente et diminue parallèlement. Les saignées ne la diminuent qu'autant qu'elles enrayent la maladie. Tant que celle-ci suit sa marche, la fibrine augmente malgré les pertes de sang. Cette règle est tellement invariable, que si une phlegmasie intercurrente vient à se développer chez un sujet affecté d'une maladie dans laquelle le chiffre de la fibrine diminue, l'augmentation aura lieu également, quand bien même le malade serait épuisé par une affection chronique. « L'augmentation de la fibrine, dit M. Andral, est un caractère tellement sûr de l'inflammation que, si dans une maladie on rencontre plus de 5 en fibrine, on peut assurer hardiment qu'il y a dans quelque organe une phlegmasie. »

Les recherches microscopiques ont jeté un jour nouveau sur les lésions organiques, que les procédés anatomiques eussent été impuissants à nous faire connaître. C'est ainsi qu'on est parvenu à distinguer assez nettement le tissu fibreux, les tubercules, le cancer, les globules muqueux, les globules de pus, les globules blancs du sang, etc.; et il n'est pas douteux que les applications plus précises du microscope contribueront à éclairer l'étiologie d'une foule d'affections.

M. le docteur Saucerotte s'occupe ensuite de l'influence des sciences physiques sur la connaissance et le traitement de quelques corps étrangers. Il étudie d'abord la diathèse lithique, et il admet que les substances salines qui entrent dans la composition des calculs sont apportées par le sang. L'efficacité du traitement de l'affection calculeuse est basée le plus souvent sur l'analyse chimique. En effet, le traitement préventif devra varier, suivant que le calcul sera formé d'acide urique, d'urate d'ammoniaque, d'oxalate de chaux, de phosphate ammoniaco-magnésien, etc. Ces corps étant diversement solubles dans l'urine acide, neutre ou alcaline, il est évident qu'on doit s'attacher avec le plus grand soin à l'étude de ces différentes conditions. Si le traitement chimique n'a pas la puissance de dissoudre des calculs déjà formés, il peut s'opposer du moins à leur accroissement en neutralisant les substances en excès.

L'utilité de la chimie n'a pu être contestée par personne lorsqu'il s'est agi de déterminer la composition des concrétions urinaires, et l'on sait le nombre considérable de corps qu'on y a trouvés. L'observation microscopique venant en aide à l'analyse chimique, a permis de distinguer avec la plus grande précision les divers sédiments des urines. La forme des cristaux suffit le plus souvent pour en indiquer la nature. On a pu aussi reconnaître, à l'aide du microscope, dans les urines, d'autres corps qui s'y trouvent accidentellement, tels que le pus, le sang, les zoospermes, etc.

De nombreux travaux ont été faits dans ces dernières années sur la composition chimique de l'urine et sur l'importance des caractères de ce liquide pour l'étude des maladies, et sur le rôle physiologique des reins.

On admet généralement aujourd'hui que l'urine est acide dans les maladies, et qu'elle ne devient alcaline que par suite d'un long séjour dans la vessie. Des recherches importantes ont été publiées sur les proportions d'eau, d'urée, d'acide urique, de matières salines contenues dans l'urine, et sur la présence de l'albumine et du sucre dans ce liquide. Les moyens employés aujourd'hui pour la détermination du glucose ne laissent rien à désirer, et en quelques instants le chimiste est en mesure de fournir au médecin des renseignements précieux sur la marche du diabète.

Les procédés analytiques employés par les chimistes sont tellement délicats qu'on reconnaît sans peine de très-faibles quantités de sucre.

Il résulte d'une expérience extrêmement curieuse de M. Bernard, à qui la physiologie doit en partie la nouvelle direction qu'elle a prise, qu'il se produit du sucre dans l'urine des lapins, en irritant avec un instrument piquant le quatrième ventricule.

Après avoir étudié les altérations humorales, l'auteur s'occupe des progrès que le traitement des maladies a faits, par suite de l'influence des sciences physiques. Ces sciences, en jetant de nouvelles lumières sur les causes des maladies, sur leurs signes et sur leur diagnostic, ont puissamment contribué aux perfectionnements de la thérapeutique. La chimie a été, sans contredit, aussi utile à la thérapeutique que l'anatomie pathologique ou que la séméiotique. « Je ne veux pas contester, dit M. le docteur Saucerotte, l'importance des données que nous devons à l'empirisme. Hélas! nos plus beaux succès lui sont souvent dus, à la bonté de l'art; mais enfin l'empirisme ne mène pas loin, il ne rend compte de rien, il ne perfectionne rien. Il trace autour de nos recherches le cercle de Popylius. Prendrons-nous donc toujours le hasard pour boussole? Sacrifierons-nous toujours aux dieux inconnus? Non; l'empirisme n'est pas le dernier mot de la science! »

La chimie offre des applications plus directes à la thérapeutique,

en fournissant au médecin des renseignements certains sur les agents thérapeutiques, sur le mode et les circonstances de leur application. S'agit-il d'une nouvelle expérimentation physiologique, d'une substance nouvellement découverte, d'un succédané, des transformations pharmaceutiques que le médicament doit éprouver pour mieux remplir sa destination? s'agit-il de la découverte de quelques médicaments importants comme l'iode, la quinine, la morphine? l'analyse chimique peut seule éclairer le médecin sur ces questions, sur ces agents médicamenteux. N'est-ce pas la chimie qui guide le pharmacien dans la préparation des médicaments, qui nous fait connaître les nombreuses falsifications dont ils sont l'objet, et qui a débarrassé le code pharmaceutique de ces vieilles formules empiriques qui encombraient les anciennes pharmacopées?

Lorsque le médicament est administré, le rôle du médecin n'est pas terminé; il doit le suivre dans l'économie, et à l'aide de l'analyse chimique, constater les transformations qu'il a éprouvées.

Que deviennent les tartrates, les oxalates, les acides organiques, etc.? l'analyse chimique nous le dit. Les médicaments très-actifs, comme l'acide arsénieux, les composés d'antimoine, de plomb, de cuivre, de mercure, séjournent-ils longtemps dans l'économie? quels sont les procédés qu'il convient d'employer pour saturer l'organisme d'un médicament qui est rapidement éliminé de l'économie? La chimie seule peut nous les apprendre.

La toxicologie a largement profité depuis vingt-cinq ans des progrès de la chimie par une connaissance plus approfondie des substances toxiques, et par des procédés analytiques tellement délicats, qu'aucun corps inorganique connu et un grand nombre de matières organiques ne peuvent plus échapper à nos recherches, même lorsqu'ils n'existent que dans les plus faibles proportions. On connaît mieux aujourd'hui l'action locale des poisons, leur absorption et leur transport dans le torrent de la circulation et leur élimination par les urines, la sueur, la salive, etc. De nouvelles études feront connaître les modifications qu'ils opèrent dans le sang et les lois en vertu desquelles les substances vénéneuses se portent sur tel organe plutôt que sur tel autre.

La neutralisation des poisons et leur transformation en composés inertes ont été l'objet de recherches sérieuses; c'est ainsi qu'on a découvert que l'acide arsénieux, ce poison si redoutable, peut être converti par la magnésie et l'hydrate de peroxide de fer en une combinaison insoluble et sans action sur l'économie.

L'influence de la chimie sur l'hygiène, que l'auteur n'a pas suffisamment étudiée, n'est contestée par personne. Qui ignore, en effet, la nécessité absolue des connaissances chimiques pour toutes les questions relatives à l'air atmosphérique, aux habitations, aux eaux potables, aux boissons, aux aliments, etc.? La composition des aliments et leur rôle dans l'économie animale ont fourni des travaux du plus haut intérêt, et qui ont jeté un jour nouveau sur la physiologie de la digestion. Il résulte de ces travaux que les substances alimentaires de l'homme et des animaux se divisent en deux grandes classes, en aliments azotés et en aliments non azotés. Les premiers, chargés de la nutrition de nos organes, peuvent former le sang; les autres sont brûlés dans l'économie, se transforment en eau et en acide carbonique, et produisent ainsi la chaleur animale. La chair, l'albumine et la caséine végétale appartiennent à la première classe; la graisse, les substances amylacées, le sucre, les gommes, l'eau-de-vie, etc., forment les aliments respiratoires.

Les recherches chimiques et physiologiques faites depuis une quinzaine d'années ont démontré en outre que l'homme et les animaux ne peuvent pas se nourrir avec des aliments qui ne contiennent pas d'azote, que les substances privées de cet élément sont impropres à entretenir la vie, que tous les végétaux renferment des principes azotés; et l'observation la plus vulgaire constate que le pouvoir nutritif des végétaux est proportionnel à la matière azotée. Les principes azotés contenus dans les organes des plantes ont exactement la même composition chimique que les matières azotées animales, et, comme celles-ci, ils entretiennent la vie.

Mais les animaux ne peuvent pas vivre avec des aliments azotés seulement; il leur faut des aliments respiratoires, tels que l'amidon, la graisse, le sucre, etc., et leur nourriture n'est suffisante et facile qu'à la condition qu'elle contiendra des proportions constantes d'aliments plastiques et d'aliments respiratoires. Si la proportion des uns ou des autres prédomine, la nutrition devient insuffisante. Il semble à peu près démontré aujourd'hui que l'homme a besoin d'une alimentation formée d'une partie d'aliments azotés et de quatre parties d'aliments respiratoires, et que sa santé s'altère si ces rapports sont profondément modifiés.

Ainsi, les produits de la digestion doivent suffire à l'assimilation et à la chaleur animale; mais de ces deux phénomènes, celui de la respiration est le plus indispensable. Les aliments doivent avant tout développer dans l'économie la chaleur nécessaire à l'existence de l'animal qui, s'il n'assimile pas, respire sans cesse.

La digestion des aliments plastiques et respiratoires, autrefois si obscure, est devenue par les travaux des chimistes un des actes physiologiques les mieux connus. Ainsi, la science moderne a constaté que le suc gastrique exerce son influence digestive exclusivement sur les matières alimentaires azotées, que la graisse et l'amidon n'y éprouvent aucune altération chimique, et qu'ils traversent l'estomac sans être modifiés. Les matières grasses sont émulsionnées instantanément par le suc pancréatique qui les modifie de manière que les vaisseaux chylifères puissent les absorber. Les substances amylacées sont transformées en glucose particulièrement dans l'intestin grêle, mais la plupart des liquides séreux et muqueux de l'économie possèdent la propriété d'opérer cette transformation.

POGGIALE.

VARIÉTÉS.

— La Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles a mis au concours les questions suivantes pour 1853 :

Première question. Faire l'histoire des préparations d'argent, décrire leurs effets physiologiques et thérapeutiques, et déterminer quelles sont celles qui doivent obtenir la préférence.

Prix : une médaille d'or de la valeur de 300 fr.

Deuxième question. Faire connaître les différents moyens qui ont été proposés pour constater les empoisonnements par les bases végétales, et discuter leur valeur au point de vue chimique, en indiquant la marche la plus rationnelle à suivre.

Prix : une médaille d'or de la valeur de 300 fr.

Troisième question. Cette question est laissée au choix des concurrents, mais elle devra embrasser un sujet quelconque du domaine de la médecine, de la chirurgie ou de la tocologie (art des accouchements).

La Société croit devoir signaler à l'attention des concurrents les rapports entre le pouls et la respiration dans les maladies, la métallothérapie et la question de l'hérédité dans les maladies diathésiques.

Prix : une médaille d'or de la valeur de 100 fr.

Quatrième question. Cette question, laissée au choix des concurrents, devra embrasser un sujet quelconque du domaine des sciences naturelles ou pharmaceutiques.

Prix : une médaille d'or de la valeur de 100 fr.

Conditions de concours. — Les membres titulaires et les membres honoraires de la Société résidant à Bruxelles ou dans la banlieue, sont seuls exclus du concours.

Les mémoires doivent être écrits lisiblement en français, en latin, en allemand ou en hollandais, et être remis (*franco*) avant le 1er mars 1855, à M. le docteur Crocq, secrétaire de la société, rue du Bois-Sauvage, 14.

Ils devront être accompagnés d'un billet cacheté, contenant le nom, les qualités et le domicile de l'auteur, et portant sur l'enveloppe la devise ou épigraphe placée en tête du mémoire.

Les mémoires dont les auteurs se seraient fait connaître directement ou indirectement, et ceux qui parviendraient au secrétariat après l'époque fixée, ne seront pas admis à concourir.

— D'après le recensement opéré en 1853, la population des États-Unis se compose de 23,191,876 habitants, dont 9,794 sont aveugles, et cela dans les rapports suivants :

Blancs.	7,978 aveugles sur	19,553,068
Libres, de couleur.	429	434,495
Esclaves.	1,387	3,204,313
	9,794	23,191,876

— M. Duvernoy, professeur d'anatomie comparée, membre de l'Académie des sciences, commencera son cours au muséum d'histoire naturelle le mardi 18 avril, à une heure, et le continuera les mardis et samedis, à la même heure.

Le professeur traitera des organes d'alimentation, considérés dans tout le règne animal, sous le double rapport de leur influence sur le choix instinctif des aliments, et des caractères qu'ils peuvent fournir aux classifications de la méthode naturelle.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE SANITAIRE.

BULLETIN DU CHOLÉRA.

Nous ne perdons pas de vue la manifestation cholérique qui a continué lentement ses progrès depuis la recrudescence, et qui, bien qu'elle ait été à peu près stationnaire, n'en doit pas moins nous préoccuper beaucoup au point de vue des faits qu'elle révèle et de leurs conséquences pour la police sanitaire.

En première ligne des considérations que dicté ce sujet, il faut placer la marche exceptionnelle en apparence que semble avoir suivie cette fois le choléra par rapport aux saisons. Son développement primitif ne coïncide pas avec les premières élévations thermométriques qui caractérisent la température des mois de mars et d'avril; il se rapporte, au contraire, aux abaissements thermométriques qu'on observe en septembre et en novembre. C'est là à première vue une singularité qui différencie le choléra de 1853 de celui de 1832 et de 1849. Ce sont des faits semblables qui ont porté quelques écrivains à douter de l'influence des saisons sur le développement du choléra, et au moment actuel bien des personnes pensent encore que cette sorte d'exception à la marche suivie par les épidémies antérieures fait du choléra que nous observons une maladie irrégulière, anormale, accidentelle qui ne se caractérisera pas complétement. Si l'on examine cette question au point de vue de la généralité des faits, on trouve que ce qui se passe actuellement n'infirme en aucune façon la loi de développement des épidémies cholériques. Ces épidémies peuvent débuter à toutes les époques. Quand on en étudie l'invasion dans un grand nombre de localités, on peut être surpris de voir les époques du développement morbide occuper la série annuelle des différents mois à toutes leurs dates, et cependant de cette apparente irrégularité ressortent d'une manière évidente les faits suivants : 1° le plus grand nombre des invasions dans les diverses localités coïncide avec l'élévation de la température; 2° le developpement épidémique dans la même localité, quand il dure un temps suffisant, obéit d'une manière manifeste à l'influence des saisons ou de la température.

C'est dans les formules qui comprennent l'ensemble des faits qu'il faut chercher les lois ou les exemples qui permettent de caractériser les faits en apparence exceptionnels que nous observons. Sous ce rapport, il n'est pas sans intérêt de citer quelques exemples qui feront voir les terminaisons dont est susceptible le choléra actuel, malgré ses progrès si lents et sa marche en apparence stationnaire. Pour cela, que l'on consulte les bulletins journaliers du choléra de Dunkerque en 1847, du choléra de Marseille en 1834, du choléra de Londres en 1831 et 1847, on verra que ces épidémies ont débuté en réalité vers la fin de l'automne ou au commencement de l'hiver; qu'elles se sont assoupies ensuite, ont disparu momentanément pendant les mois les plus froids, se sont réveillées avec les premières chaleurs, et ont atteint leur apogée pendant les mois de la plus forte chaleur.

A en juger par ces exemples, il n'y a rien d'anormal, d'irrégulier, d'accidentel, dans la manifestation cholérique que nous observons en ce moment; mais il faut se hâter d'ajouter qu'à côté des exemples que nous avons cités, il y en a d'autres dans lesquels un début épidémique automnal n'a point été suivi d'une manifestation complète l'année suivante. Ces cas appartiennent soit à des villes dans lesquelles le choléra ne se développe jamais qu'incomplétement, à cause de certaines circonstances locales, soit, quand ils se montrent dans des localités à choléra, à la cessation de l'influence épidémique générale. Dans le cas actuel, c'est donc dans l'étude générale de l'influence épidémique que nous devons rechercher les conditions de développement de l'épidémie cholérique de 1854. Ce serait un fait entièrement exceptionnel, un fait complétement anormal, qu'une épidémie cholérique qui se montrerait à Paris ou dans quelques départements d'une manière isolée, sans influencer de la même manière le reste de la France ou les pays avoisinants. Sous ce rapport, il faut considérer avec soin ce qui se passe actuellement en Angleterre et dans l'Europe septentrionale pour y puiser, selon qu'il y aura lieu, des motifs de sécurité ou d'un redoublement de précautions sanitaires.

Malgré le retour si précoce des chaleurs, le réveil de la canse épidémique ne s'est pas encore fait sentir dans les villes du littoral de la mer du Nord, du moins du côté de l'Allemagne. A Londres, atteint comme Paris en 1853, les rapports hebdomadaires n'enregistrent aucun décès cholérique jusqu'à la date du 8 avril; mais le dernier bulletin qui nous parvient, à la date du 15 avril, enregistre 18 morts de *diarrhée* et 2 de *choléra*. D'autre part, un rapport du BOARD OF HEALTH, du 17 avril, nous apprend que, dans le mois de mars, l'influence épidémique s'est fait sentir de nouveau dans plusieurs villes d'Angleterre et d'Écosse, et a élevé la mortalité de ces deux contrées, dans le mois passé, à un chiffre double du chiffre de la mortalité de l'Angleterre et de l'Écosse pour le mois de mars de l'année épidémique de 1849. Ces faits, s'ils se développent, sont, on l'avouera, de nature à faire naître des craintes sérieuses sur l'issue de l'épidémie actuelle.

Ajoutons à ces considérations que la manifestation cholérique de 1853, dont la recrudescence en 1854 a coïncidé avec la cessation des grands froids, à pris dans ces derniers jours un développement qui par lui-même doit donner lieu à de graves appréhensions. C'est ce qui résulte des chiffres suivants :

	5 avril.	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Nombre des décès cholériques aux hôpitaux.	6	4	2	3	1	4	3	2	0	6	6	6	11	7	10	
Nombre des décès cholériques à domicile.	0	0	2	0	4	1	0	0	0	0	2	1	0	4	4	
Nombre des entrées cholériques aux hôpitaux.	»	»	»	»	»	»	»	»	3	5	4	6	1	7	6	18
Nombre des choléras déclarés à l'intérieur des hôpitaux.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	5	5	10	10	10	3

FEUILLETON.

FRAGMENTS DU JOURNAL D'UN CHIRURGIEN DE MARINE.

Suite. — (Voir le n° 48 de l'année 1853, et les n°s 1, 9 et 14 de l'année 1854.)

DEUXIÈME FRAGMENT. NOUVELLE-HOLLANDE.

Relâche sur la côte méridionale. Un mulgaradock (prêtre-médecin); médecine et chirurgie des Australiens; variété noire australienne; alimentation; inhumations; climat, etc.

Sur la côte méridionale, le froid semble être le principal agent morbifique. On n'a pas oublié que le seul vêtement des Australiens de cette plage consiste en un manteau qui ne descend qu'aux reins, et dont ils peuvent à peine ramener sur la poitrine les plis étriqués. Les angines, les amygdalites, les affections de poitrine, sont fréquentes dans ces contrées; ces dernières ne prennent pourtant pas l'extension qu'on pourrait croire, au milieu de conditions hygiéniques si défavorables. L'épais enduit fuligineux, huileux et crasseux qui forme comme un second derme appliqué sur la peau, remplit probablement l'office d'un vêtement collant, et mitige les injures des vicissitudes météorologiques. Les ophthalmies ne sont pas rares l'été, sur les plages sablonneuses qui reflètent les rayons solaires et saturent l'atmosphère d'offensantes poussières, Nous avons vu des conjonctives sur lesquelles l'habitude de l'inflammation avait tracé en permanence des veines variqueuses; mais nous n'avons pas rencontré un aveugle.

Les mulgaradocks interviennent d'une manière rationnelle dans les cas de morsure de serpents venimeux : ils pratiquent une ligature au-dessus du point lésé, à l'aide d'un jonc ou de filaments d'écorce, agrandissent immédiatement la plaie avec un instrument tranchant quelconque, caillou aiguisé, coquillage, pointe de lance, griffe de kangarou, et se mettent de suite à opérer des succions avec la bouche, en ayant soin de se la rincer fréquemment avec de l'eau. Ils prétendent que, sans cette précaution, une telle manœuvre n'est pas sans danger pour l'opérateur, et le docteur Nind rapporte un fait qui paraît corroborer cette opinion.

Nous eussions désiré quelques renseignements sur les fièvres intermittentes qui ne peuvent manquer d'exister dans les plaines intérieures et même au bord de quelques lacs du littoral; mais nous ne parvînmes pas à nous faire suffisamment entendre à ce sujet. Il est d'ailleurs probable que le champ d'observation du mulgaradock n'est pas fort étendu, et qu'il nous eût renseigné seulement sur son district, plus sablonneux que palustre.

Parmi les nombreux points de rapprochement qui existent entre les Australiens et la brute, n'omettons pas celui-ci, qui cette fois est tout à leur bénéfice : la femme accouche sans soins, comme une femelle d'animal. Pendant les quelques heures qui suivent les grandes douleurs de la parturition, elle reste couchée à terre, sur des peaux de kangarou, si la famille en possède; puis, le surlendeman, quelquefois même le lendemain, elle sort de sa ruche et va, comme à l'ordinaire, chercher des lézards et des racines pour sa nour-

Ce qu'il importe le plus de faire ressortir de cette statistique, c'est l'augmentation progressive du chiffre des entrées cholériques aux hôpitaux, du 13 au 20 avril. On peut aussi remarquer une ascension notable de la mortalité des hôpitaux et des arrondissements depuis ces derniers jours.

Parmi les cas qui se sont déclarés à l'intérieur des hôpitaux et hospices, ceux de la Charité continuent à être les plus nombreux. Malgré nos appels réitérés, aucune mesure suffisante n'ayant été adoptée, le foyer nosocomial a continué son développement. On voit en effet, dans le tableau suivant, l'hôpital de la Charité figurer pour 27, sur un total de 46 cas fournis par la population des différents hôpitaux et hospices de Paris.

	13 avril.	14	15	16	17	18	19	20
Total des cas déclarés à l'intérieur des hôpitaux et hospices.	1	2	5	5	10	10	10	3
Total des cas de la Charité	1	1	3	2	5	6	8	1

L'influence cholérique, dont nous suivons ainsi les premières traces, n'est pas encore assez développée pour réagir sur le chiffre général de la mortalité, et pourtant, d'après les données qui nous parviennent, cette mortalité serait considérable. La moyenne des neuf jours, du 11 au 19 avril, s'élève à 120,5 décès par jour, dans la série suivante : 144, 98, 121, 114, 114, 123, 116, 134, 122 ; tandis que la moyenne des décès par jour, dans le mois d'avril, calculée pour dix années, ne donne que le chiffre de 94. On retrouve ainsi, pour la recrudescence épidémique, le fait important, déjà signalé au début de l'épidémie, d'une augmentation de la mortalité générale. La GAZETTE MÉDICALE cherchera une autre fois à déterminer quelles sont les maladies qui ont donné lieu à cet excédant de mortalité. Pour le moment, il nous suffira de signaler l'apparition d'affections diarrhéiques épidémiques. Nous en avons observées par nous-même un certain nombre d'intensité assez grande pour exiger l'entrée immédiate à l'hôpital, et nous savons de source certaine que, dans l'une des grandes casernes de Paris, celle de Reuilly, située à l'extrémité du faubourg Saint-Antoine, et occupée par le 12e léger, ainsi que dans les baraques du quai Morland, où se trouvent casernées deux batteries d'artillerie, les militaires sont atteints en très-grand nombre de ces flux diarrhéiques qui sont l'une des manifestations constantes les plus palpables du choléra épidémique.

THOLOZAN.

PATHOLOGIE CUTANÉE.

MÉMOIRE SUR LE BOUTON D'ALEP; par le docteur A. WILLEMIN, ex-médecin sanitaire de France en Orient, inspecteur adjoint des eaux de Vichy, chevalier de la Légion d'honneur, etc.

(Suite. — Voir le n° 14.)

VI. — SIÉGE DU BOUTON RELATIF AUX ORGANES ; SIÉGE ANATOMIQUE.

Le tubercule alépin se développe, comme je l'ai indiqué, presque exclusivement à la face et aux extrémités. On peut dire aussi qu'à la face il présente en général plus de gravité, et qu'*assez communément* les étrangers, moins sérieusement atteints que les Alépins, le sont aux extrémités. Je n'ai vu qu'un exemple d'une indigène, jeune dame d'une très-belle constitution, qui a eu un bouton unique à la jambe. A la face, c'est plus particulièrement le milieu de la joue et souvent des deux joues, le côté du nez, la paupière supérieure, le front, qui en sont affectés. Aux avant-bras, c'est l'extrémité inférieure, plus spécialement le poignet, toujours à sa *face dorsale*; c'est également la face externe de l'avant-bras, de même à la jambe; au pied c'est encore le dos de l'organe qui est exclusivement le siége de l'exanthème. Je ne connais pas un seul cas de bouton développé sur le tronc. M. Guilbou cite un Français qui l'eut aux parties génitales.

Si l'on recherche le siége de la maladie sous le rapport du tissu anatomique qu'elle envahit, c'est toujours originairement le tissu cellulaire sous-cutané; c'est là que se développe le plasma des auteurs allemands. Après y être restée longtemps renfermée, l'affection s'étend au tissu même de la peau, qu'elle finit par perforer et ulcérer. Que les cartilages soient quelquefois, mais bien rarement sans doute, attaqués eux-mêmes, je ne le nie pas; mais je n'en ai point vu d'exemple. Ainsi deux individus dont j'ai pris l'observation, M. P. et une dame juive, eurent l'un le bord de l'aile du nez et l'autre l'extrémité du lobule, rongés, échancrés; mais il fut facile de m'assurer que les cartilages avaient été respectés. On parle aussi d'yeux détruits par suite des progrès du bouton développé aux paupières. Une femme juive me déclara que son enfant avait perdu l'œil de cette manière; je demandai à le voir, mais elle ne me l'amena point.

VII — DU NOMBRE DES BOUTONS, DE LEUR ÉTENDUE.

Pour le nombre des boutons, il est très-variable. Les gens du pays les distinguent en *mâle*, si le bouton est unique, et *femelle* quand il est multiple, dénomination parfaitement oiseuse : c'est le dernier cas qui est le plus commun. Mais il est inexact de dire qu'un tubercule unique est plus grave que chacun de ceux qui forment une agglomération : j'ai vu bien souvent le contraire, à savoir un bouton seul et peu développé, et dans le cas de tubercules multiples, plusieurs de ceux-ci offrir une extension considérable.

On a parlé d'individus atteints de soixante boutons et plus. Durant mon séjour, il était question d'un religieux d'Antab qui en aurait eu soixante-quinze à la fois. Je ne l'ai pas vu; mais j'ai pu visiter le neveu de l'évêque grec, un Cypriote âgé de 17 ans, qui fut attaqué de la maladie huit mois après son arrivée à Alep. La rumeur publique lui attribuait quarante boutons; il en avait quinze, présentant la plupart, il est vrai, des dimensions insolites.

Une jeune dame, madame M..., d'origine allemande, en a en vingt et un. On en observe le plus souvent deux, trois ou quatre.

Quant à l'étendue du bouton, ou plutôt de l'ulcère qui succède au ramollissement du tubercule, elle est encore très-variable : j'en ai mesuré qui avaient jusqu'à $0^m,04$ ou $0^m,05$ de diamètre. Le Hongrois dont j'ai parlé avait le nez entier et la portion contiguë des deux joues envahis par la maladie, qui aurait eu pour rudiments trois tubercules en triangle. A côté de ces exemples fâcheux, j'en puis citer d'autres,

riture. On pratique je ne sais quelle manœuvre sur le ventre quand l'issue du fœtus se fait attendre, et l'on accélère quelquefois sa sortie par des tractions. Il est bien probable que ces matrones possèdent d'autres procédés, emploient certains breuvages sur lesquels nous n'avons pu recueillir aucun renseignement.

Parmi les chétifs Australiens, on rencontre peu d'estropiés; la race entière est abâtardie, misérable, mais peu de misères exceptionnelles viennent trancher sur la décrépitude générale. C'est que les enfants qui ne présentent pas une intégrité bien parfaite meurent rapidement, sous l'action combinée des éléments et des privations. Si la mère de famille accouche de jumeaux, l'un d'eux est sacrifié. Ils s'expliquent nettement au sujet de cette coutume barbare : une femme n'a ni assez de lait pour deux enfants, ni assez de force pour les porter tous deux sur le dos quand elle va à travers la campagne pour chercher sa nourriture. Les marsupiaux, qui, comme chacun le sait, portent leurs enfants dans une poche naturelle, sont prédominants dans le règne animal australien; la femelle de l'homme semble imiter leur exemple en portant toujours aussi sur elle le fruit de ses entrailles dans une poche artificielle placée sur le dos. On dirait deux êtres soudés l'un sur l'autre; l'enfant ne quitte la poche dans laquelle il est suspendu que pour prendre le sein ou quand la mère dort. A voir les glandes mammaires des femmes d'Australie, on peut supposer à bon droit que leurs flasques outres à lait peuvent être offertes à leur nourrisson par-dessus l'épaule ou par-dessous l'aisselle, comme cela se voit journellement en Algérie. Les enfants tettent quelquefois jusqu'à quatre ou même cinq ans; mais longtemps avant le sevrage ils savent pourvoir à leur nourriture, et se régalent ainsi simultanément de chenilles et de lait. Un petit enfant d'environ 4 ans et demi, alerte, espiègle et grimacier comme un singe, vint même nous offrir un énorme lézard, tellement peu cuit qu'il remuait encore; sur notre refus, il se mit à le croquer à belles dents, et prit un dessert aux mamelles pendantes de sa mère.

Ces horribles Australiennes ont un instant, nous ne dirons pas de beauté, mais de moindre laideur, qui s'évanouit bien vite dès qu'elles deviennent mères. Elles se marient de très-bonne heure, de 12 à 15 ans, tandis que les hommes n'entrent guère en ménage avant 30 ans. La polygamie est en vigueur, et nous avons vu des vieillards décrépits époux de très-jeunes femmes. Cette disproportion ne vient que trop en aide aux misères et aux privations de toute sorte, pour précipiter encore davantage la décrépitude de la race.

Il était déjà sombre quand nous voulûmes regagner notre bord. La nuit était devenue tellement noire quand nous arrivâmes au camp des baleiniers que nous nous y arrêtâmes, n'osant pas pousser jusqu'au navire. Les modestes baraques des Anglais, qui savent installer un peu de confortable jusque dans les solitudes de l'autre bout du monde, nous parurent des palais en comparaison des ruches australiennes. Nous nous étendîmes sur des peaux, après nous être roulés dans une couverture qui ne nous parut pas de trop par la nuit fraîche et humide, et nous nous endormîmes en pensant aux courtes chlamydes des héros australiens et aux pauvres enfants qui vont complétement nus jusqu'à ce qu'ils marchent seuls. Au fait, comment les parents les couvriraient-ils? Le kangarou est si agile qu'on le tue rarement; aussi les peaux de cet animal sont-elles fort recherchées dans les tribus, et, d'autre part, l'Australie ne produit point de plantes textiles, ni pandanus, ni mûrier à

heureusement assez fréquents, de jeunes filles d'Alep qui portent simplement à la lèvre, sur la joue ou sur l'avant-bras, de petites cicatrices arrondies, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, à peine plus pâles que le tégument voisin, dont elles atteignent presque le niveau.

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.

Avant de passer à l'exposé des formes variées que peut revêtir l'exanthème alépin, dans sa période d'ulcération, sous l'influence de conditions particulières à l'individu, telles que sa constitution, la diathèse dont il peut être atteint, etc, je crois convenable de citer un certain nombre d'observations du bouton normal, qui le feront voir à ses différentes périodes et à divers degrés de gravité.

BOUTON D'ALEP A LA PREMIÈRE PÉRIODE (AVANT LE RAMOLLISSEMENT).

Obs. I. — Orosdi, major, officier hongrois, 28 ans, blond, grand, tempérament sanguin, habitant Alep depuis vingt-sept mois. Après vingt mois de séjour dans cette ville, il vit apparaître, à la face dorsale du premier métacarpien gauche, à la base du pouce, un petit bouton, qui n'était d'abord pas plus gros qu'une tête d'épingle. Peu à peu ce bouton augmenta de volume, sans jamais causer de douleur. Sa surface se couvrait de pellicules blanchâtres, sèches, qui tombaient et se renouvelaient; il ne s'y est jamais fait aucune sécrétion de liquide.

Aujourd'hui (*sept mois après le début*) on constate en cet endroit un tubercule de la grosseur d'un pois, dur, livide, indolent, à la surface duquel l'épiderme ne présente point d'altération notable. Il est entouré d'une légère auréole rosée.

Point d'autre lésion. Santé générale parfaite.

Cette observation offre ceci d'intéressant à noter: c'est qu'avec un tempérament robuste coïncide, ainsi que je l'ai précédemment indiqué, un degré léger de l'affection, et celle-ci, qui a été lente à paraître, se développe également avec une grande lenteur, puisqu'au bout de sept mois le tubercule ne présente encore aucune disposition au ramollissement.

BOUTON A LA JOUE; SIX MOIS DE DATE; COMMENCEMENT DE RAMOLLISSEMENT.

Obs. II. — Madros Sarkics, Arménien, 15 ans et demi, d'assez bonne constitution, un peu lymphatique, arrivé depuis sept mois à Alep, a été atteint, un mois après, du bouton, auquel, suivant la coutume du pays, il n'a opposé aucune espèce de traitement.

État actuel (à six mois de date): Un bouton unique occupe le haut de la joue; situé entre l'aile du nez et la paupière inférieure gauche, il a à peine les dimensions d'un haricot. La saillie en est légère, la teinte livide, pâle; il s'aplatit sous le doigt, donnant la sensation d'une *demi-fluctuation* sous la peau. Une petite lamelle épidermique, détachée des téguments par ses bords, couvre la partie inférieure du bouton, dont le reste de la surface présente de petites dépressions dues sans doute à la chute de lamelles semblables. Il n'a encore fourni aucune exsudation. Quand le malade, cédant au prurit, se gratte, le tubercule devient plus rouge et plus sensible.

Rien sur le reste du corps. Santé générale bonne, depuis une fièvre intermittente de huit jours subie lors de l'arrivée à Alep.

BOUTON INCRUSTÉ A LA JOUE.

Obs. III. — Ida Popolani, 2 ans, née à Alep, de parents alépins, d'assez bonne constitution, atteinte d'un bouton unique à la face depuis huit mois. (Son père a eu le bouton au bras, une des sœurs de l'enfant à l'avant-bras où l'on en voit la large cicatrice, faits contraires à l'assertion de ceux qui prétendent que les indigènes en sont tous atteints à la face.)

6 juillet. État actuel (huit mois de date): Au milieu de la joue gauche, il existe une croûte épaisse, longue de 0m,02 sur 0m,01 de large, jaune, sèche, inégale, comme incrustée et fortement adhérente au tégument qui la circonscrit par une ligne parfaitement nette et tranchée. L'auréole qui l'entoure est peu prononcée. Il y a déjà eu plusieurs exfoliations, la croûte s'étant détachée spontanément ou par les efforts impatients de l'enfant, et toujours assez rapidement reformée. La santé générale est bonne.

Le 16, la croûte était tombée, laissant à nu une surface brunâtre, sanguinolente, assez unie et sèche.

Huit jours après je trouve une nouvelle croûte, moins épaisse que la première, mais présentant du reste les mêmes caractères.

DEUX BOUTONS DÉJA ULCÉRÉS AU TROISIÈME MOIS.

Obs. IV. — Madame Bini, Italienne, 45 ans, sèche, un peu débile, séjournant à Alep depuis deux années, atteinte du bouton depuis trois mois.

Je constate un premier tubercule à la face, au bas de la joue gauche, ayant à peine le volume d'un gros pois; une croûte épaisse, dure, adhérente, saillante (la première qui se soit formée), en occupe toute la surface; à l'entour une légère auréole rosée, aucune base d'induration.

Un second bouton plus volumineux siége à l'extrémité inférieure de l'avant-bras, près du bord cubital. Il a le double de surface de l'autre. Une croûte centrale, un peu déprimée, est entourée d'un bourrelet livide, tuberculiforme (une première croûte est déjà tombée). Ce bouton est douloureux, celui de la face ne l'est point; du reste les fonctions générales ne sont pas troublées.

M. Bini, médecin, s'oppose à ce qu'on fasse aucun traitement, sa femme courant le risque, si elle employait des médicaments, de « devenir aveugle. »

TROIS BOUTONS A LA JAMBE, A LA JOUE ET A LA MAIN.

Obs. V. — Andreas Ebn Daniel, 7 ans, né à Alep de parents alépins, un peu bouffi, mais assez fort, atteint de la maladie depuis huit mois. Un peu tardive, son apparition a été précédée de huit jours de fièvre intermittente, qui guérit spontanément.

7 juillet (huit mois de date). Je constate l'existence de trois boutons:

1° Au milieu de la joue droite est une croûte sèche, adhérente, brunâtre, de 0m,01 de diamètre, presque au niveau de la peau, avec un peu de rougeur à l'entour; pas de gonflement.

2° A la base et à la face dorsale de l'annulaire droit se trouve un petit ulcère, comme une rhagade, presque sec, couvert d'une petite croûte brisée par le milieu. Les bords inégaux font une légère saillie au-dessus des téguments.

3° A l'extrémité inférieure de la jambe gauche, en avant et un peu en dehors, est une croûte plus large que la première, très-sèche et très-adhérente. Ce bouton est le premier en date; il repose sur une base d'induration qui a au moins 0m,05 de diamètre, et à la surface de laquelle l'épiderme est fendillé.

LARGE BOUTON ULCÉRÉ A LA FACE DORSALE DU CARPE.

Obs. VI. — Le révérend P. Mathias Arnold, de Terre-Sainte, 40 ans, bohémien, de forte constitution, sanguin, profondément gravé de la petite vérole, habitant Alep depuis treize mois, a été atteint du bouton cinq mois après son arrivée.

Celui-ci s'est manifesté sans fièvre, sans prodromes; il a commencé par un petit bouton indolent, qui a grandi peu à peu, employant cinq mois à atteindre son développement complet. Il n'y a qu'un mois que la suppuration a commencé, à la suite de l'application d'un onguent maturatif.

papier, ni *phormium tenax*, trésors qui seraient du reste inutiles aux indigènes, car ils ne possèdent point l'art de tisser, si bien connu dans plusieurs îles mélanésiennes voisines, et porté même à une certaine perfection en Polynésie.

Le lendemain, nous eûmes affaire à bord. Le jour suivant, à l'aube, de grands cris nous réveillèrent: deux Australiens s'agitaient sur la plage en faisant force signes de détresse; Dickson, qui les accompagnait, nous expliqua que la tribu avait été attaquée la nuit par une bande ennemie et qu'il y avait plusieurs blessés. Nous nous rendîmes aussitôt chez nos pauvres amis les Australiens: les femmes et les enfants poussaient des cris ou plutôt des hurlements lamentables, et les hommes proféraient de tardives menaces contre un ennemi par lequel ils s'étaient laissés surprendre. Après avoir blessé trois hommes, le parti adverse s'était retiré en essayant de mettre le feu au village; mais comme l'herbe était humide, deux cases avaient été seules consumées. Un arbre aux branches échevelées, contre lequel s'appuyait l'une de ces baraques, portait aussi sur son tronc noirci l'empreinte de l'incendie. Le pauvre village ravagé et dévasté faisait réellement peine à voir. J'avais presque méconnu l'homme dans l'Australien livré à ses jouissances; en le voyant dévorer un cuissot de kangarou ou un morceau de baleine, son régal par excellence, sa jouissance sans égale, je n'avais trouvé qu'un appétit de carnassier et un plaisir de brute; mais à sa souffrance, je le reconnus pour un frère, pour un homme: père, mère, parent, ami, chacun souffrait selon la nature de son sentiment, comme chez nous, et l'exprimait par des accents d'une douleur naïve et profonde. La souffrance est-elle donc, avec la pensée, le caractère le plus distinctif de notre pauvre humanité?

L'agression de l'ennemi ayant une cause réputée peu grave, la violation de son territoire par deux hommes de notre tribu, les assaillants se contentèrent, comme c'est l'usage conventionnel en pareil cas, de faire quelques blessures pour satisfaire leur honneur.

Un guerrier avait reçu une zagaie dans le gras de la cuisse; l'arme s'était rompue près de l'ouverture d'entrée, de sorte que deux dentelures de son extrémité barbelée paraissaient seules au dehors. Le membre n'était point, du reste, perforé de part en part. Mais comment retirer cette arme barbelée dont les crochets eussent déchiré la plaie si on eût voulu la faire sortir par l'ouverture d'entrée? Le mulgaradock s'y prit fort bien: comme il ne restait que peu d'épaisseur de parties molles à traverser, il poussa la zagaie jusqu'à ce que sa pointe parût au dehors, et put la tirer alors dans le sens des dentelures barbelées. Il suça la plaie pour en extraire le sang, la saupoudra de l'espèce de terre ocreuse, nommée *boïel*, dont ils se servent comme de fard, et la couvrit de bandes d'écorces fraîches et souples qu'il serra assez étroitement avec des ficelles de joncs.

Les mulgaradocks prescrivent un régime assez sévère après les blessures un peu graves: c'est d'abord une diète à peu près complète, puis quelques jours de nourriture exclusivement végétale, le lézard est permis plus tard, le poisson est ensuite accordé, enfin le blessé n'est autorisé à se nourrir de tout ce qu'il peut se procurer que lorsque toute inquiétude a disparu.

Une jeune femme nourrice avait reçu une blessure assez légère au pied; mais un état spasmodique très-alarmant, accompagné de grincements de dents, était d'un mauvais augure. Le mulgaradock lui faisait prendre le suc de je ne

ÉTAT ACTUEL (huit mois de date) : Il existe sur le dos du carpe de la main gauche une plaque dont le contour est très-irrégulier. Le centre est occupé par une croûte de $0^m,02$ de diamètre; plusieurs jetées partout d'elle comme des rayons; elles sont constituées par de petites élevures tuberculeuses, de teinte rouge framboise, se confondant les unes avec les autres par leur circonférence.

L'extrémité cubitale de l'ulcère est à nu; le fond très-peu déprimé, presqu'au niveau du tégument sain, est jaunâtre, inégal; couvert de quelques gros bourgeons charnus de bonne nature, il se confond presque avec l'auréole livide environnante. La suppuration, qui n'a jamais été abondante, est très-faible en ce moment. Le Père ne ressent ni douleur ni même de cuisson; les mouvements de la main ne sont aucunement gênés. La santé générale est bonne; la céphalalgie à laquelle le révérend Père était sujet a plutôt diminué.

Huit jours après, la croûte s'était presque entièrement détachée; la surface de l'ulcère avait toujours le même caractère.

Je revois encore le malade au bout de huit jours; la croûte s'est reformée; elle est plate, mince, humide, livide; la bordure de tubercules cuivrés, agglomérés, persiste sans aucune modification.

Ici, malgré la vigoureuse constitution du malade, le bouton avait acquis une assez grande extension. En peut-on donner pour raison suffisante la maigre chère, le régime débilitant du couvent?...

DEUX BOUTONS, DONT L'UN EST SITUÉ A LA PAUPIÈRE INFÉRIEURE; MENACE D'ECTROPION.

OBS. VII. — Un enfant chrétien, Abdallah Dimitri Schamber, âgé de 2 ans, est atteint du bouton *depuis un an.*

Je constate à la paupière inférieure gauche une large croûte, de $0^m,02$ au moins de diamètre transversal, sèche, verdâtre, fortement implantée sur l'organe, dont le bord libre présente une tendance à se renverser en dehors.

A la joue droite, il existe un ulcère assez profond, dont la croûte est en partie tombée; le fond apparait assez pâle, uni, sans aucunes granulations; l'auréole de l'ulcère est elle-même très-peu colorée.

(Depuis quelques jours, l'enfant est indisposé.)

Dans ce cas encore, les parents ont repoussé pour le bouton toute intervention de l'art, et aujourd'hui l'ulcère de la paupière est assez étendu pour que l'on puisse craindre tout au moins un ectropion.

EXTENSION CONSIDÉRABLE DE L'EXANTHÈME; QUINZE BOUTONS, DONT HUIT SITUÉS A LA FACE, PRESQUE TOUS A LA PÉRIODE D'ULCÉRATION.

OBS. VIII. — Sotiry, neveu de l'évêque grec d'Alep, né en Chypre, âgé de 17 ans, assez fort quoique d'une constitution lymphatique, arrivé depuis un an et demi à Alep, atteint de l'exanthème depuis dix mois. Un premier bouton s'est manifesté à la paupière supérieure de l'œil droit, puis deux autres ont apparu au milieu du front, puis successivement et à peu de distance, le dos du nez, la joue, ont été envahis, et enfin les avant-bras. Il porte aujourd'hui 15 boutons. Pendant quelques mois il s'est formé à leur surface une succession de croûtes, sans suppuration manifeste, sans que le malade éprouvât la moindre souffrance; depuis trois ou quatre mois la fonte a commencé à se faire.

13 juillet. ÉTAT ACTUEL : Deux gros boutons ulcérés occupent le milieu du front, symétriquement situés de chaque côté, à 1 ou 2 centim. de la ligne médiane. L'ulcère du côté gauche a au moins $0^m,015$ de diamètre; le fond est un peu *élevé au-dessus* du niveau des téguments, assez égal, sans bourgeons appréciables; recouvert de petites croûtes verdâtres humides, il se fond par une pente insensible avec le bourrelet tuberculeux qui l'entoure.

L'ulcère à droite est plus petit, plus irrégulier; le fond en est déprimé, sec, il a l'aspect de tissu inodulaire. Tout le triangle intercepté entre les deux boutons frontaux et la racine du nez est tuméfié, induré, de teinte framboisée; de petits boutons pustuleux, semblables à ceux de l'acné, sont disséminés à sa surface.

La racine elle-même du nez a trois fois le volume normal. Un gros bouton occupe le dos de l'organe; il est sec, non encore abcédé, très-inégal à sa surface, avec de petites dépressions ombiliquées, la teinte générale est d'un rouge assez vif.

Un petit bouton ulcéré couvre la tête du sourcil droit. La paupière supérieure droite est énormément tuméfiée, infiltrée, rouge. Un gros bouton de $0^m,02$ de diamètre horizontal en occupe l'extrémité externe et la moitié de la largeur. Comme celui du front, il est en partie recouvert d'une croûte verdâtre, humide, de dessous laquelle s'échappe par la pression un peu de liquide épais, moitié séreux, moitié purulent. La tuméfaction est telle que le malade peut à peine entr'ouvrir la paupière.

Il existe encore deux autres boutons secs, déprimés au centre, situés l'un au-dessus de la commissure gauche des lèvres, l'autre au milieu de la joue, et un troisième plus petit, conique à la pointe du menton.

On voit, à l'avant-bras droit, sur le bord radial, un gros bouton sec, également déprimé en son centre, entouré d'un bourrelet dur, froncé en cul de poule; un autre plus petit, vers le bord cubital. Sur le dos de la main, audessus des deux derniers métacarpiens, il existe un tubercule plus étendu, irrégulier, incrusté, avec une bordure épaisse, dure, livide. L'avant-bras gauche en présente trois, semblables aux précédents; un dernier occupe le dos de la première phalange de l'index, qui est tuméfiée, indurée et de teinte rouge foncé.

Avec ces nombreuses et graves lésions des téguments, la santé générale n'est pas sensiblement altérée; les fonctions digestives, la nutrition, s'exécutent parfaitement.

Sotiry vaque, sans gêne manifeste, à ses fonctions de premier serviteur de son oncle.

BOUTONS A LA PÉRIODE DE CICATRISATION; CENTRE DÉJA CICATRISÉ, AVEC PERSISTANCE DE LA BORDURE TUBERCULEUSE.

OBS. IX. — Un enfant maronite, âgé de 5 ans, Élias Ebn'Fathalla'Ersan, a été atteint du bouton il y a un an.

Aujourd'hui on voit, au milieu de chacune des deux joues, une plaque rouge livide, de $0^m,025$ de diamètre, au niveau des téguments. A chacune, le centre est plus pâle; à droite surtout, il offre presque la coloration normale. Sur les bords, on distingue quatre ou cinq petits tubercules assez inégaux, aplatis et se fondant un peu, par leur périphérie externe, avec la peau voisine.

Il existe sur la jambe droite, une plaque semblable, à peu près guérie.

BOUTON CICATRISÉ; DESTRUCTION D'UNE PORTION DU LOBULE DU NEZ.

OBS. X. — Une femme juive d'Alep, d'une constitution assez sèche, avait été atteinte, dans son enfance, du bouton au nez.

Les tissus mous ont été rongés, de manière à laisser en avant un assez large hiatus. Le cartilage de la cloison s'aperçoit au milieu, blanchâtre, presque réduit à sa seule épaisseur, avec un tubercule de peau conservée en avant et en bas. On voit de même à nu le bord inférieur du cartilage des ailes du nez, auquel la peau est réunie par un tissu inodulaire. Les téguments voisins offrent, de chaque côté de ce moignon hideux, une assez large cicatrice blanche, étoilée.

---

sais quelle plante. Une voisine qui allaitait avec sollicitude un jeune individu de cette race de vilains chiens sans aboiements auxquels les Australiens attachent tant de prix, parce qu'ils les aident dans leurs chasses, avait consenti à se charger du nourrisson de la malade, si celle ci venait à succomber. Quand on ne trouve pas une mère adoptive, l'enfant de la défunte est, dit-on, enterré avec elle. Chez ce misérable peuple, qui n'a qu'une écorce pour habitation, qu'une peau pour vêtement et pour lit, et qui vit au jour le jour, comme l'oiseau du ciel, de la pâture que la Providence fait rencontrer sous ses pas imprévoyants, chacun suffit bien juste à subvenir à sa propre subsistance et ne peut subir aucune surcharge étrangère. Il ne s'agit point de charité publique là où le soin de la conservation individuelle absorbe toutes les forces et occupe toute l'activité de chacun.

Enfin, le troisième blessé était un jeune homme qui avait reçu un coup de casse-tête sur l'épaule. Le mulgaradock avait opéré des traction et massé la partie. Il nous parut que là s'était borné le traitement. Il n'existait du reste aucune fracture.

L'inhumation est un point fort important de l'hygiène publique dans nos pays civilisés où les vivants sont tellement pressés qu'il faut que les morts trouvent place à côté d'eux; mais qu'importe le mode suivant lequel on procède sur le vaste continent australien, où l'homme est si clair-semé? Les néo-Hollandais ne laissent ni aux chiens la tâche de dévorer les cadavres abandonnés, ni aux éléments celle d'opérer peu à peu leur décomposition en plein air; selon les tribus, ils enterrent soigneusement ou brûlent leurs morts. Ils leur élèvent quelquefois même des tumulus faits avec plus de soin que la cabane des vivants.

Il existe une curieuse coutume dont nous n'avons pu être témoin, mais dont nous emprunterons le récit au gouverneur Collins, parce que c'est une véritable opération chirurgicale qui nous incombe conséquemment, et que, d'autre part, si la scène a été vue depuis cette époque par plusieurs autres, elle n'a pas encore été mieux décrite. Nous passons tout ce qui a trait aux mœurs et au cérémonial, pour arriver à la partie intéressante pour nous.

Le *gna-loung* est l'initiation des adolescents à la virilité; il consiste dans une foule de cérémonies bizarres dont l'acte capital consiste dans l'arrachement d'une dent; sitôt l'opération terminée, l'enfant est homme; il acquiert le droit de porter la lance, la zagaie et le bouclier, et celui d'enlever des femmes, privilége plus doux mais souvent aussi dangereux; car, pour le dire en passant, beaucoup de ces hideux Australiens vont enlever aux tribus voisines des femmes faites à leur image, et c'est là même un sujet de querelles ou tout au moins de représailles. Chaque adolescent a une sorte de parrain pris parmi les mulgaradocks. Ceux-ci, par une expressive pantomime et des déguisements fort divertissants, indiquent au postulant qu'il pourra désormais chasser le kangarou, qu'il deviendra le supérieur du chien, qu'il aura des armes pour frapper l'ennemi, en un mot, qu'il remplira son rôle d'homme mûr. Tout cela est fort curieux, sans doute, mais peu chirurgical; arrivons-donc au fait. Après un jour de diète et d'immobilité, comme pour une grave opération, on prépare le lit du patient. Ce lit, c'est tout simplement les épaules d'un homme qui, agenouillé à terre, se cale en arrière par l'apposition des ischions sur les talons, et en avant en appuyant sur un bâton ses bras croisés devant le corps; le patient enfourche les épaules du parrain avec ses jambes et pose ses mains sur

VIII. — DES DIVERSES FORMES QUE PEUT PRÉSENTER LE BOUTON D'ALEP A LA PÉRIODE D'ULCÉRATION; DU DIAGNOSTIC DE CETTE MALADIE.

Dans le plus grand nombre des cas, le diagnostic du bouton d'Alep est facile à établir.

Si nous résumons, en effet, les principaux phénomènes dont les observations précédentes ont offert le tableau, ce tubercule, si lent à se développer, rarement douloureux, persistant des semaines, des mois entiers, sans modification appréciable, si ce n'est une légère exfoliation épidermique; puis quand ce tubercule s'est ramolli et ulcéré, cette croûte ordinairement épaisse, sèche, en général très-adhérente aux tissus voisins dans lesquels elle semble enchâssée, lente par conséquent aussi à se détacher; cet ulcère, dont les bords sont le plus souvent élevés, inégaux, offrant une *disposition tuberculeuse*, caractéristique, et se reliant par une pente insensible avec le fond de l'ulcère, lequel est généralement *lisse, sec, uni*; le *siége*, d'ailleurs *constant*, de la maladie, à la face ou aux extrémités, et presque toujours *à la face dorsale* de l'avant-bras, de la main ou du pied; sa durée assez régulière d'un an : ce sont là autant de *caractères pathognomoniques*, qui sont particuliers à cet exanthème et le font aisément reconnaître.

Toutefois, dans certains cas, sous l'influence sans doute de la constitution du sujet, de certaines diathèses auxquelles il est soumis, le bouton d'Alep, parvenu à l'ulcération, offre des caractères qui s'éloignent plus ou moins de ceux que je viens d'indiquer. Il n'est presque pas une maladie de la peau dont il ne puisse emprunter les traits. Or comme différentes affections cutanées (sinon toutes) s'observent à Alep, il peut être important, soit pour le pronostic, soit pour le traitement, d'arriver à reconnaître, sous ce masque étranger, l'exanthème spécifique.

C'est particulièrement avec certaines affections pustuleuses, l'impetigo, et plus encore, l'ecthyma, qu'au premier aspect on pourrait quelquefois être tenté de confondre le bouton d'Alep. Je vais citer sommairement quelques observations où on le verra revêtir successivement différentes formes, que présentent à une certaine période de leur développement, soit les maladies que je viens de rappeler, soit d'autres affections cutanées, telles que l'herpès, le lupus, et surtout les syphilides pustuleuse et tuberculeuse.

BOUTON ULCÉRÉ OFFRANT L'ASPECT DE L'IMPETIGO FIGURATA.

Obs. XI. — Un enfant juif, âgé de 14 mois, d'une constitution très-lymphatique, est atteint, depuis cinq ou six mois, du bouton, qui a commencé par un tubercule siégeant sur le lobule du nez et qui s'est peu à peu développé.

Aujourd'hui cet organe offre un aspect assez difforme. Il est représenté par une masse arrondie, saillante, recouverte à sa surface d'une croûte jaune verdâtre, humide, en tout semblable à celle que produit l'impetigo infantilis. On n'aperçoit, il est vrai, aucune pustule, mais il n'existe non plus sur les bords de la surface incrustée aucun tubercule distinct. Cette fois les parents réclament, mais un peu tard, le secours de l'art.

J'ai observé assez souvent une apparence semblable chez des enfants en bas âge, chez ceux surtout qui sont d'une constitution très-lymphatique, cachectiques (comme il arrive la plupart du temps pour les juifs). Ce n'est plus alors la croûte sèche, brunâtre, adhérente, bien circonscrite, que j'ai antérieurement décrite; c'est, comme dans le cas précédent, une croûte mince, humide, d'un jaune de miel ou verdâtre, qui occupe la face, la joue, le nez ou le voisinage de l'oreille, et laisse transsuder un liquide séro-purulent parfois assez abondant.

Cependant la pustule originaire que l'on retrouve presque toujours au milieu ou au pourtour de la plaque impétigineuse incrustée, fait ici défaut. Au contraire, on voit le plus souvent cette bordure de petits tubercules qui entourent l'ulcère alépin. Quand la croûte impétigineuse est tombée, elle laisse à nu, non pas un ulcère au fond lisse, uni, mais une surface simplement exulcérée, excoriée, qui ne résulte pas, en un mot, de l'érosion du derme, comme dans le bouton d'Alep. Rarement aussi l'impetigo, s'il se développe précisément aux endroits où siége le tubercule alépin, se borne à une surface aussi restreinte, il envahit une plus grande étendue de tissus. Enfin le début, la marche de l'affection, n'ont pas été les mêmes.

Je vais citer une observation intéressante par le fait de la présence simultanée des deux exanthèmes; ainsi rapprochés, on en saisira facilement les caractères distinctifs.

COÏNCIDENCE DU BOUTON D'ALEP ET DE LA CROUTE DE LAIT.

Obs. XII. — Julie Vidal, 15 mois, d'assez bonne constitution, atteinte du bouton d'Alep à la joue gauche depuis dix mois, et depuis quinze jours, d'un exanthème qui a successivement envahi tout le menton et une partie de la joue du côté opposé.

Il existe aujourd'hui (17 juillet) : 1° un large ulcère au milieu de la joue gauche; il mesure au moins 0m,03 de diamètre, mais il est assez superficiel. Le fond, qui est à nu dans presque toute son étendue, est sec, d'une teinte *rouge cuivré*, sans granulations distinctes; l'épithélium qui le recouvre, est en partie plissé et forme ainsi une surface comme cristallisée. Une croûte rougeâtre, sanguinolente, en recouvre la partie supérieure. Tout auprès de cet ulcère, dans le pli de l'aile du nez, on voit un autre bouton également ulcéré; le fond, qui s'aperçoit par une fissure de la croûte épaisse, est *sec, uni*.

2° Toute la surface du menton est le siége d'une ulcération irrégulière, résultant de la déchirure de larges pustules agglomérées, recouvertes pour la plupart de croûtes jaune de miel, épaisses, humides; pour d'autres, la croûte est tombée ou a été arrachée, et le derme dénudé se montre d'un rouge vif. Un grand nombre de pustules isolées ou confluentes sont répandues, soit sur la joue gauche, au-dessous du bouton alépin, soit sur la joue droite et jusque sur les paupières.

La différence des deux exanthèmes apparaît ici bien nette. La mère de l'enfant rapporte l'éruption récente à l'action irritante du pus qui découlait du bouton alepin. Cette étiologie est admissible; seulement l'ichor a produit, non pas un bouton semblable au précédent, mais un exanthème très-différent et dont la nature a pu être déterminée par le tempérament de l'enfant. Ce fait servirait au besoin de preuve pour la nature non contagieuse du bouton.

BOUTON AYANT L'ASPECT DE L'ECTHYMA.

Obs. XIII. — Cette observation, dont je ne rapporterai que le sommaire, est celle d'un enfant juif de 15 mois; il portait à la face un seul petit bouton datant de six mois.

Ce tubercule, ayant les dimensions d'une fève, était surmonté d'une croûte brunâtre, adhérente, *parfaitement semblable à celle de l'ecthyma.*

---

la tête de son porteur. Un autre indigène saisit l'adolescent par le menton et la nuque, et le mulgaradock se met en devoir d'opérer son filleul placé dans cette singulière position. Il déchausse d'abord la dent avec un petit instrument taillé en biseau, appuie l'extrémité amincie d'un bâton sur la dent à extraire, et frappe sur l'autre extrémité avec un gros caillou; la dent saute, mais l'on ne dit pas si la racine reste dans la cavité après rupture de l'ostéide au collet, ou si tout est extirpé à la fois par ce grossier procédé. Quoi qu'il en soit, il paraît que l'hémorrhagie est assez abondante; le sang coule le long de la figure du patient, tombe sur la tête et sur les épaules du porteur, qui a bien soin de ne pas se laver, car ces traces sont des marques de considération, et indiquent la participation à un acte solennel.

Après l'opération arrive le pansement : la tête est soigneusement entourée d'un bandeau enjolivé de bandes de xanthorrea, puis le patient place sa main gauche sur sa bouche et doit la tenir ainsi tout le jour, sans manger ni parler.

Certes, voilà bien du sang, bien des précautions et une diète bien sévère. Ces dernières n'auraient-elles pour but que de donner plus de solennité à cette entrée dans la classe des hommes faits, ou bien cette barbare opération produirait-elle d'assez graves désordres pour nécessiter cet appareil? Je ne saurions résondre ce problème.

La veille de notre départ, nous fîmes une dernière excursion dans l'intérieur. Derrière une chaîne de monticules assez nus du côté de la mer, s'étendent des fourrés dans lesquels nous nous engageâmes. Bientôt nous atteignîmes une clairière qui nous parut avoir été élaguée par la main de l'homme; là, sous des tertres verdoyants, dorment les ancêtres de la tribu. Deux indigènes qui nous accompagnaient restèrent au bord du bois, et le mulgaradock seul nous accompagna. Les Australiens évitent en effet les cimetières, de peur qu'une ombre ne leur apparaisse et ne les étrangle; les mulgaradocks seuls, dans l'Australie méridionale, et les kerradais, qui sont leur analogue dans le nord de ce continent, hantent sans crainte ces lieux redoutés. Pour être mulgaradock ou kerradais, il faut avoir osé dormir une nuit sur un tombeau. Alors, disent les indigènes, il se passe une terrible scène d'initiation au sacerdoce et à l'art d'Esculape : les esprits ouvrent le ventre du postulant, en tirent les entrailles, les retournent et les remettent en place. Dès lors l'initié commande aux éléments, converse avec les esprits, et peut, à l'aide de sortiléges, accumuler des malheurs sur la tête de son ennemi et même causer sa mort à distance.

Mon confrère australien me demanda combien il y avait de temps que j'avais eu ces entrailles retournées par les esprits; je le pris à part, et, essayant la scène des deux augures, je lui souris avec dérision et d'un air d'entente. Soit qu'il fût profondément dissimulé, soit que ce sourire n'ait pas la même signification en Australie que chez nous, il resta impassible. Alors, pour en terminer, je lui fis répondre par Dickson que mon initiation datait de quinze ans. Il parut satisfait, et nous nous quittâmes le soir même fort contents l'un de l'autre, moi parce que j'avais recueilli quelques notes, lui parce que je lui avais fait des présents.

***,
chirurgien de 1re classe.

Ici l'aspect pouvait induire en erreur. Cependant l'ecthyma se manifeste rarement à la face, rarement aussi on n'en observe qu'une pustule seule. La marche, la durée de la maladie ne sont plus du tout celles du bouton d'Alep. Ainsi je vis, chez un jeune Arménien de 12 ans, un bouton incrusté, assez semblable au précédent, mais situé à la *face interne* de la jambe; déjà ce siége rendait improbable l'existence du bouton d'Alep; une seule question suffit pour fixer le diagnostic; la maladie datait de huit jours; or ce n'est pas en aussi peu de temps que le tubercule alépin peut se ramollir et s'incruster.

Dans l'observation suivante, on va voir un mélange de deux exanthèmes.

BOUTONS MULTIPLES; MÉLANGE DE BOUTON D'ALEP ET D'ECTHYMA.

Obs. XIV. — Johannis Ebn Schuhmann, Arménien, 10 ans, intelligent, peu développé physiquement pour son âge, mais d'assez bonne constitution, arrivé à Alep depuis onze mois et demi; deux mois après, il eut pendant dix jours la fièvre tierce. Deux jours après qu'elle eut cessé spontanément, un premier bouton apparaissait sur le dos de la main droite; un second se développa sur la tête du cubitus au poignet gauche; puis il s'en manifesta successivement plusieurs autres sur l'avant-bras droit, au sommet du pavillon de l'oreille gauche, et enfin sur les jambes, où le dixième bouton s'est déclaré depuis peu de jours.

6 juillet (neuf mois après le début). Tous ces boutons, de grosseur diverse, sont aujourd'hui recouverts de croûtes très-différentes elles-mêmes entre elles. Chacun d'eux est situé sur le sommet d'une élevure plus ou moins proéminente, et dont la teinte est d'un rouge foncé.

1° La plus grosse plaque est celle qui siége sur le dos de la main droite; sa surface est irrégulière et parsemée d'une foule de petites inégalités formées par l'épiderme endurci et fendillé; une croûte brune, plate, sèche, en occupe le centre.

2° Au bord externe du cubitus, au voisinage du poignet, est un bouton recouvert d'une croûte jaunâtre, sèche, entourée d'une large auréole rougeâtre, semblable à celle d'un bouton d'ecthyma. Deux petits tubercules, surmontés de croûtes brunâtres, se voient plus bas.

3° Un bouton situé au *bord antérieur* du radius est recouvert d'une croûte plus mince, de dessous laquelle s'échappe, par la pression, *un pus assez bien lié*.

4° Sur la tête du cubitus gauche siége un gros bouton livide, incrusté également, mais entouré d'une bordure de petits tubercules confluents.

5° Au sommet du pavillon de l'oreille, il existe un ulcère qui a détruit une portion du tégument, et autour duquel les tissus sont tuméfiés.

6° Les boutons de la jambe droite consistent en des plaques de plusieurs centimètres de diamètre, au centre desquelles se voit une croûte encore mal formée.

A la partie *antérieure* de la jambe gauche, où s'est déclaré le dernier bouton, on voit une croûte brunâtre, semblable à celle qui se remarque au bord antérieur du radius.

L'état général est satisfaisant.

Est-il besoin de faire remarquer que, pour les premiers boutons, malgré l'aspect général, qui est celui de l'ecthyma, la marche, la durée de l'affection, ne permettent pas d'y voir autre chose que l'exanthème spécifique d'Alep. Le troisième, situé au *bord antérieur* du radius, et d'où sort par la pression un *pus assez bien lié*, appartient à l'ecthyma. Le quatrième est de nouveau et manifestement, de par sa *bordure tuberculeuse* caractéristique, un bouton spécifique; de même, le cinquième, qui a détruit une portion de l'épaisseur des téguments de l'oreille. Mais celui qui occupe *le devant* de la jambe gauche, qui, ne datant que de dix jours, est déjà incrusté, celui-ci a évidemment encore succédé à une pustule ecthymateuse. Ajoutons que la prédisposition qu'avait cet enfant à contracter l'ecthyma, a bien pu déterminer l'aspect analogue qu'a pris l'exanthème alépin parvenu à la période de suppuration.

Cette observation, ainsi que la douzième, sont des preuves de ce que j'avançais plus haut, à savoir, que le bouton d'Alep n'empêche pas le développement simultané d'une autre affection, et ne semble point modifié par elle dans sa marche.

BOUTON D'ALEP PRÉSENTANT LE CARACTÈRE DE L'ACNÉ.

Obs. XV. — Cette observation, que je rapporterai aussi très-sommairement, est celle d'un enfant de 3 à 4 ans, de constitution moyenne, atteint depuis plusieurs mois de deux boutons, siégeant l'un au nez, l'autre au bas de la joue gauche.

Le premier occupe tout le côté gauche du nez, le lobule et la portion voisine de la joue. Ces parties sont considérablement tuméfiées, d'un rouge sombre vif, couvertes de petites lamelles épidermiques à demi détachées et de petites élevures semblables aux pustules acuminées de l'acné, avec laquelle l'affection actuelle offre une grande ressemblance. Le bouton situé à l'angle de la mâchoire a les mêmes caractères; il occupe, ainsi que le premier, une surface de 3 à 4 centimètres de diamètre.

Diagnostic. — Ici la ressemblance avec l'acné était grande; cependant déjà l'âge de l'enfant rendait difficile l'admission de cette dernière maladie; le siége de l'affection était aussi plus nettement circonscrit qu'il ne l'est dans l'acné, dont, au reste, l'élément primitif, la pustule, faisait défaut. Enfin, comme dans les cas précédents, les commémoratifs achevaient de faciliter la distinction.

Je vais citer très-sommairement deux faits qui feront voir le bouton alépin ayant successivement pris l'aspect de l'eczéma et de l'herpès.

Obs. XVI. — Cette observation est celle d'un soldat d'un âge un peu avancé, d'une constitution un peu débilitée, que je trouvai à l'hôpital militaire; séjournant depuis quatre ans à Alep, il était depuis un an atteint d'une affection cutanée au dos de la main. Le malade affirme positivement qu'elle a débuté par *un bouton, un tubercule unique*, qui est resté à peu près stationnaire pendant trois mois. C'est au bout de ce temps que la surface malade a commencé à s'humecter.

Je constatai sur le dos de la main droite une plaque d'un rouge foncé, sans tuméfaction des tissus, recouverte d'une croûte mince, verdâtre, humide, sans aucun tubercule sur ses bords. Cette affection avait *absolument l'aspect qu'offre une plaque d'eczéma*.

Sur quoi se fonde ici le diagnostic? Je l'avouerai, sans la connaissance des antécédents, du début et de la marche de la maladie, il m'eût semblé impossible de ne pas tomber dans l'erreur.

Obs. XVII. — Cette observation est relative à un jeune pharmacien turc de l'hôpital militaire, séjournant depuis un an ou deux à Alep.

Il portait également sur le dos de la main droite, à la base de l'auriculaire, une plaque de 0m,02 de diamètre, arrondie, ne s'élevant pas au-dessus du niveau des téguments, sans aucun tubercule distinct. La surface de cette plaque paraissait comme excoriée, semée de petits points d'exulcération sanguinolents, et entourée de petites lamelles épidermiques soulevées, dessinant une bordure farineuse.

Une seconde plaque se remarquait à la face postérieure de la tête du cubitus; elle est également ronde comme un jeton; la bordure en est plus saillante. Enfin une dernière plaque plus petite, mais aussi parfaitement arrondie, siégeait au voisinage de la tubérosité externe de l'humérus.

Ici encore la maladie *avait débuté par un tubercule;* c'est ce que nous affirma et nous répéta le jeune homme fort intelligent que nous interrogions. Le tubercule s'était étendu au bout de quelques mois, il y avait eu sécrétion de sérosité, puis formation d'une croûte, sécrétion d'un pus *fétide*, formations et chutes successives de nouvelles croûtes.

En un mot, les commémoratifs ne permettaient pas le moindre doute; mais s'ils eussent manqué, ces petites plaques parfaitement rondes, cette surface comme excoriée, cette bordure surtout, plus saillante que le centre de la plaque, formée par de petites lamelles épidermiques desséchées, mêlées de points d'exulcération, devaient faire songer bien plutôt à l'herpès, et peut-être à l'herpès circinné, qu'au bouton d'Alep à sa période de réparation.

BOUTON D'ALEP OFFRANT L'ASPECT D'UN ULCÈRE CHANCREUX (CANCER ÉPITHÉLIAL).

Obs. XVIII. — Abraham Schebdy, enfant juif, âgé de 2 ans et 3 mois, atteint du bouton depuis cinq à six mois. On constate aujourd'hui :

1° Un ulcère situé le long du pli de l'aile du nez, profond, à fond gris jaunâtre, sec, sans bourgeons, avec gonflement considérable et rougeur des tissus environnants. Un petit bouton isolé se remarque à la pommette droite.

2° Au milieu de la joue gauche est un gros ulcère de 0m,02 au moins de diamètre, également gris jaunâtre, dont le fond est très-irrégulier, déchiqueté. Les bords, larges d'environ 0m,01, offrent le même caractère; ils se terminent en tubercules livides, les uns isolés, d'autres confluents. Toute la plaque est supportée par une base d'engorgement du tissu cellulaire sous-cutané.

Deux autres ulcères semblables, qui sont seulement l'un de moitié, l'autre des trois quarts plus petits, siégent, le premier au-dessous de la pommette, le second à l'angle de la mâchoire. On voit enfin vers la commissure des lèvres, toujours du même côté, la trace *récente* d'un petit ulcère semblable.

Cet ulcère, profond, inégal, déchiqueté, à fond gris, ces bords irréguliers, cet aspect chancreux, en un mot, sont bien loin certes d'appartenir au bouton normal d'Alep. D'un autre côté, l'âge du sujet éloigne l'idée d'une affection cancéreuse. Cette multiplicité des ulcères, leur siége spécial, chez un enfant né à Alep et non encore atteint de l'exanthème spécifique, ramènent le diagnostic vers cet exanthème, dont la bordure tuberculeuse se retrouve même à l'un des boutons.

Je pourrais citer également le fait d'un enfant de 2 ans et demi, at-

teint depuis un an et demi de l'exanthème, qui chez lui avait pris *entièrement l'apparence du lupus.* J'avoue que, dans quelques cas, le diagnostic doit être d'une extrême difficulté, le siége, l'élément, le début des deux affections pouvant être les mêmes; cependant la marche si lente de l'exanthème alépin aidera à le reconnaître dans ces cas rares et difficiles. Le lupus n'est pas, d'ailleurs, une maladie de la première enfance.

Je vais rapporter encore deux observations, dans lesquelles on verra le bouton d'Alep revêtir les caractères d'une syphilide, et en effet, sa ressemblance avec la syphilide tuberculeuse en particulier est quelquefois complète.

BOUTON DÉVELOPPÉ SUR LE NEZ AVEC UNE EXTRÊME INTENSITÉ, ET PARTICIPANT DU CARACTÈRE D'UNE SYPHILIDE.

Obs. XIX. — O. Bey, Hongrois, âgé de 30 ans, sanguin, blond, originairement d'une belle constitution, est arrivé depuis trois ans à Alep. Il y a huit mois, il a été atteint du bouton en trois endroits simultanément.

Le premier tubercule s'est manifesté à l'avant-bras gauche; il est aujourd'hui en voie de guérison : on ne voit plus qu'une petite plaque recouverte d'une croûte à demi desséchée. Le second s'est déclaré à la partie postérieure et inférieure de la jambe gauche; peu développé, il a duré peu. Il est maintenant cicatrisé. La plaque qu'il a laissée a une teinte feuille morte.

3° Trois boutons ont apparu en même temps : un sur le lobe du nez et un sur chacun des côtés de l'organe. Ces boutons, qui ont été irrités de différentes manières (entre autres par des fomentations avec une décoction de casse), se sont fondus en un seul. Un érysipèle s'y serait développé, au dire du malade. Quoi qu'il en soit, pendant six mois le mal a été en croissant. Une cuisson très-vive se faisait ressentir dans la partie affectée. Depuis deux mois, à ce que prétend encore le malade, il y aurait amélioration dans son état.

Au moment où je l'examine, le nez forme un énorme moignon, qui a le double au moins de son volume naturel. Tout l'organe, ainsi que les téguments voisins, présente une rougeur framboisée. La tuméfaction s'étend aux paupières des deux côtés jusqu'à quelques millimètres de leur bord libre. Cette masse informe, où l'on ne reconnaît plus la trace des trois boutons initiaux, est parsemée d'excoriations sanguinolentes et de points en suppuration. De petites croûtes, plus ou moins sèches ou sanguinolentes, sont fondues avec le tégument. On ne distingue pas de tubercule isolé, pas non plus de pustule évidente, pas de point ulcéré à nu.

La santé générale est bonne; la constitution du sujet ne semble pas avoir souffert.

BOUTONS MULTIPLES AU PIED, SIMULANT DES ULCÈRES SYPHILITIQUES.

Obs. XX. — Un soldat âgé de 20 à 22 ans, d'une constitution assez débile, en garnison à Alep depuis deux ans, est atteint de l'exanthème depuis plusieurs mois. Il s'est développé un premier bouton au bas de la joue droite; (formant une plaque assez peu animée, sans base d'engorgement, il est parfaitement caractérisé comme bouton d'Alep). Il s'en est successivement déclaré plusieurs autres au pied droit, qui présente aujourd'hui les lésions multiples et assez graves :

1° Un bouton induré, sec, sur le tendon d'Achille; 2° sur le pli du cou-de-pied, et parallèlement à cette ligne, un ulcère profond, fistuleux, intéressant toute l'épaisseur des téguments, aux bords inégaux, avec une auréole d'un rouge assez vif à l'entour; 3° sur le dos du pied, un gros bouton très-enflammé, avec ulcération centrale, en partie recouverte d'une faible croûte. La suppuration est abondante, séreuse; l'épiderme est détaché, plissé à la surface de la tumeur; 4° à la base des deux premiers orteils existe une ulcération sanieuse, aux bords déchiquetés, en forme de rhagade vénérienne (le malade affirme n'avoir jamais eu la vérole).

Le diagnostic de ces formes de l'ulcère alépin avec la syphilide pustuleuse ou tuberculeuse est parfois difficile à établir. En effet, les commémoratifs sont ici d'un faible secours, l'affection débutant, dans l'une au moins de ces formes, par un tubercule dont la marche peut être également lente. La teinte rouge cuivré est commune aux deux maladies; le siége (à la face, au nez) l'est également, et cependant le diagnostic est, dans ces cas, d'une grande importance au point de vue thérapeutique. Quant à l'existence antérieure d'accidents syphilitiques, les malades, on le sait, s'appliquent presque toujours à le nier.

Voici pourtant les signes auxquels, dans les deux cas précédents, nous avons reconnu le bouton alépin. Dans la première de ces observations, nous voyons un exanthème étendu surtout en surface, sans aucun élément morbide appréciable (pustule ou tubercule). Or certaines affections vénériennes constitutionnelles se traduisent souvent par des lésions à la peau, offrant précisément ce défaut d'un élément, nettement défini, qui permette de les rapporter à une affection de forme vésiculeuse, pustuleuse ou tuberculeuse. Le malade qui est le sujet de cette observation, et qui, aussi bien que le dernier, ne fait aucun aveu, aurait été néanmoins atteint de syphilis, au dire de plusieurs.

Je crois cependant que l'exanthème, qui a atteint chez lui un si haut degré de gravité, doit être rapporté au bouton d'Alep. En effet, la maladie présente surtout une grande extension en surface, ce qui est rare dans les syphilides; elle ne semble pas avoir creusé les tissus. Les boutons concomitants appartiennent, par leur siége ou par leur aspect, à l'exanthème alépin. Enfin le début, la marche de l'altération nasale, sont parfaitement ceux du bouton d'Alep, auquel la diathèse syphilitique a pu imprimer un caractère spécial.

Dans la seconde de ces observations, le diagnostic se fonde encore sur la multiplicité des boutons, surtout sur la concomitance de celui de la joue, qui est caractéristique. Celui du dos du pied est encore trop étendu en surface, et pas assez profond pour un ulcère vénérien; ses bords ne sont pas coupés à pic, mais se fondent insensiblement avec l'auréole environnante. L'ulcère du cou-de-pied pourrait offrir plus de doute; mais il doit évidemment sa profondeur, son caractère inflammatoire, à l'action mécanique, irritante de la chaussure, dont le bord frotte sur cette partie. Enfin, dans ces deux cas, les phénomènes concomitants de la syphilis secondaire ou tertiaire (ulcérations au pharynx, gommes, douleurs ostéocopes, etc.), manquent complétement.

Je crois avoir suffisamment prouvé, par les faits précédents, que le bouton d'Alep ulcéré est loin de présenter toujours une forme identique; qu'il peut revêtir tour à tour celle de la plupart des affections cutanées, desquelles néanmoins il sera le plus souvent facile de le distinguer en se fondant sur l'observation exacte du siége, et surtout du début et de la marche de la maladie. Au reste, cette variation possible dans la forme n'est point particulière à cet exanthème : ne la retrouve-t-on pas également dans le lupus, par exemple, dans les syphilides, affections dont personne ne contestera pourtant la spécificité?

(*La fin à un prochain numéro.*)

PATHOLOGIE CHIRURGICALE.

RÉFLEXIONS SUR LE REDRESSEMENT DE L'UTÉRUS; par M. A. AVRARD, D. M. à la Rochelle, membre de plusieurs sociétés savantes

(Suite et fin. — Voir les numéros 14 et 15.)

Avant de m'engager plus avant dans la discussion, je dois poser cette prémisse : Les rapprochements sexuels n'ont pas toujours lieu dans la même position.

De ce que la fécondation est rendue impossible par l'existence de certaines déviations dans la position habituelle à l'espèce humaine pour les rapports sexuels, il ne s'ensuit pas qu'elle soit impossible dans toute autre position... La stérilité sera donc, dans ce cas, relative; elle sera, au contraire, absolue, quelle que soit la position prise pendant l'acte copulateur, toutes les fois que l'axe morbide de l'utérus fera un angle droit avec l'axe normal. Ces deux propositions ne sont applicables qu'aux déplacements par inclinaison.

Quant aux flexions, quel qu'en soit le genre, anté ou rétro, et quel qu'ait été leur mode de production, du corps sur le col, c'est le plus fréquent, ou du col sur le corps, la stérilité sera très-probable toutes les fois que les deux parties de l'organe formeront un angle rentrant de 40 à 50°. Une flexion de 30° peut suffire pour déterminer la stérilité, comme je le dirai plus loin en citant une observation. Elle sera absolue toutes les fois que la flexion atteindra l'angle droit, *à fortiori* si elle le dépasse; et cependant un bon nombre des femmes atteintes de cette infirmité ne souffrent pas aux époques menstruelles ou n'offrent que peu de dysménorrhée. Il est vrai de dire cependant que toutes les fois que la dysménorrhée ne dépend ni de l'hystérie ni de la chlorose, les probabilités sont pour l'existence d'une flexion utérine plus ou moins forte.

Nous ne savons pas comment se fait la fécondation, et malgré tant de travaux entrepris sur ce point de physiologie, la nature n'a pas encore laissé deviner son secret. L'ovulation mensuelle spontanée est un fait admis aujourd'hui par tout le monde. La théorie de l'*aura seminalis* et celle de la fécondation à l'ovaire sont à peu près abandonnées, et l'on tend de plus en plus à se rallier à cette opinion que l'œuf n'est point fécondé dans l'ovaire, qu'il en tombe spontanément, et que, dans l'espèce humaine et les mammifères, la fécondation n'a jamais lieu que lorsque l'émission des ovules coïncide avec la présence du fluide séminal dans l'utérus (1), et plus loin, p. 297, le savant phy-

(1) Pouchet, OVULATION SPONTANÉE, avec atlas, p. 209.

siologiste formule ainsi la *dixième loi fondamentale* : « Chez l'espèce humaine, l'œuf et le sperme se rencontrent normalement dans l'utérus ou dans la région des trompes qui l'avoisine, et c'est là que s'opère la fécondation. »

Puisqu'il faut nécessairement que les zoospermes pénètrent au moins jusque dans la cavité utérine pour que l'ovule soit fécondé, il est indispensable que, dans l'instant de la copulation, les axes de la verge et de l'utérus soient parallèles ou à peu près. Cette condition qui, selon moi, est le *sine quâ non* de la fécondation, nous rend compte de toutes ces stérilités que l'on voit souvent dans la pratique, et qui ne sont que relatives. On comprend, en effet, facilement qu'un certain degré d'antéversion détermine la stérilité, parce que, dans cette variété de déplacements, l'axe de la verge, au lieu d'être parallèle à celui de l'utérus, fait avec lui un angle plus ou moins aigu, disposition qui a pour résultat de porter le sperme dans le cul-de-sac antérieur du vagin, d'où il ne peut passer que bien difficilement dans la cavité du col, si tant est que cela soit possible.

Si ce raisonnement est juste pour l'antéversion, il l'est *à fortiori* pour la rétroversion, et plus encore, si c'est possible, pour les déplacements par flexion.

Obs. — Au moment où je redige cette note (24 février), je viens d'être consulté par une femme de 38 ans qui n'a été réglée qu'à 22 ans, et qui, malgré des relations sexuelles sans cesse renouvelées, n'a jamais eu de grossesse. Un commémoratif sérieux ne m'a pas permis de constater autre chose que de l'hystérie et une constipation opiniâtre. Cette femme présente cette variété de l'hystérie que ne guérissent pas des rapports sexuels fréquents, et qui ne disparaît que sous l'influence des modifications que la grossesse imprime à l'organisme. Les règles sont normales de quantité et de qualité. Le toucher vaginal m'a révélé l'existence d'une rétroflexion de 70° environ, qui offre cette particularité qu'elle ne peut être rangée ni dans le premier ni dans le second genre de cette espèce de déplacements. La femme étant debout, le doigt ne rencontre en avant que l'angle saillant formé par l'inflexion en arrière des deux portions de l'organe, sans qu'il soit possible de dire si le corps est fléchi sur le col ou le col sur le corps; l'extrémité du col est inaccessible. La femme étant en décubitus dorsal, le doigt peut contourner le col et mesurer l'angle rentrant que circonscrivent les deux parties de l'organe. L'utérus est petit; le col est même un peu atrophié. Cette fille ne se plaint que de la constipation et d'une gastralgie hystérique... Le déplacement utérin pourrait être attribué à une chute faite à l'âge de 6 ans...

Voilà, à mon avis, un exemple remarquable de stérilité par rétroflexion.

Je possède sur cette question *de la stérilité par déplacements utérins* des observations nombreuses recueillies avec soin, et dont quelques-unes offrent un grand intérêt. Je crois devoir en citer une, que l'on pourrait intituler stérilité à répétition ou intermittente. Tous les faits sur lesquels je m'appuie ont été recueillis dans ma pratique privée, et manquent par conséquent de l'authenticité que donne un service d'hôpital; mais j'ai cela de commun avec la plupart de mes confrères, et c'est une raison de plus pour moi d'appeler le contrôle des hommes compétents sur les propositions émises dans ce travail, fruit de seize ans d'observation. Si je me décide plus tard à publier un mémoire sur la pathologie et la thérapeutique des affections utérines, je donnerai, à l'appui de mes assertions, un certain nombre d'observations, ce que je ne peux faire aujourd'hui par défaut d'espace.

Au point de vue de la stérilité par déplacements utérins, je divise les femmes en deux catégories.

Il va sans dire que je n'ai pris d'observations que sur celles de la moralité desquelles j'étais sûr, autant que l'on peut être sûr d'une telle chose. Il faut, dans cette étude, tenir compte de l'état de santé du mari, dont le sperme peut être plus ou moins altéré par un virus syphilitique récent ou constitutionnel; c'est là une cause de stérilité plus fréquente qu'on ne le croit. Sous ce rapport, on est mieux dans une petite ville que dans une grande pour bien observer.

Je place dans la première catégorie les femmes qui, n'ayant jamais pu être fécondées pendant plusieurs années de cohabitation, sont devenues enceintes après le redressement utérin, la cohabitation ayant lieu avec le même homme. Je compte cinq succès sur sept tentatives, et pas d'accidents sérieux. La grossesse a eu lieu après quatre, cinq, huit, dix et douze ans de mariage. De ces cinq succès, deux ont été obtenus sur des antéversions plus ou moins anciennes, de 45 et 60°, et trois sur des antéflexions de 40, 50 et 70°, ayant toutes probablement plusieurs années d'existence, ce que je n'ai pu établir d'une manière positive par le commémoratif. Les deux insuccès sont dus à des rétroflexions irréductibles, et datant probablement de huit et onze ans.

Les séances de redressement sont de quatre à six minutes. Faisant la première cinq à six jours après les règles, et laissant de six à quinze jours d'intervalle entre deux, je recommande à la malade de ne pas avoir, pendant ce temps, de rapports sexuels, afin de ne pas m'exposer à déterminer une fausse couche en pénétrant dans un utérus récemment imprégné. Si, malgré ma défense, il y a eu rapprochement, je m'abstiens du cathétérisme jusqu'après l'époque suivante. Je n'ai jamais fait plus de cinq tentatives *avec pénétration dans la cavité de l'utérus*; je n'en ai pas fait moins de trois pour les cas de la première catégorie. Pour ceux de la deuxième catégorie, dont je vais parler, j'ai employé le cathétérisme *avec pénétration dans la cavité de l'utérus* de deux à quatre fois; cependant, dans deux cas où, pour cause d'éloignement, les malades n'étaient pas revenues, une seule séance a suffi. Chez l'une, la grossesse a commencé après une époque de règles plus faciles et plus abondantes, et, chez l'autre, deux mois seulement après le cathétérisme; mais les douleurs des lombes, qui dépendaient, selon moi, de l'antéflexion, avaient diminué à partir du jour du cathétérisme, ce qui m'autorise à penser que la cessation de la stérilité est bien due au cathétérisme.

Le cathétérisme utérin n'est pas, il s'en faut de beaucoup, une chose toujours facile, et il m'est arrivé souvent de me croire dans la cavité du corps pendant que je n'étais que dans celle du col. Il n'y a pas de meilleur moyen de contrôle que l'injection faite avec une sonde à double courant; mais si la résistance de l'organe au redressement est trop grande et peut me faire craindre de fausser ma sonde, ce qui dessouderait le diaphragme, je me sers d'une sonde en gomme munie d'un mandrin de 2 à 4 millim. de diamètre, à l'extrémité utérine de laquelle je fais subir une flexion, ou mieux, une courbure proportionnée au degré de la flexion que je veux combattre. Suivant que le col est plus ou moins long et qu'il faudra par conséquent un plus long segment de sonde pour arriver jusqu'à l'orifice utérin, je courbe ma sonde entre 15 et 25 millim. de son extrémité, et je lui donne un degré de courbure d'autant *plus fort* (la courbure doit appartenir à une circonférence de 3 à 5 centim. de diamètre) que l'angle utérin est *moins fermé*, et *vice versâ*. Avec une forte courbure du cathéter, on ne pourrait pas franchir un orifice interne fléchi à angle droit. On distingue facilement l'instant où l'on franchit l'orifice interne.

Ceux qui croient faire des injections intra-utérines avec une sonde ordinaire, arrondie ou coupée par le bout, sont dans l'erreur; ils ne pénètrent, le plus souvent, que dans la cavité du col, et alors le liquide ressort pendant que l'on continue à injecter. Si le liquide arrivait dans la cavité utérine, il pourrait passer par une des trompes et tomber dans le péritoine, ce qui m'est arrivé une fois avant que j'eusse ma sonde à double courant.

Je ne me suis servi jusqu'à ce jour que du cathétérisme temporaire.

La deuxième catégorie des femmes rendues stériles par les déplacements utérins comprend celles qui, ayant eu une ou plusieurs grossesses, ne peuvent plus être fécondées, la cohabitation étant la même ou différente.

Il y aurait à établir, dans cette catégorie, une variété : la stérilité intermittente. En voici un exemple :

Obs. — Le 14 août 1848, j'accouchai une dame de 28 ans, dont l'enfant mourut en nourrice un mois après.

En septembre 1849, elle me fit part de la peine qu'elle éprouvait de ne pas *pouvoir* redevenir enceinte. Je constatai, par le toucher, une antéflexion du second genre, de 30° environ. Deux applications du redresseur, de cinq minutes chaque, et faites à deux jours d'intervalle, diminuèrent assez la flexion pour que cette dame devînt enceinte. Quand je la revis, elle était enceinte de trente-cinq à quarante jours; la flexion n'était plus appréciable; malheureusement je ne pus savoir quel en était le degré au moment où la fécondation avait été possible. Elle accoucha à terme, éleva son enfant au biberon et le perdit de mort subite à l'âge de 17 mois.

Une troisième grossesse, ardemment désirée, ne *put* avoir lieu. Le 8 mars 1853, quinze mois après la mort du second enfant et six jours après la fin d'une époque, je fus consulté. Il existait une antéflexion du premier genre, de 35 à 40°, c'est-à-dire que le fond de l'utérus était à la partie moyenne de l'espace compris entre sa position normale et la face postérieure des pubis. Cette fois encore deux applications temporaires du redresseur suffirent pour que la fécondation pût avoir lieu; elles furent de cinq minutes et faites à dix jours d'intervalle l'une de l'autre. Il n'y eut pas d'accidents; je dois dire cependant que la première séance de cathétérisme fut très-douloureuse, ce que j'attribuai à l'hypérémie consécutive à la congestion périodique. La douleur hypogastrique, très-forte pendant les premières heures, cessa spontanément après trente-six heures.

Le 18 mars, jour de la seconde séance, la grossesse n'étant pas possible depuis dix jours et l'antéflexion étant moins forte de 15° environ, le cathétérisme fut peu douloureux.

Enfin, le 25 mars, la grossesse n'étant possible que depuis deux jours, il

fallait une très-grande habitude de toucher pour constater encore un peu d'antéflexion.

Cette dame est accouchée le 26 décembre dernier.

Je combats les déplacements par inclinaison à l'aide des pessaires en caoutchouc. Si, ce qui arrive le plus souvent, ils augmentent la leucorrhée, je fais faire des injections quotidiennes et même biquotidiennes, froides ou aussi peu chaudes que peuvent les supporter les malades, avec une solution de 6 à 10,00 de sulfate de zinc pour un litre d'eau commune. De tous les liquides que j'ai employés, et j'en ai expérimenté un grand nombre, je n'en ai pas trouvé de meilleur que la solution de sulfate de zinc à la dose que je viens d'indiquer. J'ai guéri beaucoup de déplacements par inclinaison, et même quelques-uns par flexion, avec ce seul moyen continué pendant quelques semaines, le temps des règles excepté. Il est tout-puissant contre les ulcérations et les granulations scrofuleuses, et aussi contre la vaginite syphilitique, quelque abondante que soit la leucorrhée.

Je n'ai jamais employé d'autre moyen que la sonde pour détruire les déplacements par inflexion, et grâce à la prudence que j'y ai mise, je n'ai jamais déterminé d'accidents sérieux, ni métrite ni péritonite; seulement, comme je l'ai dit plus haut, faisant une injection intra-utérine de sulfate de zinc pour un catarrhe chronique, chez une dame de la rue des Boucheries, 54, le 24 août 1844, je déterminai le passage dans le péritoine, par la trompe droite, d'une certaine quantité de liquide qui me donna lieu qu'à une péritonite peu intense. J'opérais avec une sonde droite en argent à une seule tubulure.

De tout ce qui précède, je crois pouvoir déduire les conclusions suivantes :

1° L'utérus, comme tous les organes, a une position normale, et cette position est telle que son axe fait avec l'horizontale, la femme étant debout, un angle de 75°.

2° La déviation de l'utérus, qu'elle soit constituée par une inclinaison ou par une flexion, doit être considérée comme un état morbide dont l'intensité est en raison directe de la force du déplacement.

3° Les déviations de l'utérus sont une cause de stérilité, presque toujours relative dans les déplacements par inclinaison, et presque toujours absolue dans ceux par inflexion.

4° Le redressement de l'utérus peut être obtenu le plus souvent d'une manière permanente et sans danger par les pessaires, dans les cas de déplacements par inclinaison, et aussi quelquefois dans les cas de déplacements par inflexion.

5° Le cathétérisme de l'utérus, par l'introduction temporaire d'une tige mousse dans sa cavité, permet de faire disparaître des flexions antérieures du premier et du second genre, voisines de l'angle droit.

6° Si le cathétérisme utérin est resté impuissant contre les flexions postérieures, il est juste de dire qu'il s'est montré inoffensif.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

GANGRÈNE DES DEUX PIEDS PAR CONGÉLATION; AMPUTATION DES DEUX JAMBES AU LIEU D'ÉLECTION; GUÉRISON; observation communiquée par M. E. MÉRENTIÉ, élève interne de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

OBS. — Au n° 26 de la salle Saint-Louis (clinique de M. le professeur Coste), à l'Hôtel-Dieu de Marseille, est couché le nommé Bernardi (Ange-Louis), âgé de 27 ans, d'un tempérament qui se rapprocherait du lymphatico-sanguin des classiques.

Cet homme, marin de profession, nous fut amené, le 28 décembre 1853, par la police, sans aucun renseignement; il s'exprime en italien d'une manière à peu près incompréhensible; c'est avec beaucoup de peine que nous obtenons de lui les détails qui suivent :

Il nous dit qu'errant dans la campagne, il avait traversé, pieds nus, un ruisseau assez vaste; qu'il s'était ensuite couché sur un sol humide, dans un bois, et y avait passé la nuit. A cette époque, la température était très-froide à Marseille; le thermomètre descendait chaque nuit à 3 ou 4° au-dessous de 0°.

28 décembre. Soumis à notre examen, ce malade nous offre les symptômes suivants : ses deux pieds sont augmentés de volume; ils offrent une couleur noirâtre; l'épiderme est soulevé sur plusieurs points et forme des phlyctènes remplies d'un liquide brunâtre; la sensibilité y est abolie; l'odeur est caractéristique. A ces caractères, M. Coste reconnaît une gangrène par congélation.

Le malade est dans un état de stupeur; il regarde avec étonnement ce qui se passe autour de lui; le pouls est petit et misérable; la peau est au-dessous de la température normale. (On prescrit deux soupes, deux bouillons, 40,0 sirop de kina en deux doses. Eau vineuse pour boisson; pansement avec l'eau chlorurée.)

3 janvier 1854. L'état général s'est amélioré; le pouls a repris de la force; le malade demande à manger. (On lui donne le quart; *ut suprà* pour le reste.)

6. Les parties sphacélées commencent à se limiter.

Le 18, l'escarre est parfaitement dessinée; les pieds se désarticulent dans l'articulation médio-tarsienne; l'astragale est à nu. L'état général est bon. (Quart; un cataplasme émollient; *ut suprà* pour le reste.)

Le 20, la suppuration des deux pieds est très-forte; le malade se sent affaibli; M. Coste, craignant qu'il ne succombe à l'abondance de la suppuration qui va se faire, et voyant du reste que l'état général n'est pas trop mauvais (l'auscultation ne faisait entendre rien d'anormal, ni du côté des voies respiratoires, ni du côté des voies circulatoires), se décide pour l'amputation des deux jambes au lieu d'élection.

L'opération est pratiquée le 26 janvier 1854, par M. Coste, devant un grand nombre d'élèves; les téguments sont coupés en ovale par le procédé de M. Baudens; le péroné est scié plus haut et caché dans les chairs, d'après le procédé de M. Roux (de Paris), l'angle antérieur du tibia est retranché avec une petite scie. Le malade, quoique éthérisé, n'est pas tout à fait insensible; on réunit les deux plaies par des bandelettes de diachylon; une compresse fenêtrée, un gâteau de charpie et une bande composent tout le pansement. (On prescrit quatre bouillons; eau vineuse pour boisson.)

27. Le malade présente de la chaleur à la peau; le mouvement fébrile est cependant peu considérable, à tel point que M. Coste craint que la réaction ne soit pas assez forte; la langue est bonne; les moignons ne sont pas douloureux; il n'y a pas eu d'hémorrhagie; seulement les linges du pansement de la jambe droite offrent une légère coloration rosée. (Quatre bouillons; eau vineuse; vin de Bordeaux; biscuits.)

28. La fièvre commence à disparaître, la langue est bonne; l'état général est satisfaisant. (Deux soupes, deux bouillons; eau vineuse.)

29. La fièvre a entièrement disparu. (Demi-quart volaille le matin; demi-quart côtelette d'agneau le soir; eau vineuse.)

30. Premier pansement. Les deux moignons ne présentent aucune trace d'inflammation; la suppuration est peu abondante; le pus est louable.

31. Le malade demande à manger un peu plus; on le met à la demie.

6 février. Deuxième pansement. Les deux moignons se froncent; quelques bourgeons charnus commencent à se montrer; la peau est très-souple. (*Ut suprà* pour les prescriptions.)

13. Troisième pansement. Les deux moignons présentent des bourgeons charnus d'un très-bel aspect; on cautérise avec le nitrate d'argent ceux qui sont trop exubérants.

25. Quatrième pansement. La plaie est presque entièrement cicatrisée. Le malade prend de l'embonpoint.

Le 13 mars, cicatrisation complète des deux moignons. On passe un petit sac à chaque moignon pour préserver la cicatrice.

L'état général de ce malade s'est amélioré d'une manière notable; il est frais et gras.

Telle est l'observation de ce malade, que j'ai suivi attentivement et jour par jour. De ce fait, il me semble qu'on peut en déduire trois conséquences : la première, c'est qu'une sage hardiesse est quelquefois nécessaire en chirurgie; la deuxième, que donner des aliments de bonne heure aux malades amputés pour lésion organique, ou pour des lésions qui ont affaibli la constitution, est d'une très-bonne pratique; la troisième, c'est que les pansements rares hâtent la cicatrisation du moignon. Du reste, je me propose de faire bientôt un petit travail sur la dernière proposition, travail appuyé par plusieurs observations.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS

(Suite.)

III. BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE.

DE LA VALEUR DES INJECTIONS IODÉES DANS LES HYDROPISIES ASCITES ET DE LA MÉTHODE EMPLOYÉE PAR M. TEISSIER (DE LYON) POUR EN ASSURER L'INNOCUITÉ; par le docteur PHILIPEAUX.

Sous ce titre, M. le docteur Philipeaux publie deux nouvelles observations d'injections iodées dans le péritoine dans des cas d'ascite, toutes deux suivies de guérison. Pour avoir la série complète des opérations pratiquées par le docteur Teissier, il faut rapprocher ces deux cas des six premiers publiés dans un mémoire de M. Humbert (GAZ. MÉD. DE LYON, septembre et octobre 1852). M. Teissier considère comme des contre-indications de l'injection les « hydropisies dues à des lésions organiques du cœur, des poumons, du foie, des reins, de l'utérus et même des voies digestives. » Il réserve ces injections exclusivement pour les cas où l'hydropisie est idiopathique ou consécutive à un trou-

ble fonctionnel quelconque, sans altération notable d'un organe important, comme on peut l'observer, par exemple, « à la suite de la suppression des règles, des hémorrhoïdes, à la suite des fièvres intermittentes, des affections exanthématiques. » « Les hydropisies véritablement essentielles ou idiopathiques, dit à ce sujet le docteur Philipeaux, sont rares partout, mais les hydropisies consécutives ou métastatiques, sans maladies organiques, sont assez communes et offrent un champ assez large aux applications heureuses du traitement par les injections iodées. »

Nous avouons ne pas comprendre la portée de cette distinction, les hydropisies ainsi appelées consécutives ou métastatiques étant, dans la grande majorité des cas, liées à des altérations organiques qu'il est difficile, quelquefois même impossible de déterminer pendant la vie, mais qui n'en sont pas moins des causes matérielles.

Quant aux règles posées aujourd'hui par M. Teissier pour pratiquer les injections, il faut les prendre en sérieuse considération :

« 1° Ne pas évacuer tout le liquide contenu dans la cavité péritonéale, avant de pousser l'injection de la teinture d'iode.

» 2° Mettre toujours en rapport de composition le liquide iodique injecté avec celui de l'épanchement.

» 3° Quand le ventre est extrêmement volumineux et dépasse 120 ou 125 centimètres de circonférence, pratiquer, quelques jours avant l'injection, une simple paracentèse, pour diminuer l'étendue de la surface péritonéale. »

Ces règles se fondent sur les considérations suivantes :

L'injection faite après avoir complétement vidé la cavité péritonéale se distribue d'une manière inégale, est retenue en partie par la masse des intestins grêles qui se pelotonnent sur elle et l'emprisonnent, ou bien s'accumule dans les parties déclives et agit trop fortement sur certains points, trop faiblement, au contraire, sur certains autres.

« Ce fait est démontré par l'observation de péritonite mortelle, survenue quarante heures après l'injection, qu'a publiée M. Humbert. Cet auteur rapporte que, tout autour de la ponction, dans une étendue de plusieurs centimètres, le péritoine était noirâtre, que les anses intestinales qui ont subi la première impulsion du liquide tranchaient fortement par leur couleur foncée sur les autres paquets intestinaux. »

Après l'injection iodée, la sérosité qu'on a laissée dans le péritoine, contractant de nouvelles qualités, se résorbe peu à peu et finit par disparaître complétement. Chez une dame dont l'ascite pouvait contenir de 50 à 60 litres de liquide, on en a laissé 5 ou 6 litres pour recevoir l'injection iodée; et dans ce cas, quoique la maladie datât de quatorze ans, la résorption s'est faite et la guérison a eu lieu.

Après avoir pratiqué la paracentèse, l'opérateur doit examiner avec soin les propriétés physiques ou chimiques du liquide épanché; et, « suivant qu'il est neutre ou alcalin, qu'il contient plus ou moins d'albumine, suivant qu'il est clair ou visqueux, qu'il est constitué par de la sérosité, du sang ou du pus, il modifie le degré de concentration de son injection iodée, et même il en modifie la nature. »

Plus le liquide sera alcalin et plus il faudra d'iode pour faire cesser son alcalinité; si l'on n'injectait qu'une faible quantité de teinture d'iode, le médicament ne suffirait pas pour saturer les alcalis, soude, potasse, de la sérosité épanchée.

En outre, plus la matière de l'épanchement sera chargée d'albumine ou de fibrine, plus il faudra que la proportion d'iode soit grande pour fluidifier les principes albumineux ou fibrineux, et en faciliter la résorption.

« Quand le liquide est clair, citrin, peu alcalin et peu albumineux, M. Teissier injecte dans le péritoine 20, 25 ou 30 grammes au plus de teinture d'iode et 2 grammes d'iodure de potassium. Quand la sérosité est notablement albumineuse, hématique ou purulente, ou bien encore très-alcaline, il injecte 40 ou 50 grammes de teinture d'iode et 4 grammes d'iodure. Quand l'injection est faite, M. Teissier conseille de l'abandonner entièrement dans le péritoine, à moins que le malade n'accuse immédiatement de très-vives douleurs, cas dans lequel il serait prudent de retirer une partie de l'injection.

Si nous trouvons quelques-uns de ces principes assez rationnels, nous sommes loin de penser cependant que l'expérience leur ait donné une consécration suffisante, et que la méthode des injections iodées dans les cas d'ascite soit en quelque sorte constituée par ces essais ou par d'autres travaux analogues. Ce qui fait défaut dans toutes ces tentatives, ce n'est ni la hardiesse des opérateurs, ni leur sagacité à saisir quelques indications, c'est une condition plus essentielle que celles-là : le diagnostic positif des maladies et de leur nature, ainsi que le pronostic, dans un certain nombre de faits probants.

IV. REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

Les numéros du deuxième semestre de 1853 contiennent les articles originaux suivants : 1° *De la stomatite maternelle*; par M. Byford. 2° *Nouvelle méthode opératoire pour la trachéotomie*; par M. Chassaignac. 3° *Observations de luxations des doigts et de la main*; par M. Bourguet. 4° *Du mode d'action de la vératrine dans le traitement du rhumatisme articulaire*; par M. Marotte. 5° *Du pincement employé par M. Gerdy pour le traitement des fistules à l'anus à orifice supérieur très-élevé, avec décollement*; par M. Carreau. 6° *De la luxation des phalanges des orteils*; par M. Broca. 7° *Luxation métacarpo-phalangienne du pouce; réduction à l'aide du poinçon*; par M. Malgaigne. 8° *Hypertrophie douloureuse des orteils*; par M. Chassaignac. 9° *Des luxations de l'extrémité supérieure du péroné*; par M. Goyrand. 10° *Action de la digitale sur les organes génitaux*; par M. Bruhgmans. 11° *Des injections de perchlorure de fer dans les anévrismes*; par M. Malgaigne. (Mémoire lu à l'Académie de médecine.) 12° *Fracture spontanée après la variole*; par M. Chassaignac. 13° *Emploi de l'ail et de ses préparations contre le choléra*; par M. Granich. 14° *Luxations des vertèbres cervicales. — Kystes séreux du jarret communiquant avec les gaînes tendineuses internes*; par M. Malgaigne. 15° *De l'abrasion de la cornée transparente*; par M. Szokalski.

OBSERVATIONS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES LUXATIONS DE LA MAIN; par M. BOURGUET.

M. Bourguet passe en revue toutes les luxations de la main, excepté toutefois celles des articulations carpiennes. Il rapporte un certain nombre d'observations détaillées, très-précises, qui, eu égard à l'insuffisance actuelle des matériaux sur lesquels repose l'histoire clinique de ces luxations, ne peuvent manquer d'être accueillies avec empressement par ceux qui s'intéressent à ces questions de chirurgie traumatique.

Les trois premières observations sont relatives à des luxations des articulations phalangiennes.

L'une est un exemple de luxation *en arrière* de la deuxième phalange de l'auriculaire. Nous ne faisons que la mentionner, car les luxations des phalanges en arrière sont maintenant connues et établies sur des faits positifs.

Les deux autres sont des cas de luxations complètes *en avant* : l'une de la phalangette du pouce, l'autre de la seconde phalange du médius. Or ce genre de luxations est nié par Boyer, qui regarde de pareils déplacements comme impossibles, à cause de la direction des condyles de l'extrémité inférieure des premières phalanges, lesquels sont tellement prolongés en devant, que la flexion de la seconde phalange ne peut jamais être portée assez loin pour que cette phalange cesse d'être en rapport avec la première; d'un autre côté, les observations d'A. Cooper et de Dupuytren qui tendent à faire admettre l'existence de ces luxations sont jugées incomplètes et insuffisantes.

Avant les deux faits nouveaux que vient de rapporter M. Bourguet, une seule observation, celle de M. Jousset, publiée il y a peu de temps, restait comme argument unique contre la doctrine de Boyer. Ces deux faits, qui du reste ne sont signalés par aucune autre circonstance remarquable, sont destinés à juger la question sans appel.

Les luxations des articulations métacarpo-phalangiennes ne sont pas plus riches que les précédentes de faits cliniques. A part celle de la première phalange sur le métacarpien correspondant, qui a donné lieu à une foule de travaux intéressants, et qu'on peut regarder comme une de celles dont l'étude laisse le moins à désirer, toutes ces luxations ont été tour à tour admises ou niées sans qu'aucune preuve expérimentale ait été apportée à l'appui de ces différentes opinions. Le premier fait qui ait été produit avec des caractères sérieux d'authenticité, en faveur de l'existence des luxations métacarpo-phalangiennes autres que celles du premier doigt, est celui de M. Marchal (de Strasbourg). Son malade avait une luxation *en arrière* du doigt indicateur. On peut maintenant le rapprocher de deux faits analogues contenus dans le mémoire de M. Bourguet, et d'un troisième plus précieux encore puisqu'il s'agit d'une luxation *latérale* et plus tard *antérieure* du doigt médius. Dans tous ces cas, la réduction s'est effectuée sans beaucoup de difficultés.

Poursuivant sa tâche de bas en haut et tenant toujours en réserve quelque fait nouveau complémentaire de ceux qui sont déjà acquis, M. Bourguet arrive aux luxations métacarpiennes non moins controversées que les précédentes.

Les luxations du premier métacarpien sur le trapèze sont généralement admises. Nous devons même faire observer que les exemples ne

manquent pas, et si le fait que M. Bourguet rapporte, de luxation complète du premier métacarpien *en arrière*, offre quelque intérêt, c'est surtout en raison de l'impossibilité de la réduction, bien que des tentatives aient été faites à plusieurs reprises par des chirurgiens habiles.

Il n'en est pas de même des luxations des quatre derniers métacarpiens. La plupart des auteurs les regardent comme impossibles; et à vrai dire les observations faisaient défaut, lorsque M. Roux (de Toulon) a fait connaître un exemple incontestable de luxation *en arrière*. Dans son mémoire, M. Bourguet cite un cas analogue, avec cette différence que la luxation avait lieu *en avant*, ce qui non-seulement confirme, mais encore complète l'observation de M. Jules Roux.

Dans les remarques dont M. Bourguet fait suivre cette dernière observation, nous lisons que ce fait est le premier de ce genre qui soit connu, le cas de M. Roux se rapportant à une luxation en arrière, *de même que toutes les observations de luxation du premier métacarpien sur le trapèze*. C'est là une inexactitude que nous devons relever afin d'être juste pour tout le monde: la luxation du premier métacarpien sur le trapèze en avant a été observée par A. Cooper. Il en donne dans son livre une bonne description fondée sur plusieurs faits qu'il lui a été donné de rencontrer.

Enfin M. Bourguet clôt son mémoire par une observation de luxation du poignet *en avant*. C'est un fait à ajouter à ceux de MM. Marjolin, Cruveilhier, Voillemier, etc.; mais qui n'infirme en rien les remarques judicieuses de Dupuytren sur la fracture de l'extrémité inférieure du radius, qui reste toujours la lésion incomparablement la plus fréquente du poignet.

DU MODE D'ACTION DE LA VÉRATRINE DANS LE TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU; par le docteur MARROTTE, médecin de l'hôpital de la Pitié.

La GAZETTE MÉDICALE a analysé dans l'avant-dernier numéro un mémoire de M. Aran sur l'action de la vératrine, inséré dans le BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE. Le travail du docteur Marrotte, qui a été publié presque en même temps, présente un intérêt pratique. La vératrine a été administrée par notre confrère, à l'hôpital de la Pitié, sur 7 malades en pilules de 5 milligr. chacune. La dose la plus élevée du médicament a été de 40 milligr. une seule fois prescrite en vingt-quatre heures.

Des deux premières observations, l'auteur conclut: « qu'il y a des rhumatismes articulaires qui s'amendent et guérissent pendant l'administration de la vératrine sans qu'on ait observé pendant leur cours aucune action irritante sur le tube digestif, et que leur guérison est trop rapide, trop nette, comparativement à la marche habituelle de cette affection, qu'elle s'accompagne de symptômes de sédation trop évidents pour qu'il soit possible de nier l'influence thérapeutique du médicament. » Dans plusieurs observations, l'influence du médicament a été très-marquée sur le pouls qu'on voit descendre en cinq ou six jours de 90 à 48. Cette sédation de la circulation n'a pas coïncidé avec les guérisons les plus promptes. Les effets gastro-intestinaux du médicament, très-prononcés dans quelques cas, n'ont pas exercé par eux-mêmes d'influence appréciable sur la marche des accidents morbides; ils n'ont pas empêché d'un autre côté l'effet sédatif et curatif de la vératrine de se produire.

Les faits suivants nous semblent devoir régler l'administration de cet agent thérapeutique. Quand deux ou trois pilules ont produit quelques vomissements ou quelques garde-robes, si l'on continue le médicament sans en augmenter la dose, dans la pluralité des cas l'action gastro-intestinale s'est épuisée dès le lendemain. Dans ces cas, on peut souvent augmenter progressivement les doses sans que les troubles digestifs se renouvellent.

En résumé, l'auteur croit à l'efficacité de la vératrine dans le rhumatisme articulaire aigu. « Comme le nitre, comme le sulfate de quinine, comme la saignée, la vératrine est souvent d'une merveilleuse efficacité; dans certains cas elle est seulement utile, dans d'autres elle échoue d'une manière plus ou moins complète. » Il reste, comme on le voit, à déterminer les indications et les contre-indications de cette médication.

DE L'EMPLOI DE L'AIL ET DE SES PRÉPARATIONS CONTRE LE CHOLÉRA, par le docteur G. F. GRANICH, médecin à Beyrouth.

L'auteur « a usé, prodigué même à l'intérieur le suc et l'infusion aqueuse à froid de l'ail; à l'extérieur l'infusion spiritueuse et quelquefois même les cataplasmes d'ail. » Il ne rapporte pas d'observation détaillée, de telle sorte qu'il est impossible de savoir à quels cas il a eu affaire. Il donne le tableau suivant de sa pratique: « Parmi tous les malades que j'ai soumis à ce traitement depuis 1833 jusqu'à la fin de 1849 et sous divers climats, je n'en ai perdu que 7: 6 à Nissa en Bulgarie, en 1836, dont *un* par suite d'une récidive et *cinq* parce que j'avais été appelé trop tard ou parce qu'eux-mêmes n'avaient pas voulu poursuivre l'usage de l'ail; *trois* à Beyrouth en 1838, parce qu'ils avaient éludé mes prescriptions. Au contraire, avec les autres méthodes les plus usitées, je n'ai vu obtenir que de rares guérisons. »

Cette statistique commode et ce moyen si simple de déterminer l'efficacité d'un agent thérapeutique n'ont pas besoin d'être appréciés ici pour être jugés.

COMPTE RENDU DE TRENTE-DEUX CAS D'ABRASION DE LA CORNÉE TRANSPARENTE; par M. SZOKALSKI.

L'abrasion de la cornée n'est pas une opération si usitée qu'on ne doive accueillir avec empressement le compte rendu d'une pratique qui compte trente-deux tentatives en ce genre.

L'auteur a commencé par éprouver quelques mécomptes qui l'ont d'abord rangé parmi les adversaires de la méthode. C'est après un succès obtenu chez un malade où l'abrasion avait été essayée comme dernière ressource, qu'il s'est décidé à pratiquer de nouveau cette opération. Outre ce premier succès, l'auteur mentionne huit autres résultats très-encourageants consignés en 1847 dans L'UNION MÉDICALE. C'est depuis cette époque qu'il a eu l'occasion d'opérer sur vingt malades les trente-deux opacités qui sont l'objet de ce compte rendu.

L'exécution de cette opération est en général facile. L'anesthésie n'est utile que chez les enfants et chez les adultes très-irritables. Le malade est assis ou debout, la tête appuyée contre le dossier d'un fauteuil ou contre le mur; les paupières sont écartées avec l'instrument de Kelley-Snowden; on arrête le mouvement du globe de l'œil en le comprimant légèrement avec l'indicateur d'une main; avec l'autre on saisit un couteau lancéolaire, et on gratte avec son tranchant la cornée, comme on a l'habitude de gratter le papier pour en faire disparaître les taches d'encre. L'épiderme cornéal se laisse aisément enlever sur le cadavre; mais il est beaucoup plus adhérent sur l'homme vivant; et dans le cas où il est opaque, il présente souvent une telle résistance à l'instrument que l'on ne peut l'enlever en une seule séance. La substance propre de la cornée cède encore plus difficilement au râclement, à ce point que, si on parvient à lui faire reprendre sa transparence normale, on doit l'attribuer beaucoup plus à la résorption qu'à l'enlèvement mécanique de la partie opaque.

Dans le nombre de trente-deux yeux opérés par ce procédé, l'auteur compte 15 succès complets et 8 demi-succès. Dans 5 cas, l'abrasion est restée sans résultat, et dans 4 il a fallu y renoncer à cause d'accidents graves.

Dans les 15 succès, l'opacité était huit fois nuageuse, superficielle, et présentait l'aspect granuleux à l'inspection latérale de l'œil; cinq fois elle s'étendait aux couches superficielles de la substance cornéale; trois fois elle était encore plus profonde.

Dans les 8 cas de demi-succès, l'opacité était interlamellaire et profonde; dans la moitié de ces cas, on distinguait au milieu des parties opaques de véritables cicatrices.

Parmi les 5 cas restés sans résultat, 3 étaient dans d'excellentes conditions de succès; les opacités étaient légères, semi-diaphanes, et pourtant elles n'ont pas été modifiées malgré huit ou dix tentatives d'abrasion.

Lorsqu'il survient des accidents, c'est surtout du côté des parties profondes de l'œil; ce n'est ni la conjonctive ni la cornée qui présentent les premiers signes d'inflammation, mais l'iris et la chambre antérieure. La phlogose, une fois développée, peut devenir très-intense et se terminer par la fonte de l'œil.

L'auteur fait remarquer que les accidents surviennent surtout lorsque les tentatives d'abrasion sont faites au voisinage de la sclérotique. Il pose les deux principes suivants:

1° Exécuter l'abrasion dans plusieurs séances consécutives; être très-circonspect dans les premières, et agir toujours avec le plus grand ménagement.

2° Ne jamais trop approcher du bord de la cornée; car il supporte plus mal les lésions traumatiques que le centre.

Certes ces résultats seront très-encourageants s'ils se confirment, et pour notre part, en présence d'une maladie aussi affligeante que la cécité plus ou moins complète par opacité de la cornée, il nous semble qu'on devra tenter, avec prudence toutefois, une opération qui compte une aussi grande proportion de résultats heureux, et qui, en dernière analyse, ne fait guère courir aux malades plus de chances malheu-

reuses que la plupart des autres opérations qui se pratiquent sur l'œil.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 17 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

L'Académie, dans cette séance, a procédé à la nomination d'un membre associé étranger en remplacement de M. Léopold de Buch, et à la nomination d'un vice-président en remplacement de M. Roux.

La commission chargée de présenter une liste de candidats pour la place d'associé étranger, présentait la liste suivante :

En première ligne, M. Dirichlet, à Berlin.

En deuxième ligne, MM. Airy, à Greenwich; Ehrenberg, à Berlin; Herschell, à Londres; Liebig, à Giessen; Melloni, à Naples; Müller, à Berlin; Murchisson, à Londres; Owen, à Londres; Plana, à Turin; Struve, à Pulkowa.

Au premier tour de scrutin, M. Dirichlet ayant réuni la majorité des suffrages, a été proclamé membre associé étranger.

Le scrutin pour la nomination du vice-président, a donné les résultats suivants :

Premier tour, 53 votants :

M. Regnault a obtenu.	22 voix.
M. Isid. Geoffroy-Saint-Hilaire . .	20
M. Velpeau	6
M. Dufrénoy.	2
Voix perdues	3

Au deuxième tour :

M. Regnault a obtenu	26 voix.
M. Isid. Geoffroy-Saint-Hilaire . .	25

Au scrutin de ballottage :

M. Regnault a obtenu	28 voix.
M. Isid. Geoffroy-Saint-Hilaire . .	24

En conséquence, M. Regnault a été proclamé vice-président pour 1854.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 18 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre du commerce transmet :

Un exemplaire d'un ouvrage qui vient d'être publié à Londres, et qui contient une série de rapports faits au collége royal des Physiciens, sur l'épidémie de choléra.

— M. Fermont adresse un mémoire intitulé : DE L'HIRUDOCULTURE ENVISAGÉE SOUS LE POINT DE VUE DE L'HYGIÈNE ET DE LA SALUBRITÉ PUBLIQUES. (Comm. : M. Soubeiran.)

— M. MICHÉA rappelle que, il y a environ six mois, il a lu à l'Académie un mémoire sur la combinaison de l'acide valérianique avec l'atropine, et sur l'application de ce nouvel agent à la thérapeutique. Son travail a été soumis à une commission. L'Académie ne s'est pas encore prononcée, et cependant un pharmacien, M. Garnier, vient d'annoncer, dans des prospectus, qu'il livrait au commerce le nouveau sel atropique. M. Michéa demande à M. le président de faire connaître à l'Académie qu'il n'a aucune relation avec M. Garnier, et qu'il est directement et indirectement étranger à toute publicité donnée à la vente du valérianate d'atropine.

SUR LES BOUGIES TORTILLÉES ET CROCHUES.

M. LEROY-D'ÉTIOLLES adresse à l'Académie un second mémoire sur les avantages des bougies tortillées et crochues, dans les cas de rétrécissements qui laissent encore passer l'urine, mais qui n'admettent pas les sondes et les bougies ordinaires, quelle que soit leur finesse.

Cette différence provient de ce que l'orifice du rétrécissement est excentrique, ou bien encore de ce que des rétrécissements successifs non circulaires, produisant des saillies alternes, impriment à l'urètre des inflexions en zigzag. Ces obstacles peuvent être surmontés en faisant un petit crochet à l'extrémité des bougies ou en leur donnant la forme d'une spirale. Leurs pointes, rendues ainsi excentriques, présentées successivement à divers points de la circonférence de l'urètre par un mouvement combiné d'impulsion et de rotation, rencontrent les ouvertures déviées des rétrécissements on s'engagent dans leurs sinuosités.

Au point de vue de l'invention, dit M. Leroy-d'Étiolles, c'est là une minutie d'une mince valeur, mais le résultat en est important, d'autant plus que le succès dépend moins de l'habileté exceptionnelle d'un chirurgien, que de la patience, de la persévérace, de la légèreté de main : toutes choses qui sont dans le domaine de la volonté.

61 observations, relatées dans le premier mémoire de M. Leroy-d'Étiolles, constataient l'efficacité de cette manœuvre si simple; une nouvelle série de 19 cas est contenue dans ce second mémoire. L'impossibilité du cathétérisme avec des sondes et des bougies ordinaires avait été reconnue par des médecins et des chirurgiens, parmi lesquels MM. Cloquet, Jacquemin, Philippe Boyer, Ricord, Huguier, Paul Guersant, Richet, Desperrière (de Saumur), Bourgeois (d'Étampes), Raff (de la Martinique), Falize (du Havre), Chauffard (d'Avignon), etc.

Dans le nombre de ces rétrécissements, il y en a deux traumatiques avec fistules au périnée; tous deux ont été traités à l'Hôtel-Dieu de Paris. Sur l'un d'eux, placé dans le service de M. Richet, suppléant de M. Roux, pendant la maladie qui vient de le ravir à la science, c'est seulement après six jours de tâtonnement, pendant vingt à trente minutes, que M. Leroy-d'Étiolles a pu faire pénétrer une bougie capillaire. Six jours après, l'urètre admettait librement 5 millim.

M. Leroy-d'Étiolles indique les précautions à prendre pour assurer le succès; la petite bougie doit séjourner vingt-quatre à trente-six heures avant qu'une autre lui soit substituée, (loin d'empêcher l'urine de couler, elle favorise au contraire son écoulement dans la généralité des cas, les liens qui l'attachent doivent être très-courts, pour cela ils sont fixés autour de la base du gland à nu, le prépuce, quand il existe, est ramené par dessus ces liens; la réussite dépend de l'observation de tous ces petits préceptes, auxquels se peuvent appliquer les paroles de Stoll : *Magni momenti minutiæ.*

COMPAS DE POCHE POUR MESURER LE DIAMÈTRE DES SONDES, LES BOUGIES ET LES TIGES DES INSTRUMENTS DE CHIRURGIE.

M. LEROY-D'ÉTIOLLES présente à l'Académie un petit compas d'épaisseur qui marque les diamètres au moyen d'un cadran et d'une aiguille. Il a, dit-il, sur les filières, l'avantage de montrer les différents diamètres des tiges non cylindriques et de permettre de mesurer les sondes lorsqu'elles sont introduites. Ce chirurgien fait observer qu'il y a, dans les filières, une telle anarchie, qu'il n'est plus possible de s'entendre. Nous avons la filière du temps de Desault, Boyer, Dubois, divisée en douze numéros; la filière Charrière, par tiers de millimètre, percée de trente trons; la filière Mathieu, par quart de millimètre, percée de trente-huit trous; la filière Béniqué, par sixième de millimètre, percée de soixante trous. Il est donc indispensable de laisser de côté les numéros, pour ne plus parler que par millimètres et fractions de millimètres.

Le compas est représenté de grandeur naturelle dans la figure; il a été exécuté par M. Mathieu.



— M. GAILLARD (de Poitiers), correspondant de l'Académie, est présent à la séance.

— M. OUDET lit le commencement d'un mémoire très-étendu, intitulé : CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALE SUR L'ANATOMIE ET LA PHYSIOLOGIE DES DENTS.

La lecture de la fin de ce mémoire est remise à la séance prochaine.

TRAITEMENT DES DÉVIATIONS UTÉRINES PAR LE REDRESSEUR UTÉRIN.

M. VALLEIX lit la deuxième partie de son mémoire sur le traitement des déviations utérines.

Nous résumons l'ensemble de ce travail.

On se rappelle que deux observations ont été lues, dans lesquelles on a attribué la mort au cathétérisme utérin ou au séjour du redresseur intra-utérin. M. Valleix s'est proposé, dans la première partie de son travail, d'examiner ces observations, afin de voir si les faits ont été exactement rapportés et sainement interprétés, de rapprocher ensuite de ces faits une masse suffisante d'observations empruntées à plusieurs médecins, afin d'éviter de raisonner d'après quelques faits isolés et peut-être exceptionnels. Il résulte de la discussion à laquelle il soumet ces deux faits : que, dans le fait de M. Broca, il s'est agi d'une femme affectée d'un étranglement, et chez laquelle il est survenu, pendant le cours du traitement auquel elle a été soumise pour sa déviation utérine (le cathétérisme utérin), des symptômes de péritonite aiguë, lesquels ont disparu, l'étranglement suivant son cours, pour se reproduire quelque temps après et produire la mort; mais que ces accidents sont entièrement étrangers au cathétérisme, qu'ils auraient pu survenir quinze jours plus tôt, comme ne se produire que plus tard, ce qui est démontré en particulier, par l'existence des dernières lésions péritonéales justement sur les points qui avaient déjà été antérieurement lésés; — que le fait de M. Cruveilhier a été rapporté d'une manière complétement inexacte, que M. Cruveilhier a été induit en erreur pour tout ce qui concerne les antécédents de cette malade et son état au moment où elle a été mise en traitement, et qu'en ce qui concerne ce traitement plus spécialement, il n'a déterminé aucun dépérissement; qu'après sa cessation, la malade a pu, pendant plus de quinze

jours, se livrer à de grandes fatigues, complétement incompatibles avec l'idée d'une métro-péritonite, et qu'il n'y a par conséquent aucun rapport réel entre les effets du traitement et la production de la maladie, quelle qu'elle soit, qui a déterminé la mort.

A côté de ces deux faits, auxquels on a trop légèrement, suivant lui, attribué des accidents qui n'ont résulté que d'une coïncidence fortuite, M. Valleix cite un grand nombre de faits qui lui ont été communiqués par plusieurs médecins recommandables, MM. Piachaud et Maunoir (de Genève), M. Gaussail (de Toulouse), M. Caradec (de Brest), M. Broussonnet (de Montpellier), M. Le Diberder (de Lorient), etc., et dans lesquels le même traitement n'a produit aucun accident.

Cependant, ajoute M. Valleix, il y a eu des accidents, et quoique en petit nombre, ces accidents méritent de fixer au plus haut point notre attention. J'ai été le premier à les faire connaître; mais je crois que, dans une question aussi importante, il faut chercher à en apprécier la valeur sans idées préconçues : c'est cet examen qui fait l'objet de la deuxième partie.

La première question qu'on doit s'adresser lorsqu'il s'agit d'apprécier un traitement et les accidents qu'il peut produire, c'est évidemment si l'état des malades réclame un traitement actif, ou si au contraire leur affection n'est qu'une de ces incommodités supportables avec lesquelles il est assez facile de vivre; car, dans la dernière supposition, il n'y aurait pas à hésiter, il faudrait s'abstenir, dès qu'il serait démontré que quelques accidents sérieux peuvent se produire.

Il est certain que des femmes (en moins grand nombre toutefois qu'on ne l'a avancé) n'éprouvent que de faibles inconvénients de déviations utérines assez prononcées, ou même n'en éprouvent pas du tout. En pareil cas, la conduite du médecin est toute tracée : il ne doit entreprendre aucun traitement direct, ou n'en venir aux moyens qui le constituent que lorsque, par une cause quelconque, des symptômes bien prononcés viennent à se manifester. Mais si on considère l'ensemble des faits, on ne tarde pas à voir que, dans la grande majorité des cas qui se présentent au praticien, il est bien loin d'en être ainsi.

Voici ce que, dans les 68 premiers cas, M. Valleix a trouvé :

Une douleur spontanée, toujours très-incommode, s'exaspérant souvent, quelquefois devenant très-violente, s'est montrée dans tous ces cas. Dans tous également, la marche augmentait considérablement ces douleurs, et 1 en était de même de la station verticale. Le toucher la développait à un haut degré sur plus des deux tiers des femmes. Le palper abdominal produisait le même effet toutes les fois que l'utérus en antéversion était assez volumineux pour être facilement senti à travers les parois de l'abdomen.

D'autres symptômes très-importants étaient causés par la pression qu'exerçait l'organe dévié sur les organes voisins. Ainsi la miction était fréquente, incommode et parfois douloureuse. Quant à la défécation, elle était rare et également pénible, difficile, douloureuse.. ..

A ces symptômes se joignaient, dans la très-grande majorité des cas, des troubles digestifs variés et persistants, tels que la perte de l'appétit et des douleurs épigastriques, et en outre un état d'hystéricisme des plus prononcés.

La faiblesse, le dépérissement, l'anémie, l'amaigrissement, la pâleur de la face, la flaccidité des chairs s'observaient dans tous les cas, sans exception, où les symptômes précédents avaient acquis une assez grande violence. Il en résultait que les malades ne pouvaient plus vaquer à leurs occupations; que près du tiers ne pouvaient plus marcher sans souffrir beaucoup; que celles qui n'avaient pas besoin de travailler étaient condamnées à rester presque constamment couchées, et que les autres étaient réduites à la misère la plus profonde.

Ajoutez à cela le trouble habituel des menstrues, des métrorrhagies fréquentes, rarement la suppression des règles; une leucorrhée habituelle chez toutes les malades sans exception; des névralgies abdominales et intercostales chez un grand nombre, et vous aurez le tableau de cette maladie qui fait littéralement le désespoir des femmes et de leurs médecins.

M. Valleix cite ici des faits empruntés à sa pratique et des faits qui lui ont été communiqués par des confrères occupant un rang distingué, et desquels il résulte, pour lui, que, dans la grande majorité des cas qui s'offrent aux médecins, l'état des malades est réellement grave, souvent insupportable, et réclame impérieusement les secours de l'art.

Mais ici s'élève une objection. On a dit : ce n'est pas la direction vicieuse de l'utérus qui produit tous ces accidents, c'est son augmentation de volume, c'est, en d'autres termes, l'engorgement dont il est le siége. Faites disparaître cet engorgement et les accidents disparaîtront.

Ce qui a pu induire en erreur, c'est que, dans les déviations récentes, et surtout dans celles qui surviennent après l'accouchement ou l'avortement, il y a parfois une inflammation aiguë qui cède assez facilement aux moyens ordinaires, de telle sorte que la matrice, reprenant son volume normal, peut se replacer dans sa direction naturelle; mais ces cas sont les plus rares. Pour ma part, dit l'auteur, je n'en ai observé que 5; dans tous les autres, l'augmentation de volume résistait à tous les traitements, et la déviation persistait avec ses accidents. Il n'est donc pas douteux qu'on a pris l'exception pour la règle.

Une autre objection s'est produite. On a dit que le redressement de l'utérus ne pouvait pas procurer de guérison radicale; que tout au plus on pouvait en attendre une amélioration passagère de l'état des malades, et que l'organe, essentiellement mobile, devait tôt ou tard se dévier de nouveau.

A cela M. Valleix répond par des faits.

En décembre dernier, il avait réuni 117 observations; de ces 117 cas, 108 avaient été traités par le redresseur intra-utérin, et il avait obtenu 78 guérisons définitives, dont 56 datent de plus d'un an. Dans 9 cas, le redresseur extra-utérin, combiné avec le redressement par la sonde, avait été uniquement employé, et il y avait eu 7 guérisons, d'une date plus récente, il est vrai. Les guérisons définitives obtenues par d'autres médecins se montent à 42 cas sur 62, ce qui fait en tout 129 guérisons sur 180 cas.

Quelque concluants que soient ces résultats, ajoute M. Valleix, il n'en est pas moins vrai qu'un certain nombre de cas de déviations utérines restent rebelles, et que dans d'autres il y a des rechutes plus ou moins faciles; or c'est là ce qui a induit en erreur des hommes très-habiles et très-consciencieux. N'ayant eu à traiter ou n'ayant confié aux soins d'un confrère qu'un très-petit nombre de cas, ils ont pu voir le traitement échouer, et ils en ont conclu qu'il en était toujours ainsi. La même réflexion s'applique encore à une objection tirée de l'incurabilité de certaines déviations utérines, incurabilité démontrée par les recherches anatomo-pathologiques. Il n'est pas douteux que quelques déviations ne soient, dans ce cas, telles que sont celles qui se compliquent de tumeurs fibreuses, d'adhérences, d'atrophie des parois de l'utérus. Mais les faits précédemment cités prouvent qu'il n'en est pas ainsi dans la grande majorité des cas, et que tout ce que l'on doit conclure de l'existence, chez certains sujets, de ces dispositions particulières qui rendent tout traitement infructueux, c'est qu'il faut chercher à en déterminer le diagnostic d'une manière précise, afin de ne pas leur opposer des moyens an moins inutiles.

M. Valleix termine son travail en comparant ce mode de traitement aux autres, et il le résume par les conclusions suivantes :

1° Les observations lues devant l'Académie ne sont pas des exemples d'accidents causés par la sonde utérine, ou par le redresseur intra-utérin.

2° Toutefois des accidents peuvent être produits dans un petit nombre de cas; mais ils sont presque toujours sans importance.

3° Tout porte à croire qu'un bon nombre d'entre eux est dû à l'imperfection primitive des moyens employés, on à l'inexpérience que nous apportons d'abord dans la manière de diriger un traitement nouveau, inexpérience que l'observation et le temps atténuent chaque jour.

4° Les déviations utérines peuvent produire par elles-mêmes des symptômes très-graves. L'augmentation de volume de l'organe rend presque infaillible la manifestation de ces symptômes, dont elle augmente la gravité.

5° Le traitement des déviations utérines par le redresseur intra-utérin a procuré une guérison radicale dans près des trois quarts des cas.

6° Il n'a pas encore été démontré, par une analyse exacte de tous les faits observés, qu'il y ait un traitement applicable, comme lui, à tous les cas, aussi efficace et exempt de tout danger.

7° Dans les déviations en arrière, on peut employer avec avantage le pessaire en caoutchouc à réservoir d'air, à la condition d'opérer préalablement le redressement de l'organe à l'aide de la sonde utérine.

PERCHLORURE DE FER.

M. GIRALDÈS lit, en son nom et celui de M. Goubaux, une note relative aux expériences qu'ils ont faites à Alfort avec le perchlorure de fer.

Quelques gouttes de perchlorure de fer, disent les auteurs, injectées dans l'artère carotide d'un cheval, produisent la coagulation du sang renfermé dans une portion du vaisseau de 4 centimètres de longueur. 2 gouttes de perchlorure à 29° (aréom. Baumé), 3 gouttes à 30°, 6 gouttes à 15°, produisent un caillot. Les résultats qu'on obtient sont variables, suivant que la solution du sel de fer est concentrée ou étendue.

Ainsi le perchlorure à 49° mortifie le sang et les parois artérielles; celui à 30° et à 15° produit un caillot hétérogène composé de fibrine coagulée autour des parties de sang altérées par le sel de fer. Les membranes artérielles sont modifiées par le contact de l'agent chimique, sans être désorganisées.

Une injection de perchlorure dans une artère est toujours suivie de la formation de caillots chimiques ou primitifs et de caillots secondaires développés après les premiers, à la fois du côté du cœur et du côté périphérique.

Outre la formation des caillots, il se fait dans les membranes des artères des modifications de nutrition qui produisent l'hypertrophie de la membrane moyenne et un épanchement de lymphe plastique dans la membrane externe de l'artère, et quelquefois dans le tissu cellulaire ambiant.

Le caillot produit par du perchlorure à 49° s'altère, se décompose, est éliminé avec les parois artérielles altérées. Ce travail est suivi quelquefois de gangrène ou d'hémorrhagies mortelles.

Le caillot produit par du perchlorure à 15°, à 20°, à 30° s'enkyste dans le vaisseau, quelquefois se ramollit, sans cependant être suivi de la désorganisation des parties.

Le plus souvent il s'infiltre dans les vaisseaux, devient plus consistant, adhère aux parois artérielles et fait l'office d'un bouchon arrêté dans les canaux du sang.

L'artère, après ce travail d'enkystement, s'oblitère, et le caillot demeure dans sa cavité comme un corps étranger inoffensif.

Pendant que ces modifications se produisent, on voit la plaie se cicatriser, les épanchements de la lymphe plastique disparaître et une circulation récurrente s'établir entre les deux bouts de l'artère oblitérée.

Les auteurs résument leur travail par les conclusions suivantes :

1° Le perchlorure de fer à 45°, à 49° (aréom. de Baumé) ne doit pas être employé soit dans le traitement des anévrismes, soit dans le traitement des tumeurs érectiles; son usage pourrait être suivi d'accidents graves.

2° Le perchlorure de fer à 30°, ou mieux encore à 20°, peut être employé

dans le traitement des anévrismes et des tumeurs érectiles veineuses et artérielles.

3° Le perchlorure à 30° peut être employé dans les kystes hématiques.

4° Le perchlorure de fer à 30° et à 45° peut être employé comme modificateur des plaies en suppuration.

5° Enfin le perchlorure de fer à 45° et 49° peut être employé avec avantage pour arrêter des hémorrhagies en nappe après les opérations, ou des hémorrhagies secondaires qui surviennent après les amputations.

La séance est levée avant cinq heures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE JANVIER 1854; par M. le docteur E. LE BRET, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — ANATOMIE.

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES SUR L'APPAREIL PNEUMATIQUE DE CERTAINS POISSONS; par M. ERNEST FAIVRE.

De nombreux travaux ont été faits sur l'appareil pneumatique des poissons; on sait toutes les modifications que subit dans cette classe de vertébrés la vessie natatoire; c'est même là un des motifs qui rendent si difficile la connaissance des fonctions de ce singulier appareil.

Nous avons étudié avec soin l'appareil pneumatique de sept espèces vivant dans les eaux douces, et cette étude nous a fourni quelques faits nouveaux sur lesquels nous devons insister. Tantôt les vésicules simples ou bilobées étaient en communication par des canaux longs et étroits avec la partie supérieure de l'œsophage, tantôt il était impossible de trouver à la vésicule aucune communication avec l'extérieur. Ce dernier cas nous a été présenté par la perche et par la lotte.

Ces deux poissons ont des vessies natatoires simples et qui adhèrent fortement aux pièces osseuses; à la réunion du tiers antérieur, avec les deux tiers postérieurs de ces vésicules, existe un appareil sanguin que nous n'avons pas trouvé chez les autres espèces à canal œsophagien, et qui nous paraît jouer un rôle tout spécial.

Cet appareil, d'apparence glanduleuse, que M. Valenciennes désigne sous le nom de *corps rouge de la vessie*, offre la constitution suivante :

Chez la lotte, deux canaux sanguins, une artère et une veine, aboutissent perpendiculairement à la face inférieure du tiers antérieur de la vésicule, traversent la membrane fibreuse externe qui la revêt, et forment deux longues branches divergentes à la surface de la membrane interne. A chacune de ces branches sont appendues, comme à l'axe d'une grappe, une série de petites plaques fortement colorées en rouge chez le poisson qui vit encore. Elles étaient au nombre de vingt environ chez le poisson qui fait l'objet de cette observation.

Chaque plaque ou lobule a une forme à peu près conique : le sommet est dirigé du côté de l'axe; la base, souvent multilobe, est dirigée en sens inverse; il n'est pas rare de voir plusieurs plaques soudées ensemble.

Toutes les plaques, résistantes et dures, sont disposées et comme incrustées dans la membrane interne de la vésicule.

L'examen microscopique, plusieurs fois répété, nous a fait voir que chaque plaque est un appareil sanguin. De la base du petit cône qu'elle forme, on voit partir une multitude de vaisseaux placés parallèlement les uns à côté des autres, et qui terminent en arcades, en s'anastomosant les uns avec les autres. De nombreux globules sanguins se voient distinctement dans tout ce réseau vasculaire.

Le petit appareil dont nous donnons la description est très-visible au moment de la mort de l'animal. A dater de ce moment il se colore en jaune, et la coloration diminuant sans cesse d'intensité, les plaques prennent enfin une teinte blanchâtre.

Chez la perche, l'appareil glandulaire de la vessie natatoire présente à peu près les mêmes dispositions. L'artère qui se distribue à cet appareil provient du grand tronc stomacal.

Nous pensons qu'en étudiant avec attention, sur de nombreuses espèces, cet appareil sanguin, on arrivera à être convaincu du rôle actif qu'il joue dans la production des gaz.

Nous fondons notre assertion sur les raisons suivantes :

1° Cet appareil n'existait pas chez les poissons que nous avons disséqués (ablette, goujon, rousset, brême, brochet), et dont la vésicule communiquait avec l'œsophage par un canal.

2° Il existait chez deux espèces dont la vessie ne présentait aucune communication avec l'extérieur.

3° Il est impossible de penser que cet appareil glandulaire soit destiné à la nutrition de la vésicule; elle reçoit d'ailleurs des branches de plusieurs artères, et spécialement des intercostales.

4° Les plaques sont enchâssées dans la membrane interne de la vésicule et non dans l'extérieure.

On sait très-bien que la vessie natatoire se compose en général de deux tuniques : une extérieure, épaisse, blanchâtre et aponévrotique; une intérieure, très-fine et très-mince. L'observation nous a permis d'ajouter quelques détails à ces données générales.

Dans la perche et la lotte, poissons à vésicule simple et sans communication avec l'extérieur, la membrane interne de la vésicule est mince, fine et d'un blanc argentin.

Examinée au microscope, elle nous a présenté un tissu élastique parfaitement marqué; on ne saurait le méconnaître à ses fibres longues, contournées, anastomosées les unes avec les autres de mille manières. Ce tissu existait dans toutes les parties de la membrane que nous avons examinée. Nous avons rencontré d'une manière constante, dans la même membrane, une multitude de petites baguettes très-nombreuses, très-droites et diversement disposées, qui sont des cristaux aciculaires de phosphate de chaux. L'aspect que présente cette multitude de petites baguettes, placées en tous sens dans le tissu de la membrane interne, est digne d'attirer l'attention. Nous les avons trouvées également chez le rousset.

Chez le poisson, la vessie pneumatique est bilobée. Le lobe antérieur est composé comme le postérieur de deux membranes. La plus externe seule contient du tissu élastique; et ce tissu est disposé sous forme d'un ligament qui couvre le milieu de la portion dorsale de la vésicule. Ce tissu est un des plus caractéristiques que nous ayons rencontrés.

Chez les espèces à vessie bilobée examinées par nous, la carpe, le rousset, l'ablette, la brême, la portion antérieure est entourée d'une enveloppe aponévrotique, blanche, très-résistante, et qui s'implante en avant à des saillies des premières vertèbres, et entoure en arrière le petit conduit par lequel communiquent les deux portions de la vessie natatoire. Ainsi, chez ces poissons, la portion antérieure est constituée par trois enveloppes et la postérieure par deux seulement.

La vessie pneumatique reçoit ses nerfs du système de la vie animale. M. Valenciennes fait provenir le rameau principal de la neuvième paire, qui se distribue aussi à la ceinture humérale.

Chez la tanche nous avons pu suivre très-directement le nerf de la vésicule depuis son origine. Il naît du bulbe rachidien derrière les nerfs branchiaux, mais accolé à ceux-ci, dont un tronc qui paraît ne pas s'en distinguer à l'origine; ce tronc nerveux, qui donne des rameaux aux branches et au niveau de l'origine de l'œsophage, se bifurque; un rameau long et assez volumineux descend à la surface de l'estomac et s'y ramifie; l'autre, très-grêle, suit dans tout son trajet le canal pneumatique, et arrive entre les deux lobes de la vésicule se bifurque pour distribuer ses rameaux. La même disposition s'est présentée chez le rousset. Je crois donc que ce nerf de la vésicule appartient (à raison de sa réunion avec les nerfs qui vont à l'estomac et aux bronches), non pas à la neuvième paire, mais à la huitième, qui représente le pneumo-gastrique.

Si des quelques dispositions anatomiques sur lesquelles nous venons d'insister, nous voulons logiquement déduire des conséquences physiologiques, nous dirons :

1° Que la présence constante du tissu élastique prouve que la vésicule pneumatique est destinée à se contracter;

2° Que ces contractions doivent être volontaires puisque cet organe reçoit les nerfs de la vie animale;

3° Que, selon toute probabilité, les corps rouges de la vessie président à l'exhalation et à l'absorption des gaz, chez la perche et la lotte, espèces qui manquent de canal œsophagien et dont la vésicule ne communique en aucune manière avec l'extérieur.

2° NOTE SUR L'ATROPHIE DES ÉLÉMENTS ANATOMIQUES; par M. le docteur CH. ROBIN, professeur agrégé à la Faculté de médecine, etc.

Le développement des éléments anatomiques d'un tissu étant achevé ou avant qu'il le soit, il peut se faire que plusieurs, un seul ou tous décroissent sensiblement de volume, que l'acte de désassimilation l'emporte sur celui d'assimilation; il peut se faire, en un mot, qu'ils présentent le phénomène inverse de celui de développement. Cette propriété des éléments anatomiques a reçu le nom d'*atrophie*, et s'appelle *résorption* lorsque la disparition de l'élément est complète. La propriété de s'atrophier ou de se résorber rentre, suivant les conditions dans lesquelles on l'observe, dans les cas *anormaux* ou *tératologiques* et dans les cas *morbides* ou *pathologiques*. On en trouve des exemples normaux; telle est la résorption des éléments anatomiques des tissus des appareils transitoires, comme on le voit pour une partie des corps de Woolf; dans la résorption des vésicules adipeuses au fur et à mesure des progrès de l'âge, etc. On l'observe tératologiquement dans les cas nû des ovules des plantes en voie de développement sont comprimés par d'autres qui les font se dessécher ou se résorber en partie ou en totalité. A l'état morbide, on en voit nombre d'exemples; l'amaigrissement pathologique par résorption des vésicules adipeuses est un exemple souvent facile à observer. La propriété de s'atrophier comme celle de s'hypertrophier (voy. NOTE SUR L'HYPERTROPHIE DES ÉLÉMENTS ANATOMIQUES, GAZ. MÉD., 1853) se rattache d'une manière immédiate à celle de développement. Ce n'est que par son intermédiaire, ce n'est que médiatement qu'elles sont liées à celle de nutrition. Celle-ci est d'abord une condition d'existence de la propriété de se développer, comme celle de s'atrophier et de s'hypertrophier suppose le développement.

Il importe de ne pas confondre l'*amaigrissement* avec l'*atrophie*. Celui-là est un cas particulier de celle-ci. On sait en effet que tous les tissus vasculaires se composent d'une espèce d'éléments anatomiques dite fondamentale

ou caractéristique parce qu'elle l'emporte en quantité, et parce que ses propriétés se retrouvent comme les plus frappantes parmi celles du tissu. Ils renferment en outre des éléments d'une ou de plusieurs espèces dits *éléments accessoires*, parce qu'ils le sont réellement sous tous les rapports à côté des précédents; telles sont les vésicules adipeuses et les fibres du tissu cellulaire dans les muscles, etc. Or dans l'*amaigrissement* ce sont les éléments accessoires qui disparaissent, qui s'atrophient; mais les éléments fondamentaux ne se résorbent pas et même ne diminuent pas ou presque pas de volume. Au contraire dans l'*atrophie d'un tissu*, avec ou sans substitution d'autres éléments à la place de ceux qui disparaissent (v. plus bas *a* et *b*), c'est l'élément caractéristique ou fondamental qui se résorbe avec ou sans atrophie des éléments accessoires. Aussi voit-on en même temps que dans le cas d'amaigrissement sénile ou suite de maladie, les propriétés, les actes du tissu continuent à se manifester, n'offrant que des modifications secondaires, tandis que dans l'atrophie elles disparaissent peu à peu complétement à mesure de la résorption graduelle des éléments (v. plus bas, 1° *a* et 7°).

Voici maintenant l'exposé des phénomènes de l'atrophie dans les tissus où elle a été observée.

1° Dans le tissu musculaire de la vie animale, on a observé trois modes d'atrophie distincts anatomiquement. Ils sont tous remarquables par l'ensemble des troubles fonctionnels, des symptômes dont ils sont la cause. Ils diffèrent aussi par les conditions qui les déterminent, autant de points dont je n'ai pas à m'occuper.

a. Le cas le plus net d'atrophie musculaire est celui de l'*A. musculaire progressive*. Celle-ci est caractérisée par la diminution graduelle de volume des faisceaux striés dont l'enveloppe ou *sarcolemme* revient sur elle-même sans se plisser pourtant à mesure que son contenu strié disparaît. A mesure aussi on voit les stries transverses et les longitudinales devenir de moins en moins évidentes et des granulations se déposer dans les faisceaux. Les stries n'ont tout à fait disparu et le faisceau n'a complétement l'aspect granuleux qu'à l'époque à peu près où le cylindre a perdu environ la moitié de son diamètre. Il n'est pas rare pourtant de voir des faisceaux qui n'ont plus de stries et ne sont pas encore devenus moitié plus petits, tandis que d'autres réduits au tiers de leur diamètre ont encore des stries longitudinales et transversales évidentes. Un mot sur les granulations des faisceaux musculaires qui s'atrophient; elles sont dans le contenu du sarcolemme et non dans l'épaisseur de celui-ci, parsemées dans la matière amorphe qui le remplit, matière formée par la substance contractile altérée. Beaucoup sont grisâtres, fines, beaucoup aussi (mais plus ou moins, suivant les faisceaux qu'on examine) sont *jaunâtres*, la plupart dépassant le volume des précédentes et pouvant atteindre jusqu'à 2 millièmes de millimètre. Ces granulations rendent les faisceaux altérés qui les renferment, moins transparents que les faisceaux striés normaux de même volume. Les *granulations jaunâtres* dont il vient d'être question offrent toutes l'aspect extérieur des granulations graisseuses, mais toutes n'ont pas leur nature. Beaucoup en effet (quelquefois la plupart, mais jamais toutes) se dissolvent dans l'acide acétique et non dans l'éther, tandis que c'est l'inverse pour celles qui sont formées de principes gras. Quelque réduit de son volume que soit un faisceau, le sarcolemme se comporte avec l'acide acétique comme à l'état normal.

Dans le cas dont il s'agit les faisceaux diminuent insensiblement de volume, prenant quelquefois un diamètre un peu différent suivant les points de leur longueur. Ce diamètre peut descendre à 3 ou 4 millièmes de millimètre (au lieu de 50 à 70 millièmes, diamètre normal) avant de disparaître tout à fait.

Lorsqu'ils sont réduits à un volume aussi petit les faisceaux ressemblent à de petits cylindres transparents, granuleux à l'intérieur et y renfermant d'espace en espace, des espèces de corps de nature azotée, allongés, étroits, comme de petits bâtonnets (longs de 12 à 20 millièmes de millimètre, larges de 20 environ) isolés ou placés trois ou quatre à la suite l'un de l'autre. Il n'est pas rare d'en rencontrer dans lesquels les deux faces du cylindre creux que représente le sarcolemme se touchent, le cylindre étant aplati par suite d'absence complète de granulations dans une longueur plus ou moins étendue d'espace en espace.

Dans cette sorte d'atrophie, il n'y a pas plus de vésicules graisseuses au sein du tissu malade que dans les muscles normaux. Ce serait par conséquent commettre une erreur grave d'anatomie pathologique que de la confondre avec la suivante, erreur qui entraînerait une erreur de symptomatologie non moins grave, c'est-à-dire la description unique de symptômes propres à deux genres distincts de lésions.

b. Dans les cas de *substitution graisseuse ou adipeuse des muscles* (*transformation graisseuse* des auteurs), il y a atrophie préalable du faisceau musculaire strié et remplacement par des vésicules adipeuses de nouvelle génération qui naissent à leur place. Ici les faisceaux perdent la régularité de leurs stries et se remplissent de granulations moléculaires bien longtemps avant d'avoir diminué de volume de moitié. Lorsque leur volume est réduit à ce point aucun n'offre plus trace de stries, et se trouve rempli de granulations grisâtres, de volume presque uniforme. Ces granulations ne sont pas graisseuses ou du moins il en est fort peu qui le soient.

Les faisceaux ainsi devenus granuleux ne diminuent guère de volume au-dessous de la moitié du diamètre normal. Arrivés à ce point, ils se résorbent tout à fait, 1° soit en offrant çà et là des interruptions, disparaissant comme des barres de plomb qui fondent par leurs bouts et devenant de plus en plus courtes sans perdre beaucoup de leur diamètre; 2° soit en étant comprimés par les vésicules adipeuses voisines et s'aplatissant avant de disparaître tout à fait. Dans ce cas, au fur et à mesure que les faisceaux disparaissent des séries, de vésicules adipeuses en prennent la place et se substituent ainsi aux éléments musculaires.

c. Il est un autre genre d'atrophie des faisceaux musculaires de la vie animale qui est remarquable; le tissu se comporte comme une cicatrice ou un tissu albuginé qui se rétractent. C'est celui qui a reçu le nom de *transformation fibreuse des muscles*. Ici les faisceaux diminuent de largeur jusqu'au point d'être réduits à 8 ou 10 millièmes de millimètre. Ni le tissu cellulaire, ni les vésicules adipeuses normalement interposées aux faisceaux striés n'augmentent de quantité. Les éléments du muscle ne perdent que rarement leurs stries, et seulement lorsqu'ils sont réduits au quart environ de leur volume. Ils pâlissent beaucoup, deviennent très-transparents, mais jamais très-granuleux.

Lorsque les stries ont complétement disparu, la cavité des sarcolemmes est pleine d'un contenu amorphe (au lieu d'être strié) finement granuleux, mais à granulations rares très-fines, et dont aucune n'est de nature graisseuse.

2° J'ai fait connaître ailleurs les phénomènes de l'hypertrophie normale, et du retour à leur premier état des fibres musculaires utérines (1). Les fibres du tissu cellulaire sont des éléments si minces, d'une structure tellement simple, qu'il a été impossible jusqu'à présent de constater les phases de leur diminution de masse, comprises entre leur état de volume normal et celui de résorption complète.

3° L'atrophie des vésicules adipeuses, suivie bientôt de leur résorption complète, qui est une des causes de l'amaigrissement sénile ou morbide, offre quelques particularités intéressantes à signaler.

Les phases de l'atrophie reproduisent en sens inverse quelques-unes de celles de leur génération et de leur développement. Les vésicules diminuent d'abord de volume, puis le contenu cesse d'être homogène, dans un certain nombre du moins; il se dispose en gouttes huileuses plus ou moins grandes, toujours contenues dans l'enveloppe azotée mince propre à ces éléments. Consécutivement à cette modification de structure, survient la disparition, la résorption complète de cette enveloppe. Dès lors la vésicule adipeuse n'existe plus comme élément anatomique distinct : elle n'est plus représentée que par un certain nombre de gouttes d'huile, d'abord accumulées en petits amas, un peu moins larges que la vésicule dont elles proviennent; puis il finit par n'en rester qu'une ou deux, qui disparaissent plus ou moins longtemps après. On peut rencontrer cette disposition non-seulement dans le tissu adipeux des malades morts de maladies amenant un amaigrissement rapide ou très-prononcé, comme la fièvre typhoïde, mais plus facilement encore dans la moelle atteinte d'inflammation ou dans celle des os malades (ostéite, carie, nécrose, etc.).

Dans le développement normal des vésicules adipeuses, chez l'embryon et l'adulte, c'est l'enveloppe azotée qui, de toutes leurs parties, naît la dernière, et qui vient entourer un amas de gouttes huileuses accumulées en petits groupes arrondis ou ovoïdes; elles grandissent ensuite plus ou moins, selon les régions du corps, au point d'atteindre 1 à 2 dixièmes de millimètre chez les sujets obèses, autour des mamelles surtout et souvent dans les lipômes. Dans leur atrophie, c'est elle qui disparaît la première, après une diminution de volume qui souvent est difficile à reconnaître, tellement elle est peu notable.

4° Dans l'atrophie du tissu osseux, amenant la raréfaction du tissu spongieux, l'amincissement des couches de tissu compacte, l'os ne reprend jamais préalablement l'état cartilagineux. La substance osseuse disparaît molécule à molécule, comme molécule ou élément osseux, mais non comme élément calcaire d'une part, ni comme élément cartilagineux de l'autre. Quelles que soient les conditions qui amènent l'atrophie, jamais il n'y a retour de l'os à l'état cartilagineux, fait en rapport avec cet autre démontré ailleurs que la substance organique qui constitue la partie fondamentale des os (*osseine*), n'est point la même que celle qui forme la masse essentielle de l'élément cartilagineux (2).

5° L'atrophie des cartilages, dans les tumeurs blanches, est aussi caractérisée par une reprise molécule à molécule de la substance homogène creusée de cavités. Souvent cette résorption est précédée d'un passage à l'état finement granuleux de la substance fondamentale. Les cellules contenues dans les cavités se remplissent de granulations graisseuses, et souvent disparaissent avant que la matière homogène (substance fondamentale du cartilage) dans laquelle sont creusées les cavités qui les renferment soit résorbée elle-même; en sorte que, vers le bord des fragments de cartilage, il n'est pas rare de trouver une ou plusieurs cavités vides ou ne contenant plus que des gouttes huileuses provenant sans doute des cellules dans lesquelles elles s'étaient déposées.

6° L'atrophie des nerfs est peu connue. J'ai vu des tubes nerveux plus petits qu'à l'état normal dans les muscles atteints d'atrophie avec substitution graisseuse (1° *b*). Ils n'offrent pas d'autre modification qu'une diminution de volume; mais de plus nombreuses observations seraient nécessaires pour bien faire connaître le genre de lésion de ces éléments anatomiques.

7° Dans l'atrophie des éléments sécréteurs des glandes, qu'on observe soit sur les mamelles atteintes d'*hypertrophie fibreuse* et dans certaines tumeurs aréolaires gélatiniformes du gros intestin, on peut constater les faits suivants : c'est la paroi propre de substance fondamentale qui disparaît la première, soit dans toute l'étendue du tube glandulaire simple ou ramifié, soit par places

(1) Ch. Robin, STRUCTURE DE LA MAMELLE PENDANT LA GROSSESSE (C. R. et MÉM. DE LA SOC. DE BIOLOGIE). Paris, 1849, in-8°, p. 60), et DE LA CORRÉLATION EXISTANT ENTRE LE DÉVELOPPEMENT DE L'UTÉRUS ET CELUI DE LA MAMELLE (*ibid.*, 1850, in-8°, p. 1).

(2) CHIMIE ANATOMIQUE. Paris, 1853, in-8°, t. III, p. 367, § 1410.

seulement, L'épithélium glandulaire ne disparaît que plus tard; souvent même les cellules s'hypertrophient isolément, deviennent plus granuleuses. Dans certains cas, la cavité du tube glandulaire qui s'atrophie se remplit d'un contenu granuleux, solide ou demi-solide, qui persiste plus ou moins longtemps après l'atrophie de la paroi, et même après l'atrophie consécutive des cellules épithéliales.

II. — Anatomie pathologique.

Cancer du mésentère, observé sur une vieille femme; par M. Alexandre Laboulbène.

M. Laboulbène met sous les yeux de la Société les viscères abdominaux d'une malade fort âgée qui vient de succomber, dans le service de M. Rayer, avec une affection cancéreuse remarquable.

Cette malade, entrée depuis l'année dernière (1853) dans la salle Saint-Basile, à la Charité, présentait quelques jours avant sa mort une ascite considérable, avec œdème des extrémités inférieures et une teinte jaunâtre cachectique des téguments. Elle se plaignait surtout de douleurs vives dans l'abdomen, et on sentait par la palpation, dans la direction de la fosse iliaque gauche, une tumeur considérable, mal limitée, à surface peu inégale. Cette tumeur, indépendante du corps de l'utérus, éveillait l'idée d'une masse cancéreuse liée peut-être à l'ovaire. Le col utérin était sain, ainsi que le toucher l'avait fait constater plusieurs fois.

A l'ouverture du cadavre, on trouve une quantité considérable de liquide dans la cavité abdominale, et on reconnaît au premier coup d'œil une affection cancéreuse de la plupart des viscères qu'elle renferme.

Les masses cancéreuses variant entre elles pour la grosseur, depuis le volume d'une lentille à celui d'une noisette ou d'une petite noix au moins, sont disséminées sur toute l'étendue du péritoine. La surface convexe des intestins *duodénum* et *iléon* en présente une très-grande quantité, principalement sur le bord adhérent. Elles sont plus rares sur le bord libre arrondi, mais existent néanmoins en grande quantité. Le *gros intestin*, le cœcum, le colon, dans ses diverses parties, en sont parsemés. L'appendice iléo-cœcal est englobé dans une masse du volume d'un œuf; mais sa cavité est encore saine et ne renferme aucun détritus cancéreux ou autre.

La surface convexe du *foie* est, ainsi que la face inférieure du même organe, semée d'une dizaine de petites tumeurs qui ne pénètrent que faiblement dans la substance de la glande et sont élargies, sous-péritonéales, non déprimées à leur centre.

La *rate* offre à sa surface quatre petites masses cancéreuses, aplaties, qui ne s'enfoncent que très-peu profondément dans les tissus spléniques.

Le *pancréas* paraît être à l'état sain; le canal de Wirsung est libre, ainsi que les voies biliaires.

Toutes les petites masses cancéreuses paraissent être situées sous le péritoine et ont un aspect lisse, poli à leur surface.

La tumeur, sentie pendant la vie à travers les parois de l'abdomen, est formée par une masse cancéreuse allongée, elliptique, d'un blanc jaunâtre, dirigée suivant l'axe du mésentère, un peu convexe du côté des téguments, concave en sens opposé, du côté de la colonne vertébrale. Cette masse homogène, assez régulière et lisse, est composée de tissu encéphaloïde développé dans l'épaisseur du mésentère, faisant saillie sur la face inférieure de ce repli péritonéal et ayant refoulé, comme dans des gouttières latérales, la plus grande partie de l'intestin grêle.

Plusieurs personnes, après avoir examiné pendant l'autopsie cette curieuse tumeur, ont été d'avis qu'elle paraît s'être développée dans le mésentère.

L'*utérus* n'offre rien d'anormal dans son corps ni au col; mais l'ovaire droit est le siége d'un kyste de la grosseur du poing à parois résistantes, plein d'un liquide citrin, transparent, sans grumeaux. Ce kyste, qui pouvait être senti pendant la vie, rendait le diagnostic précis plus embarrassant.

L'*aorte* et les *grosses veines* de l'abdomen ne sont ni oblitérés ni comprimés par le tissu anormal.

L'intérieur ou la cavité des divers organes déjà mentionnés, foie, rate, pancréas, intestins, utérus, vessie, est à l'état sain.

Les *reins* ne présentent rien de particulier, ainsi que les *uretères*.

Les *poumons* sont légèrement engoués à leur partie postérieure.

Le *cœur* est mou, peu volumineux; les valvules sont parfaitement saines.

Le *cerveau* est à l'état normal.

Examen microscopique. — Plusieurs préparations ont été faites avec la substance pathologique qui donnait un suc laiteux à la pression, et recueillie dans divers endroits, sur le foie, sur les intestins, sur la rate et dans la masse mésentérique. Ces préparations ont toujours fait reconnaître nettement des cellules rondes ou irrégulières, et surtout des noyaux cancéreux libres, presque arrondis ou légèrement ovoïdes, ayant de 0,015 à 0,02 de millimètre, présentant un aspect graisseux, des bords nets bien marqués.

Il y avait en outre une grande quantité de matières grasses ou graisseuses dans le champ du microscope.

Cet examen a été contrôlé par M. Ch. Robin.

3° Note sur la structure intime du lipome, suivie de quelques remarques sur l'hypertrophie en général; par M. Verneuil.

Le lipôme est, comme on le sait, une production accidentelle homéomorphe formée par le développement exagéré et circonscrit du tissu adipeux; c'est en général une affection tout à fait locale, et, dans la majorité des cas, les malades qui en sont atteints ne portent qu'une seule de ces tumeurs. Cependant il n'est pas rare de rencontrer des sujets qui portent un nombre variable et quelquefois très-considérable de ces productions, sans que toutefois la santé générale en soit troublée et sans qu'il en résulte autre chose qu'une gêne mécanique plus ou moins grande, suivant le volume des tumeurs ou les régions qu'elles occupent. C'est là un bien singulier exemple de l'exagération, à la fois circonscrite et généralisée, dans la production d'un élément anatomique. On a peine à ne pas songer, en pareil cas, à une diathèse hypertrophique portant sur l'ensemble du système adipeux, quoique ce cas doive être soigneusement distingué de la polysarcie généralisée.

Quoi qu'il en soit de ces réflexions, j'ai cherché à déterminer la structure du lipôme, et surtout à élucider la question de l'hypertrophie des vésicules adipeuses. J'ai examiné, dans ce but, cinq lipômes qui venaient d'être enlevés sur le vivant, ou que j'ai trouvés sur des cadavres destinés aux dissections.

Sachant que le volume des vésicules adipeuses diffère chez le même individu suivant les régions et aussi est variable suivant les âges, j'ai pris quelques précautions pour apprécier rigoureusement le degré d'accroissement de cet élément anatomique dans sa production accidentelle.

Ainsi, quand j'ai examiné des lipômes recueillis sur le cadavre, j'ai examiné comparativement avec les mêmes grossissements et en m'aidant du micromètre: 1° le tissu adipeux du lipôme; 2° le tissu adipeux recueilli dans les régions très-voisines, mais hors des limites de la tumeur. 3° Quand j'ai analysé des lipômes enlevés sur le vivant, j'ai pris dans les mêmes régions et sur des sujets du même âge des fragments de tissu adipeux sous-cutané.

Après m'être mis de la sorte à l'abri de l'erreur, je puis donner comme concluants les résultats que j'ai obtenus.

Des cinq pièces que j'ai examinées, trois venaient de la région deltoïdienne, une de la région fessière; la dernière fut prise à la face interne de la cuisse. Tous m'ont très-sensiblement fourni les mêmes particularités.

Les masses graisseuses étaient composées de lobes et de lobules adipeuses assez faciles à isoler, séparées par des cloisons celluleuses généralement minces et formées d'un tissu lâche. Dans l'une d'elles, assez résistante à la pression et à la coupe, il y avait des faisceaux fibreux notablement plus épais et plus forts que ceux qui cloisonnent d'ordinaire le pannicule sous-cutané; dans une autre, au contraire, molle et fluctuante, les cloisons fibreuses étaient très-ténues. Les trois autres tenaient le milieu entre les deux extrêmes. En général, on trouvait très-peu de vaisseaux capillaires dans l'épaisseur de la tumeur, fait général dans les hypertrophies circonscrites et spontanées, et qui, dans l'espèce, explique combien l'inflammation est rare dans les lipômes. La dernière tumeur seule, qui était molle et fluctuante, montrait à sa périphérie et dans l'épaisseur des cloisons interlobulaires un réseau vasculaire facile à reconnaître à l'œil nu.

Examinées au microscope, ces tumeurs étaient entièrement composées de vésicules adipeuses et de tissu cellulaire.

Les premières étaient groupées comme dans le tissu adipeux ordinaire, c'est-à-dire qu'elles formaient des amas assez volumineux, sans interposition de tissu cellulaire ni de vaisseaux, et je choisis cette occasion pour combattre cette singulière opinion qui consiste à croire que chaque vésicule adipeuse est entourée par une enveloppe celluleuse. On trouve, en effet, ces agrégats, dans lesquels on pourrait bien compter cinquante à soixante vésicules adipeuses, et probablement plus, entourés d'une enveloppe mince et incomplète de fibres de tissu cellulaire, avec ou sans vaisseaux capillaires.

Toutes ces vésicules adipeuses n'avaient pas le même volume; leur réunion n'offrait donc pas cette élégante régularité dont le tissu graisseux normal nous offre l'exemple. Mais malgré les variations de volume, toutes ces vésicules étaient plus développées que celles de la graisse saine. La plus grande partie des premières étaient au moins doubles, et d'assez nombreuses même étaient triples en diamètre. En accordant, en moyenne approximative, 0,03 de millimètre aux cellules normales, on trouvait celles de la tumeur atteignant pour la plupart 0,06 à 0,07; d'autres mesurant jusqu'à 0,09 à 0,10 millimètres. Dès lors il est prouvé que, dans le lipôme, il y a non-seulement accumulation exagérée et circonscrite des éléments anatomiques qui constituent le tissu adipeux, mais encore accroissement en volume de ces éléments.

J'ai cru remarquer encore un fait que je dois signaler. Les vésicules adipeuses du lipôme m'ont paru plus transparentes, à contour plus délicat, plus mince que celles du tissu adipeux, et pour en mieux juger, j'ai placé les deux échantillons que je voulais comparer sur le même verre, tout auprès l'un de l'autre et soumis à la même pression. Je serais porté à en conclure que l'enveloppe est plus ténue, moins épaisse dans les premières, qui sont en même temps les plus amples.

J'ai fait constater les détails qui précèdent à plusieurs personnes, et nul doute ne s'est élevé dans leur esprit, tant les différences sont tranchées.

Je ne puis finir cette note sans faire remarquer une lacune regrettable dans notre langage anatomique, lacune qui doit être comblée, et qui, du reste, est demeurée inconnue, tant qu'on n'a pas songé à distinguer le développement exagéré d'un organe de celui des éléments anatomiques qui le composent. J'explique ma pensée: qu'à la suite d'un rétrécissement de l'urètre ou d'un des orifices du cœur, la vessie ou les cavités cardiaques augmentent de dimension ou d'épaisseur, on dit qu'il y a hypertrophie; qu'après l'ablation d'un testicule, l'autre glande séminale augmente de volume, il y a encore hypertrophie; que, d'un autre côté, la glande mammaire, pendant la lactation, s'accroisse considérablement, il y a toujours hypertrophie. On a même été

plus loin : une induration de l'épiderme, un cor, un durillon, sont regardés par quelques personnes comme des hypertrophies épidermiques, et rangés comme tels à côté des tumeurs épidermiques ou cancroïdes. Sans pousser plus loin ces citations, qu'il serait facile de multiplier, il est aisé de montrer que le mot *hypertrophie* a été indifféremment appliqué à tous les cas où il y avait augmentation de volume d'un organe, que cet accroissement soit dû à la multiplication des éléments anatomiques à dimensions normales (ex. : hypertrophie du cœur), ou bien au développement en volume d'éléments anatomiques préexistants, mais beaucoup moins étendus.

Une telle confusion de langage ne peut persister, et il faut que le mot hypertrophie soit uniquement attribué à l'un des deux cas, c'est-à-dire qu'il désigne ou l'accroissement de l'organe par la multiplication des éléments anatomiques ou l'augmentation pure et simple du volume de ces éléments.

Je préférerais pour ma part réserver le mot d'hypertrophie au seul développement des éléments anatomiques ; ainsi je dirais que la mamelle est le siége d'un travail hypertrophique pendant la lactation, parce que ses acini, d'un très-petit volume hors l'état de grossesse et d'allaitement, acquièrent chez la nourrice des dimensions très-grandes. Dans un grand nombre de cas, avec l'hypertrophie ainsi comprise, il y a augmentation du volume total de l'organe, ce qui se comprend sans démonstration. Un autre mot deviendrait nécessaire pour exprimer que les éléments anatomiques se sont multipliés, l'expression d'*hyperplastie* me semble très-convenable pour remplir ce but quand les muscles augmentent de volume à la suite de certains exercices répétés ; les fibres augmentent aussi en nombre, c'est-à-dire qu'il s'en organise une plus grande quantité que si le membre était resté au repos.

Mais ces deux modes d'accroissement s'associent souvent dans les cas pathologiques et le lipôme, sujet de cette note, en est un exemple très-propre à faire ressortir la nécessité de deux mots pour faire comprendre les deux faits signalés dans l'étude que nous avons faite de sa structure.

Dans cette maladie, nous voyons, en effet : 1° une augmentation dans le nombre des vésicules adipeuses ; c'est là pour nous une hyperplastie, car il est incontestable que le volume considérable qu'acquièrent certaines tumeurs de ce genre ne peut s'expliquer que par une production exagérée des cellules adipeuses ; 2° il y a hypertrophie de ces vésicules, puisque leurs dimensions sont doubles ou triples de celles qu'offrent les vésicules voisines à l'état normal. On ne peut songer raisonnablement à exprimer ce double fait par un seul mot.

Toute l'étude du développement général du corps, nous montre aussi la nécessité d'une pareille réforme dans le langage ; car chaque organe du fœtus est nécessairement le siége de ce double travail d'accroissement pour arriver à l'état où nous le voyons chez l'adulte. Le biceps d'un enfant, pour prendre un exemple connu, renferme des fibres musculaires à la fois moins nombreuses et moins volumineuses que le même organe chez l'adulte.

Dans les cas pathologiques, l'hypertrophie et l'hyperplastie sont souvent complétement séparées, et je terminerai par un dernier exemple qui peindra bien ma pensée.

Dans la pléthore franche, il y a augmentation avérée du nombre des globules du sang, mais ces globules n'ont pas changé de dimensions ; ils ne sont pas plus volumineux. Dans l'état contraire, dans l'anémie, le fluide nourricier est pauvre en globules, mais le diamètre de ces derniers n'a pas diminué. Dans ces deux maladies, il n'y a ni hypertrophie ni atrophie des globules du sang ; mais bien hyperplastie ou aplastie, c'est-à-dire augmentation ou diminution dans la production.

Je n'ai pas besoin de dire que les mêmes réflexions s'appliquent à cette classe si mal limitée de maladies ou de lésions qu'on désigne sous le nom d'atrophie. La pénurie des démonstrations est encore ici la cause d'une grande confusion.

On n'arrivera à faire la lumière dans cet important sujet qu'en faisant les distinctions nécessaires, et en partant d'un point de départ solide et non contestable : je veux parler de l'étude de l'accroissement et de la disparition des éléments anatomiques à toutes les périodes de la vie.

III. — Pathologie.

OBSERVATION D'UN CAS DE LA MALADIE DITE PHTHISIE AIGUE, AVEC ALTÉRATION CORRESPONDANTE DANS LES REINS ; par MM. Ch. Robin et Ch. Bernard.

Le malade, dont M. Robin a bien voulu examiner le cerveau, les reins et l'intestin, était un homme de 23 ans, qui était resté trente-cinq jours à l'infirmerie de la Roquette, avec de la fièvre et de la diarrhée. Il avait présenté à plusieurs reprises des des convulsions, et il avait eu une perte de connaissance avec mouvements convulsifs quelques jours avant sa mort. Dans les derniers jours, on avait constaté de la rétention des urines, qui n'offrirent jamais trace d'albumine.

Pendant la vie, il n'y eut ni toux, ni expectoration, ni signes physiques positifs de la présence de tubercules pulmonaires.

A l'autopsie, on a trouvé une infiltration tuberculeuse des deux poumons, des ulcérations de l'intestin grêle, une injection inflammatoire de la muqueuse viscérale et des petites tumeurs dans les reins et le cerveau, dont M. Robin a cherché à déterminer la nature.

Les granulations des reins se composent :

1° De matière amorphe granuleuse très-abondante comparativement aux autres éléments, fait qui s'observe aussi dans les granulations pulmonaires ;

2° D'éléments anatomiques particuliers, ayant la forme de noyaux sphériques finement granuleux, larges de 5 millièmes de millim. Une variété de ces éléments se présente sous forme de cellules sphériques, peu nombreuses, larges de 8 à 10 millièmes de millim., variété beaucoup plus rare que la variété à *noyaux*. La masse des cellules est soluble dans l'acide acétique. Si quelques doutes restaient sur le diagnostic différentiel entre les noyaux et les corpuscules caractéristiques du tubercule, l'acide acétique les lèverait aussitôt. En effet, ce réactif pâlit les corpuscules tuberculeux d'une manière très-notable, bien qu'il ne les dissolve pas. Il n'a, au contraire, aucune espèce d'action sur les noyaux, dont il rend les contours plus nets et plus foncés. Les cellules renferment un noyau semblable à ceux que nous venons de signaler.

3° On y trouve en outre des granulations moléculaires libres, assez grosses et irrégulières ;

4° Des corpuscules granuleux de l'inflammation, qui ne se rencontrent pas dans toutes ;

5° Des éléments fibro-plastiques, surtout des corps fusiformes ; ils sont moins nombreux que les éléments dont il vient d'être question ;

6° Des cellules d'épithélium rénal en petite quantité ;

7° Des vaisseaux capillaires, peu nombreux, moins abondants dans ce tissu que dans le parenchyme du rein, manifestes à la périphérie des granulations, manquant complétement ou presque complétement vers le centre.

Les masses tuberculeuses que renferme le cerveau se composent : 1° de corpuscules tuberculeux des plus caractéristiques, volumineux comme ils le sont habituellement dans cet organe ; 2° de matière amorphe finement granuleuse ; 3° de granulations graisseuses.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU 7e ARRONDISSEMENT.

COMPTE RENDU DES TRAVAUX PENDANT L'ANNÉE 1853 ; par M. le docteur Perrin, secrétaire archiviste.

PRÉSIDENCE DE M. LE DOCTEUR RIGAUD.

Messieurs,

Comme l'année dernière, je grouperai, dans autant de parties distinctes de ce nouveau compte rendu, les faits nombreux qui vous ont été communiqués dans vos douze séances mensuelles, selon qu'ils auront trait : 1° à la médecine ; 2° à la chirurgie ; 3° à la profession. Ce rapprochement des faits suivant leurs analogies aura du moins pour résultat de donner à ce travail, à défaut d'autre mérite, les avantages inhérents à l'emploi de toute bonne méthode d'exposition.

PREMIÈRE PARTIE. — MÉDECINE.

ASPHYXIE PAR LA VAPEUR DU CHARBON DE TERRE.

M. le docteur Feulard vous a cité deux cas d'asphyxie observés par lui chez deux jeunes gens qui, durant leur sommeil, furent, à leur insu, soumis aux émanations délétères de la vapeur de charbon de terre en combustion, provenant d'une pièce voisine de celle où ils étaient couchés. L'un de ces malheureux, complétement asphyxié, succomba quelques instants après l'arrivée de notre confrère. Quant à l'autre qui respirait encore, il ne fut pas possible, malgré un traitement énergique (saignée du bras, révulsifs, frictions générales avec parties égales d'huile et d'ammoniaque), il ne fut pas possible, dis-je, de déterminer chez lui la moindre réaction. L'état comateux et l'immobilité de la pupille persistèrent jusqu'à la mort, qui n'eut lieu cependant qu'au bout de quinze à vingt heures.

Nous ajouterons qu'un autre médecin appelé après notre confrère, dont les soins avaient été infructueusement prodigués au malade pendant plusieurs heures, échoua comme lui, malgré l'emploi du galvanisme auquel il avait cru devoir recourir, et dont il avait promis les meilleurs effets.

ALIÉNATION MENTALE.

M. le docteur Jacquemin, médecin de la prison Mazas, a appelé votre attention sur la manière inexacte dont les journaux rendent parfois compte des déclarations des médecins devant les tribunaux. « Pour vous en citer un exemple, dit M. Jaquemin, j'avais à faire connaître l'état mental de deux individus, artistes de profession ; je dressai en conséquence un rapport motivé propre à éclairer la justice. Quelques jours après, dans le compte rendu de cette affaire, publié par un journal politique, on me fit dire, à propos de ces deux individus, que les artistes étaient singulièrement prédisposés à la folie. Or pas un seul mot dans mon rapport n'avait trait à cette assertion, au reste toute gratuite. »

A l'occasion de cet incident, M. Jacquemin vous a communiqué quelques-uns des faits très-intéressants d'aliénation mentale que sa position de médecin des prisons depuis trente ans l'a mis à même d'observer. Il vous a en outre appris que le nombre des suicides avait augmenté à Mazas depuis l'adoption du système cellulaire. L'isolement absolu des prévenus est pour lui la principale cause de cette fâcheuse circonstance. Il y manque, comme

cela existe dans certaines prisons, des sociétés de visiteurs pour soutenir et relever le moral des détenus et déposer dans leur cœur les impressions si consolantes de l'espérance. Pour sa part, notre excellent confrère, à l'aide de quelques bonnes et douces paroles, est convaincu d'en avoir détourné un certain nombre de l'acte affreux du suicide. La seule ressource actuelle un peu efficace pour ceux qui ont reçu quelque éducation consiste dans la lecture d'ouvrages moraux et instructifs. Cependant, malgré la gravité des questions soulevées par un pareil état de choses, M. le docteur Jacquemin n'hésite pas à déclarer que, sous d'autres rapports, l'état sanitaire des prévenus s'est notablement amélioré; ainsi les affections contagieuses et celles qui résultent de la pédérastie ont disparu; les rixes et par conséquent les blessures et les fractures qui en sont la suite y sont également devenues moins fréquentes, etc.

HALLUCINATION DU SENS DE L'ODORAT.

Nous désignerons sous ce titre une observation de M. le docteur Feulard, dans laquelle il s'agit d'un jeune homme exerçant la profession de fleuriste, et qui, dans la nuit de Pâques, fut réveillé par l'odeur si fétide du gaz hydrogène sulfuré provenant des latrines de la maison que l'on était en train de vider. Pendant deux mois entiers, bien que le curage de la fosse fût terminé depuis longtemps, ce malade resta sous l'influence de la même odeur, à tel point qu'elle avait fait naître en lui des idées de suicide. C'était surtout pendant les repas et quand ce jeune homme faisait usage d'aliments chauds que le goût de l'hydrogène sulfuré se développait avec plus de force. Les aliments froids étaient ordinairement pris sans inconvénient.

Une discussion s'est engagée entre plusieurs membres sur la question de savoir comment il convenait d'interpréter le fait que nous venons de raconter. Contrairement à l'opinion de M. Feulard, qui n'a vu chez son malade qu'une simple perturbation du sens de l'odorat, la plupart des membres ont admis l'existence d'une hallucination parfaitement tranchée. Si j'osais à mon tour émettre une opinion, je vous dirais que pour un bon nombre de médecins aliénistes partageant les idées d'Esquirol, le cas rapporté par M. Feulard offre plutôt les caractères de la fausse perception qui constitue l'illusion, que ceux généralement attribués à l'hallucination proprement dite. Dans l'hallucination, selon Esquirol, il y a perception imaginaire, alors que les sens ne fonctionnent pas, ou même n'existent pas, tandis que dans les illusions, il y a une impression organique actuelle véritable, mais seulement que le cerveau juge à faux. Si donc une impression réelle est la condition *sine quâ non* de la production des illusions, l'erreur n'est donc pas indépendante des sens, comme cela arrive dans l'hallucination. Donc le malade de M. Feulard, qui attribuait aux aliments chauds qu'il prenait une odeur autre que celle qu'ils avaient naturellement, était un illusionné et non un halluciné. Quoi qu'il en soit de cette distinction, qu'il est peut-être plus facile d'établir dans les livres qu'au lit des malades, nous vous demanderons la permission de ne pas nous y arrêter plus longtemps, et de passer à l'histoire d'un cas curieux d'asphyxie par strangulation que vous a exposée M. le docteur Baget.

ASPHYXIE PAR STRANGULATION.

Au mois de septembre dernier, aux environs de Paris, notre confrère a, par hasard, été témoin d'un cas d'asphyxie par strangulation, survenu dans des circonstances peu ordinaires. Il s'agit d'une paysanne, âgée de 60 ans environ, qui, à la suite de chagrins domestiques, prit la résolution de se détruire. Elle se rendit à cet effet dans la campagne et pénétra dans une haie masquée, d'un côté, par un mur de clôture, et, de l'autre, servant de limite à un vaste champ de betteraves. Elle coupa une des plus fortes branches à quelques centimètres seulement du tronc, puis elle y attacha solidement une corde dont elle s'était munie, fit un nœud coulant qu'elle passa autour de son cou et s'étrangla. La distance du point de suspension au sol n'était pas de 80 centimètres; aussi cette malheureuse fut-elle trouvée dans une position accroupie, le poids du corps n'ayant pu contribuer en rien à déterminer la mort. Le corps était froid, une écume sanguinolente s'échappait de la bouche, et la mort paraissait remonter à six ou huit heures environ.

Des faits analogues à celui que nous venons de raconter ne sont pas rares. Chacun de vous en a cité pour sa part, et s'est demandé comment l'instinct de la conservation, en pareille occurrence, ne prévenait pas toujours l'asphyxie et la mort. La conscience du juge et du médecin légiste s'est trouvée parfois singulièrement troublée quand, en présence d'un malheureux pendu dont les pieds et même les genoux touchaient le sol, il s'est agi de déterminer si la suspension était l'effet du suicide ou de l'homicide. Eh bien! il faut le dire, pour la solution de cette question, les considérations matérielles du fait sont insuffisantes, si, en même temps, on ne tient un compte énorme des circonstances morales qui l'ont précédé.

ABCÈS INTRA-PELVIENS.

Les tumeurs phlegmoneuses du petit bassin ont un instant fixé votre attention, à l'occasion d'une observation due à la pratique de M. Bonnassies. Madame ***, âgée de 40 ans, mère de quatre enfants, était grosse de son cinquième et au terme de sa grossesse, lorsqu'elle fut prise d'une hémorrhagie utérine inquiétante. Notre confrère, appelé en toute hâte, reconnut par le toucher une implantation du placenta sur le col utérin. L'hémorrhagie durait depuis la veille; on avait mis en œuvre les moyens usités en pareil cas. L'hémorrhagie continuant, on dut, à tout prix, terminer l'accouchement. Notre confrère introduisit donc sa main dans la cavité du col, puis décollant le placenta dans une petite portion de son étendue, il put aussitôt pénétrer dans l'utérus, et pratiquer en un instant la version de l'enfant, qui fut extrait vivant. Une fois la délivrance terminée, tout se passa régulièrement jusqu'au neuvième jour, époque à laquelle le mari eut la singulière fantaisie d'entrer dans l'exercice de ses droits conjugaux. Une violente métro-péritonite fut le résultat immédiat de cette imprudence. Toutefois la maladie fut conjurée, et madame *** se rétablit entièrement. Cinq ans s'étaient écoulés, lorsqu'il y a quelques mois madame *** ressentit des douleurs profondes dans le bas-ventre. L'abdomen se tendit, et la fièvre vint se mettre de la partie. A ces symptômes se joignit une leucorrhée abondante. Le toucher permit de reconnaître un abaissement notable du col utérin qui se sentait à quelques centimètres seulement de l'orifice de la vulve. Il était en outre rugueux et douloureux, en même temps qu'on ne pouvait imprimer au corps de l'organe le moindre mouvement. Un confrère, appelé en consultation, crut avoir affaire à un cancer utérin, et conseilla un traitement approprié; mais les accidents continuèrent et allaient même en augmentant, quand tout à coup, en se présentant à la garde-robe, la malade rendit par le rectum une quantité considérable de pus, d'une odeur infecte. C'était évidemment un abcès intra-pelvien méconnu, qui venait de se frayer spontanément une issue par l'intestin. A partir de ce moment, tous les symptômes se dissipèrent rapidement, et la malade guérit parfaitement.

Bien qu'à la suite de la communication de M. Bonnassies, nous ayons fait cette remarque que la marche aiguë des symptômes, le mouvement fébrile, et particulièrement la fixité de l'utérus constatée par le toucher, auraient dû éloigner l'idée d'une affection cancéreuse de la matrice, et faire supposer au contraire l'existence probable d'une collection purulente développée dans la profondeur du petit bassin, nous ne devons point nier les difficultés diagnostiques que l'on rencontre dans certains cas, et les erreurs qu'il est possible de commettre, malgré même une expérience et une habileté cliniques consommées. M. Lembert vous en a donné une preuve remarquable. Il vous a rapporté le cas d'une dame de 50 ans qui présentait des symptômes analogues à ceux de la malade de M. Bonnassies, et chez laquelle il existait une tumeur de la fosse iliaque gauche dont les développements avaient suivi une marche sourde et lente. La malade ne pouvait en outre s'accroupir pour aller à la garde-robe. M. le professeur Chomel, appelé près de la malade par notre confrère, diagnostiqua une tumeur enkystée de l'ovaire et porta un pronostic fâcheux. Mais l'événement donna heureusement un démenti à cette opinion. A quelque temps de là, en effet, la malade expulsa par le rectum une quantité assez considérable de pus: ce qui amena bientôt la disparition complète de la tumeur du bassin, qui n'était autre chose évidemment qu'une collection purulente. La malade guérit complétement.

COQUELUCHE.

Dans votre séance du mois de juin, une discussion s'est engagée sur la nature de la coqueluche, à l'occasion d'une observation que je vous ai rapportée. Il s'agissait d'une petite fille, âgée de 10 ans, atteinte depuis près de deux mois d'une coqueluche rebelle, et chez laquelle, une fois la quinte de toux passée, tout rentrait dans l'ordre et ne permettait pas de soupçonner même le moindre désordre local ou général dans sa santé. Ainsi son faciès était excellent, sa gaieté parfaite, son pouls normal et les fonctions digestives intactes. En dehors des quintes, au nombre de huit ou dix par jour, et pendant lesquelles la petite malade devenait violette et s'asphyxiait au point de perdre en partie connaissance, il n'y avait pas même de toux. Au reste la percussion et l'auscultation pratiquée avec soin et à diverses reprises, ne nous a jamais permis de constater la moindre altération dans les bruits respiratoires qui, chez cette petite fille, étaient au contraire d'une pureté et d'une netteté remarquables. Nous vous avons donné cette observation comme pouvant jeter un jour véritable sur la nature toujours contestée de la coqueluche. Il nous a semblé que des faits analogues au nôtre ébranlaient singulièrement l'opinion des médecins de l'école anatomique qui ne veulent voir dans la coqueluche, les uns qu'une simple bronchite, les autres, avec M. Guersent, par exemple, qu'une inflammation spécifique des bronches avec lésion de l'innervation dans l'appareil pulmonaire. Comment dire encore, avec Laennec, que la coqueluche n'est qu'une variété du catarrhe pulmonaire? Il nous semble difficile, à moins de nier le témoignage des meilleurs praticiens, de ne pas admettre que la maladie qui nous occupe est une névrose, si l'on se rappelle la rémittence des symptômes, le retour à une santé parfaite après les quintes, et surtout l'intégrité fonctionnelle de l'appareil respiratoire que je viens de vous signaler. L'honorable M. Duparcque, qui partage notre opinion, vous a dit avec raison que le catarrhe qui accompagne souvent la coqueluche n'est qu'un accident de la maladie, et en aucune manière un de ses éléments constituants. Il prédomine toutefois assez dans le cours de certaines épidémies pour donner lieu à quelques indications particulières de traitement, et justifier surtout parmi les diverses formes de coqueluche qu'on a cherché à établir la forme dite catarrhale.

Nous avons ajouté, dans la communication que nous vous avons faite, que ce qui, selon nous, venait encore à l'appui de notre opinion sur la nature essentiellement nerveuse de la coqueluche, c'était précisément l'insuccès entier des diverses médications que nous avions essayées: vomitifs répétés, belladone, ammoniaque liquide, café, sulfate de quinine. Nous nous proposions, sur le conseil de M. Duparcque, de recourir à l'administration de la cochenille, et, en cas de nouvel insuccès, à la cautérisation même de l'orifice supérieur de la glotte, quand la mère vint nous apprendre que sa fille, à laquelle depuis quelques semaines nous ne faisions subir aucune médication, se trou-

vait guérie. Les quintes avaient diminué peu à peu de fréquence et d'intensité pour disparaître bientôt tout à fait.

CROUP.

Une autre maladie de l'enfance, non moins intéressante, mais plus terrible, le croup, a fixé également votre attention, à propos d'un fait rapporté par notre excellent confrère M. le docteur Duclos. Il vous a dit qu'appelé près d'un enfant de 15 mois, présentant tous les symptômes du croup, avec suffocation imminente, il eut l'idée, en attendant qu'on fût allé chercher un vomitif, d'introduire aussi profondément que possible l'extrémité de son doigt indicateur au fond du gosier, et que cette opération eut pour résultat immédiat de déterminer des efforts salutaires de vomissement, qui calmèrent les accidents de suffocation.

L'administration ultérieure de 5 centigrammes d'émétique, et l'application de révulsifs sur les extrémités, achevèrent bientôt de dissiper tout symptôme inquiétant.

MM. Frère et Chayet ont refusé la qualification de croup assignée par M. Duclos à l'observation qu'il venait de raconter. Selon eux, on ne guérit pas un croup véritable en déterminant chez le malade un simple vomissement mécanique. Sans doute il est bien de recourir à cette petite opération dans un cas pressant, et en attendant l'arrivée des secours pharmaceutiques; mais encore une fois, ajoute M. Frère, on ne jugule pas aussi merveilleusement une affection de nature réellement croupale, et nul doute que M. Duclos n'ait eu tout simplement affaire à un faux croup, c'est à dire à une simple laryngite striduleuse.

CONSTIPATION.

M. Baget vous a signalé un cas de constipation extraordinaire : il s'agissait d'une dame âgée de 65 ans environ, présentant tous les signes extérieurs d'une santé parfaite, d'un tempérament nervoso-sanguin très-développé, et qui, depuis l'âge de 25 ans, est affectée d'une constipation tellement opiniâtre qu'elle n'a des garde-robes que tous les douze ou quinze jours. Les évacuations stercorales sont précédées d'une grande anxiété précordiale et d'une douleur gravative dans l'hypocondre et la fosse iliaque du côté gauche. La douleur de l'hypocondre est même continuelle, mais seulement s'exaspère pendant la défécation. Le phénomène le plus singulier que présente cette dame consiste dans un vomissement aqueux qui a lieu pendant que s'opère la défécation. Le liquide vomi, de la valeur de deux verres d'eau, est incolore, limpide et sans saveur. La malade est instantanément soulagée, et tout rentre dans l'ordre immédiatement après le rejet de ce liquide par le vomissement. L'appétit est, au reste, excellent, et cette dame peut manger de tout indifféremment. Cette affection, qui paraît se rattacher à des revers de fortune et à de violents chagrins domestiques, a résisté à tous les moyens employés jusqu'à ce jour pour la combattre.

DE LA VÉRATRINE DANS LE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

Il ne faudrait pas croire, messieurs, que l'usage intérieur de la vératrine soit d'une application toute récente, même dans le rhumatisme. Découverte, en 1819, par MM. Pelletier et Caventou, elle fut, dès le premier moment de son introduction dans la matière médicale, substituée avec avantage aux diverses préparations de colchique, dans le traitement des nombreuses maladies auxquelles ces préparations conviennent. Toutefois il est vrai de dire que c'est réellement dans ces dernières années, que cette substance a été soumise aux expérimentations cliniques sur la plus grande échelle, et que c'est de notre époque, que datera certainement la seconde période, son histoire thérapeutique.

Encouragé par les résultats annoncés, M. le docteur Bonnassies a eu singulièrement à se louer de l'administration de la vératrine dans le cas suivant : il s'agit d'un homme de 35 ans, atteint de rhumatisme articulaire aigu et vainement soumis d'abord à la médication Raspail. Chez ce malade, les mouvements étaient très-douloureux. Alité depuis quinze jours, la fièvre était continue, le pouls plein, dur, la langue couverte d'un mucus blanchâtre, comme dans la diphtérite. Notre confrère prescrivit d'abord la teinture de colchique, qui donna lieu à d'abondantes évacuations alvines, suivies d'une légère détente dans l'intensité de la fièvre et du gonflement des articulations. Les choses en étaient là, lorsque, d'après l'avis de quelques confrères, on résolut d'essayer la vératrine. Elle fut administrée suivant la formule habituelle, c'est-à-dire à la dose de 5 centigr. pour dix pilules, qui furent prises à doses graduées, c'est-à-dire une le premier jour, deux le deuxième, trois le troisième, etc... Sous l'influence de ce moyen, le malade a guéri comme par enchantement, dans l'espace de trois jours.

A l'appui de l'observation précédente, M. le docteur Lembert vous a dit que, dans un cas analogue, un confrère de l'arrondissement s'était très-bien trouvé pour lui-même de l'usage de la vératrine; que, sous l'influence des mêmes pilules administrées de six heures en six heures, il avait vu chez lui la fièvre tomber rapidement, les douleurs diminuer, puis disparaître, et les urines devenir sédimenteuses.

M. Alix a cru devoir attribuer à la vératrine des accidents observés par lui du côté de la vessie chez un de ses malades, accidents qui consistèrent dans une légère strangurie. M. Firmin a vu un malade atteint de fièvre typhoïde, soumis à l'usage de la vératrine, n'éprouver dans son état aucun amendement appréciable par cette médication. M. Perrin a ajouté qu'en présence de l'action éminemment hyposthénisante de la vératrine sur l'organisme, et spécialement sur la circulation, il ne comprenait pas qu'il pût venir à l'esprit d'un praticien exact l'idée d'administrer cette substance dans la fièvre typhoïde, c'est-à-dire dans une affection dans laquelle l'asthénie prédomine déjà, et sous l'influence de laquelle il se forme dans tous les organes des congestions passives que la sédation artificielle du cœur ne peut évidemment que favoriser et accroître.

VOMISSEMENTS INCOERCIBLES PENDANT LA GROSSESSE.

Pour terminer ce qui a trait aux communications qui vous ont été faites en ce qui concerne la médecine proprement dite, et avant de passer à la partie chirurgicale de ce compte rendu, nous vous demanderons la permission de vous rappeler le cas d'une femme enceinte, observé par M. Jacquemin, et qui fut prise au Havre de vomissements incoercibles, contre lesquels échouèrent tous les moyens usités en pareil cas. Ramenée à Paris, où elle réside ordinairement, notre confrère fut appelé. Les vomissements se répétaient toutes les cinq minutes; il y avait du délire; le marasme était au comble. M. Jacquemin pensa d'abord à provoquer un accouchement prématuré; mais M. le professeur Moreau, consulté, fut d'avis d'attendre encore, et d'ici là de favoriser le goût de la malade pour les alcooliques et le vin de Champagne. Sous l'influence de cette médication insolite, les vomissements finirent par céder et la grossesse put être menée à terme. Depuis, cette dame est encore redevenue enceinte, et est heureusement accouchée.

DEUXIÈME PARTIE. — CHIRURGIE.

HÉMORRHAGIES.

Les hémorrhagies, et spécialement celles qui peuvent se montrer à la suite de certaines opérations chirurgicales, ont fait l'objet d'une courte discussion parmi vous. Ainsi M. Duclos a rapporté un cas d'hémorrhagie de l'artère fessière ou de l'une de ses branches, guérie par la seule compression. Le sujet de l'observation était un enfant de l'école mutuelle qui avait été blessé par un petit camarade à l'aide d'un canif. C'était là par conséquent une plaie artérielle par simple piqûre, ce qui explique le succès dû à la compression employée. M. Rigaut a cité un exemple de resection d'une amygdale qui a donné lieu, deux heures après l'opération, à une hémorrhagie consécutive abondante. Le perchlorure de fer en solution, porté directement et à plusieurs reprises sur la surface resequée, suspendit au bout de peu de temps l'écoulement sanguin. M. Alix, dans un cas semblable, s'est bien trouvé des préparations de tannin, sous forme de gargarisme, dans un véhicule approprié.

A la suite de l'avulsion d'une grosse molaire, M. Duclos a été témoin d'une hémorrhagie très-considérable, qui ne s'est arrêtée qu'à la suite d'une compression exercée pendant plus de deux heures sur le point hémorrhagipare. On avait préalablement et inutilement rempli la cavité de l'alvéole dentaire à l'aide de la cire. Dans un cas analogue, M. Rigaud a vu réussir l'éponge préparée, saupoudrée de ratanhia et de gomme adragante. Dans quelques cas d'*épistaxis* graves, M. Perrin a employé avec succès la méthode de M. Négrier (d'Angers), qui, on le sait, consiste dans l'élévation brusque du bras correspondant à la narine d'où s'écoule le sang. Il a de plus rappelé que la syncope était un des moyens dont la nature se servait pour arrêter un grand nombre d'hémorrhagies, et que, malgré l'emploi des hémostatiques les plus variés, il avait vu souvent certains écoulements sanguins ne cesser qu'à la suite du ralentissement lipothymique des mouvements du cœur.

M. Duclos vous a enfin cité un dernier cas d'hémorrhagie chez un enfant israélite que, pour satisfaire aux prescriptions de sa religion, on venait de circoncire. La compression étant devenue insuffisante pour réprimer le sang, on dut pratiquer quelques cautérisations légères avec le nitrate d'argent. M. Feulard vous a affirmé que quelques enfants sont morts d'hémorrhagie à la suite de la circoncision. M. Lembert s'est demandé si autrefois on n'avait pas moins à redouter cet accident, alors qu'après l'excision du prépuce l'opérateur pratiquait la succion avec la bouche, préalablement remplie de vin astringent. On sait que cette méthode a été défendue à l'occasion d'un cas d'infection vénérienne déterminée, il y a quelques années, chez un enfant par un opérateur qui portait des chancres dans la bouche.

VICES DE CONFORMATION.

M. Frère a eu l'occasion d'observer une absence complète du rectum chez un nouveau-né. L'enfant n'ayant pas rendu son méconium, notre confrère examina la région anale, et ne trouva en ce point qu'une ouverture qui se terminait en cul-de-sac à 2 centimètres de profondeur environ. M. le docteur Duparcque, appelé en consultation, fut d'avis de tenter la ponction pour aller à la recherche de l'intestin. L'opération faite, et l'exploration poussée aussi loin que la prudence le permettait, donna la conviction qu'il y avait absence complète de rectum chez ce pauvre enfant. Une nouvelle opération, qui aurait eu pour but la création d'un anus artificiel, ayant paru, dans l'état des choses, à nos confrères présenter peu de chances de réussite pour l'enfant, qui paraissait menacé d'une mort prochaine, ils résolurent de s'en tenir à l'expectation. Cependant, quelques heures après et à leur insu, et sans que la famille ui un chirurgien appelé aient jugé à propos de les prévenir, une opération, dans le but d'établir un anus artificiel, était pratiquée par le confrère

en renom, avec habileté sans nul doute, mais à coup sûr avec l'oubli des plus simples convenances vis-à-vis de confrères peu habitués, grâce à une honorabilité bien connue, à d'aussi étranges procédés. Si encore l'enfant eût été sauvé; mais non: deux heures après l'opération, il ne restait plus qu'un cadavre.

MM. Jacquemin et Mavré ont été témoins, il y a quelques années, d'un fait semblable à celui de M. Frère. L'opération fut tentée. Après avoir introduit le histouri à une très-grande profondeur (6 à 7 centimètres), il fut impossible d'arriver jusqu'à l'intestin, et l'enfant ne tarda pas à mourir. Il y a trente ans, ajoute M. Jacquemin, on amena à la clinique de Dupuytren un enfant nouveau-né qui n'avait pas rendu son méconium, et chez lequel un histouri, plongé à diverses reprises dans la direction voulue, n'amenant aucun résultat, on dut rester convaincu de l'absence de la portion inférieure du gros intestin. Dupuytren fit alors la proposition d'établir un anus artificiel, en prévenant toutefois le père de quelle dégoûtante infirmité son enfant, pendant toute sa vie, aurait à subir les conséquences. Le père, effrayé, emporta l'enfant dans ses bras, préférant cent fois, disait-il, le voir mourir. Ce malheureux père, messieurs, avait raison. Pour notre compte, nous ne voudrions pas non plus racheter la vie d'un nouveau-né qui nous appartiendrait à des conditions aussi affreuses.

PERSISTANCE DU TROU DE BOTAL APRÈS LA NAISSANCE.

Un autre vice de conformation vous a été signalé par M. Rigaud : il s'agit d'une femme que notre confrère a assistée successivement dans trois accouchements, et à la suite desquels elle a mis au monde chaque fois un enfant cyanosé, et offrant tous les symptômes d'une communication des oreillettes entre elles, par suite de la persistance du trou de Botal. Les deux premiers enfants sont morts; le dernier est encore vivant, et à l'heure qu'il est, on observe chez lui une coloration violacée de tout le côté droit de la face. Pendant le cours de ses grossesses, la mère a eu un goût très-prononcé pour le vin et les liqueurs fortes. M. Rigaud vous a encore cité le cas d'un enfant de 14 ans, fils d'un confrère, qui a une non-oblitération du trou de Botal. Cet enfant a des suffocations presque continuelles, des lipothymies; sa vie est toujours menacée.

DE L'EMPLOI MÉDICO-CHIRURGICAL DU CHLOROFORME.

M. Mavré vous a rapporté un cas qu'il a observé avec un de nos confrères, M. le docteur Lagrange, sur l'usage du chloroforme dans la réduction d'une hernie inguinale étranglée. Le taxis avait inutilement été pratiqué pendant plus de deux heures, lorsqu'on se décida à anesthésier le malade. Le chloroforme détermina d'abord une surexcitation nerveuse considérable, qui tout à coup fit place à un état d'affaissement complet. La réduction s'est opérée; l'intestin est rentré brusquement, et le malade s'est bien rétabli. Le chloroforme a été respiré tout simplement sur un mouchoir.

M. Rigaud a employé le chloroforme, mais sans aller jusqu'à la résolution complète de la sensibilité tactile et motrice, pour une fistule à l'anus, et dans un cas d'accouchement laborieux à l'aide du forceps. Les malades n'ont paru avoir qu'une idée très-confuse de ce qui leur était arrivé, ce qui donne à penser à M. Rigaud qu'il est inutile, en présence, d'autre part, des graves accidents qui sont survenus dans quelques circonstances, de porter l'inhalation jusqu'à la chloroformisation complète. M. Feulard affirme que M. Nélaton n'emploie le chloroforme jusqu'à production de sommeil complet qu'autant que les malades eux-mêmes le désirent. M. Firmin rappelle un fait analogue à celui rapporté par M. Mavré. Il s'agissait d'une hernie qui fut réduite presque sans taxis, sous l'influence du chloroforme, et après de longues tentatives infructueuses par les moyens ordinaires.

Enfin, M. le docteur Duclos vous a cité l'histoire d'un homme de 50 ans, d'une complexion très-vigoureuse, qui, à la suite d'une chute faite dans un état d'ivresse complète, se luxa l'épaule droite. Avant d'en venir à la méthode ordinaire de réduction, M. Duclos, assisté de deux confrères, voulut soumettre le malade à l'action du chloroforme; mais cet anesthésique, au lieu d'assoupir le patient, détermina de violentes contractions musculaires et des convulsions spasmodiques qui se renouvelèrent quelques heures après, dans le cours d'une nouvelle tentative de chloroformisation, essayée par un autre confrère qu'on avait dû appeler, car la réduction n'avait pu être obtenue. Cet échec du chloroforme dans l'observation qui précède, a autorisé M. Lembert à demander à M. Duclos si, lorsqu'on a affaire à un sujet aussi vigoureux que le sien, il n'aurait pas dû recourir à l'emploi d'une large saignée et n'essayer le chloroforme qu'en désespoir de cause, en admettant toutefois que l'état d'ivresse dans lequel le malade était plongé n'aurait pas dû être une contre-indication pour l'essai de ce moyen. MM. Rigaud et Lembert, en parlant, le premier, de l'inutilité de la chloroformisation complète dans la pratique des opérations chirurgicales, et l'autre, d'une contre-indication possible dans l'état d'ivresse où se trouvait le malade de M. Duclos, ont certainement soulevé les deux plus graves questions qu'on puisse poser, en ce qui regarde l'emploi médico-chirurgical du chloroforme. Les longues et savantes discussions de la Société de chirurgie sur ce sujet, n'ont point encore malheureusement appris aux praticiens à se mettre complétement en garde contre les dangers de cet agent à la fois héroïque et terrible. Toutefois, en attendant que la lumière se fasse, nous croyons prudent, avec M. Rigaud, de suivre les conseils de M. Baudens, qui veut que l'on suspende l'inhalation du chloroforme dès que la sensibilité est abolie, sans vouloir anéantir en même temps la contractilité musculaire. M. Baudens affirme que la survivance de la myotilité ne l'a jamais empêché de terminer avec bonheur les plus graves opérations de la chirurgie, et que ce mode de faire a de plus l'immense avantage d'écarter tout danger de mort. « Arriver, dit le chirurgien du Val-de-Grâce, à la résolution générale, au collapsus, c'est s'exposer au danger d'homicide; car il n'y a plus de vie à trépas que l'épaisseur d'un cheveu... » (Union médicale, p. 145, année 1854.)

DE L'EMPLOI DE L'APPAREIL DE GARIEL DANS LE PROLAPSUS DE L'UTÉRUS ET LES HÉMORRHAGIES DE CET ORGANE.

Une courte discussion a eu lieu parmi vous à l'occasion de l'appareil du docteur Gariel, que M. Jacquemin vous a dit avoir employé avec succès dans un cas de prolapsus utérin, chez une femme qui n'avait pu supporter aucune espèce de pessaire. M. Duparcque vous a signalé les avantages qu'il avait retirés de l'application de ce même appareil dans quelques hémorrhagies utérines. Nous croyons généralement préférable le tamponnement ordinaire avec les boulettes de charpie, ou celui connu sous le nom de tamponnement en queue de cerf-volant du docteur Bretonneau, comme étant d'une application plus immédiate, et à la portée de tous les praticiens. Quand aux hémorrhagies qui ont lieu dans l'accouchement, immédiatement après la délivrance, l'appareil de Gariel directement introduit dans la cavité utérine paraît avoir donné quelques résultats assez satisfaisants, pour justifier de nouveaux essais sur l'emploi de cette ingénieuse méthode.

D'UN NOUVEAU CRAYON DE NITRATE D'ARGENT.

M. Chayet, frappé des inconvénients qui résultent de l'emploi du cylindre ordinaire de nitrate d'argent fondu qui sert à armer le porte-pierre de notre trousse, quand ce cylindre vient à se briser au fond de certaines cavités, comme le pharynx, le vagin, la cavité du col utérin, qu'on veut cautériser, a eu l'idée, dans le but de remédier à ces inconvénients, d'enrouler le nitrate d'argent autour d'une spirale de platine d'un diamètre excessivement ténu, qui retient par ses anneaux la pierre infernale quand celle-ci vient à éclater perpendiculairement à son axe, ce qui est le cas le plus ordinaire.

Tel a été, messieurs, l'ensemble des principales communications qui vous ont été faites pendant le cours de l'année 1853, et que nous avons trouvées fidèlement reproduites dans les procès-verbaux de vos séances, très-soigneusement et fidèlement rédigés par votre secrétaire annuel, M. Bayet. Nous devons ajouter que quelques discussions intéressantes ont encore eu lieu parmi vous, à l'occasion de quelques mémoires, brochures, comptes rendus, etc., qui vous ont été adressés. Ainsi votre secrétaire-archiviste vous a fait un rapport sur un mémoire très-intéressant de M. le docteur Compérat, sur la luxation du cristallin normal dans la chambre antérieure de l'œil, et de son traitement. Il vous a également présenté une analyse écrite d'un travail de M. Piogey, intitulé : Du charlatanisme médical et des moyens de le réprimer. M. le docteur Lembert vous a fait un rapport verbal sur les devoirs professionnels du médecin, discours prononcé à la Société médicale du 1er arrondissement, dans sa séance du 13 janvier 1853, par M. le docteur Foissac. Le Bulletin des travaux de la Société médico-pratique de Paris, numéros 48-49, années 1851-52, a été pareillement analysé devant vous par le même confrère. Enfin, deux autres ouvrages, dont vous avez encore reçu l'hommage, ont été l'objet d'intéressantes discussions. Ce sont : le compte rendu des travaux de la Société médicale du 1er arrondissement, pendant l'année 1852, par le docteur Despaulx Ader; 2° un mémoire de M. le docteur Piogey, sur le diagnostic de la gale de l'homme par l'inspection du sillon à l'œil nu. Ce dernier travail, analysé par M. le docteur Feulard, a soulevé dans votre sein l'éternelle et à jamais insoluble question de la génération spontanée.

TROISIÈME PARTIE. — INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

Dans le cours de vos causeries intimes sur l'art et la science, vous n'avez point perdu de vue le principal but sans contredit de vos réunions, celui des intérêts et de la dignité de la profession. C'est ainsi que la commission de trois membres que, chaque année, vous instituez près de M. le juge de paix a été maintenue par vous. Nous avons la satisfaction de vous annoncer que cette commission n'a eu à intervenir dans aucune espèce de conflit médical élevé devant le tribunal de cet honorable magistrat. Félicitons-nous donc ensemble, messieurs, de la paix profonde qui a régné cette année parmi nous et nos clients.

Il y a quelques mois, à l'époque où le choléra semblait devoir prendre une extension inquiétante, la Société médico-pathologique a appelé l'attention des douze sociétés médicales d'arrondissement de Paris, sur un projet de déclaration de principes. Une copie de ce projet vous a été adressée. Après en avoir pris connaissance, vous avez cru devoir en repousser l'esprit comme peu en harmonie avec le passé si pur, toujours si désintéressé du corps médical. Vous vous rappelez qu'il s'agissait, dans le cas où les progrès du choléra auraient nécessité, comme en 1832 et en 1849, une organisation du service médical, de laisser aux médecins eux-mêmes le soin de régler cette organisation, comme plus tard de signaler à l'autorité supérieure les services rendus et les récompenses méritées. Vous avez avec raison pensé, messieurs, qu'une semblable initiative ne pouvait appartenir qu'à l'autorité supérieure, et que si quelquefois vous avez dû gémir sur la parcimonie oublieuse avec laquelle, une fois le danger passé, on a apprécié votre dévouement, cette considération ne pouvait être d'aucune valeur à vos yeux pour justifier l'idée de

ne prêter votre concours à l'autorité, en cas d'épidémie, qu'à des conditions préalablement débattues entre elle et vous. Ainsi, messieurs, vous avez voulu une fois de plus prouver par là que si chacun ici-bas ne s'agite généralement qu'en proportion du profit qu'il espère, le médecin seul sait au besoin prodiguer sa santé, son repos, ses veilles, sans se préoccuper de la mesure dans laquelle son dévouement sera honoré, et, ce qui surtout doit faire son principal titre à l'admiration des hommes, sans se soucier encore moins de l'oubli, de l'ingratitude, et même de la calomnie qu'il sait d'avance parfois recueillir en échange des services qu'on lui demande.

La Société médicale du 3e arrondissement vous a dernièrement adressé l'invitation de vous joindre à elle, en nommant deux commissaires, à l'effet de solliciter près du gouvernement, de concert avec les délégués des autres sociétés d'arrondissement, la promulgation d'une loi, vainement attendue depuis trente ans, sur l'exercice de l'art de guérir. Vous vous êtes empressés de répondre à l'appel de la Société médicale du 3e arrondissement, et, dans la même séance, vous avez confié à M. Chayet et à votre secrétaire général, le soin de vous représenter. Vos délégués, messieurs, se sont déjà rendus à deux réunions préparatoires qui ont eu lieu chez M. le président de la Société médicale du 3e arrondissement, M. le docteur Boinet. Une sous-commission, présidée par M. le baron Larrey, délégué du 10e arrondissement, a été chargée de rédiger une pétition motivée qui doit prochainement être soumise à l'approbation de la commission générale. La suppression des deux ordres de médecins, du cumul, des associations entre médecins et pharmaciens, des annonces, l'établissement de conseils des médecins par arrondissement, et par élection, et par-dessus tout une pénalité sérieuse, efficace, pour les délinquants, tel sera, messieurs, l'ensemble des vœux qui seront formulés dans la pétition que les délégués des douze sociétés médicales d'arrondissement de Paris, se proposent de remettre entre les mains de l'empereur lui-même, et, ajouterons-nous, avec l'espoir très-grand de la voir accueillie cette fois en sérieuse et immédiate considération.

Je ne terminerai pas, messieurs, ce compte rendu, et en cela je suis sûr d'obtenir vos suffrages unanimes, sans rendre, au nom de la Société, un public hommage à M. Armand Jeanti, maire de cet arrondissement, pour la bienveillance parfaite qu'en toute circonstance il ne cesse de nous témoigner. Aussi, messieurs, est-ce avec reconnaissance que nous nous permettons de donner à ce digne magistrat l'assurance complète que votre concours le plus entier lui est acquis d'avance.

Le secrétaire archiviste,
Dr Perrin.

29 mars 1854.

BIBLIOGRAPHIE.

Le malattie dell' occhio e delle sue dipendenze (maladies de l'œil et de ses dépendances); par J.-C. Cappelletti, chirurgien en chef de l'hôpital civil de Trieste, etc. — 4 vol. in-8°. — Trieste, 1845-1850.

Nous sommes quelque peu en retard pour rendre compte de cet ouvrage; il n'a pas dépendu de nous de l'enregistrer en son temps dans le catalogue des publications ophthalmologiques. Nous pourrions, pour notre excuse, énumérer les circonstances indépendantes de notre volonté qui en ont décidé autrement; nous pourrions faire remarquer que nous n'avons guère été devancé par les autres organes de la presse médicale française. Nous nous bornerons à invoquer le proverbe italien : *Meglio tardi che mai.* Il n'est, d'ailleurs, jamais trop tard pour parler des livres utiles.

Le traité de M. Cappelletti n'aura rien à craindre de ce retard; il n'appartient pas à cette catégorie de livres dont l'intérêt tient au moment qui les a vus naître : c'est un ouvrage de longue haleine, qui comprend quatre volumes in-8°, dont la publication successive n'a pas duré moins de cinq années. M. Cappelletti avait une tâche difficile à remplir; par sa langue, il s'adresse surtout au public médical de la péninsule, que les publications contemporaines ont dû rendre difficiles, et il a eu pour rivaux nombre d'hommes éminents qui l'ont devancé dans la carrière.

Les progrès de l'oculistique en Italie ont été préparés dès le dix-huitième siècle par les travaux de Bertrandi, Flajani, Troja, Assalini, Nannoni et enfin Morgagni, qui a su imprimer une profonde impulsion à toutes les branches de l'anatomie pathologique. Le dix-neuvième siècle a été plus fécond encore : le célèbre Scarpa a ouvert une ère nouvelle. Monteggia a consacré à l'oculistique une large place dans ses Institutions chirurgicales. Volpi s'est signalé par des annotations à la chirurgie de Richter, chirurgie dont Ranieri Cartoni a donné à Pise une deuxième édition, qu'il a enrichie lui-même de nouvelles notes pleines d'intérêt. Parmi les principaux représentants de l'ophthalmologie en Italie, nous avons pu mettre à l'œuvre et apprécier par nous-même les professeurs Riberi et Sperino, à Turin; Panizza et Flarez, à Pavie; Baratta, à Milan; Torresini, à Padoue; Regnoli, à Pise; Pecchioli, à Sienne, etc. L'armée des travailleurs s'est distinguée par d'importantes acquisitions : on peut citer les travaux de Donegrana sur la pupille artificielle, de Pacini et de Molinari sur la kératonyxis, de Placide Portal sur l'encanthis, de Giorgi sur la cataracte, de Fario sur l'iris et sur l'ophthalmie, de Marchetti sur l'ophthalmoscopie, de delle Chiaje sur l'anatomie de l'œil, etc. Des noms nouveaux surgissent chaque année, parmi lesquels se distinguent ceux de Grimelli, de Trinchinetti, de Landi, de Rima, d'Asson, etc. Enfin, et par-dessus tout, l'Italie possède, outre l'ouvrage de l'immortel Scarpa, des traités didactiques estimés dus à la plume de Quadri, de Baratta, de Ricci, de Riberi, etc.

M. Cappelletti arrive à son tour pour conquérir une place parmi les auteurs dogmatiques. Quelle que soit la littérature d'une nation, le mouvement annuel de la presse médicale y creuse pour ainsi dire des vides incessants. Depuis vingt à trente ans, il s'est fait en oculistique un si grand nombre de travaux et de découvertes, il s'est publié un si grand nombre de mémoires épars dans les divers journaux de médecine et de monographies écrites dans toutes les langues de l'Europe, qu'il est à peu près impossible à la masse des médecins de les réunir et de les connaître. Aussi devient-il utile, dans chaque pays, que des auteurs laborieux entreprennent à certaines époques de dresser pour leurs compatriotes un inventaire général de l'état de la science. C'est ce besoin qui fera toujours la fortune des traités didactiques élaborés dans de bonnes conditions. M. Cappelletti s'est inspiré du désir de faciliter, tant aux praticiens d'Italie qu'aux élèves des Universités, l'étude de l'ensemble de l'ophthalmologie contemporaine. Il a voulu combler les lacunes que le temps a faites dans les livres de ses prédécesseurs. Il s'est efforcé d'exposer les résultats de la pratique des plus grands ophthalmologues du siècle, tout en y joignant les fruits de sa propre expérience. Il a fréquenté les principales cliniques de l'Europe; en 1845, il assistait aux cours de Rosas et de Jæger. Il relaté aussi des faits qu'il a recueillis dans les hôpitaux de Paris, dans le service de feu Sanson. Depuis lors il a mis à profit sa position de chirurgien en chef de l'hôpital civil de Trieste et de médecin de district dans l'Istrie.

Le premier volume de l'ouvrage a paru en 1845; il est dédié à M. de Raimann, président de la Faculté de médecine de Vienne. L'auteur traite des maladies : 1° du sourcil; 2° des paupières; 3° de l'appareil lacrymal; et 4° de l'orbite. — On voit qu'il a pris l'anatomie pour base de sa classification; il a suivi en cela l'exemple d'Himly et de Catron du Villards. Il prend successivement les diverses parties de l'appareil oculaire pour en étudier les différentes maladies. Il regarde la division anatomique comme plus commode et sujetté à moins d'inconvénients que les autres.

M. Cappelletti commence par un aperçu général sur l'histoire de l'ophthalmologie; dans son introduction, il peint à grands traits les phases de cette science dans l'antiquité, et arrivé à son étude dans les dix-huitième et dix-neuvième siècles, il esquisse le rôle de chaque contrée de l'Europe avec des développements pleins d'intérêt; les travaux français y sont judicieusement appréciés.

Chaque chapitre de pathologie est précédé d'une introduction anatomique; l'auteur, dans un précis sommaire, décrit ce qu'il importe au praticien de connaître sur la structure et la disposition de l'organe dont on va étudier les maladies. Il nous semble que cette méthode est préférable à l'usage qui a communément prévalu d'accoler tant bien que mal à un traité d'oculistique un autre traité d'anatomie, dont les développements, que le lecteur ne remonte guère interroger, ne servent souvent qu'à grossir l'ouvrage, éloignés qu'ils se trouvent de la véritable place où ils pourraient être d'une application immédiate. M. Cappelletti a adopté une manière de faire plus profitable : avant de décrire les maladies d'une portion de l'appareil oculaire, il en expose sommairement l'anatomie. Ces prolégomènes anatomiques sont ensuite complétés par un aperçu sur les anomalies et maladies congéniales de l'organe dont il s'agit.

Le deuxième volume a été publié en 1846; il est dédié aux professeurs Jæger et Rosas, dont l'auteur a fréquenté les cliniques. Ce volume est consacré aux maladies de la conjonctive et de la cornée. Il est à remarquer que cette section, qui embrasse particulièrement l'histoire des différentes espèces d'ophthalmies, a été traitée avec des développements considérables. Toutefois, c'est le siège anatomique de l'inflammation qui sert exclusivement de base à l'auteur pour sa classification, qu'il réduit à des formes simples. « Malgré toute l'estime que je professe, dit-il, pour les écrivains allemands, je ne peux m'empêcher d'observer que leurs divisions et subdivisions sont tellement

minutieuses et scolastiques qu'elles embarrassent l'esprit le plus philosophique et qu'elles en rendent l'étude des plus difficiles; on peut dire qu'avec ce système, autant il y a de causes morbides, autant il y a de maladies. » Il va jusqu'à proscrire le mot *ophthalmie*, dont on a fait selon lui un abus impardonnable; toutefois il ne néglige point la question des ophthalmies *spécifiques*; il admet à leur égard la doctrine de M. Fario; il tient grand compte de la spécificité, sous le rapport causal beaucoup moins que sous le rapport des formes, et professe qu'elle sert à faire choix de la méthode générale de traitement beaucoup plus qu'elle n'influe sur la cure locale. On doit avouer cependant que la nomenclature exclusivement anatomique est quelque peu inexacte et infidèle, soit pour l'ophthalmie scrofuleuse, qui n'est réellement ni une conjonctivite ni une kératite seulement, soit pour l'ophthalmie rhumatique qui n'est pas bornée à la sclérotique, soit enfin pour les autres ophthalmies vraiment spécifiques, qui n'ont pas un siége aussi limité que le prétendent les anatomistes purs. Mais, en définitive, c'est là un défaut secondaire, et chaque méthode a les siens.

Le troisième volume a vu le jour en 1847; il a, comme les précédents, une dédicace; elle porte les noms de MM. de Vest et Lorenzutti. L'auteur traite des maladies: 1° de la sclérotique; 2° de la membrane de l'humeur aqueuse; 3° de l'iris, et 4° du cristallin et de sa capsule. Ce volume a trait entre autres à deux questions importantes qui ont toujours préoccupé les chirurgiens et les oculistes: nous voulons parler de la pupille artificielle et de la cataracte. On lira avec intérêt les chapitres sur la cataracte noire, sur la guérison spontanée de la cataracte, sur sa cure sans opération ou par l'acupuncture, etc.; M. Cappelletti s'est surtout attaché à décrire avec beaucoup de détails ce qui concerne l'opération et les accidents qui peuvent la compliquer. Ce volume sera consulté avec fruit par tous les chirurgiens. Toutes les fois qu'il s'agit d'opération, l'auteur a eu soin d'en répéter les procédés sur le cadavre et sur le vivant; et dans le choix d'une méthode, il a consulté l'opinion des juges les plus compétents, en s'éclairant toujours des enseignements de sa propre expérience.

Ce volume devait être le dernier; on avait annoncé dès l'abord que l'ouvrage se composerait de trois tomes seulement, qui devaient tous être publiés avant la fin de 1846; mais les circonstances en ont décidé autrement: l'étendue des matières, sous la plume de l'auteur, a donné naissance à un quatrième volume, qui toutefois n'a paru qu'après un intervalle de plusieurs années. Ce retard doit sans doute être attribué aux secousses politiques qui, à cette époque, ont si profondément bouleversé l'Italie. Durant cet intervalle, quelques progrès se sont accomplis: il a été publié un certain nombre de travaux, de mémoires et de découvertes; M. Cappelletti, pour leur donner une place convenable, a cru devoir étendre son ouvrage au delà des limites qu'il s'était d'abord imposées; il a voulu ainsi le rendre plus complet et représenter d'une manière plus large les acquisitions nouvelles de la science.

Le quatrième volume a paru en 1850; il est dédié à la mémoire de Scarpa. L'auteur y traite des maladies: 1° de la choroïde; 2° du ligament ciliaire; 3° du corps vitré; 4° de la rétine; 5° fonctionnelles du bulbe; 6° du système musculaire; 7° de la totalité du bulbe. On y trouvera en résumé tout ce qu'ont offert de saillant les publications récentes sur le glaucôme, sur le synchisis étincelant, sur la myotomie oculaire, sur le traitement chirurgical du strabisme, etc. Le livre se termine par des considérations particulières sur la prothèse oculaire et tout ce qui regarde l'œil artificiel, etc.

L'auteur, placé géographiquement entre l'Allemagne et l'Italie, représente surtout les universités allemandes et italiennes; mais il est loin, comme nous l'avons fait voir, de négliger les écoles étrangères. Au reste, malgré les développements étendus dans lesquels il est entré partout, il a eu soin, pour permettre au lecteur de recourir aux sources originales, de compléter ses principaux chapitres par un index bibliographique où l'on rencontre l'ensemble des ouvrages qui concernent la maladie dont il s'agit; on est mis à même de choisir celui où l'on peut faire des recherches. Cette méthode expose sans doute à beaucoup de répétitions; mais elle est sans contredit plus commode et plus pratique; on a ainsi sous les yeux la nomenclature des livres qu'on peut avoir à consulter pour un cas spécial; et, sous ce rapport, cette manière de procéder nous semble avoir des avantages qui l'emportent de beaucoup sur les inconvénients qu'on pourrait lui reprocher. Nous avons remarqué une marche analogue dans le TRAITÉ D'OPHTHALMOLOGIE de Chélius, bon juge en cette matière. Au surplus, M. Cappelletti termine en outre son quatrième volume par une bibliographie générale qui embrasse toutes les matières de l'ouvrage.

Tel est le livre de M. Cappelletti, telle est la méthode qui y préside, tel est l'esprit dans lequel il a été rédigé. Il nous semble qu'avec toutes ces qualités l'auteur eût été appelé à un plus grand succès s'il avait renfermé son cadre en deux volumes. Il est des usages contre lesquels il est dangereux de se heurter; le public a l'habitude de voir et d'acheter un seul volume ou deux au plus pour un traité d'ophthalmologie; nous en connaissons qui sont assez complets sous une forme assez restreinte, et l'on est obligé de convenir que quatre volumes, c'est peut être un peu trop pour un *traité des maladies des yeux*.

Nous ajouterons qu'une classification trop exclusivement anatomique a quelques inconvénients. Elle prive d'une étude générale sur les espèces morbides communes, comme, par exemple, les ophthalmies; les lésions nerveuses sont elles-mêmes scindées. Ainsi l'auteur place les amauroses parmi les maladies de la rétine: c'est fort bien; mais on s'attend vainement à voir dans la même classe soit l'amblyopie et la myodipsie qui n'en sont que des degrés, soit la diplopie et l'oxyopie qui n'en sont souvent que des formes, soit enfin l'héméralopie et la nyctalopie qui sont évidemment de la même famille. Il n'en est rien; l'auteur admet, comme nous, que l'amaurose est une affection de la rétine; mais toutes les autres lésions que nous venons d nommer sont pour lui des *maladies fonctionnelles du bulbe*, dont il compose une section à part. Nous croyons qu'il lui sera difficile d'établir qu'elles en diffèrent beaucoup pour le siége et qu'elles sont dissemblables pour la nature. Nous ajouterons que l'histoire de la kopiopie a été oubliée; on aurait pu aussi désirer un chapitre spécial sur les lunettes, etc. Mais ce sont là des critiques de détail, qui n'ôtent rien à la valeur de l'ensemble; et d'ailleurs le soin que nous avons apporté à l'analyse de ce livre témoigne assez de l'estime que nous en faisons, et nous pensons avoir suffisamment mis le lecteur à même d'en apprécier lui-même le mérite.

J. E. PÉTREQUIN.

VARIÉTÉS.

— Le corps médical de Paris vient de perdre un de ses jeunes et de ses plus honorables membres, M. le docteur Cherest, qui a succombé mercredi dernier à une fièvre typhoïde.

— M. le docteur Baroni (de Bologne) vient de mourir à Rome d'une phthisie pulmonaire.

— M. le docteur C. Shattuck (de Boston) vient de faire un don de 14,000 dollars (70,000 fr.) pour fonder une chaire d'anatomie pathologique au collége médical de cette ville.

— Une épidémie de variole exerce en ce moment de tels ravages dans la ville d'Arles, que les écoles chrétiennes ont été fermées par ordre de l'autorité municipale. Peu de jours après cette clôture, la mort est venue enlever successivement les frères qui les dirigeaient; ils avaient tous été atteints de l'épidémie.

— La cour de cassation vient de rendre l'arrêt suivant :

« Le médecin qui, à l'aide de faux certificats, d'annonces mensongères et autres moyens de même nature, tendant à faire croire à des guérisons qu'il sait n'avoir pas opérées et ne pouvoir opérer, se rend coupable de manœuvres frauduleuses de nature à persuader l'existence d'un crédit imaginaire ou d'un pouvoir chimérique, qui constitue le délit d'escroquerie prévu par l'art. 401 du code pénal. se rend passible des peines édictées par cet article. »

— MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. *Histoire naturelle des reptiles.* Cours de M. le professeur C. DUMÉRIL, membre de l'Académie des sciences, suppléé, en cas d'absence, par M. le docteur AUG. DUMÉRIL, aide-naturaliste, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Ce cours commencera le lundi 24 avril 1854, à onze heures et demie très-précises dans les galeries du muséum et sera continué à la même heure les lundis, mercredis et vendredis suivants.

— M. Becquerel, professeur agrégé à la Faculté de médecine, commencera son cours à l'hôpital Lariboisière le lundi 24 avril à neuf heures du matin, et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure.

Ce cours sera spécialement consacré aux applications de la chimie à la clinique médicale, et les expériences seront faites devant MM. les auditeurs.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE SANITAIRE.

PROGRÈS DE L'ÉPIDÉMIE. — DIARRHÉES PRODROMIQUES — CAUSES DE DÉVELOPPEMENT DU CHOLÉRA.

L'épidémie dont nous constations les progrès dans le dernier numéro de la GAZETTE MÉDICALE a suivi depuis huit jours une marche rapidement ascensionnelle, qui a considérablement augmenté le chiffre des entrées aux hôpitaux et celui des décès. Le choléra qui, jusque-là, était resté confiné à quelques établissements et à certains quartiers, a pris tout à coup, comme nous le prévoyions, de l'extension et une intensité plus grande. Il s'est fait sentir dans un rayon considérable de la capitale, et, comme il arrive presque toujours dans ces circonstances, tout en étendant sa sphère d'action, il a sévi avec plus de force dans les cas individuels.

On peut reconnaître, en effet, des différences assez notables entre le choléra que l'on observe actuellement et celui qui s'est montré à la fin de 1853. Ces différences portent principalement sur la durée et la persistance de l'algidité, sur l'intensité de la cyanose, et sur la généralisation des crampes. Nous avons pu voir, d'après les cas qui se sont passés sous nos yeux, que beaucoup de choléras légers entraient en convalescence sans offrir de période réactionnelle, et que, dans la plupart des cas graves, 7 sur 8, la réaction ne s'établissait point alors même que la maladie durait deux et trois jours. La persistance plus grande des phénomènes de la période algide correspond à un degré plus caractérisé de la maladie. L'intensité de ces phénomènes, leur durée est en rapport avec le développement épidémique le plus marqué. C'est cette période qui a été décrite par la plupart des médecins qui ont observé le choléra indien de 1817 à 1828. C'est sur elle que l'attention s'est portée principalement en 1832. La facilité avec laquelle se déclare la réaction dans les cas légers et dans les cas graves, correspond au contraire à des degrés moins caractérisés de l'affection épidémique. On a observé ces phénomènes surtout au début ou à la fin des épidémies, et c'est alors que certains observateurs ont pu être trompés par l'aspect des malades au point de croire qu'ils avaient affaire à des fièvres typhoïdes. Hâtons-nous du reste d'ajouter que le danger de ces réactions si faciles n'est pas moins grand quelquefois que celui des réactions précédées d'algidité et de cyanose prononcées.

A ces premières remarques sur l'épidémie actuelle, nous ajouterons, bien que personne ne doute plus de la réalité du fait, que ces diarrhées, qui toujours précèdent, accompagnent et suivent les épidémies cholériques, se montrent en ce moment en nombre tellement prononcé, qu'il est impossible d'en méconnaître l'importance. On les voit éclater dans des habitations où le choléra ne s'est pas encore montré et où souvent il ne tardera pas à se développer. On les voit régner simultanément ou consécutivement dans des lieux où se sont montrés des cas de choléra. Cette localisation intestinale, cette diarrhée prodromique, revêt des caractères différents, suivant les individus et l'intensité de la maladie. Il est des cas dans lesquels elle ne se révèle que par quelques selles demi-liquides, sans coliques, sans borborygmes, sans gargouillement ni crépitation intestinale. Il en est d'autres dans lesquels tous ces phénomènes existent, et où il y a, en sus des selles liquides plus ou moins abondantes, plus ou moins caractéristiques, des douleurs intestinales variables. Dans ces cas, la percussion de l'abdomen donne, à peu de chose près, la résonnance normale. Dans un troisième degré, la palpation et la percussion de l'abdomen donnent des résultats spéciaux qui rapprochent ces cas du choléra confirmé. C'est, d'une part, la rétraction légère du ventre, avec état pâteux ; d'autre part, une diminution notable de la résonnance.

Ces signes constituent une indication importante pour le pronostic, et permettent bien de saisir les rapports qui unissent ces diarrhées aux choléras confirmés. On voit ainsi les affinités devenir de plus en plus marquées, à mesure que l'on s'élève des ces légers aux cas intenses, de telle sorte qu'entre le dernier degré de ces diarrhées épidémiques dont nous parlons et les choléras légers, il est impossible d'établir une distinction nosologique bien fondée.

Quant au mode de développement de la maladie épidémique, faisant abstraction de toute idée préconçue, il nous a été impossible, en présence des faits dont nous avons été témoin ces jours derniers dans un grand hôpital de ne pas voir l'influence de la contagion sur le développement de la maladie. Nous entendons la contagion dans son sens le plus large et nous ne pensons pas qu'il soit possible de trouver une différence sensible entre le développement du choléra actuel et celui des affections réputées les plus contagieuses, la variole, la rougeole, la scarlatine. Les malades des hôpitaux où l'on reçoit les cholériques, les personnes qui habitent les locaux dans lesquels le choléra s'est développé se trouvent dans des conditions analogues à celles des individus malades ou sains qui sont en contact avec des varioleux, des rubéolés, des scarlatineux. Les conséquences sont les mêmes dans ces différents cas. Si les germes que l'on sème et qu'on laisse se multiplier ne se développent pas, cela tient à des conditions qui nous sont inconnues ; s'ils se développent, le plus souvent c'est par la contagion ou par l'infection, comme on voudra l'appeler. Dans des circonstances si graves, en face d'une donnée qui a aujourd'hui force de loi dans la science, prendre pour guide des mesures administratives ou pour principe scientifique, les inconnues que l'étude des épidémies laisse encore indéterminées, c'est abandonner au hasard ou à la fatalité les intérêts des populations et renoncer volontairement à l'application des vérités démontrées, parce que toute la vérité n'est pas dévoilée.

BULLETIN DU CHOLÉRA.

Avril, les	20	21	22	23	24	25	26	27
Nombre des décès cholériques aux hôpitaux.	8	17	12	12	18	26	28	35
Nombre des décès cholériques à domicile.	0	18	15	15	11	15	27	21
Nombre des entrées cholériques aux hôpit.	18	16	19	27	58	45	28	29
Nombre des cas déclarés à l'intérieur des hôp.	3	4	5	14	18	19	17	19

Les chiffres qui précèdent dénotent une diminution notable dans l'influence épidémique, à en juger du moins par le nombre des entrées aux hôpitaux, qui, de *cinquante-huit* le 24, est tombé à *vingt-neuf* le 27 de ce mois, et par le nombre des décès à domicile, qui, au lieu d'aller croissant en raison des cas antérieurs et du développement des cas nouveaux, a baissé de 27 à 21 dans la journée du 27. L'aug-

FEUILLETON.

L'ACADÉMIE IMPÉRIALE LEOPOLDINO-CAROLINA DES NATURALISTES (1).

Nunquam otiosus.

I. — FAITS HISTORIQUES.

(Dix-septième et dix-huitième siècles.)

Le 1er janvier 1652, fut fondée à Schweinfurt, alors ville libre de l'empire allemand, une Académie des sciences naturelles, la première en Europe en deçà des Alpes.

Avant cette époque, Florence, Gênes, Venise, Pise, Amalfi, possédaient déjà leurs Académies, et un Allemand nommé Haak avait, en 1645, jeté les bases d'une pareille institution en Angleterre, la « *Philosophical Society* » à Londres et Oxford, qui cependant, sous Cromwell, ne vécut que clandestinement, surnommée « *Occulta* » ou « *Invisibilis*. »

En 1662, cette institution reçut sa sanction publique du roi Charles II, et fut appelée Académie britannique des sciences.

L'Académie des sciences, à Paris, fut fondée en 1666 par les soins de Colbert; elle tenait alors ses séances dans la bibliothèque du roi. Ses lettres patentes furent délivrées en février 1713.

Quatre médecins célèbres du dix-septième siècle et résidant à Schweinfurt, les docteurs BAUSCH, FEHR, METZGER et WOHLFAHRT, furent les fondateurs de l'Académie qu'ils appelèrent *Academia naturæ curiosorum*, et dont le but était le progrès de l'art de guérir, surtout de la pharmacognosie, par des observations particulières et des travaux monographiques. On s'engageait non-seulement à communiquer les observations, mais aussi à les amender et rectifier de façon que chaque travail sorti de l'Académie fût pour ainsi dire son bien commun, enrichi de l'expérience de tous ses membres.

Un président et deux adjoints dirigeaient cette institution, qui ne tarda pas à jouir d'un accroissement considérable, et qui dut bientôt la protection active des empereurs à Sachs de Lewenhaimb, physicien à Breslau et très-estimé à la cour de Vienne. Son AMPELOGRAPHIA précéda l'édition régulière des ÉPHÉMÉRIDES DE L'ACADÉMIE.

Le 3 août 1677, l'Académie reçut ses lettres patentes de l'empereur Léopold Ier et le nom de *Sacri romani imperii Academia naturæ curiosorum*. L'exercice de ses priviléges s'étendit de l'empire sur les États héréditaires de l'empereur, qui, dix ans après, le 7 août, constitua l'Académie de la façon la plus

(1) D'après les documents officiels et selon les renseignements de M. NEES DE ESENBECK, *président de l'Académie*, et de M. le chev. NEIGEBAUR, cogn. *Marco Polo*. Publié pour le dixième anniversaire de la fondation (11 mai 1844) de la Société médicale allemande à Paris.

mentation progressive du chiffre des décès dans les hôpitaux, à partir du 20 avril, résulte évidemment de l'accumulation des cas déclarés et admis du 20 au 24.

Le nombre des décès cholériques à domicile se répartit dans les douze arrondissements. Les mairies qui n'avaient point enregistré de choléra depuis le début de la recrudescence, en comptent un certain nombre depuis la dernière semaine. Les 1er, 2e, 3e, 5e, 6e, 7e, 8e, 9e, 10e et 11e arrondissements ont compté plus de cas que le 4e et le 12e. Nous ne tirerons de ce fait aucune induction sur le mode de répartition de l'épidémie, parce que des individus atteints dans les arrondissements, et notamment dans le 12e, vont mourir dans les hôpitaux.

Les nouvelles de l'état sanitaire en Angleterre sont aussi importantes à noter. Il y a eu à Londres, dans la troisième semaine d'avril, 1,193 décès, 100 décès de plus que dans les dix semaines correspondantes de 1844 à 1853. Cet accroissement porte principalement sur les maladies suivantes : rougeole, 51 décès, au lieu de 31, chiffre précédent; coqueluche, 83 décès, au lieu de 53; diarrhée, 26, au lieu de 18. Le 13 avril, il y a eu 2 décès cholériques. La variole a causé 9 morts sur des enfants.

Le choléra continue à sévir dans le nord de l'Angleterre et en Écosse.

THOLOZAN.

SYMPTOMATOLOGIE.

QUEL RAPPORT EXISTE-T-IL ENTRE LES DIVERSES LÉSIONS QUE PRÉSENTE L'UTÉRUS, ET LES SYMPTÔMES VARIÉS QUE L'ON OBSERVE CHEZ LES MALADES? par F. L. GAILLARD, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Poitiers.

La discussion qui s'ouvre devant l'Académie, à l'occasion du mémoire de M. Broca, prouve que l'histoire des maladies utérines est encore fort incomplète. En effet, la question principale du litige est controversée, et l'on ne sait pas d'une manière certaine quelles souffrances sont occasionnées par ces déviations, auxquelles on oppose des médications si basardeuses.

D'un point de vue plus général : *Quel rapport existe-t-il entre les diverses lésions que présente l'utérus, et les symptômes variés que l'on observe chez les malades?*

Nous allons essayer de répondre, sans nous flatter d'y avoir réussi, tant la chose offre de difficultés.

Pour designer certaines souffrances de l'appareil utérin, la plupart des auteurs, dans ces derniers temps, avaient adopté le nom d'affections chroniques de l'utérus, expression si générale qu'elle s'applique aux polypes, aux cancers, aux kystes, aussi bien qu'aux simples congestions. Au lieu de cette dénomination trop compréhensive, d'autres ont employé les termes de catarrhe du col, granulations, hypertrophie, engorgement chronique. En ce moment, il n'est plus question que de déplacements et déformations, et, chose remarquable, tous ces termes ont été regardés comme convenant également à l'objet en discussion.

M. Cruveilhier formule ainsi son opinion : « Ces phénomènes me » paraissent dépendre d'une fluxion chronique de l'utérus. »

Cette proposition est conforme à la vérité; car, en examinant avec attention les personnes malades, on trouve, dans divers points de l'appareil génital, des congestions vasculaires, colorations rouges et violacées, tension des parties, sécrétion abondante de mucus et de mucopus, granulations, ulcères, douleur à la pression, etc., toutes lésions qui caractérisent les phlegmasies.

Une fluxion pathologique est l'origine commune de ces altérations anatomiques qui s'engendrent les unes les autres. Au catarrhe succède la granulation; à la granulation l'ulcère, etc.; enfin l'inflammation, bornée d'abord au col de l'utérus, s'étend à sa cavité, à son tissu, à ses vaisseaux.

Les souffrances utérines sont donc, en général, occasionnées par des phlegmasies; les exceptions à cette règle sont plus rares qu'on ne le pense.

Pénétrons maintenant dans la question.

Si un médecin écrivait aujourd'hui : Les phlegmasies chroniques des poumons ont pour symptômes la toux, l'expectoration, la dyspnée, les râles, etc., on ne manquerait pas de lui dire : Vous êtes en arrière d'un demi-siècle; allez étudier Corvisart et Laennec, et dites quels symptômes appartiennent à la bronchite, quels à la pleurésie, quels à la pneumonie tuberculeuse, etc.

Au lieu de donner pour caractères communs de la phlegmasie chronique de l'utérus, la leucorrhée, la douleur de reins, la pesanteur, etc., il faut donc étudier quels sont les phénomènes propres aux diverses parties qui composent l'appareil génital de la femme. Ce diagnostic devient difficile par plusieurs causes : les examens ne sauraient être ni aussi prolongés ni aussi renouvelés qu'on le désire; la lésion anatomique peut paraître douteuse en raison de la profondeur des parties; les caractères différentiels de chaque phlegmasie locale ne sont pas toujours tranchés; la phlegmasie peut s'étendre au delà de son siége primitif, pour de nouveau se renfermer dans ses limites; elle peut se calmer, disparaître, occuper successivement diverses régions, à la manière des éruptions; elle peut se reproduire par crises aiguës, par périodes, comme les hémorrhoïdes, autant de causes de trouble et d'incertitudes. Cependant la confusion qui règne à ce sujet étant une lacune dans la science moderne, nous avons cru devoir nous appliquer à la solution de cette question épineuse, et nous l'avons cherchée par les moyens suivants :

A priori, chaque portion importante de l'appareil utérin a sa physiologie spéciale : lorsque la phlegmasie sera bien évidente, bien limitée et permanente, les symptômes qu'elle produira devront avoir une forme fixe et caractéristique, de telle sorte que, dans d'autres circonstances, on puisse conclure de l'existence de ces phénomènes spéciaux à l'existence de la lésion locale. C'est donc par l'examen et la comparaison des cas particuliers les mieux dessinés, des individualités les plus tranchées que nous tâcherons d'établir quelques règles générales. Nous aurons à déterminer les lésions anatomiques et les phénomènes qui leur correspondent.

La phlegmasie n'est jamais étendue à tout l'appareil génital. Le plus souvent elle occupe des régions limitées de ce crypte; suivons-la à mesure qu'elle occupe des parties plus profondément placées.

---

sérieuse et la plus remarquable. Elle eut des armes (armoiries) et le nom suivant : *S. R. I. Academia Cæsarea Leopoldina nat cur.* Son président et le directeur des « ÉPHEMERIDES, » anoblis du titre d'archiatres de l'empereur pour l'empire et les États héréditaires, reçurent la dignité de comtes du palais, tant du Lateran que de la cour impériale.

Ils pouvaient conférer des armes, consacrer des adoptions, créer des licenciés et docteurs en philosophie, en droit et en médecine, des bacheliers et maîtres des mêmes facultés et des poëtes lauréats. Les écrits de l'Académie jouissaient de la liberté de presse et étaient protégés contre la contrefaçon par une loi spéciale.

Le 12 juin 1742, tous ces privilèges, dont elle avait fait un usage très-modéré, furent de nouveau confirmés par l'empereur Charles VII, qui lui donnait encore son nom : *Leopoldino-Carolina.*

Les membres portaient autrefois une bague dont le chaton était formé par un livre ouvert, en or. L'une des pages portait le *lemma academicum* : NUNQUAM OTIOSUS, et l'autre un œil ouvert, éclairé par des rayons partant d'un soleil dans des nuages. Ce livre était tenu par deux serpents entrelacés au-dessous. Les armes, en tête des publications et de la correspondance officielles, portent encore le même symbole dans un blason entouré de deux branches de laurier, surmonté de la couronne comtale et d'un aigle couronné. Chaque membre avait et a encore un nom académique emprunté à un illustre défunt de la même spécialité. Les premiers membres se comparaient aux Argonautes et leur président à Jason.

Les changements survenus dans les temps ne consistèrent qu'en une augmentation du nombre des adjoints, jusqu'à douze et seize, dans la nomination du président à vie par les adjoints, sous la direction du directeur des ÉPHÉMÉRIDES, et dans l'administration de la propriété, par le président exclusivement.

La propriété de l'Académie, en outre d'une grande bibliothèque très-choisie et de quelques collections, était très-modeste, de 18 à 20,000 fr. environ, provenant de quelques legs du physicien docteur Genssel, à Oedenburg, et du docteur Cothenius, médecin du roi, et augmentés, dans le commencement seulement, par des cotisations libres et par les quelques pièces d'or que les nouveaux membres avaient l'habitude d'offrir en recevant leurs diplômes

L'Académie a publié, depuis sa fondation jusqu'en 1670, un grand nombre d'écrits non réunis en séries. De 1670 à 1791, elle a publié quarante-sept volumes grand in-4°, avec beaucoup de planches. Trois volumes, *Indices* ou tables de matières, le premier par Wurfbain, en 1695, le second par Michaëlis, en 1713, et le troisième par Kellner, en 1733, complètent, avec trois volumes historiques, datés de 1683, 1755 et de 1788 (A. E. Büchner et H. F. Delius), les publications de cette période, qui finit avec la destruction de l'ancien empire allemand. Nous aurons à revenir plus tard sur sa réintégration politique comme Académie allemande.

(Dix-neuvième siècle et état actuel.)

Le professeur Wendt, a Erlangen, président de l'Académie Leopoldino-Carolina en 1817, prit, avec le professeur Goldfuss, directeur des ÉPHÉMÉRIDES,

1° Les *phlegmasies de la vulve*, que nous mentionnons pour mémoire, sont faciles à reconnaître : elles déterminent des irritations et sécrétions variées ; elles peuvent provoquer des spasmes et devenir une cause d'érotisme, mais elles ne présentent d'ailleurs aucun des phénomènes propres aux phlegmasies utérines.

Remarquons que les phlegmasies du vestibule précèdent, suivent et accompagnent souvent les phlegmasies profondes, qu'elles sont une dépendance de ces phlegmasies, qu'elles les remplacent et alternent avec elles ; elles peuvent donc servir de moyen de diagnostic, à cause de ces relations intimes.

2° Les *phlegmasies du vagin* produisent des leucorrhées abondantes, chaleur locale, cuisson vive, irritation simultanée au col de la vessie, érotisme, quelques spasmes, quand l'excitation est très-vive.

3° La *phlegmasie superficielle du museau*, caractérisée par les rougeurs, les granulations, les érosions et les ulcères spongieux, semble avoir bien plus d'importance que les affections précédentes. Aux yeux de beaucoup de praticiens, l'ulcère du col peut être, et à lui seul, le point de départ de tous les phénomènes graves que l'on attribue en général aux affections chroniques de l'utérus. La moindre granulation suffit alors pour expliquer les souffrances de la malade. Nous ne pouvons admettre cette opinion. Nombre de fois nous avons constaté des ulcérations chez des femmes qui n'éprouvaient pour tout symptôme qu'une leucorrhée jaunâtre. Plusieurs de ces malades se sont refusées à toute espèce de traitement et n'ont pas moins continué à se bien porter. Plus souvent encore nous avons vu les souffrances des malades persister sans modification importante, bien que l'ulcère du museau fût tout à fait cicatrisé, bien que le museau lui-même fût rasé par les cautérisations.

A nos yeux l'ulcère n'a pas plus de gravité que l'inflammation de la muqueuse vaginale. L'importance qu'on a donnée à cette lésion anatomique dépend des circonstances suivantes : *A*. Elle est facile à constater, et généralement facile à traiter. *B*. L'existence de l'ulcère est manifeste pour tout le monde. *C*. Cet ulcère inquiète les malades qui rêvent cancer. On suit avec anxiété les progrès de sa cicatrisation ; c'est l'affaire principale ; il semble que tout lui soit subordonné. *D*. Quand il est guéri, tout le monde est soulagé d'un grand poids ; on le montre avec ostentation ; on a la certitude d'une guérison prochaine. *E*. L'ulcération est souvent le point de départ d'une autre phlegmasie ; alors, en la guérissant, on amende l'inflammation des parties profondes. *F*. La phlegmasie du museau est la cause fréquente de leucorrhées, phénomène saillant très-désagréable ; en guérissant cette lésion, on met fin à la leucorrhée, succès évident apprécié par la malade et le médecin.

Tout cela n'empêche pas que le plus souvent les souffrances de la malade ne survivent à la guérison de l'ulcère. A vrai dire ces souffrances nous ont paru peu en rapport avec l'étendue ou la profondeur des ulcérations. Chacun trouvera dans sa pratique des faits qui lui démontreront la vérité de cette proposition en apparence si hétérodoxe.

4° La *phlegmasie de la cavité du col* peut être assimilée à celle du museau ; mais il est rare que cette phlegmasie ne soit pas accompagnée d'une affection du tissu sous-jacent.

5° La *phlegmasie superficielle de la cavité de l'utérus* nous paraît être la cause des gastralgies, nausées, vomissements, qui succèdent si rapidement aux opérations que l'on pratique sur le col utérin ; cette même phlegmasie nous paraît encore occasionner des névralgies iléolombaires, thoraciques, etc., qui persécutent les malades. Les femmes pensent généralement que les pertes blanches engendrent des maux d'estomac. Nous ne croyons pas que le catarrhe du vagin puisse donner lieu à ces gastralgies, mais nous les rapportons au catarrhe de l'utérus qui est aussi une cause de leucorrhée. Chez les femmes enceintes, la surface intérieure de l'utérus est irritée par le produit de la conception ; il en résulte des gastralgies si communes en cette occurrence.

6° *Phlegmasies du parenchyme*. — L'importance de cette phlegmasie et les phénomènes nombreux auxquels elle donne lieu dépendent de la structure anatomique du parenchyme. Il est enveloppé par des tissus résistants, le col surtout est fixé tout autour par des lames fibreuses très-solides. Quoique le parenchyme soit vasculaire et susceptible d'accroissement de volume, comme le prouve l'épanouissement du museau dans le vagin, à la suite des phlegmasies, ce parenchyme se trouve tellement bridé dans presque toute son étendue qu'il ne peut se développer au dehors, et toutes ses inflammations sont dès lors compliquées d'étranglement des tissus.

On a longtemps désigné toutes les phlegmasies utérines par le mot *engorgement chronique*. L'anatomie ayant démontré plus tard que l'engorgement du corps était très-rare, on s'est rabattu sur l'engorgement du col utérin, qui est encore pour quelques-uns l'origine unique ou du moins principale des souffrances utérines. Un gonflement léger de la surface du museau n'a pas à nos yeux plus de gravité que l'affection catarrhale dont il est la conséquence. Quant à l'engorgement du parenchyme, soit au col, soit au corps, il constitue à nos yeux un des phénomènes de la phlegmasie. C'est un élément sérieux ; mais l'engorgement n'est point le fait primordial, il est simplement une conséquence de la fluxion phlegmasique. Il n'est pas la première ni la plus importante de ces conséquences ; c'est mal à propos que l'on voudrait désigner l'action vitale *fluxion* par le fait matériel *engorgement*.

Nous reconnaissons d'ailleurs l'importance que l'on doit attacher à la phlegmasie du parenchyme. Nous rapportons à cette phlegmasie les douleurs de reins et de ventre. Nous avons constaté que la pression exercée sur les points enflammés et douloureux de l'utérus réveillait à l'instant ces douleurs ; nous avons même vu que les douleurs de reins coïncidaient avec les phlegmasies de la moitié postérieure et les douleurs de ventre avec les phlegmasies de la moitié antérieure de l'utérus. Les douleurs que les malades éprouvent sur le fondement, nous ont paru coïncider avec la phlegmasie du museau ; elles s'aggravent quand cet organe est plus enflammé et cessent quand il est guéri. La phlegmasie du parenchyme peut d'ailleurs déterminer des névralgies et des névropathies variées, des douleurs dans les cuisses et dans les jambes, etc.

7° *Phlegmasies des ovaires*. — Les phénomènes et crises hystériques nous paraissent exclusivement sous l'influence de cette phlegmasie. Cette idée n'est pas nouvelle ; elle a été habilement défendue par plusieurs auteurs ; nous sommes arrivé à la même conclusion. Ainsi : *A*. Nous voyons les crises hystériques s'aggraver, alors que tous les autres phénomènes appartenant aux phlegmasies utérines s'amendent. *B*. Nous arrivons à découvrir une induration de l'ovaire, que nous

---

la résolution de faire éditer par le président actuel, le professeur M. Nees d'Esenbeck, alors adjoint de l'Académie, une nouvelle série des *Acta physico-medica Acad. L.-C. nat. cur.*, sous le titre de NOVA ACTA A. L.-C. NAT. CUR. Les professeurs MM. Kieser, Doellinger, Goldfuss, Martius, Gravenhorst, Nees d'Esenbeck et beaucoup d'autres prirent part à ces travaux.

L'année suivante, le premier volume de la nouvelle série parut. D'abord on ne devait éditer par an qu'un tome de 40 à 50 feuilles in-4°, avec 20 ou 30 planches, ce qui fait la moitié d'un volume ; mais bientôt l'Académie se vit forcée de publier un volume entier formé de deux tomes, puis d'ajouter un tome, même deux tomes supplémentaires par an. C'est ainsi que depuis 1818 ont paru quarante et un volumes grand in-4°, avec une énorme quantité de planches. Les tomes supplémentaires sont pour la plupart destinés à des monographies volumineuses, telles que les HEPATICÆ EUROPÆÆ de LINDENBERG, et le MÉMOIRE SUR LES MUSACÉES de RICHARD, etc., etc.

Maintenant il nous reste à envisager la position politique de l'Académie impériale Leopoldino-Carolina des naturalistes après la période des révolutions et des guerres. Pendant l'existence de l'ancien empire d'Allemagne, cette position était bien établie et bien précise : c'était l'Académie officielle faisant partie de l'empire comme État indépendant. Elle avait ses droits et priviléges comme les comtes du palais, les autres princes et les autres États. Après la destruction de l'empire, sa base légale, ce privilége d'appartenir à l'Allemagne tout entière sembla menacé, par le fait qu'elle devait avoir pour siége le domicile de son président, toujours nommé à vie. Cette position pouvait avoir pour elle des avantages ou des désavantages, suivant les intentions du prince dont elle habitait le pays ; l'Académie faisant de droit élection de domicile dans tout l'empire, suivant la volonté des électeurs du président, elle pouvait descendre à un rang plus humble et moins digne d'elle, et paraître forcée d'accepter l'hospitalité où on voudrait bien la lui donner.

Mais le sens élevé et le patriotisme des hommes d'État de ce temps là préserva aussitôt et continuellement des inconvénients attachés à cette position délicate, trop délicate même pour que la science n'en eût pas eu à craindre les effets.

Un des princes de l'empire fut constamment son protecteur, conformément à ses statuts. Le dernier avait été le prince de Montecucoli. En 1818, le prince de Hardenberg, chancelier de Prusse, écrivait, sous la date du 28 novembre, au président, que l'offre qu'on lui avait faite du protectorat de cette ancienne et célèbre institution impériale lui avait procuré la satisfaction de pouvoir soutenir et favoriser ses grands travaux pour la gloire scientifique et l'honneur de l'Allemagne, et qu'il avait la conviction que d'honorables souvenirs de ses relations antérieures avec cette docte compagnie subsistaient encore dans son sein. Il ajoutait qu'il voulait prendre toutes les mesures propres à assurer à toute l'Allemagne les fruits de sa noble activité, dans une position tout à fait exempte d'influences et d'intérêts locaux.

A la même époque, le président, professeur à l'Université d'Erlangen, avait accepté une chaire à l'Université de Bonn, et conformément aux anciens statuts et usages, le siége de l'Académie devait être transféré de Bavière en Prusse. Les formalités entre les deux royaumes s'accomplirent avec la plus grande bienveillance de l'une et de l'autre part, et le gouvernement prussien

avons devinée chez une malade atteinte de crises hystériques. *C.* Nous traitons avec succès les crises hystériques par des topiques appliqués sur les ovaires. *D.* Nous constatons, chez presque toutes les hystériques, des souffrances appartenant aux phlegmasies utérines, car l'affection des ovaires ne marche pas seule, elle s'accompagne de lésions résidant dans d'autres parties de l'appareil génital. *E.* Enfin, comme preuve de notre opinion, nous apportons le fait d'une malade qui a eu des crises hystériques, bien qu'elle n'eût point d'utérus. La phlegmasie des ovaires se produit parfois primitivement, souvent par association de fonctions et unité d'appareil, quand il existe une phlegmasie de l'utérus.

8° *Phlegmasies du péritoine qui entoure l'utérus.* — Les organes abdominaux sont placés en dehors du péritoine : c'est un fait anatomique. Ces organes vivent, meurent, se fluxionnent, s'atrophient sans qu'ils y prennent aucune part : c'est un fait pathologique. Sans doute que parfois l'hépatite peut s'étendre à la séreuse, l'entérite peut engendrer une péritonite; mais cela est rare, exceptionnel. Plus rarement encore, les maladies de la séreuse se transmettent aux organes sous-jacents; il semble que ce feuillet si mince soit, d'une part comme de l'autre, une barrière infranchissable. Il en est de même pour l'utérus. Nous n'avons point vu que les inflammations du péritoine s'étendissent à l'utérus. Il arrive plus souvent que la phlegmasie s'étende des veines utérines au péritoine, ou de la muqueuse intra-utérine au péritoine par les trompes de Fallope. Mais ceci a lieu pour les phlegmasies qui sont à l'état aigu, ou qui, surexcitées, passent momentanément à l'état aigu. D'ailleurs, dans ces circonstances, la phlegmasie séreuse a ses phénomènes spéciaux. C'est une *péritonite*, et rien ne rappelle plus la phlegmasie utérine, effacée et remplacée par une affection bien plus grave.

9° Les questions précédentes avaient été plus ou moins éclairées par nos devanciers; mais celle-ci est plus neuve : nous la présentons sous la forme suivante : *Quelle est la cause anatomique des sensations de pesanteur qui accompagnent les affections utérines?*

Ceci sera examiné à part.

PATHOLOGIE CUTANÉE.

MÉMOIRE SUR LE BOUTON D'ALEP; par le docteur A. WILLEMIN, ex-médecin sanitaire de France en Orient, inspecteur adjoint des eaux de Vichy, chevalier de la Légion d'honneur, etc.

(Suite et fin. — Voir les n°s 14 et 16.)

IX. — DURÉE DE LA MALADIE.

La durée du bouton d'Alep est généralement d'un an; il paraît qu'il en est de même à Antab, à Orpha, à Bagdad, etc.; de là son nom arabe de *habb et seneh* (bouton d'un an). Cependant les cas ne sont pas rares, où elle n'atteint pas ce terme, et où la guérison est complète en six ou huit mois; d'autres fois elle le dépasse. C'est ainsi qu'un M. Justini, habitant d'Alep, m'apprit que chez lui, la maladie avait duré quatre années, sans qu'elle présentât une grande extension. Chez un jeune homme qui eut, il est vrai, le visage presque tout entier envahi par l'exanthème, celui-ci *dura cinq ans.*

X. — DE SA RÉCIDIVE.

Il a été établi par tous ceux qui ont écrit sur cette maladie, qu'elle n'est pas sujette à récidive. Cependant Russel avait déjà dit (voy. *loc. cit*) « qu'elle se développait *rarement* plus d'une fois sur le même individu. »

Pour ma part, je connais trois faits qui démontrent, contrairement à ce qu'ont avancé les auteurs et en particulier M. Guilhou, que le bouton contracté à Orpha ou à Bagdad ne préserve pas de celui de Mossoul ou d'Alep, et réciproquement, bien que l'affection paraisse identique dans ces différentes localités.

Ainsi un domestique du général Stein, né à Killiz, a eu deux fois le bouton à trois ans de distance : le premier à Orpha, sur la joue gauche, le deuxième à Antab, sur la joue droite. Le colonel Massar-Bey (Hongrois) contracta le bouton à Diarbékir; de là il se rendit à Constantinople, où il guérit de son exanthème au bout d'une année. Trois ans après, il part pour la Syrie se croyant parfaitement à l'abri d'une nouvelle éruption; à peine arrivé à Alep, il est atteint de plusieurs boutons, pour la plupart assez bénins, et dont j'ai constaté les cicatrices. Enfin le fils d'un général turc, qui avait eu le bouton de Bagdad, reprit celui d'Alep.

Néanmoins on ne voit pas à Alep un individu prendre deux fois le bouton, ou du moins le *bouton tel que je l'ai décrit.* Mais il existe, dans cette même ville, une deuxième éruption, non pas aussi universellement répandue que la première, cependant très-commune. Se manifestant surtout chez les sujets faibles, lymphatiques, chez de jeunes filles impubères, chez les femmes sur le retour de l'âge, elle apparaît quelquefois chez les enfants, peu de temps ou du moins peu d'années après la guérison du bouton d'Alep. Elle peut se développer sur le siége même du premier exanthème, comme j'en ai vu deux exemples, sur un enfant de 9 ans et sur une jeune fille de 16 ans. La durée de ce second exanthème est aussi généralement d'une année; elle dépasse même ce terme plus souvent que ne le fait le premier bouton; ainsi précisément pour les deux sujets que je viens de citer, il a duré, chez l'un quatre, chez l'autre sept ans.

Or par quoi est constituée cette éruption qui a le même siége géographique que le bouton ordinaire d'Alep, le même siége anatomique que lui? Elle est formée par *un tubercule*, qui présente les mêmes caractères de dureté, d'indolence, qui se développe lentement pour se recouvrir quelquefois aussi d'une croûte plus sèche, plus adhérente que la première, se détachant aussi pour se reformer bientôt, et ainsi de suite.

En un mot, c'est là le bouton d'Alep en miniature, si je puis dire, n'aboutissant pas forcément, comme le bouton ordinaire, à la suppuration; du moins le phénomène est-il à la fois plus rare et moins prononcé, comme tous ceux qui appartiennent à ce second exanthème. Je pense donc qu'il doit être envisagé comme *une seconde et moins puissante manifestation de la maladie produite par un agent spécifique, laquelle a pour première, quelquefois pour unique expression,* ce que l'on appelle vulgairement *le bouton d'Alep.*

pourvut aux frais du transport des attributs de l'Académie à Bonn. Le ministre de Altenstein écrivit à cette époque au président, en date du 28 mai 1819, qu'il tâcherait de faire reconnaître l'Académie comme *libre institution allemande*, protégée et soutenue par l'État. Depuis ce temps elle a toujours reçu du gouvernement prussien les fonds nécessaires à son existence; d'autres gouvernements se sont également offerts pour la soutenir, si besoin était.

Il en résulte le fait que les États dans lesquels demeure le président payent ou ont payé les frais de l'institution. Le séjour de l'Académie en Prusse n'a donc jamais été jugé nécessaire à son existence, mais bien comme résultant du domicile élu de son président, ce que le gouvernement de cet État a bien voulu sanctionner en déclarant que l'Académie reçue sous la protection de la Prusse devait continuer d'exister d'après ses anciens statuts, s'administrer elle-même, et que, dans son activité, elle ne serait assujettie à aucune autre disposition qu'aux lois générales.

Le principal mode d'action de notre Académie est la rédaction par le président ou les adjoints, et la publication des *Nova Acta.* Les mémoires des membres sont reçus et publiés en langue allemande, française, latine, anglaise et italienne, tandis que les mémoires présentés en d'autres langues européennes ne le sont qu'en traduction.

Le siége de l'institution est actuellement à Breslau, en Silésie. La bibliothèque d'abord recueillie dans le château de Poppelsdorf, près Bonn, est maintenant placée sous la garde de M. Aimé Henry, conseiller municipal à Bonn, bibliothécaire de l'Académie. M. Édouard Weber, dans la même ville, est libraire de l'Académie, et c'est avec un désintéressement complet qu'il vaque à cet office. Les membres et abonnés des *Nova Acta* peuvent acquérir les quarante-deux volumes du siècle actuel au prix de 177 thalers, après avoir obtenu le consentement du président. Les volumes du siècle passé n'existent plus en librairie.

Les membres qui envoient des mémoires reçoivent pour honoraires le volume qui contient leur travail et vingt-cinq exemplaires du mémoire, tirés à part.

L'Académie échange ses écrits avec toutes les grandes corporations scientifiques. Voici les noms des quarante-sept Académies ou Sociétés savantes avec lesquelles elle entretient des relations scientifiques, répartis d'après les pays :

Allemagne : Académie impériale des sciences à Vienne.
Académie royale des sciences à Berlin.
Académie royale à Munich.
Société royale des sciences à Leipzig.
Société silésienne de culture de la patrie à Breslau.
Société impériale de géologie à Vienne.
Société royale de botanique à Regensburg
Association pharmaceutique générale d'Allemagne à Landau.
Société royale d'horticulture à Berlin.
Société des sciences naturelles à Marburg, Gorlitz, Gressen, etc.
France : Institut impérial de France.
Académie impériale de médecine à Paris.
Société géologique de France.

J'ai recueilli neuf observations de cet exanthème, très-variable lui-même, non pas tant dans sa forme que quant à l'extension qu'il peut prendre. En voici une qui offre le type du degré le plus simple.

SECONDE MANIFESTATION DE LA MALADIE D'ALEP.

OBS. XXI. — M. W..., consul d'A. à Alep, 65 ans, de tempérament sanguin, de constitution actuellement affaiblie, a fait un premier séjour de deux ans à Alep sans contracter le bouton. Deux années après, il y retourna, et au bout d'un an, il fut atteint de l'exanthème sur le dos de la main droite, où l'on voit une cicatrice de 0m,02 de diamètre, blanche, étoilée. Huit ans après, deux petites taches rouges se montrèrent simultanément à la même main, M. W... y ayant ressenti un prurit assez vif. Aux taches succédèrent deux tubercules qui se recouvrirent de petites croûtes; sur l'un la croûte primitive persiste (et l'éruption date de plus d'un an); sur l'autre elle est tombée pour se renouveler et se détacher encore. Les boutons n'ont ni grandi ni diminué. Deux autres plus petits ont apparu à la main gauche, mais ils sont restés à l'état de petites taches rouges, sans saillie appréciable.

Les premiers se présentent à moi sous la forme de boutons hémisphériques, de la grosseur de pois chiches recouverts d'une croûte sèche, jaunâtre, avec un point central plus foncé, très-adhérente et entourée d'une petite auréole rouge. Lorsqu'on touche celui des tubercules, dont la croûte ne s'est jamais détachée, ou y réveille une sensibilité assez vive. La santé générale, sauf des accès de goutte auxquels M. W... est sujet, est satisfaisante.

Chez une dame alépine que j'ai déjà citée, l'exanthème datait de trois semaines, quand j'eus l'occasion de la visiter. Je constatai, à la partie supérieure de l'avant-bras, « trois petits boutons, situés près » l'un de l'autre, du volume d'une lentille, couverts d'une croûte » sèche et adhérente, et entourés d'une petite bordure rouge.

Chez madame veuve S..., je vis, sur la face dorsale du premier métacarpien, un bouton de même date, absolument semblable.

DEUX NOUVELLES ÉRUPTIONS CONSÉCUTIVEMENT AU BOUTON PRIMITIF.

OBS. XXII. — Salira, mlle Mohrdo Scharmekly, 16 ans, de constitution assez bonne, mais peu développée pour son âge; *mariée depuis quatre années*, elle avait eu, à l'âge de 2 ans, le bouton d'Alep à l'avant-bras gauche (face dorsale). Trois ans après, deux nouveaux boutons se développèrent sur ses joues; celui de la joue droite n'a jamais complétement guéri.

Depuis un an, une nouvelle éruption, la troisième par conséquent, s'est faite sur les membres supérieurs. (Il y a un mois, un exanthème d'une autre nature s'est manifesté au coude droit.)

15 juillet. — ÉTAT ACTUEL : Le haut de la joue gauche est tout entier occupé par une cicatrice blanche, striée, irrégulière. On en voit autant au milieu de la joue droite; il y existe en outre une plaque ovalaire de 0m,02 de diamètre, de teinte cuivrée, plus pâle au centre, et dont chaque extrémité est occupée par un groupe de petits tubercules, peu saillants; à leur surface, l'épiderme semble comme plissé.

A la troisième éruption appartient une plaque de teinte framboisée, pâle, développée à la partie inférieure et à la *face dorsale* du radius gauche, complétement recouverte d'une croûte sèche, *parfaitement enchâssée*. Un petit tubercule isolé, rougeâtre, se remarque sur le bord cubital du même membre. A l'avant-bras droit un tubercule semblable; une assez large plaque avec croûte sèche, jaune clair, mince, sur le dos de la main; le fond ayant été dénudé en un point, apparaît lisse, sans bourgeons. Deux autres boutons siégent encore, l'un sur la face dorsale du cinquième métacarpien, l'autre sur celle de la première phalange du médius.

Autour de l'olécrâne un groupe de sept ou huit petits boutons, résultant évidemment de pustules à peine desséchées, et dont quelques-unes sont recouvertes de croûtes minces; la malade y éprouve un prurit assez incommode.

Chez une jeune fille de 13 ans, le second exanthème, qui date de plus d'une année, a acquis une grande extension, la face et les avant-bras ont été envahis; mais chaque bouton présente individuellement un très-petit développement. Il semble que, dans ce cas, la maladie soit caractérisée plutôt par de grosses papules que par des tubercules.

Deux observations relatives à deux jeunes filles d'origine européenne montrent des cicatrices de cette seconde formation, entièrement identiques à celles que laisse la première : arrondies, blanches, étoilées, les unes superficielles, les autres creusées dans le tissu même du derme.

Je me bornerai aux citations précédentes. On a déjà pu voir que si, dans cette seconde forme, le bouton présente en général une moindre extension, si son développement est plus lent, moins complet, sa durée est plus considérable. Enfin, examinée à la loupe, cette dernière éruption offre les mêmes caractères que la première. Leur analogie et par suite l'identité de leur cause productrice ne me semblent donc pas pouvoir être contestées. Or aucun des habitants d'Alep, aucun de ceux qui ont écrit sur l'exanthème alépin, n'avait songé à faire ce rapprochement, aucun, à l'exception de Russel dont, seulement à mon retour en France, j'ai pu me procurer l'intéressant ouvrage. Il existe, selon ce judicieux observateur, outre les boutons mâle et femelle, « une troisième espèce de bouton qui, bien qu'elle soit habituellement attribuée à la morsure ou à la piqûre d'un mille-pieds (*wood-louse*), *me semble être absolument de la même nature*, seulement d'un plus faible degré. »

Le nom arabe de cette éruption est effectivement « *Khars et'Umm-Aly*, » morsure de la mère d'Aly; ce dernier terme désigne tout simplement le cloporte (*oniscus murarius* de l'ordre des isopodes), et la croyance populaire veut que cet exanthème soit causé par la piqûre de cet insecte. A nous, qui sommes à bon droit surpris d'une pareille assertion, vu que le cloporte, répandu sur presque toute la surface du globe, n'a jamais été accusé ailleurs d'un pareil méfait, quand nous demandons si on a *vu* l'insecte mordre quelqu'un, la réponse est constamment la même, c'est-à-dire négative.

Bien que je jugeasse la chose superflue, comme après tout cet insecte est pourvu d'un appareil maudibulaire très-bien organisé, et qu'on a vu quelquefois des individus de cette espèce s'entre-dévorer, je fis recueillir plusieurs de ces animaux : je m'en appliquai un en présence d'une famille du pays, sur l'avant-bras; rien. On me fit observer que l'effet serait certain si je serrais l'insecte contre la peau : je l'y fixai au moyen d'un mouchoir. Je sentis alors, il est vrai, un picotement assez comparable à celui d'une sangsue..... Au bout de quelques minutes, j'enlevai le lien, et je trouvai l'insecte mort, couché sur le côté. C'était le bord tranchant de la carapace dont j'avais ressenti la pression et qui m'avait laissé une marque linéaire. L'expérience était à refaire; on m'objecta d'ailleurs que j'avais employé un mâle, et que c'est la femelle (beaucoup plus grosse en effet) qui produit la blessure fatale. M. M..., consul sarde, s'appliqua, contrairement à l'avis de toute sa famille, une femelle sur l'avant-bras; il n'éprouva pas même le plus léger picotement. La femelle ferait, me dit-on, sur l'épiderme, un dé-

---

Muséum d'histoire naturelle à Paris.
Société de chirurgie à Paris.
Annales des sciences naturelles à Paris.
Société d'agriculture et de botanique à Lyon.
Société médicale allemande à Paris.

Nous aurons plus tard à revenir sur l'affiliation de cette dernière avec l'Académie allemande.

Angleterre : Royal London society.
Linnean society, London.
Geological society, London.
Zoological society, London.
Horticultural society, London.
Royal Edinburgh society.
Philosophical society, Cambridge.
États-Unis : Smithsonian institution, Washington.
Academy of natural sciences, Philadelphia.
American Academy of arts and sciences, Boston.
Lyceum of natural history, New-York.
Suisse : Société helvétique des sciences naturelles à Berne.
Société de physique à Genève.
Suède : Académie royale des sciences à Stockholm.
Hollande : Institut royal des Pays-Bas, Amsterdam.
Société hollandaise des sciences, Haarlem, Bataviaasch Genootschap van Kunsten en Wetenschappen, Batavia.
Espagne : Académie royale des sciences à Madrid.
Sardaigne : Académie royale des sciences à Turin.
Belgique : Académie royale des sciences à Bruxelles.
Académie royale de médecine à Bruxelles.
Société d'agriculture et de botanique à Gand.
Russie : Académie impériale des sciences à Saint-Pétersbourg.
Société impériale des naturalistes à Moscou.

L'Académie se trouve réunie, en tant que les distances le permettent à ses membres, à l'occasion des assemblées générales des naturalistes et médecins allemands qui, depuis 1822, se tiennent tous les ans vers la fin de septembre, sur différents points de l'Allemagne.

Les membres ont, comme autrefois, un surnom académique conforme à leurs travaux spéciaux, et qui doit être, si faire se peut, celui d'un célèbre défunt ayant cultivé une branche scientifique pareille à la leur.

Une distinction entre les membres honoraires correspondants et titulaires n'existe pas.

La correspondance de l'Académie est affranchie du droit de poste dans l'État où elle siége.

S. M. LE ROI DE WURTEMBERG a tout récemment remis une somme importante destinée aux voyageurs de l'Académie.

Le prince ANATOLE DEMIDOFF, surnommé *Franklin*, a fondé trois prix pour la botanique, pour la minéralogie et la géognosie, et pour la zoologie, à décerner les 17 juin 1854, 1855 et 1856. Le programme du premier prix a été

pôt (d'œufs sans doute) qui produirait ensuite la maladie; l'examen à la loupe et au microscope, des boutons les plus récents, ne me montra rien de semblable, rien que ce qu'avait donné l'examen du bouton ordinaire.

L'origine de cette fable est facile à deviner : en Orient, un grand nombre d'individus, surtout parmi la classe la moins aisée, couchent en plein air, trop souvent dans des lieux bas et humides. Il a dû arriver fréquemment qu'en s'éveillant, ils aient trouvé quelque cloporte sur leur couche ou à la surface de leur corps; que, peu de jours après, l'éruption endémique se manifeste, l'explication en est toute trouvée : *post hoc*... Si j'ai insisté sur les arguments à opposer à ce préjugé des Alépins, c'est que je n'en ai rencontré aucun, même parmi les plus éclairés, qui ne le partageât.

Je pense avoir suffisamment démontré que la prétendue « morsure de cloporte » n'est autre chose qu'une deuxième, une troisième éruption, toujours due à l'influence, à l'agent morbide qui a produit la première. Russel avait bien reconnu son identité de nature avec le bouton d'Alep ordinaire; mais il n'a pas noté, ce qui est important, à savoir, que ce second exanthème ne se développe que chez ceux qui ont déjà été atteints du premier (1). Ce fait d'observation, que cette éruption se manifeste surtout chez des femmes, des enfants lymphatiques, ou chez des personnes d'une constitution affaiblie, par conséquent susceptibles d'une moindre réaction; ce fait, dis-je, me semble devoir la faire considérer comme une évacuation supplémentaire et critique pour les individus chez lesquels la première n'a pu éteindre le germe morbide.

XI. — DU PRONOSTIC.

Le pronostic du bouton d'Alep n'a ordinairement aucune gravité. Les conséquences les plus fâcheuses qu'il puisse entraîner, avec la méthode actuelle de traitement, sont des cicatrices plus ou moins désagréables par leur siége et leur étendue, et dont au reste les Alépins ne se préoccupent guère.

L'ulcération d'un des cartilages du nez doit être aujourd'hui un phénomène très-rare, la perte d'un œil encore plus rare, si tant est que les faits de ce genre, qui sont cités, soient bien authentiques. En général, on peut dire que c'est la mauvaise constitution du sujet, un tempérament lymphatique exagéré, l'existence d'une maladie antérieure ou actuelle, quelquefois aussi l'action d'une cause mécanique, comme j'en ai cité un exemple (V. obs. XX); ce sont ces circonstances, étrangères à l'affection elle-même, qui en font la gravité.

A Orpha, à Mossoul, à Bagdad, le bouton est, dit-on, plus grave qu'à Alep : il aurait, dans certains cas, causé la mort. A Alep même, l'intensité de la maladie décroît-elle, ainsi que dit l'avoir observé le docteur Tommasini, et que me l'ont affirmé quelques personnes qui sembleraient dignes de foi?... Parmi les frères et les sœurs d'une dame alépine, madame Portalis, il en est plusieurs qui sont morts à l'âge de 7 à 9 ans, sans avoir eu le bouton, fait qui aurait été sans analogue autrefois.....

XII. — ÉTIOLOGIE.

J'arrive à l'importante discussion de l'étiologie. Quelle peut être la cause de cette singulière affection?

D'abord, il faut écarter toute influence climatérique : le bouton d'Alep n'a pas de saison; il se manifeste tout aussi bien pendant l'hiver assez rigoureux de cette contrée que durant les chaleurs de l'été. Ce n'est pas dans l'air qu'il faut chercher la cause du mal; car, on le sait, des villages situés dans des directions différentes, à une ou deux lieues seulement d'Alep, en sont exempts. Si l'on songe, d'un autre côté, que la même affection sévit dans des localités dont l'élévation, la température, toutes les conditions atmosphériques offrent autant de différence que le peuvent faire Alep, Orptia, Diarbékir, situés dans de hautes vallées, Mossoul, Bagdad, cette dernière ville assise dans une plaine voisine de la mer, avec une chaleur humide presque constante; on se trouve forcé de chercher l'élément morbifique dans des conditions inhérentes au sol.

Or depuis longtemps l'opinion générale s'est accordée à attribuer la cause du mal à *l'eau employée pour la boisson*. Russel déjà, puis Volney, ont adopté cette supposition qu'a appuyée M. Guilhou; elle me semble pouvoir être étayée sur des arguments irréfragables.

Et d'abord, l'expérience a été faite à Alep, non par des voyageurs à qui elle serait bien difficile, mais par des familles, par des *harems* turcs. De hauts employés ottomans, entre autres l'un des derniers cadis d'Alep, eurent la précaution de ne faire boire à leurs femmes et à leurs enfants que de l'eau d'une source très-pure (Ayn beyda) voisine de la ville; comme les femmes musulmanes, celles surtout d'une classe élevée, vivent presque en recluses, ne sortent que très-rarement, il est aisé de leur faire suivre rigoureusement une pareille prescription. Or il m'a été déclaré formellement, par le secrétaire du maréchal gouverneur d'Alep, que l'expérience a été suivie d'un succès complet : personne, dans ces harems, n'a été atteint du bouton.

Mais il est un moyen de vérifier le fait sur une plus large échelle; ce moyen le voici. Alep est baignée, comme je l'ai dit, par une petite rivière, le Coik, dont l'eau se boit, soit pure, soit mêlée à celle de quelques sources situées à deux lieues de la ville. Si cette eau est réellement chargée du principe morbifique, toxique, les villages qui en boivent doivent être également affectés du bouton; et comme contre-épreuve, ceux qui s'abreuvent à d'autres sources doivent en être exempts. Or les résultats de l'observation sont parfaitement concluants et confirmatifs de cette supposition (1). C'est ce qu'avait déjà annoncé M. Guil-

(1) Il serait aussi par trop extraordinaire que, dans une même localité, il existât simultanément deux exanthèmes spécifiques, distincts. Puis encore, pourquoi l'insecte ne s'attaquerait-il précisément qu'à ceux qui ont été atteints du bouton d'Alep?.....— Au reste, à Antab, la croyance existe également que le bouton du pays, identique à celui d'Alep, est le résultat de la piqûre d'un insecte.

(1) M. le docteur Poggioli a choisi pour sujet de sa thèse inaugurale (Paris, 1847), une « maladie cutanée nouvelle ou dermatose ulcéreuse observée à Biskra (Algérie). » Cette affection semble présenter de l'analogie avec celle que j'ai étudiée à Alep. Elle se manifeste, il est vrai, d'une manière différente, débutant le plus souvent par une pustule qui s'ouvre au bout de huit jours, et à laquelle succède une ulcération à bords taillés à pic. Mais elle offre, ainsi que le bouton d'Alep, de nombreuses variétés; c'est ainsi qu'au lieu d'une

---

publié en français par les soins mêmes du prince Demidoff, et l'Académie en a reçu un tirage de mille exemplaires. Le programme du deuxième prix, de celui de géognosie, vient d'être distribué en France par l'auteur de cette notice.

L'organe officiel de l'Académie est la « BONPLANDIA, » *Journal pour la Botanique générale*, rédigé par M. le docteur Berthold SEEMANN, à Kew, près Londres, membre de l'Académie, le même qui, outre ses voyages en Amérique et Australie, a fait trois fois partie des expéditions arctiques entreprises à la recherche de sir John Franklin, et dont la la dernière a coûté à la France la vie du courageux officier Betot.

C'est une partie spécialement affectée à cela dans ce journal qui rapporte, et les actes administratifs et officiels du président, et les communications abrégées des membres.

Les mémoires prennent place dans les *Nova Acta*, et c'est une longue série de noms célèbres qui ont contribué à donner aux *Acta* et aux *Nova Acta* de cette Académie nationale des Allemands l'éclat dont elle jouit.

Nous y trouvons des mémoires de J. W. de Goethe, A. de Chamisso, du prince de Neuwied, du président actuel Nees d'Esenbeck, des Ehrenberg, Carus, C. Sprengel, Bojanus, Otto, Gruithuisen, Goldfuss, Klug, d'Alton, G. Bischof, Joh. Muller, Breschet, Rapp, de Baer, Unger, G. de Jaeger, de Sœmmering, Meyen, de Glocker, de Siebold, de Walther, comte de Munster, H. de Meyer, Goppert, Zuccarini, H. de Mohl, de Martius, Brandt, Ratzeburg, Erichson, Eschricht, Valentin, Hering, Alex. Braun, Purkinje, Schleiden, Burmeister, Miquel, Lereboullet, Koch, Barkow, J. F. et O. Heyfelder, Creplin, de Münchow, Pastré, Rathke, Heim, Greville, Lehmann, Kieser, Schrank, Kuhl, Agassiz, Gaede, Hornschuch, Schelver, Detharding, Wiegmann, Lindenberg, Harless, A. Richard, Schultz, Eysenhardt, van der Hoeven, Tilesius, M. J. Weber, Mende, Noggerath, Rosenthal, Reinwald, Risso, C. Mayer, Lejeune, E. Meyer, Frechland, Themmen, Ritgen, Ocskay de Ocsko, Schlegel de Leyde, Werneburg, Berthold, Berthelot, Zinken nommé Sommer, O. Bronn, Germar, Kaulfuss, Reich, Schummel, Dumortier, Mikan, Corda, Phœbus, Eichwald, Courtoi Jacquemin, Thienemann, Henry, Pfeiffer, Michaëlis, Krohn, Kützing, Frankenheim, Oschatz, Gottsche, Charpentier, de Flotow, Schauer, Seubert, Karsten, C. Stahl, de Bibra, de Siemuszowa-Pietruski, Reisseck, le ch. Neigebaur, Th. Poteck, J. W. de Muller, Krauss, Stenzel, comte de Trevisan, Batka, Lantzius-Beninga, Pringsheim, Cohn, Milde, de Gorup-Besanez, Mell, et d'autres.

Présidence et collége des adjoints.

Président : M. NEES D'ESENBECK, docteur en médecine et philosophie, ancien professeur à l'Université de Breslau, membre des Facultés de Prague et de Pesth.

Director ephemeridum : M. D. G. KIESER, D. M. professeur à l'Université de Iéna, conseiller intime à la cour de S. M. le roi de Prusse, conseiller médical de S. A. R. le grand-duc de Saxe-Weimar.

Adjoints : M. G. DE JAEGER, D. M., conseiller médical supérieur, professeur et directeur du musée d'histoire naturelle à Stuttgart.

hou, dans sa thèse, à laquelle il a joint une carte de M. Germain, représentant le cours de la rivière, avec les villages situés à sa proximité. Ceux qui boivent de l'eau d'un torrent, d'un affluent quelconque du Coïk, seraient préservés, à ce qu'on lui aurait dit, du fléau; les autres (indiqués par un cercle rouge) en sont tous affectés.

Je voulus contrôler ces assertions. Je fis une première excursion au hameau de Heilan, situé à 8 kilomètres au nord d'Alep, et marqué sur la carte sus-mentionnée, du signe fatal. J'examinai une grande partie de ses habitants; je ne vis en tout que deux enfants et une jeune fille de 13 ans, atteints du bouton. Je commençais fort à craindre pour la théorie; mais j'appris et je pus me convaincre que ces paysans ne buvaient de l'eau ni du Coïk, ni même des sources qui alimentent, concurremment avec la rivière, le canal d'Alep : *ils boivent de l'eau de puits.*

Je me dirigeai ensuite sur le hameau d'Ansary, situé à 3 kilomètres au nord-est d'Alep, sur une hauteur, dans une position très-saine. Cette localité est encore flétrie du cercle rouge par M. Guilhon : encore une double erreur, en ce que, d'une part, ses habitants ne boivent qu'exceptionnellement de l'eau du Coïk, pendant les chaleurs de l'été, lorsque leurs citernes sont à sec, et parce que, d'autre part, le bouton est loin d'y être endémique. Je vis plusieurs enfants et des adultes qui n'en présentaient absolument aucune trace, malgré les communications nécessairement fréquentes de ce village avec la ville voisine, et malgré l'usage quelquefois forcé de l'eau de la rivière. Un vieillard du pays me fit observer, comme s'il eût deviné ma secrète préoccupation, que : « ceux des villageois *qui se rendent souvent en ville y sont plus exposés que les autres, parce que*, dit-il, *ils boivent de l'eau d'Antab ;* allez une heure plus loin, où les communications avec Alep sont bien plus rares, vous ne trouverez plus de bouton. »

C'est ce que je fis le lendemain : je me transportai au village de *Bellarhamon* (Beled-Rhamon, pays de Raymond), à 6 klom. au nord-ouest d'Alep, village bien situé, bien bâti, où l'on boit toute l'année de l'eau de pluie. Je l'ai visité en détail, j'ai examiné presque chaque chaumière : on peut dire que *le bouton n'y existe pas ;* car, à quatre ou cinq exceptions près, ses habitants en étaient exempts. Il est inutile d'ajouter que les individus atteints avaient tous été à Alep; y avaient-ils séjourné plus que les autres, ou avaient-ils une plus grande prédisposition pour la maladie?... Ce qui est certain, c'est que les quelques cicatrices que je pus observer étaient la plupart très-légères et peu étendues.

Je me rendis enfin au hameau de *Cheik-Saïd*, à 5 kilom. au sud-ouest d'Alep, sur une hauteur également, et à dix minutes du Coïk, d'où il tire exclusivement son eau. *Le bouton y est très-général ;* presque chaque habitant en est ou en a été affecté; boutons et cicatrices étaient généralement très-développés.

De pareils arguments me semblent péremptoires. Quel est l'élément toxique que charrie cette eau du Coïk, élément qui se retrouve sans doute dans les eaux que l'on boit à Orpha, à Mossoul, à Bagdad, etc.? C'est à la chimie à nous l'apprendre (1). Pour ma part, je pus m'assurer, à faisant réduire au dixième, par l'ébullition, de l'eau de la rivière d'Alep, qu'elle ramenait au bleu le papier de tournesol légèrement rougi. M. F. d'Arcet avait déjà constaté cette alcalinité.

XIII. — DU TRAITEMENT.

Il me reste à examiner la question du traitement, dont l'importance est loin d'être démontrée pour les Alépins. Le plus souvent ils n'opposent absolument aucune médication au bouton, et se contentent de quelques topiques anodins, quand ils ne sont pas ridicules. Il est une croyance assez répandue, d'après laquelle on ne doit point traiter le bouton, des accidents pouvant résulter de sa disparition..... Voyons pourtant en quoi l'art pourrait intervenir, soit pour prévenir, soit pour arrêter le développement de cette fâcheuse affection.

Et d'abord si l'eau de la rivière est réellement chargée d'une substance toxique, quelle qu'elle soit, il semblerait bien simple de s'abstenir de son usage pour la boisson; or on le pourrait à Alep. L'aqueduc qui y conduit l'eau des sources d'Heilan n'a reçu que postérieurement à sa construction une branche de la rivière; ce mélange pourrait être facilement supprimé. Ensuite il existe dans la ville un assez grand nombre de puits, dont, autant que j'ai pu m'assurer, l'eau n'est rien

(1) Le savant M. Bussy a bien voulu analyser l'eau que j'ai envoyée d'Alep; il n'a pas encore en ce moment terminé ses recherches, dont j'attends le résultat avec une vive curiosité. Cependant il m'a assuré, qu'en fait de principes minéraux, cette eau ne contenait que des sels ordinaires et en faible quantité; mais elle lui a offert un dépôt très-abondant de matière organique, ce qu'indiquait d'avance l'inspection seule de cette eau *toujours bourbeuse.* Ce serait donc dans ce détritus organique qu'il faudrait chercher la cause du mal. (On sait qu'à Alep, ainsi que dans toutes ces villes des bords du Tigre et de l'Euphrate, *la fièvre intermittente est endémique.*)

pustule, il en apparaît parfois de *deux jusqu'à trente ; à la face,* elle peut se présenter comme un *véritable bouton d'acné;* d'autres fois, elle est constituée par un petit groupe de *vésicules miliaires, comme herpétiques,* ou bien par une bulle de pemphigus, etc. Dans un cas cité, p. 13, « le nez offrait l'aspect d'une » énorme framboise; le peu de douleur n'était nullement en rapport avec le » siége et l'étendue de la lésion. » On voit combien ces symptômes se rapprochent de ceux que m'ont présentés plusieurs Alépins, et entre autres le sujet de ma dix-neuvième observation.

Cette dermatose, comme celle d'Alep, est remarquable en ce qu'elle frappe tous les habitants de la localité; seulement sa cause doit agir avec bien plus d'intensité, puisque les étrangers adultes échappent souvent au tubercule alépin, tandis qu'à Biskra, sur près de 500 hommes qui y campaient, pas un seul ne fut exempt de la maladie. Il y a identité de siége; ainsi le bouton de Biskra, qui peut se montrer sur tout le corps, se déclare surtout *à la face, aux avant-bras et aux jambes ;* et les dessins joints au texte, font voir qu'il occupe *précisément la face externe* de la jambe, la *face dorsale* de l'avant-bras et de la main. La marche en est lente également : sa durée est de trois mois, ou plus. — Mais c'est surtout le paragraphe relatif à l'étiologie, qui m'a vivement frappé, en ce que M. Poggioli a été conduit à attribuer la cause du mal à l'usage *de l'eau d'une rivière* qui, après s'être saturée de différents sels, entraîne, en traversant une forêt de palmiers, *des détritus végétaux et animaux,* qui, sous l'influence d'une chaleur excessive, ne tardent pas à se décomposer. Il y a certes une grande analogie dans les effets morbides produits par l'eau de ces deux rivières d'Alep et de Biskra, abondamment chargées toutes deux de détritus organiques; j'ai été heureux de voir que les observations faites par mon honorable confrère, sur l'étiologie de la dermatose algérienne, confirmaient pleinement mes conclusions relatives à celle du bouton d'Alep.

M. J. F. Heyfelder, D. M., professeur de chirurgie et directeur de la clinique chirurgicale à l'Université de Erlangen.

M. Mappes, D. M., physicien de la ville libre de Francfort.

M. Will, D. M., professeur à l'Université de Erlangen.

M. C. G. Bischof, D. M., professeur de chimie à l'Université de Bonn, conseiller intime des mines de S. M. le roi de Prusse.

M. C. H. Schultz, *Bipontinus*, D. M., médecin de l'hôpital civil à Deidesheim (Palatinat).

M. Ed. Fenzl, D. M., professeur I. R. de botanique et directeur du jardin botanique à Vienne.

M. W. Haidinger, conseiller I. R. des mines et directeur de la section de Vienne.

M. C. W. G. Kastner, D. M., professeur de chimie et de physique à l'Université de Erlangen, conseiller de la cour de S. M. le roi de Bavière.

M. J. G. C. Lehmann, D. M., professeur de physique et d'histoire naturelle et directeur du jardin botanique de Hambourg.

M. C. F. P. de Martius, D. M., professeur à l'Université et directeur du jardin botanique de Munich, conseiller de la cour et membre de l'Académie des sciences de Bavière.

M. J. S. C. Schweigger, D. M., professeur de chimie et de physique à l'Université de Halle.

M. A. Braun, D. M., professeur de botanique à l'Université de Berlin.

Parmi les membres du collége des adjoints décédés il y a peu de temps, nous citons :

M. le docteur Oken, professeur d'histoire naturelle à Zurich, conseiller de la cour de S. A. R. le grand-duc de Saxe-Weimar.

M. le docteur Harless, professeur de médecine à Bonn, conseiller intime de S. A. le duc de Saxe-Gotha.

L'Académie comptait, à son dernier recensement (le 17 mai 1851), un total de 1,492 membres, depuis 1652, et le nombre des vivants à la même époque était de 372 (1).

Voici enfin les noms des savants en France, décédés et vivants, qui ont fait et qui font encore partie de l'Académie Léopoldino-Carolina.

DÉCÉDÉS AVEC LA DATE DE LEUR RÉCEPTION DANS L'ACADÉMIE

Charles Patin, 1679. — Benj. Gloxin, 1685. — J.-J. Henry, 1686. — Pierre Chirac, 1686. — J.-J. Henninger, 1714. — J. Saltzmann, 1720. — J.-N. de l'Isle, 1725. — J.-J. Fried, 1736. — G.-H. Dehr, 1738. — L.-J. le Thieullier, 1734. — Fr.-L. Boissier de Sauvages, 1734. — Cl.-N. le Cat, 1754. — Ph.-H. Boecler, 1755. — J.-R. Spielmann, 1760. — L.-Cl. Cadet, 1761. — Valmont de Bomare, 1764. — J.-Fr. Demachy, 1766. — Datigne, 1768. — A.-A. Cadet, 1771. — Bourdelin, 1773. — Fr. Dujardin, 1773. — J.-Agath. Le Roy, 1774. — B.-G. Sagé, 1775. — J.-D.-Fr. Carrère, 1775. — E. de Fontanieu, 1779. — R. Willemet, 1789. — J.-Cl. de la Mathérie, 1792. — J.-G. Gallot, 1792. — A.-L. Millin, 1792. — J. de Grandmier, 1798.

(1) L'Annuaire royal de Prusse de 1851 ne porte encore que 366 membres.

moins que saumâtre, comme le prétendent les Alépins, qui évitent d'en boire. Peut-on admettre qu'en ne buvant de l'eau de rivière qu'aiguisée par un peu de jus de citron ou d'alcool, on neutralise ainsi l'élément morbifique? Indépendamment de la difficulté que présenterait l'exécution constante et générale de cette prescription, il faudrait d'abord savoir quel est cet élément.

ESSAIS D'INOCULATION.

Une idée qui s'est présentée depuis longtemps déjà à l'esprit de quelques médecins, c'est de chercher à *inoculer la maladie*. Du temps de l'occupation égyptienne, on fit plusieurs essais, qui auraient eu pour résultat un bouton de peu de durée. Je ne puis dire quel degré de confiance mérite cette assertion, ni à quelles conclusions ont conduit ces expériences. On parle encore à Alep de deux jeunes commis d'un négociant allemand, M. Pocher, auxquels on inocula le pus d'un chien (1). Chez tous deux, il se serait développé un léger bouton; l'un aurait succombé quelque temps après, mais l'autre aurait vécu onze ans à Alep, sans contracter l'affection endémique. Ces faits peu concluants manquent d'ailleurs de garantie suffisante.

Je voulus reprendre ces essais : j'inoculai 16 individus; mais contrairement à mon désir, il me fut d'abord impossible de me procurer du pus de chien, et lorsque ensuite j'eus trouvé un animal apte à fournir à l'expérience, je rencontrai de la part des individus une répugnance insurmontable. Force me fut donc d'employer du pus, ou plutôt de la lymphe sécrétée par des boutons d'homme.

Les 16 sujets de mes inoculations se composent de 6 enfants, âgés de quelques mois à quelques années, Alépins, non encore atteints de la maladie ;

9 étrangers, la plupart adultes, résidant depuis un temps variable et impunément à Alep;

Enfin d'un jeune Alépin, âgé de 18 ans, d'origine française, et qui avait été atteint dans son enfance de l'exanthème endémique.

Sur les 6 enfants, 2 ayant été inoculés la veille de mon départ et aucune information ne m'étant encore parvenue sur leur compte, je n'en puis rien dire. Des 4 que j'ai pu suivre pendant quelque temps, 2 ont été réfractaires, nonobstant une double inoculation faite à l'un d'eux; chez les deux autres, l'opération a été suivie de résultat.

Sur 8 des 9 étrangers, elle n'a produit aucun effet significatif. J'avais pratiqué à chacun, sur la région deltoïdienne, trois incisions très-superficielles et imprégné les petites plaies, de la lymphe, soit fraîchement puisée, soit délayée dans une goutte d'eau. Le deuxième jour, es piqûres étaient légèrement irritées; au troisième jour, j'ai vu chez un certain nombre de sujets les bords des petites plaies se soulever, comme si une vésicule allait s'y développer; mais ce phénomène a été de courte durée, et dès le quatrième ou le cinquième jour, la cicatrisation était complète.

Chez le neuvième sujet, ainsi que chez les deux enfants et sur le jeune Alépin antérieurement affecté du bouton, les choses se passèrent différemment. Dès le quatrième ou le cinquième jour, il s'était formé de petites pustules recouvertes à leur sommet d'une croûte mince (résultant du rapprochement des lèvres de la plaie). Quelques-unes se desséchèrent rapidement. L'épiderme ou la petite croûte s'étant détachés, on vit de petites ulcérations superficielles, qui ne tardèrent pas à se couvrir d'une croûte plus épaisse que la première, brune, sèche et adhérente. (Chez une petite fille, Marie Rabd, âgée de 4 ans, à l'ouverture de la pustule, je vis, le cinquième jour, une petite ulcération à bords presque taillés à pic, qui, trois jours après, s'était revêtue d'une croûte sèche et épaisse.)

Mais chez chacun de ces quatre sujets, il y eut *un des boutons pustuleux* qui, au lieu de marcher rapidement vers la dessiccation, *prit du développement*. C'est ainsi que le jeune Alépin, déjà atteint de l'exanthème endémique, présentait au cinquième jour *une pustule très-saillante*, qui s'ouvrit le septième; je vis alors une ulcération superficielle, qui le dixième jour était surmontée d'une croûte verdâtre, épaisse, avec une auréole d'un rouge vif. Sur le docteur Tommasini, il se produisit exactement le même phénomène. Pour la petite fille déjà citée, c'est le huitième jour seulement que la pustule avait acquis son parfait développement; le dixième, la surface exulcérée s'était à demi encroûtée. Chez le frère de la précédente, enfant de 6 mois, d'une très-belle constitution, il existait encore, au dixième jour, une vésico-pustule ombiliquée, translucide, en voie de résorption.

Mon départ a brusquement interrompu ces observations, dont M. Tommasini s'est engagé à me faire connaître la suite. Ce que j'ai appris jusqu'ici, c'est qu'au bout de quinze à vingt jours, chacun de ces boutons s'était complétement cicatrisé. Aucun tubercule ne leur a-t-il succédé? Chez ces différents sujets, chez les derniers surtout, le bouton d'Alep se développera-t-il à l'endroit de l'inoculation ou ailleurs? S'il apparaît, sera-t-il modifié dans sa marche, dans son extension, dans sa durée? Toutes questions que l'avenir seul peut résoudre. Je note seulement pour le présent ce fait intéressant du résultat immédiat de l'inoculation chez le jeune homme déjà atteint antérieurement du bouton; sur lui l'opération a eu exactement le même effet que sur M. Tommasini, qui avait été jusqu'à ce jour exempt de la maladie. Si tant est que ces pustules, qui ont duré deux septénaires et plus, aient un caractère *spécifique*, le premier exanthème n'affranchirait donc pas d'une nouvelle manifestation de la maladie, conclusion qui concorderait avec celle que j'ai déduite de l'observation d'un autre ordre de faits.

Quant au *traitement curatif*, je n'ai que peu de chose à en dire, les praticiens d'Alep étant rarement appelés à donner leurs soins aux individus atteints du bouton. Il est certain que, s'il occupe une partie cachée, l'avant-bras ou la jambe, et qu'il ne soit pas situé au devant d'une articulation, auquel cas il cause parfois d'assez vives souffrances, on peut abandonner la maladie à elle-même; mais s'il siége à la

(1) Le chien est sujet à la même affection que l'homme. M. le docteur Luntz pretend, avec Russel, que le chat l'est également; il étend même cette fâcheuse aptitude aux oiseaux carnassiers; mais je n'ai rien vu qui le démontrât, tandis qu'il m'a été donné d'observer deux chiens atteints du bouton à l'extrémité du nez. (La maladie était aussi constituée par de petites croûtes arrondies, verdâtres, sèches, paraissant fortement adhérentes. La peau voisine offrait quelques petites excoriations et une légère desquammation furfuracée; la muqueuse pituitaire était parfaitement saine.) Il était donc naturel de songer à inoculer à l'homme le pus du chien affecté d'une maladie identique à la sienne; ce pus pouvait être préservatif du bouton ordinaire, au même titre que le cow-pox l'est de la variole.

H. de Blainville, 1818. — Fr. Cuvier, 1820. — J. Bar. de Cuvier, 1820. — P.-A. Latreille, 1820. — A. Richard, 1820. — J.-F. Lobstein, 1820. — F.-S. Beudant, 1822. — J. Breschet, 1823. — Bar. Daudebard de Férussac, 1823. — A. de Saint-Hilaire, 1823. — Adr. de Jussieu, 1824. — J.-J. Virey, 1824. — Alex. Brongniart, 1824. — C. Gaudichaud, 1829. — Ph.-J. Roux, 1853.

MEMBRES ACTUELS EN FRANCE.

S. A. I. le prince Lucien-Bonaparte, *cognomine* Edwards, membre de la Société linnéenne, de l'Institut impérial de France et de l'Académie américaine des sciences.

M. Pierre-Olivier Rayer, *cogn.* Hufeland, médecin consultant de S. M. l'empereur, membre de l'Institut impérial de France et de l'Académie impériale de médecine.

M. Pierre Bérard, *cogn.* Sydenham, professeur de physiologie à la Faculté de Paris, inspecteur général des Facultés et Écoles de médecine en France, ancien président de l'Académie impériale de médecine.

M. C.-F. Brisseau-Mirbel, *cogn.* Donartius, membre de l'Institut de France.

M. A.-M. Héron de Villefosse, *cogn.* Delius, membre de l'Institut de France.

M. Sab. Berthelot, *cogn.* Smith, professeur de botanique.

M. Jacques Gambessèdes, *cogn.* Serra, membre des Sociétés philomatique et des sciences naturelles à Paris.

M. Georges-Louis Duvernoy, *cogn.* Cuvier, professeur d'anatomie comparée au Musée d'histoire naturelle.

M. Charles Henri Ehrmann, *cogn.* Bojanus, professeur d'anatomie à la Faculté de Strasbourg.

M. H. Scoutetten, *cogn.* Pictet, professeur à l'École d'application de médecine militaire à Metz.

M. Nicolaus Chervin, *cogn.* Enrico de Welmar, membre correspondant de l'Académie des sciences à Paris.

M. Antoine-Laurent-Appollinaire Fée, *cogn.* Nestler I, professeur de botanique à la Faculté de Strasbourg.

M. Joseph. Decaisne, *cogn.* Redouté, membre de l'Institut de France, professeur au Muséum d'histoire naturelle à Paris.

M. Jean-Baptiste-Antoine Guillemin, *cogn.* Ventenat, professeur adjoint au Muséum d'histoire naturelle à Paris.

M. Émile Jacquemin, *cogn.* Marsilius II, professeur de physiologie et médecin à Paris.

M. Hippolyte Larrey, *cogn.* Anthyllus, chirurgien consultant de l'empereur, professeur et médecin en chef de l'École de perfectionnement et de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, membre de l'Académie impériale de médecine.

M. Pierre-Charles-Alexandre Louis, *cogn.* Formey, membre de l'Académie impériale de médecine.

M. Jean Civiale, *cogn.* Reich, membre de l'Institut et de l'Académie impériale de médecine.

M. George Andral, *cogn.* Frank, membre de l'Institut et de l'Académie impériale de médecine, professeur à la Faculté de Paris.

face, au nez, au voisinage de l'œil, par exemple, comme dans l'obs. VII que j'ai rapportée, il me semble que l'art devrait intervenir. Un ancien médecin d'Alep, M. Salina, a préconisé le feu ; d'autres ont songé à des incisions cruciales, pratiquées sur le tubercule avant la période de ramollissement. La pâte de Vienne me paraîtrait devoir mieux convenir.

Reste à savoir (et c'est là la seule hypothèse que je me permettrai sur la *nature* de cette maladie, dont seulement la *spécificité* ne me semble pas pouvoir être mise en doute) si cet exanthème ne doit pas être considéré comme une crise, un procédé éliminatoire employé par l'organisme pour se débarrasser de l'agent toxique ingéré. Dans ce cas, on pourrait ne pas regarder comme entièrement rationnel le conseil de détruire le bouton ; mais l'exanthème peut apparaître en un autre lieu, s'il n'y existe déjà. On pourrait y suppléer au besoin par quelque exutoire, et de toute manière, la marche si lente et ordinairement si bénigne de l'affection semble indiquer qu'il n'y aurait point de danger à courir en délivrant le malade d'un bouton développé sur des parties où sa présence pourrait entraîner une difformité choquante, si non des conséquences d'une plus grande gravité.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION DE FRACTURE EXTRA-CAPSULAIRE DU COL DE L'HUMÉRUS (lue à la Société de biologie); communiquée par M. GIRALDÈS.

OBS. — Cette fracture a été observée chez un homme de 56 ans, maçon de son état, entré dans le courant du mois d'avril 1853, dans le service clinique du professeur Velpeau, à la Charité. Ce malade est resté dans les salles de la Clinique jusqu'au mois de septembre. A cette époque, par suite de l'arrangement de la salle, il fut envoyé dans le service de chirurgie. Au 15 octobre, époque à laquelle j'ai repris le service, j'ai trouvé ce malade ayant encore le bandage dextriné qui avait été primitivement appliqué. Cet appareil maintenait le bras fléchi et appliqué contre la poitrine, la main embrassant la clavicule ; dans cette position, des circulaires dextrinées maintenaient le tout immobile ; mais ce système de circulaires destinées à immobiliser le membre dans la position que nous avons indiquée avait subi un léger déplacement ; elles avaient glissé les unes sur les autres, de sorte que le coude dépassait par en bas, et l'appareil semblait glisser vers la partie supérieure. Dans cet état de choses, il était indiqué de défaire l'appareil ; j'ai constaté alors l'existence d'une déformation à la partie supérieure du membre. Jusqu'au niveau de l'articulation scapulo-humérale, cette déformation formait un coude saillant en avant et en haut ; des mouvements imprimés au membre se répétaient au sommet de la difformité, preuve évidente que la consolidation de la fracture n'était pas achevée ; l'ancienneté et la position de la lésion laissaient peu d'espoir de pouvoir ramener les fragments à une coaptation complète et régulière. Quelques tentatives, néanmoins, ont été faites sans résultat. Je me suis décidé alors à essayer d'immobiliser le mieux possible la fracture.

Le malade devait quitter l'hôpital ; mais la veille de son départ, il succomba à une attaque d'apoplexie.

L'autopsie nous a permis de constater l'état des parties et nous a fourni la preuve qu'il était bien difficile de pouvoir placer et maintenir les fragments dans leur position normale.

Nous constatons donc : 1° l'existence d'une fracture extra-capsulaire de l'humérus, non consolidée (pl. fig. 1 et 2) ; 2° d'un déplacement considérable des fragments ; le fragment supérieur, sollicité par les contractions des muscles sus-épineux, avait exécuté un mouvement de rotation (fig. 1 *b*) sur la tête humérale, de façon qu'au lieu de regarder en bas dans le sens de l'axe de l'humérus, il regardait au contraire en haut et en avant, dans la direction de la ligne ponctuée (fig. 1 *c*) ; par suite de ce déplacement, le fragment supérieur s'éloignait forcément du fragment inférieur (fig. 1 *d*), et une coaptation régulière devenait impossible.

Le fragment inférieur, sollicité à son tour par l'action combinée des muscles grand pectoral et deltoïde, favorisé en outre par l'appareil, était porté en haut, et ne trouvant plus un point d'arrêt dans le fragment supérieur, était porté en haut et en avant (fig. 2 *d*.) et venait s'appliquer angulairement contre le fragment supérieur. Ce double déplacement (fig. 2 *b*) donne lieu à un croisement des deux fragments ; c'est dans cette circonstance qu'un cal fibreux s'était formé.

Cette pièce montre donc, de la manière la plus complète, comment, dans les fractures extra-capsulaires de l'humérus, le déplacement du fragment supérieur est une des causes qui mettent obstacle à une coaptation régulière.

Le mécanisme de ce déplacement avait déjà été parfaitement expliqué par M. Malgaigne, dans un mémoire spécial publié dans son journal et dans son traité des fractures.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS

(Suite.)

V. REVUE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

Les numéros du second semestre de 1853 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Rapport sur un cas de mort par le chloroforme* ; par M. Robert. 2° *Du traitement de la pneumonie des vieillards* ; par M. Léger. 3° *Anévrisme traumatique de l'artère sous-clavière gauche, guéri par la cautérisation avec la pâte de chlorure de zinc* ; par M. Bonnet. 4° *Règles de l'inhalation du chloroforme* ; par M. Baudens. 5° *Moyen de remédier aux accidents du chloroforme* ; par M. Vergues. 6° *Du choléra épidémique qui a régné en Pologne en* 1852 ; par M. Tschetgrhin. 7° *Du traitement de la gale et de la suppression des salles de galeux* ; par M. Vleminckx. (Mémoire lu à l'Académie de médecine de Belgique.) 8° *Hémorrhagie de l'oreille interne* ; par M. Bayoud. 9° *Luxation du pied en dehors, sans fracture des malléoles* ; par M. de Saint-Germain. 10° *Revue clinique des maladies des yeux* ; par M. Tavignot. 11° *Des préparations ferro-manganiques contre la chlorose* ; par M. Bonnaric. 12° *Tétanos développé sous l'influence d'une trop forte dose d'arnica* ; par M. Turck. 13° *De l'abus des bains de mer* ; par M. Quissac. 14° *Injections de teinture de ratanhia dans les fistules anales* ; par M. Rotté. 15° *Tumeur pédiculée de la grande lèvre droite* ; par M. Roché. 16° *Évolution spontanée du fœtus* ; par M. Fayolle. 17° *Autopsie d'un androgyne* ; par M. Blackman. 18° *Exostose éburnée de l'ethmoïde ; extirpation* ; par M. Maisonneuve. 19° *Fièvre pernicieuse* ; par M. Délery. 20° *Traitement du spina-bifida* ; par M. Decourt. 21° *Guérison du tétanos traumatique par l'émétique à haute dose* ; par M. Poitevin. 22° *De l'ergot de seigle* ; par M. Martin-Lauzer. 23° *Pa-*

M. Jules GUÉRIN, *cogn.* SEVERIN, membre de l'Académie impériale de médecine, rédacteur en chef de la GAZETTE MÉDICALE.

M. Charles-Emmanuel SEDILLOT, *cogn.* HEISTER, membre de l'Académie impériale de médecine, professeur à la Faculté de Strasbourg.

M. Jean-Louis-Marie POISEUILLE, *cogn.* HALES III, membre de l'Académie impériale de médecine.

M. Antoine-Joseph JOBERT DE LAMBALLE, *cogn.* SCARPA, actuellement vice-président de l'Académie impériale de médecine, chirurgien consultant de l'empereur, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

M. Réné MARJOLIN, *cogn.* AMBROSIUS PARÉ, secrétaire général de la Société de chirurgie, chirurgien de l'hôpital Sainte-Marguerite.

M. J. F. Camille MONTAGNE, *cogn.* VAILLANT, membre de l'Institut.

M. Frédéric DUBOIS (d'Amiens), *cogn.* ORIBASIUS, secrétaire perpétuel de l'Académie impériale de médecine.

M. François-Achille LONGET, *cogn.* BRESCHET, professeur d'anatomie et de physiologie à l'Ecole pratique, médecin en chef de la maison de la Légion d'honneur et membre de l'Académie impériale de médecine.

M. Marie-Jean-Pierre FLOURENS, *cogn.* VICQ D'AZYR, professeur de physiologie comparée au Muséum d'histoire naturelle, secrétaire perpétuel de l'Académie impériale des sciences.

M. Phillippe BARKER-WEBB, *cogn.* PENA, botaniste célèbre à Paris.

M. Charles MARTINS, *cogn.* TRION, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

M. Louis-Pierre-Auguste GAUTHIER, *cogn.* AETIUS, médecin de l'hôpital de la Charité à Lyon.

M. Frédéric KIRSCHLEGER, *cogn.* GUNTHER ANDERNACENSIS, professeur à la Faculté de Strasbourg.

M. Edouard SPACH, *cogn.* BLAIR, professeur adjoint au Muséum d'histoire naturelle à Paris.

M. Benjamin DELESSERT, *cogn.* DE LAMARCK, membre associé libre de l'Académie des sciences.

M. A. LEJOLIS, *cogn.* GEOFFROY, secrétaire perpétuel de la Société des sciences naturelles à Cherbourg,

Et l'auteur de la présente notice historique.

Dr HENRI MEDING,
Membre titulaire de l'Académie impériale L. C. des naturalistes, etc.

(*La suite au prochain numéro.*)

— M. le docteur Charles Teirlinckx, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Gand, vient de mourir à la suite d'une longue maladie, âgé de 38 ans seulement.

ralysie de l'avant-bras guérie par l'électricité; par M. Sandras. 24° *Chute du rectum;* par M. Roché. 25° *Corps étranger dans le rectum;* par M. Godefroy. 26° *Pustule maligne guérie par la cautérisation avec le nitrate d'argent; fistule à l'anus guérie par l'injection au nitrate d'argent;* par M. Boileau de Castelnau.

DU TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE DES VIEILLARDS; par le docteur LÉGER, médecin de l'hospice des Incurables (femmes).

C'est sur l'observation d'un grand nombre de pneumonies chez les vieilles femmes de l'hospice des Incurables de Paris que le docteur Léger a basé les règles suivantes du traitement de ces affections. Il distingue d'abord avec soin différentes catégories fondées sur la constitution du sujet ou sur la nature de la maladie : « 1° Lorsque la pneumonie est franche et qu'elle se développe chez un vieillard jouissant d'une bonne santé, on sera autorisé à employer le traitement antiphlogistique. Une, deux et même trois saignées du bras pourront être pratiquées, selon que les circonstances l'exigeront. Il vaut mieux répéter la saignée que de tirer de prime abord une quantité de sang plus considérable. » Indépendamment de la saignée, l'auteur conseille d'appliquer sur le côté un certain nombre de sangsues, ou plutôt des ventouses. Après les émissions sanguines, ou concurremment avec elles, on pourra employer l'émétique à la dose de 30 à 40 centigrammes. « La condition indispensable du traitement dans ces cas, ajoute M. le docteur Léger, est d'approprier la médication à la gravité, à l'étendue de la lésion pulmonaire et surtout au degré de force et de résistance du sujet. » Nous avons lieu de croire que les mêmes indications de traitement doivent s'appliquer à la pneumonie des adultes.

« 2° Lorsque la pneumonie franche, ce qui d'ailleurs est beaucoup plus rare, se développe chez les vieillards affaiblis, alors le traitement doit subir d'importantes modifications. » A part quelques rares exceptions, la saignée ne paraît pas applicable. Les saignées locales seront ordonnées lorsqu'il existera une indication spéciale. Le tartre stibié, qui provoque des vomissements, des déjections alvines, ou qui donne lieu à du malaise, à de l'affaissement, à de la prostration, sera dangereux dans ces circonstances. Nous pensons que dans ces cas, de même que dans certaines pneumonies des adultes, le tartre stibié peut hâter une terminaison fatale. Le kermès, à la dose de 30, 50 et même 75 centigrammes suspendus dans une potion, a paru à M. le docteur Léger être bien indiqué dans la plupart des cas qu'il a observés. En effet, ce médicament a produit rarement, soit des vomissements, soit de la diarrhée, et jamais il n'a donné lieu, entre les mains de notre confrère, à cette prostration qui suit si souvent l'administration du tartre stibié. Lorsque la faiblesse et l'épuisement des forces sont considérables, que la maladie suit stationnaire ou qu'elle menace de passer au troisième degré, on peut recourir immédiatement à la médication tonique sans cesser l'emploi du kermès. Dans ces cas, l'auteur conseille l'extrait de quinquina à la dose de 2 à 4 grammes, seul ou délayé dans 100 grammes de vin; il pense aussi que les vésicatoires sont souvent utiles pour hâter la résolution.

3° Lorsqu'il s'agira d'une de ces pneumonies qui s'accompagnent, dès le début, d'une prostration extrême, pneumonies que l'on a désignées sous ce nom de « pneumonies adynamiques, » alors que les symptômes réactionnels seront incomplets, on pourra prescrire encore le kermès avec avantage. Mais l'indication urgente est dans ces cas de relever les forces du malade par les toniques, vin, quinquina. On pourra seconder l'action de cette médication par l'application d'un large vésicatoire. Cette médication, puissante dans quelques cas, et malheureusement insuffisante dans beaucoup d'autres, a aussi ses écueils; il faut en surveiller attentivement les effets et la diriger avec prudence, dans la crainte de dépasser le but.

4° La pneumonie des vieillards dans certains cas peut encore se présenter sous un aspect différent : nous voulons parler ici de celle qui s'accompagne de phénomènes cérébraux, tantôt de délire continu, tranquille ou à courtes rémittences, tantôt de « délire intense, assez bruyant, qui s'accompagne d'une réaction fébrile marquée. Les phénomènes apparaissant ici tout d'abord appellent l'attention du médecin sur les centres nerveux, et l'exposent à méconnaître l'existence de la pneumonie. Dans ces circonstances, la thérapeutique est très-souvent impuissante. Quand l'adynamie n'est pas prédominante, on pourra recourir aux émissions sanguines, bien qu'elles n'exercent pas une influence notable sur les phénomènes cérébraux. » « Selon l'état des forces, on emploiera les toniques à des doses variables; on leur adjoindra les révulsifs cutanés et le musc à la dose de 5 à 25 centigrammes. Quelle que soit la médication que l'on adopte, on devra lui adjoindre le kermès. »

5° Enfin, une dernière sorte de pneumonie que l'on observe sur les vieillards, et qu'on rencontre aussi souvent sur l'adulte, est celle qui se complique de l'élément catarrhal. Ces pneumonies comme les autres peuvent se compliquer de prostration, de délire, et en général elles s'accompagnent plutôt d'adynamie. L'indication urgente est dans ces cas de faire vomir. Le docteur Léger prescrit à cet effet l'ipéca stibié, qu'on pourra répéter au besoin. Les laxatifs s'adjoignent plus tard à cette médication, que l'on peut aussi seconder par l'administration du kermès.

Une indication importante que l'auteur fait ressortir en terminant ce travail, indication qui est capitale, à notre sens, dans le traitement de toutes les pneumonies, est de subordonner la médication à l'état général bien plus qu'aux phénomènes locaux. On voit, en effet, le plus souvent, nous pourrions dire toujours, des lésions locales persister dans la pneumonie, alors que la fièvre a totalement disparu. Les lésions locales, dévoilées par la submatité, par le souffle, etc., sont alors seulement des reliquats de maladie; ils ne constituent plus un élément essentiel de l'affection. Voilà pourquoi on aurait grand tort de diriger contre eux une médication différente de celle qui est indiquée par l'état des forces du sujet.

HÉMORRHAGIE DE L'OREILLE INTERNE; par M. BAYOUD.

Nous allons reproduire les principaux traits de l'observation que rapporte M. Bayoud, et après avoir fait connaître l'interprétation qu'il lui donne, nous chercherons nous-même à en faire ressortir la véritable signification.

OBS. — Le 18 février un gendarme fait une chute de cheval. Il est relevé quelques instants après par des voyageurs qui le trouvent étendu sans mouvement; son visage très-pâle et ses yeux clos font penser qu'il est mort. Cependant au bout d'une demi-heure il pousse quelques soupirs et il entr'ouvre les yeux. Il est transporté à la caserne où on examine avec soin son état. Le pouls est très-faible et lent; la chaleur est conservée jusqu'aux extrémités; la face est très-pâle, la respiration à peine appréciable, se faisant lentement et par reprises suspirieuses. La sensibilité de relation est abolie.

Les vêtements du blessé sont imbibés de sang jusqu'aux épaules; ce sang s'écoule de l'oreille gauche. En examinant soigneusement cette oreille, on reconnaît aisément que l'hémorrhagie vient de la profondeur de l'organe et non du conduit auditif externe. Sur l'apophyse mastoïde gauche et sur l'anthélix du même côté se remarquent deux excoriations superficielles. (Réfrigérants sur la tête; sinapismes; émétique en lavage; et au milieu de la nuit, lorsque la réaction commence à se faire, saignée de 400 grammes.)

Le lendemain l'hémorrhagie a imbibé assez largement l'oreille et plusieurs compresses placées sous l'oreille. On remarque que la commissure droite des lèvres est entraînée à droite d'une manière très-prononcée.

Le 20, la parole revient un peu. Surdité. Même déviation de la bouche; même abondance de l'écoulement sanguin.

Du 20 au 30, l'écoulement diminue et devient séreux. En se mouchant le malade perçoit au fond de l'oreille une sorte de crépitation. Le même effet a lieu lorsqu'il fait effort pour souffler, le nez et la bouche étant fermés. La surdité est remplacée par une simple dureté de l'oreille gauche. La déviation buccale persiste; un mois après elle persistait encore. Bref, le malade a guéri.

Pour M. Bayoud, c'est là un exemple d'hémorrhagie de l'oreille interne sans fracture du crâne. Cette observation lui semble un témoignage important en faveur de l'opinion émise dernièrement par M. Velpeau que l'écoulement de sang provenant du fond de l'oreille à la suite d'une lésion traumatique de la tête ne dénote pas toujours une fracture de la base du crâne, comme le prétendait M. Laugier. Pour lui, malgré tous les symptômes qu'a présentés ce malade, symptômes qu'il regarde toutefois comme bien propres à faire supposer une fracture, toute la maladie a consisté dans l'écoulement sanguin et la commotion cérébrale; il n'y a pas eu de lésion osseuse.

Il est certain que le malade a guéri. Mais le fait de la guérison suffit-il pour faire rejeter l'existence de la fracture? Évidemment non. Les fractures du rocher peuvent guérir comme celles des autres os, et notamment comme celles des autres points de la boîte crânienne. Ce qui fait toute la gravité, c'est que, produites le plus souvent par contre-coup, elles ne sont en quelque sorte que le prolongement d'une fracture de la voûte irradiée à la base, et accompagnée de commotions ou de contusions violentes du cerveau. Toutefois, les exemples de guérison sont rares; c'est même parce que les cas où on a pu faire l'autopsie sont extrêmement nombreux, qu'il existe certains signes assez éprouvés pour qu'on puisse les regarder comme pathognomoniques.

Parmi ces signes, nous plaçons en première ligne l'écoulement sanguin puis séreux par l'oreille. Lorsque cet écoulement est abondant, lorsqu'il vient du fond de l'oreille à travers une déchirure du tympan, lorsqu'il dure huit jours, comme dans l'observation précédente, d'où

proviendrait-il, s'il ne venait pas de l'intérieur du crâne à travers une fracture? Évidemment, ce n'est pas une pareille hémorrhagie qui pourrait être occasionnée, comme celle dont parle M. Velpeau, cité par M. Bayoud, par *une secousse brusque des osselets de l'ouïe.*

Vient ensuite la paralysie faciale. Notre confrère regarde l'hémiplégie buccale, observée chez son malade, comme le siége d'une commotion de la partie la plus reculée de la masse encéphalique. Or c'est faire bon marché de tout ce que nous connaissons de la pathologie du système nerveux. L'hémiplégie faciale seule, sans paralysie correspondante des membres supérieur ou inférieur, n'est jamais le signe d'une maladie des centres nerveux : elle annonce une lésion du nerf facial. Bien plus, lorsqu'elle accompagne l'écoulement symptomatique de la fracture du rocher, chez les malades dont l'autopsie a pu être faite, on a toujours reconnu qu'elle était occasionnée par la compression du nerf dans le conduit de Fallope fracturé.

Enfin, la déchirure de la membrane du tympan est elle-même un signe de fracture incontestable chez notre malade (puisqu'en se mouchant il faisait passer un courant d'air de la trompe d'Eustache dans le conduit auditif externe); elle s'expliquerait difficilement sans la fracture du cercle osseux qui l'encadre.

Ainsi, pour nous, non-seulement il y avait fracture, mais encore cette fracture allait du conduit auditif externe à la face supérieure du rocher, du cercle tympanique au conduit de Fallope. Si le malade a guéri, nous l'attribuons à ce que la fracture était limitée au rocher et directe (le coup avait porté sur l'apophyse mastoïde du côté où a eu lieu l'écoulement); nous l'attribuons aussi à ce que l'hémorrhagie s'est faite abondamment à l'extérieur au lieu de se faire à l'intérieur du crâne.

Si, en présence de la guérison du malade, tous ces signes rationnels de la fracture cessaient d'avoir toute leur valeur, on n'aurait plus qu'à admettre en principe qu'il n'y a de diagnostic certain que celui qui est confirmé par l'autopsie.

TUMEUR PÉDICULÉE DE LA GRANDE LÈVRE DROITE DATANT DE TRENTE-DEUX ANS, ET PESANT 980 GRAMMES; par M. ROCHE.

Cette tumeur, située au milieu de la face extérieure de la grande lèvre droite, pendait, par un pédicule, de 10 centimètres de long et de la grosseur du doigt. Elle était dure, mamelonnée, et présentait, au moment de l'opération, deux plaques gangréneuses et une ulcération.

L'incision fut faite sans difficulté et sans accident. On trouva la tumeur formée d'un tissu uniforme, dense, serré, d'un blanc mat, assez semblable à celui de la prostate : elle pesait 980 grammes.

L'auteur ne s'explique pas davantage sur la nature de cette tumeur, qui n'a pas été examinée au microscope, et que, malgré l'ulcération et la mortification partielle dont elle a été le siége, il regarde comme n'étant pas cancéreuse.

VI. ARCHIVES D'OPHTHALMOLOGIE.

Le second semestre de 1853 a vu inaugurer la publication de ce nouveau journal. L'éditeur a voulu doter la France d'un organe spécial de publicité pour une des branches les plus fécondes de la chirurgie, à l'instar de la Belgique où le docteur Cunier, de regrettable mémoire, fonda en 1838 les ANNALES D'OCULISTIQUE répandues aujourd'hui dans tout le monde scientifique.

La France a beaucoup contribué aux progrès de l'ophthalmologie moderne, tant par ses monographies et ses traités didactiques que par ses cliniques et ses dispensaires; il pouvait paraître étonnant qu'elle n'eût pas encore un recueil périodique pour enregistrer ses propres travaux. L'éditeur, en plaçant à la tête de la rédaction un chirurgien qui ne passe pas pour un spécialiste, a voulu sans doute n'arborer aucun drapeau et n'adopter ni coterie ni système exclusif, mais laisser au contraire cette nouvelle tribune ouverte à tous les travailleurs et à toutes les idées.

Les premières livraisons des ARCHIVES D'OPHTHALMOLOGIE se composent en grande partie de travaux empruntés aux autres journaux de médecine, d'extraits de monographies récentes ou de thèses de concours, dont la substance est déjà connue de nos lecteurs. Nous ne doutons pas qu'à l'avenir ce nouveau recueil ne parvienne à tirer ses richesses de son propre fonds de manière à occuper dans notre revue la place que nous nous plaisons à lui réserver.

Voici la nomenclature des principaux articles du semestre dernier : 1° *Exostose de l'ethmoïde;* par M. Maisonneuve. (Inséré dans notre compte rendu de l'Académie.) 2° *Tissu contractile de l'iris;* par M. Fano. (Extrait d'une thèse de concours.) 3° *Structure de la rétine humaine;* par MM. Kœlliker et Muller. (Déjà analysé dans la GAZ. MÉD., 1853, p. 641.) 4° *Sur la cataracte de Morgagni;* par M. Wilde. 5° *Recherches sur les glandes des paupières;* par M. Sapey. (Insérées dans la GAZ. MÉD., 1853, p. 515.) 6° *Traitement des ophthalmies par l'occlusion complète des yeux;* par M. Bonnafont, etc.

REMARQUES SUR LA CATARACTE DE MORGAGNI; par M. WILDE.

La cataracte de Morgagni est une des plus rares et des moins connues. On n'admet plus aujourd'hui, avec Morgagni, l'existence d'une humeur contenue chez l'homme vivant entre le cristallin et sa capsule, et l'on se borne à considérer cette cataracte comme une variété de la cataracte liquide. Toutefois les circonstances pathologiques de son histoire sont très-imparfaitement étudiées; non-seulement elles se trouvent observées sous des noms très-divers; mais l'anatomie pathologique de cette variété reste à faire presque en entier, ce qui imprime un intérêt particulier aux quatre observations de M. Wilde.

OBS. I. — Cette observation a trait à une femme de 60 ans qui avait une double cataracte mûre; on était frappé de la couleur gris sale fort prononcée des cataractes et de l'absence de cette teinte nacrée particulière aux cataractes à couleur grise où la même densité est uniformément répandue. L'incision de la capsule laissa écouler une quantité assez considérable d'un liquide opaque d'un blanc grisâtre; le cristallin, de couleur ambre foncé, se présenta à la pupille avec son bord supérieur; on le fit sortir avec la curette; il était petit, plus foncé qu'à l'état normal, un peu aplati, mais parfaitement lésé à sa surface. L'opération rendit la vue.

OBS. II. — Dans cette observation les symptômes sont plus tranchés. Il s'agit d'une femme âgée, qui présentait à l'œil droit une cataracte d'un gris sale. En dilatant la pupille, on rendait parfaitement distinct un nuage foncé couleur orange ou ambre, changeant de temps à autre de place, mais finissant par se déposer au fond de la capsule. Dans le repos, le noyau couleur ambre du cristallin était bombé en avant vers la capsule. La division de la capsule qui était transparente laissa échapper un liquide opaque qui rendit l'humeur aqueuse trouble et lactescente; on voyait le cristallin de couleur ambre foncé derrière la pupille.

OBS. III. — Cette observation, recueillie sur une Irlandaise de 70 ans, est analogue à la précédente. Dans l'œil gauche la cataracte présentait deux couleurs différentes : dans le repos, on voyait en haut une coloration gris ardoise et en bas une couleur d'ambre prononcé. Dans les mouvements la couleur d'ambre se confondait avec le gris pour reprendre ensuite sa position déclive; la capsule était transparente; son incision fit écouler brusquement un liquide grisâtre et opaque dans la chambre antérieure. En ouvrant la capsule, l'auteur sentit le noyau du cristallin dur qu'on voyait ensuite présenter une couleur ambre et occupant la pupille; il survint une vive inflammation, qui engagea M. Wilde à évacuer la chambre antérieure par une ponction de la cornée; il fit plus tard l'extraction du cristallin, et la guérison fut ensuite assez rapide.

OBS. IV. — Cette observation concerne un homme de 65 ans; elle est aussi probante que les deux précédentes, auxquelles elle ressemble.

L'auteur conclut de ces faits que le point important qui en résulte pour la pratique est de faire aussitôt l'extraction dans tous les cas, puisque la portion liquide de la cataracte, quelque peu qu'elle séjourne dans la chambre antérieure, peut y produire une inflammation fâcheuse.

Pour nous l'existence de la cataracte de Morgagni est un fait incontestable; nous en avons rencontré plusieurs exemples dans le cours de notre pratique. On peut la considérer comme une variété de cataracte liquide. Le précepte donné par l'auteur d'évacuer de suite de la chambre antérieure le liquide opaque à cause de ses qualités irritantes, nous paraît sage et rationnel. Toutefois, dans le cas d'opération par simple abaissement, nous avons maintes fois prévenu la réaction inflammatoire par une médication antiphlogistique.

TRAITEMENT DES OPHTHALMIES PAR L'OCCLUSION COMPLÈTE DES YEUX; par M. BONNAFONT.

M. Bonnafont assure avoir guéri par ce moyen les ophthalmies les plus aiguës dans l'espace de dix à douze jours. Il parle d'une vingtaine de cas qui ont cédé en très-peu de temps à ce mode de traitement. Après avoir employé le collodion ainsi que le taffetas emplastique, il s'est arrêté au sparadrap; on laisse l'appareil en place cinq ou six jours; on lave l'œil, et on renouvelle l'application de la manière suivante.

Nous nous bornerons aux deux remarques suivantes. M. Bonnafont ne donne pas ce moyen comme nouveau, et il a parfaitement raison; ainsi beaucoup de chirurgiens pratiquent l'occlusion de l'œil contre l'ophthalmie qui suit l'opération de la cataracte; M. Pétrequin l'a employé avec succès contre l'ophthalmie qui accompagne certains ulcères

de la cornée (voy. GAZ. MÉD., 1838, p. 470), et celle qui se complique de staphylôme (GAZ. MÉD., 1843, p. 208). On en a fait aussi d'autres applications; mais nous remarquerons que tous les praticiens n'y ont eu recours que dans des cas déterminés, et nous croyons qu'il y aurait quelque danger à trop généraliser ce mode de traitement.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 17 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

OXYDE DE CARBONE PUR, CONSIDÉRÉ COMME POISON.

M. ADRIEN CHENOT communique sous ce titre des faits qui l'ont conduit à une théorie de l'empoisonnement par l'oxyde de carbone.

Comme l'acide carbonique ne joue que le rôle d'*obturateur*, et que, gaz indécomposable à basse température, il est incapable de fournir l'oxygène nécessaire aux combustions qui entretiennent la vie, il cause la mort par asphyxie pure et simple; il en est tout autrement de l'oxyde de carbone pur.

Cet oxyde de carbone, en effet, en contact avec les merveilleux organes de combustion dont nous sommes doués, ne tarde pas à donner lieu aux trois effets suivants. Il passe à l'état d'*acide carbonique*, d'où résultent : 1° soustraction d'oxygène et conséquences; 2° combustion de cet oxygène et conséquences; 3° formation d'acide carbonique et conséquences.

Ces trois effets sont inséparables, et le dernier occasionne l'asphyxie immédiate par interdiction de l'action des poumons et de tout acte de mouvement. Mais en même temps l'oxygène a été condensé : d'où est résultée une action de compression et de déchirement par le vide produit; mais, de plus, la transformation de l'oxyde de carbone en acide carbonique a donné lieu à un dégagement d'environ 6 000 calories par litre d'oxygène, brûlé dans les spongiosités de notre organisation contenant cet oxygène qui allait servir à enrichir le sang.

Ces 6 000 calories développées dans des contacts intimes et des cellules d'atomes ou de petites sphères d'oxygène occasionnent donc virtuellement et infailliblement une désorganisation par cautérisation, ce qui cause cette douleur atroce qui accompagne l'empoisonnement par l'*oxyde de carbone*, si différent en cela de celui que produit l'*acide carbonique*, qui, comme nous l'avons éprouvé dans les mines de Pont-Gibaud, à maintes reprises, cause une ivresse agréable passant progressivement à une douce léthargie, plutôt qu'une sensation pénible. Par conséquent, l'étude de l'oxyde de carbone considéré comme poison est une question des plus complexes, et dont l'étude est du plus haut intérêt au point de vue toxique.

Voici les faits que M. Chenot rapporte à l'appui de cette théorie. — Contrairement à ce qui a été écrit, l'oxyde de carbone de combustion ordinaire est un réducteur insuffisant et impuissant pour enlever l'oxygène aux métaux de la classe du fer. Cet oxyde de carbone de combustion offre déjà des dangers comme poison.

Mais si l'oxyde de carbone de combustion, c'est-à-dire celui qui contient 4, 5, même 6 volumes d'azote, n'est pas un réducteur puissant, l'oxyde de carbone pur est non-seulement un réducteur de la plus grande énergie, mais un poison violent, un poison foudroyant à très-faible dose.

Un état de santé des plus pénibles est pour moi la conséquence de plusieurs empoisonnements par ce gaz, dont je fais un usage très-fréquent en raison de ses propriétés énergiques et toutes spéciales comme réducteur. Je désire donc éviter, à ceux qui poursuivront mes travaux, les dangers attachés à leur pratique, en leur signalant ce dernier d'une manière toute spéciale.

En 1846, j'étais à l'usine de Stolberg (Prusse), pour faire des études sur les minerais de zinc et leur traitement à différents points de vue. Dans le cours de mes expériences, je voulus faire des études sur l'oxyde de carbone, qui est le résultat de la réaction des oxydes mêlés à un excès de charbon. Dans ce but, faute d'un instrument convenable pour recueillir ce gaz, je le puisais dans l'appareil avec une pipette, et le renvoyais sous une cloche. Pendant que j'étais occupé à cette opération, l'ingénieur des mines et de l'usine eut à me parler et me frappa sur l'épaule sans que je m'y attendisse; je fis alors, à ce qu'il paraît, une ingération du gaz contenu dans ma bouche et tombai immédiatement à la renverse comme foudroyé.

Voici quels furent les effets extérieurs et intérieurs de cet anéantissement subit de toutes facultés extérieures, exposés d'après un extrait du procès-verbal que nous avons dressé, le directeur, l'ingénieur et moi, après que je fus un peu remis; et cet extrait est d'une concordance complète avec un dernier accident dont je parlerai tout à l'heure, et qui m'est arrivé il y a deux mois.

Extérieurement : 1° On tombe comme frappé par la foudre; 2° les yeux sont renversés dans leur orbite; 3° les membres sont crispés; 4° la peau se décolore; 5° les veines se gonflent et se dessinent d'une teinte noire sous la peau. *Intérieurement* : 1° La sensibilité est extrême; la vie est pour ainsi dire exaltée; toutes les idées ou tous les intérêts principaux, toutes les affections dominantes se reproduisent à l'esprit comme dans un mirage instantané; 2° on éprouve dans le thorax des douleurs atroces analogues à un arrachement intérieur; cette douleur sourde est des plus vives; on sent que le cerveau est vivement comprimé, soit comme action principale, soit comme action nerveuse provoquée par la douleur.

Étant dans cette position, je fus porté à l'air sans aucunement m'apercevoir de ce transport, non plus que des lotions d'eau, de vinaigre, et des inhalations d'ammoniaque, etc. Au bout d'un quart d'heure, le sentiment extérieur revient lentement, et progressivement accompagné des douleurs intérieures dont il vient d'être question, mais alors se traduisant en un sentiment de suffocation accompagné de froid, et d'une sueur perlée sur tout le corps, mais particulièrement à la tête.

Pendant plusieurs jours, la lassitude est générale et continuelle; les digestions se font très-mal. Du reste, le dégoût de toutes choses est général. Le sommeil, de léger qu'il était, est devenu opiniâtre et lourd; il est fréquemment troublé par des crampes aux jarrets et aux doigts de pieds.

Pendant plusieurs mois, ces effets, tout en s'atténuant beaucoup, conservent une influence marquée sur la santé; on est porté à la tristesse, à l'abattement et au dégoût; on craint beaucoup le bruit inattendu d'un choc quelconque; celui-ci provoque une secousse nerveuse analogue à une décharge électrique. Peu à peu cet état se modifie en passant à celui d'une espèce d'insensibilité qui, pour moi, s'est fixée plus particulièrement à l'extrémité des doigts, à des degrés d'intensité variable avec l'état de l'atmosphère. Somme toute, on le voit, l'empoisonnement par l'oxyde de carbone pur est des plus terribles en lui-même et entraîne une désorganisation profonde.

Je suis maintenant sous l'influence du second empoisonnement dont je viens de parler et qui a eu lieu par la rupture subite d'un tube manomètre contre lequel je me suis heurté la tête dans un endroit étroit. Tous les symptômes intérieurs sont absolument les mêmes, mais je ne fus pas renversé, je restai dans un état de demi-connaissance et capable de me soigner moi-même, suivant que je m'étais promis de le faire soit pour d'autres, soit pour moi.

Persuadé que le mal intérieur résultait d'une lésion provoquée par l'effet que je viens de dire à propos de la théorie de l'action de l'oxyde de carbone comme poison, j'ai bu, pendant plusieurs jours et autant que je l'ai pu, de l'eau gommée et de guimauve : je crois avoir atteint mon but autant que possible. Néanmoins, le dégoût, la faiblesse et une force d'inertie insurmontable me dominent continuellement; l'insensibilité de l'extrémité des doigts est devenue extrême; et, par opposition singulière, non-seulement les chocs me font frémir électriquement, mais une goutte d'eau qui tombe sur ma peau, ou un attouchement quelconque, même le mien, me produisent une sensation d'irritation. Les bains semblent faire un bien extrême; plusieurs heures après, le calme est beaucoup amélioré; mais quelquefois dans le bain on éprouve une espèce d'agacement général.

(Commissaires : MM. Thénard, Dumas, Pelouze, Rayer.)

EMBRYOGÉNIE DU COENURE CÉRÉBRAL.

M. DE QUATREFAGES communique l'extrait d'une lettre qu'il a reçue de M. KUCHENMEISTER, qui continue ses expériences sur l'embryogénie des vers cestoïdes :

« Lorsque les têtes du cœnure ne sont pas bien développées, dit M. Küchenmeister, elles avortent; mais leur développement est complet, chacune d'elles, ou peu s'en faut, donne naissance à un ver rubanaire. Un petit nombre seulement échappe à la transformation. Celle-ci peut être ou retardée ou empêchée par certaines affections du tube intestinal accompagnées de diarrhées et d'ulcération (*typhus abdominalis, catarrhus folliculorum acutus, etc.*). Sur cent têtes de cœnure données avec des aliments, j'en ai trouvé quatre-vingts transformées en ténia.

» Vos réserves au sujet de mes conjectures sur le polymorphisme du cœnure et des cysticerques étaient parfaitement fondées. Six moutons nourris avec des œufs de ténia et du cœnure, ont montré à la fois des cœnures dans le cerveau, et de plus un grand nombre de jeunes vésicules enkystées (*incapsulées*) sur les parois du ventricule, de l'œsophage, du diaphragme, du cœur, du poumon, etc. Mais tous ces germes ont déperi, et aucun d'eux n'a donné naissance à un cysticerque ténuicolle. »

L'auteur de la lettre ajoute quelques réflexions sur les prétendues ovicapsules des cysticerques et sur les rapports qui existent entre la grandeur des vésicules et celle des crochets embryonnaires.

— M. BAUDENS prie l'Académie de vouloir bien le comprendre dans le nombre des candidats qui seront présentés pour la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie, par suite du décès de M. Roux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 25 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre de la guerre demande qu'il soit fait un rapport complémentaire sur l'opium algérien. (Renvoi à la commission dont M. Bouchardat est rapporteur.)

— M. AUBERGE, médecin principal de l'hôpital militaire de Bone (Algérie), adresse des considérations générales sur les diverses médications qui ont été employées à cet hôpital durant l'endémo-épidémie de 1853, c'est-à-dire du 1er novembre 1853 au 28 février 1854, par les trois médecins traitant. C'est une suite du rapport sur l'endémo-épidémie de 1853 que M. Auberge a fait parvenir à l'Académie en février dernier. (Comm. des épid.)

— M. le docteur LEPRESTRE, chirurgien en chef des hôpitaux de Caen,

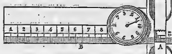
communique la relation d'une opération d'anus artificiel chez un nouveau-né. (Comm. : MM. Huguier, Robert.)

— M. Delfrayssé soumet à l'examen de l'Académie la description d'une algalie à ressorts dilatateurs de son invention. (Comm. : M. Ségalas.)

— M. Mignard Billing adresse à l'Académie une lettre dans laquelle il réclame la priorité d'invention d'un compas d'épaisseur à cadran présenté comme nouveau par M. Leroy-d'Étiolles, compas destiné à mesurer le calibre des sondes, et par conséquent à remplacer la filière généralement adoptée.

M. Mignard Billing a imaginé un instrument en 1846; un brevet et un rapport à la Société d'encouragement, publié à la même époque dans le Moniteur industriel, en font foi.

Il en avait fait la même année le dépôt chez M. Charrière,



qui le montra alors à M. Leroy, en lui indiquant la possibilité de s'en servir pour le mesurage des sondes, circonstance qui aurait dû engager ce chirurgien à rapporter la découverte et l'idée de l'application à leurs véritables auteurs.

Explication de la figure. Calibre représenté ouvert de 0,011 m., ainsi que l'indique l'aiguille mobilisée par la crémaillère A. — C,C. pointe d'acier et porte-crayon qui se monte à vis sur les branches pour s'en servir comme d'un compas.

— M. Fermond adresse un mémoire sur la conservation des sangsues médicinales. (Comm. nommée, M. Soubeiran, rapporteur.)

— M. Peneton adresse à l'Académie des fruits de cédrons qu'il a rapportés de la Nouvelle-Grenade, province du Choco. (Comm. : MM. Chevallier, Duméril.)

Nouveau trois-quarts lancéolé.

M. Cloquet met sous les yeux de l'Académie un trois-quarts de son invention, auquel il donne le nom de trois-quarts lancéolé. Le trois-quarts ordinaire ne peut convenir, en général, pour les tumeurs molles fuyant sous la pointe de l'instrument, et pour les tumeurs à parois épaisses et résistantes. Obligé que l'on est, dans ces cas, de donner une impulsion vive et soudaine pour faire pénétrer la pointe, la tumeur fuit ou résiste, et on est réduit ensuite à faire une ponction avec le bistouri. Le trois-quarts ordinaire, a, en outre, l'inconvénient de déchirer autant que de couper les parties. C'est pour obvier à ces inconvénients que M. Cloquet a eu l'idée de modifier le trois-quarts ordinaire en remplaçant sa pointe par une pointe lancéolée à trois tranchants, qui fait une piqûre triangulaire à la manière d'une piqûre de sangsue.

Le nouvel instrument de M. Cloquet lui paraît particulièrement applicable dans les cas suivants : dans l'hydrocèle à parois cartilagineuses épaisses, résistantes; dans certains kystes à parois épaisses, fibreuses; dans l'hydrocèle flasque enkystée du cordon; pour la ponction de la vessie; pour les tumeurs fluctuantes faisant saillie dans le vagin ou le rectum; dans l'hydropisie des ovaires et les kystes abdominaux; dans les abcès froids, l'hydrocèle du cou, etc.

— M. Gaillard (de Poitiers), correspondant de l'Académie, lit un mémoire intitulé : Étude sur la sensation de pesanteur qui accompagne les affections utérines. (Nous publierons ce travail en entier dans notre prochain numéro.)

Coxalgie chez le fœtus.

M. Morel-Lavallée lit un mémoire sur la coxalgie chez le fœtus considérée comme cause de la luxation congénitale.

L'auteur résume son mémoire en ces termes :

En résumé, ces deux enfants présentaient, quand ils ont été soumis à notre observation, les signes d'une coxalgie très-ancienne et presque identique. Dans les deux cas, extension de la cuisse, flexion légère du genou, longueur normale du membre, direction naturelle du pied, mobilité extrêmement exagérée du fémur, dont la tête se promène sur tous les points d'une large zone autour du cotyle, sans crépitation. Dans les deux cas, constitution chétive, épistaxis ultime. Dans tous deux, abcès phlegmoneux énorme de la hanche, embrassant entre les deux branches d'un prolongement supérieur bifurqué l'os des iles dont il recouvre ainsi la face externe et la face interne, et occupant, par un appendice inférieur, une grande partie de longueur de la cuisse; dans tous deux, la capsule et le bourrelet ne sont représentés que par des débris, le ligament rond que par un rudiment cotyloïdien, la tête fémorale que par son tiers externe, l'acétabulum que par une cavité superficielle, dont les trois pièces constitutives sont mobiles et dont deux sont cariées, les deux mêmes; enfin dans les deux cas, il y avait luxation directe en dehors par le refoulement. Les deux pièces se ressemblent tellement qu'en examinant la seconde, l'habile conservateur du musée Dupuytren, M. Houel, a cru reconnaître la première. L'Académie, qui a ces pièces sous les yeux, comprendra cette méprise.

La lésion remontait-elle bien réellement à la vie fœtale? C'est un point qui n'a pas même été l'objet d'un doute pour les personnes qui ont vu les pièces, et parmi lesquelles je prendrai la liberté de citer plusieurs membres de cette savante compagnie, MM. Velpeau, Bouvier, Danyau. Cette opinion d'hommes si compétents vaut une démonstration, parce qu'elle est le résultat de l'exacte appréciation des faits. Effectivement, ces enfants avaient l'un 6 et l'autre 11 jours quand la manifestation extérieure de l'affection était à son maximum. Est-il admissible que le début de cette affection soit postérieur à la naissance, et qu'elle ait atteint en aussi peu de temps un développement qu'elle acquiert rarement chez l'adulte en plusieurs mois, et que, dans les deux cas, quinze jours aient suffi à produire les graves désordres révélés par l'autopsie? Cette destruction presque complète de la capsule chez l'un des petits malades, son énorme dilatation chez l'autre, et la carie du cotyle et sa déformation, et l'isolement de ces trois pièces, que cet isolement soit dû à un défaut de réunion ou à une disjonction par destruction du cartilage d'ossification destiné à les souder entre elles.

Mais l'état si rudimentaire du ligament rond et de la tête fémorale ne serait-il pas un argument décisif en faveur de l'existence intra-utérine de la coxalgie? En effet, il faut choisir entre les deux hypothèses suivantes : ou il y avait une articulation mal formée que l'inflammation a envahie, ou bien il y avait une articulation qui a été surprise dans sa formation, jusque-là régulière, par une maladie qui en a entravé l'évolution. Or on ne voit pas l'influence d'un arrêt de développement sur la production d'une inflammation, tandis que l'on comprend l'influence d'une coxalgie sur l'arrêt de développement.

Tout, dans ces deux faits, jusqu'à la constitution misérable des deux enfants, qui révèle une atteinte profonde et de longue date, tout force à placer le début de la maladie au delà de la naissance, et même à une époque assez reculée.

Faut-il donc poser en principe que les luxations congénitales du fémur s'expliquent toutes par une coxalgie, ou par une hydarthrose, par une maladie articulaire? Nous n'oserions. Il y a des anomalies articulaires qui ne peuvent s'attribuer qu'à un oubli du plan que la nature s'était tracé. Nous avons présenté à la Société de biologie une épaule où les surfaces articulaires étaient renversées. La tête était sur le scapulum, et la cavité avec son bourrelet glénoïdien sur l'humérus. De telles anomalies ne peuvent être l'effet d'une maladie, et Vrolich en a rencontré d'aussi bizarres à la hanche; mais ce sont là des exceptions extrêmement rares.

Enfin nous croyons pouvoir légitimement déduire de ce qui précède les conclusions suivantes :

1° Les deux cas dont nous présentons les observations et les pièces sont des exemples incontestables de coxalgie chez le fœtus.

2° Dans ces deux cas, la coxalgie, aussi caractérisée que chez l'adulte, a produit une nouvelle espèce de luxation, *directement en dehors et en bas*.

3° Des cas plus obscurs, où il n'y avait que du pus en petite quantité, s'éclairent par les précédents et se rangent à côté d'eux.

4° Dans les cas où l'on n'avait trouvé avec la luxation qu'une dilatation de la capsule et une légère augmentation de la synovie, l'hydarthrose avait causé le déplacement.

5° Les cas de luxation, avec hypertrophie du peloton adipeux cotyloïdien, se rattachent à l'hydarthrose, et la graisse n'a fait qu'occuper la cavité dont l'accumulation du liquide avait chassé la tête, ou bien, en même temps que la synovie augmentée repoussait la tête, le gonflement simultané du peloton graisseux concourait au même but.

6° En dernière analyse, la luxation congénitale du fémur reconnaît généralement pour cause une affection de la hanche chez le fœtus, coxalgie, arthrite, hydarthrose.

— M. Oudet termine la lecture de son mémoire ayant pour titre Considérations générales sur l'anatomie et la pathologie des dents.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

Des fièvres intermittentes miasmatiques ou légitimes; de leur nature et de leur traitement; nouvelle théorie de l'intermittence; par le docteur Masurel, médecin-major de première classe — Une brochure in-8° de 128 pages. — Paris, 1854.

Les principales questions traitées dans ce travail peuvent se résumer sous ces trois chefs : nature de la fièvre intermittente et réfutation complète des idées de M. Piorry sur ce sujet; nouvelle théorie de l'intermittence; nécessité de l'association des toniques, du fer en particulier, au sulfate de quinine, dans bon nombre de cas.

1° *Nature de la fièvre intermittente*. M. Masurel ne pense ni que ce soit une gastro-entérite, avec Broussais, ni une névrose cérébro-spinale, avec MM. Rayer et Guérin de Masmers, ni une irritation cérébro-spinale, avec M. Maillot, ni une splénopathie, avec M. Piorry. M. Masurel a eu la chance malencontreuse d'avoir cet honorable professeur pour rapporteur au sujet d'un mémoire présenté à l'Académie et roulant

sur plusieurs points de l'histoire des fièvres intermittentes, notamment sur leur nature. Pas n'est besoin de dire dans quelles vues ce rapport a été conçu. M. Piorry parle selon sa conviction. M. Masurel se croit peut-être trop obligé de répondre; l'Académie et le public médical se sont suffisamment prononcés, ce nous semble, au sujet de l'opinion de l'honorable professeur. Nous ne croyons même pas nécessaire de donner ici la substance de la réfutation de M. Masurel : le lecteur la connaît d'avance. Elle est présentée dans son entier, avec les moyens et l'acquit d'un homme qui a beaucoup vu et bien observé pendant son séjour en Algérie, terre si fertile en fièvres intermittentes. Dans les vingt observations qui accompagnent ce travail, on trouvera un nombre très-notable de cas où la percussion a limité une rate normale. M. Masurel rappelle aussi que, dans un travail qui nous est commun avec M. Sonrier, nous avons trouvé cet organe sain chez des individus ayant succombé à la fièvre pernicieuse de forme comateuse. Ici, sur le cadavre, la constatation des dimensions ne peut faire l'objet d'un doute.

M. Masurel partage, sur la nature de la fièvre intermittente, l'opinion qui a généralement cours parmi les bons esprits et chez les observateurs sans idées théoriques préconçues. La cause prochaine réside dans une intoxication du sang, et la phénoménisation de la maladie sous forme d'accès provient d'une névrose ganglionnaire provoquée par le contact de ce sang vicié. Il arrive un moment où le sang ne fournit plus au système nerveux le stimulant normal, où la perversion des fonctions nerveuses s'établit en permanence, et où, d'autre part, le système sanguin, incité incomplétement par un influx nerveux dévié de son état normal, dégénère de plus en plus : dans ces cas graves, dans ces périodes avancées, les deux systèmes réagissent donc l'un sur l'autre et empirent mutuellement leur état pathologique.

M. Masurel nous montre le sang intoxiqué agissant sur le système nerveux à la manière d'un sédatif, d'un dépressif, d'un hyposthénisant : telle est la cause du premier stade, celui qui constitue essentiellement la fièvre intermittente, et qui détermine sa nature ou au moins son mode d'action spécial. Les deux périodes suivantes ne sont que la réaction de l'économie prenant le dessus sur le mal.

2° *Théorie de l'intermittence.* Lors du troisième stade, la diaphorèse élimine une partie du toxique : de là vient la suspension de la maladie, la période apyrétique; mais tout le toxique n'étant pas chassé de l'économie et le système nerveux n'étant point rétabli dans son intégrité, leur influence délétère combinée fait bientôt dominer la puissance du mal sur les forces de l'organisme : de là un nouvel accès. Le type est commandé par la quantité de toxique éliminée, par l'action plus ou moins puissante des médicaments employés pendant l'intervalle apyrétique, dans le but de rétablir dans leur intégrité le sang et le système nerveux ganglionnaire, enfin par les dispositions mêmes de l'individu.

Cette théorie de l'intermittence a au moins le mérite d'être spécieuse; elle explique bien mieux les phénomènes que celles qui ont été émises. Elle est, par exemple, évidemment supérieure à celle de M. Roche, qui met l'intermittence de l'effet sous la dépendance de l'intermittence de la cause. Cette dernière théorie se trouve impuissante au premier pas, car comment se rendre compte, par son secours, des fièvres qui se développent après le seul passage dans une localité marécageuse? Ici il n'y a qu'une action d'un moment, et la répétition d'une même cause à intervalles réguliers n'a rien à prétendre.

3° *Traitement.* La fièvre intermittente arrivée à un certain degré de développement étant constituée par la double altération du système nerveux et du liquide en circulation, il faut user de médicaments propres à rétablir l'un et l'autre dans leur intégrité. Le sulfate de quinine est sans doute à la fois un modificateur du système nerveux, un névrosthénique, et un tonique qui agit favorablement sur le sang; mais, quand celui-ci est profondément dénaturé, l'action de ce médicament ne suffit plus; il faut lui venir en aide à l'aide de diverses substances, parmi lesquelles le fer figure en première ligne, le fer, qui rend au sang sa richesse et sa vitalité. Ces vues semblent bonnes, et, qui mieux est, ces préceptes sont fort sages. L'iodure de fer est la préparation que M. Masurel associe au sulfate de quinine dans les fièvres assez anciennes pour exiger cette médication complexe. Ce médecin militaire cite plusieurs cas fort nets, dans lesquels le sulfate de quinine seul n'a point réussi, tandis que la fièvre a été domptée aussitôt qu'on lui a associé cette préparation ferrugineuse. Il pense qu'on a trop simplifié la thérapeutique de la fièvre intermittente, et que le sulfate de quinine ne suffit pas toujours à lui seul à toutes les indications. Il faut saisir celles-ci dans leur diversité, et leur approprier son traitement. Tantôt tel adjuvant sera exigé, tantôt une autre substance médicamenteuse sera réclamée.

Cette détermination des deux éléments thérapeutiques propres à déraciner la fièvre, en l'attaquant par tous les points, lorsqu'on les réunit, n'est point chose nouvelle dans la science; cette analyse des effets du quinquina en toniques et en modificateurs du système nerveux, ne date pas non plus d'aujourd'hui. On s'en assurera en lisant un travail inséré dans les ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, année 1843 (1). M. Em. Cordier a même cherché à utiliser ces notions pour instituer un traitement sans sulfate de quinine ; à l'aide des évacuants gastro-intestinaux, il agit sur le système nerveux, dont il utilise l'action perturbatrice, et il remplit l'indication tonique en ayant recours aux agents appropriés, à la gentiane notamment (2).

Quand la cachexie paludéenne est arrivée, les toniques et les ferrugineux sont journellement employés; mais il ne faut pas même l'attendre pour avoir recours à cette médication complexe. M. Masurel rend certainement service en instituant la thérapeutique dans ce sens; on ne saurait trop redire ce qui est bon et utile. Mais ce précepte n'est point neuf, ainsi qu'en témoigne le paragraphe suivant.

« Quand le sujet a déjà été modifié par l'absorption du miasme, quand son habitude extérieure trahit l'infection paludéenne, les rechutes sont imminentes, la cachexie, l'œdème, les engorgements et l'anémie *menacent*..... Je prescris une alimentation généreuse et du vin, je donne chaque jour une décoction de quina, un litre d'infusion de centaurée, du café et des ferrugineux, etc. (3). »

C'est ici le lieu de faire remarquer, et nous serons en cela sans doute encore parfaitement d'accord avec M. Masurel, que le sulfate de quinine ne représente pas complétement le quinquina; certaines substances toniques, amères, extractives, manquent à ce sel et se trouvent dans l'écorce du Pérou. Aussi avons-nous depuis longtemps formulé l'indication bien précise du quinquina en nature dans les vieilles fièvres, contre les récidives et la cachexie. Là où le sulfate de quinine échoue, la décoction réussit. Bien plus, nous avons trouvé que la poudre de quinine en nature, vieille et primitive préparation qui a le désagrément de répugner souvent au malade et de ne pas être d'une facile digestion, est cependant encore ce qu'il y a de plus efficace dans les fièvres quartes.

Nous nous félicitons de nous être rencontré avec M. Masurel, en opérant dans deux pays différents. Cette concordance milite en faveur des médications que nous employons chacun de notre côté.

FÉLIX JACQUOT.

VARIÉTÉS.

— Par décret impérial en date du 17 avril 1854, M. le docteur Vernois a été nommé médecin consultant de l'empereur. Il est remplacé comme médecin par quartier par M. le docteur Prosper de Piétra-Santa, secrétaire du service de santé de la maison de S. M.

— Le corps médical belge vient de perdre un de ses plus anciens membres. M. le docteur Naeghels a succombé le 15 avril, à l'âge 74 ans. M. Naeghels était médecin honoraire de la Cambre et membre de l'Académie de médecine.

— La Société de médecine de Marseille propose pour sujet d'un prix de la valeur de 300 fr., qui sera décerné dans la séance publique de 1854, la question suivante :

« 1° De l'accouchement prématuré artificiel ;

» 2° Dans quelles circonstances et à quelle époque de la gestation faut-il le pratiquer?

» 3° Quel est le meilleur moyen de le terminer? »

Les mémoires, écrits en français ou en latin, devront être remis dans les formes académiques et avant le 1er septembre 1854, terme de rigueur, à M. Henri Méli, secrétaire général de la Société, rue des Chartreux, 15, à Marseille.

(1) Félix Jacquot, ESSAI D'UNE ANALYSE DES EFFETS THÉRAPEUTIQUES DES QUINQUINAS ET DU SULFATE DE QUININE, etc.

(2) Em. Cordier, MÉMOIRE SUR UNE MÉTHODE THÉRAPEUTIQUE PROPRE A REMPLACER LE SULFATE DE QUININE DANS LE TRAITEMENT DES FIÈVRES PALUDÉENNES. (GAZ. MÉD., 1853, p. 19 et 32.)

(3) Félix Jacquot, HISTOIRE MÉDICALE DE L'ANNÉE 1850 A L'ARMÉE D'OCCUPATION DE ROME (GAZ. MÉD., 1851).

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE SANITAIRE.

DES COMPLICATIONS DU CHOLÉRA. — CARACTÈRES DES VRAIES ÉPIDÉMIES CHOLÉRIQUES. — NATURE DES MALADIES RÉGNANTES. — BULLETIN DU CHOLÉRA.

Une particularité à peine signalée en 1832, étudiée en 1849, et qui ressortira mieux, nous n'en doutons pas, de l'observation de l'épidémie actuelle, est celle qui a trait à la combinaison du choléra avec différentes affections auxquelles il emprunte ou il prête des symptômes spéciaux, une marche anormale et diverses altérations anatomiques. La GAZETTE MÉDICALE a signalé à plusieurs reprises l'importance des mesures hygiéniques et prophylactiques à adopter contre le choléra nosocomial. Elle n'a point encore apprécié la valeur purement pathologique de ce fait, ni cherché à interpréter ses caractères. Le moment est venu de dire notre pensée sur ces affections qu'on a vues se développer en si grand nombre dans les salles des hôpitaux sur des sujets porteurs des maladies les plus diverses.

La première question qui doit nous occuper a trait à la nature des maladies qui se compliquent le plus souvent de choléra. Nous ne pensons pas que l'étude de l'épidémie actuelle fournisse à ce sujet des données précises sur le rôle que jouent certaines affections comme prédisposition à la maladie régnante. L'épidémie nous a paru frapper indistinctement telle classe d'affections ou telle autre. Il n'est point de maladies, en effet, comme on avait semblé le croire d'abord, qui jouissent d'une immunité particulière relativement au choléra. Cette affection est susceptible de se combiner, nous dirons mieux, de se superposer à toutes les maladies aiguës et à toutes les maladies chroniques. Pour ces dernières, on comprend en quelque sorte l'adjonction facile du choléra, ces malades étant surtout, par rapport aux maladies épidémiques, dans la condition des sujets débilités. Mais dans le cas de maladies aiguës bien caractérisées dans lesquelles le processus morbide a une marche, une durée, une phénoménisation prononcées, on s'explique plus difficilement la coïncidence d'une autre affection. Ce qu'il paraît y avoir d'anormal dans ces cas tient probablement à l'ignorance où nous sommes sur le rôle de la plupart des causes prédisposantes. Nous pouvons dire toutefois, dès aujourd'hui, d'après une observation qui nous est propre, qu'il y a une première distinction à faire entre le choléra qui se montre tout à fait au début des maladies aiguës et celui qui survient dans le cours ou sur le déclin de ces affections.

Au début des maladies aiguës: pneumonies, méningites, rhumatismes, fièvres typhoïdes, fièvres éruptives, quand celles-ci commencent à peine à se caractériser, on voit quelquefois survenir brusquement les symptômes les plus marqués du choléra. Si cette seconde maladie, entée en quelque sorte sur la première et à l'occasion de la première, suit son évolution naturelle et prolongée, les symptômes de la première maladie disparaissent quelquefois totalement. Que si, au contraire, par une réaction vivement suscitée, les premiers symptômes cholériques sont arrêtés, on voit souvent, dans ces cas, la maladie primitive reparaître avec ses symptômes légèrement modifiés et quelquefois atténués. — Dans le cours des maladies aiguës bien établies, le choléra paraît se comporter comme dans les maladies chroniques; l'affaiblissement du malade est alors une des causes de son développement, et l'existence d'une lésion organique ou fonctionnelle importante est en quelque sorte un obstacle à l'évolution normale et régulière de la maladie surajoutée.

En dehors de ces catégories qui nous sommes obligé d'établir d'une manière tranchée, on rencontre assez souvent des choléras qui ne paraissent point avoir présenté, au début, des symptômes différents de ceux qui marquent les prodromes des affections cholériques. Dans ces cas, la marche de la maladie n'est pas bien caractérisée, et la gravité de l'affection ne ressort pas bien nettement des principaux symptômes. Si la mort survient, on trouve, à l'autopsie, à côté des caractères anatomiques du choléra, des lésions propres à d'autres affections: pneumonie, péricardite, méningites, affections complétement masquées pendant la vie par les symptômes du choléra. Il nous paraît important d'insister sur ces faits, parce qu'au lit du malade, en ne tenant pas compte de toutes ces données, on pourrait prendre pour un choléra type un choléra compliqué, et au lieu de rapporter à leurs différents chefs des symptômes et des lésions qui n'ont aucune affinité réciproque, on pourrait, à l'aide d'interprétations diverses, les rapporter au choléra lui-même.

Si de nombreuses difficultés se rencontrent encore dans l'étude clinique du choléra, il faut s'appliquer à les faire disparaître en faisant rentrer les faits anormaux, bizarres, exceptionnels, dans le cadre des faits normaux. Nous en dirons autant de l'étude épidémiologique du choléra. Ce n'est point en faisant ressortir des différences accidentelles que l'on préparera les éléments de la plupart des questions qui ont trait au développement et à la marche des épidémies cholériques. Ce n'est qu'à l'aide d'un grand nombre d'observations qu'on peut se prononcer pour ou contre telle opinion. Les caractères généraux des faits une fois saisis, il reste à expliquer les faits exceptionnels. Or la raison d'être de ces faits se déduit généralement des circonstances dans lesquelles ils se produisent. A ce sujet on trouvera peut-être quelque opportunité aux remarques suivantes sur les caractères des vraies épidémies cholériques.

Si de ce que l'on observe actuellement, on peut induire que nous avons à craindre le développement d'une épidémie cholérique pendant les mois des plus fortes chaleurs, il faut se garder de conclure que nous sommes dès aujourd'hui au début ou dans le cours d'une véritable épidémie. Le choléra peut exister à titre de maladie régnante dans une localité, se mêler à d'autres affections, se développer en cas plus ou moins nombreux, cela ne constitue pas pour nous une véritable épidémie qui a un début net, une marche croissante et décroissante prononcée. Il y a telle ville où le choléra ne s'est jamais présenté avec les caractères et la marche des véritables épidémies, mais où il a existé comme maladie régnante plus ou moins grave. Il y a d'autres localités où le choléra s'est montré épidémique à plusieurs reprises et où il revient encore au début, à la fin, ou entre les épidémies cholériques; mais il se montre alors comme maladie régnante et plutôt à titre de maladie sporadique ou endémique qu'à titre épidémique. Cela s'applique à ce que l'on a observé et à ce que l'on observe actuellement en Russie, à Saint-Pétersbourg, par exemple. Nous pensons qu'il existe entre ces différents modes de développement du choléra des affinités nombreuses; nous croyons que le fond de la maladie reste le même aux divers degrés ou dans tous les

FEUILLETON.

L'ACADÉMIE IMPÉRIALE LEOPOLDINO-CAROLINA DES NATURALISTES.

Nunquam otiosus.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

RELATIONS DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE LEOPOLDINO-CAROLINA DES NATURALISTES AVEC LA SOCIÉTÉ MÉDICALE ALLEMANDE A PARIS.

De tout temps on partageait en Allemagne cette opinion que les voyages seuls peuvent achever l'éducation du savant et faire progresser la science.

Il n'y a que les voyages à l'étranger qui peuvent fournir le terme de comparaison entre les résultats qu'on doit au pays natal et ceux de l'étranger. Celui qui ne sort jamais de son appartement ne saura jamais s'il est mieux ou moins bien fourni que celui d'un autre.

C'est donc aux sciences médicales et naturelles qu'on doit l'affluence énorme des savants à Vienne, à Prague, à Würzburg, à Londres et à Edimbourg, affluence de savants accomplis et aussi de ceux qui ne viennent que d'acquérir leur diplôme et qu'attirent les institutions médicales dotées largement par l'État. Jamais un Allemand, ceci dit en passant, ne quitte sa patrie pour voyager, sans avoir fini sa carrière de faculté.

L'immense matériel que renferme Paris pour les observations médicales et d'histoire naturelle et la centralisation des efforts multiples pour en tirer parti sont la cause du grand nombre d'apôtres de la science qui s'y réunit toujours. Il leur a fallu un centre tout à la fois scientifique et social. Comme les médecins anglais depuis 1837 et tout récemment en 1851 les médecins américains, les Allemands se voyaient rapprochés par les liens du langage, de la naissance, de la même instruction, et par l'intérêt scientifique et social en même temps. Jusqu'au moment de la formation d'une société reconnue par les lois, plusieurs réunions en petits cercles avaient existé pendant quelque temps et avaient interrompu leur activité faute d'une organisation définitive et durable. La première de ces réunions remonte à l'année 1830, et est due à l'activité incessante de M. Sichel.

Le 11 mai 1844 MM. E. Stromeyer, Szokalski, Kolb, Feldmann, Sebster, Otterburg et d'autres ont fondé définitivement la *Société médicale allemande à Paris*. Son but est de créer un centre scientifique pour les médecins allemands, de provoquer entre eux des études comparatives sur les résultats des différents pays obtenus dans le domaine de la médecine et des sciences naturelles, de fournir aux médecins allemands qui ne sont à Paris que pour un court espace de temps les informations ayant trait à leurs études et à leurs spécialités scientifiques, de fonder enfin une bibliothèque médicale allemande permanente à Paris, accessible du reste également aux Français, et de

modes de développement. Mais quand il s'agit d'étudier la marche des épidémies, il faut prendre avant tout de véritables épidémies.

Nous avons à plusieurs reprises voulu déterminer de la manière la plus exacte la nature des maladies régnantes. Nous pourrions esquisser ici les caractères communs des affections qui règnent en ce moment, caractères qui relèvent bien évidemment de l'influence cholérique; il y aurait là ample matière à description et à interprétation. Nous aimons mieux rechercher le genre et l'espèce des affections qui se montrent maintenant et qui ont été observées à trois différentes époques du mois passé. Nous empruntons ces détails à la statistique des entrées de l'un des hôpitaux de Paris qui reçoit, comme hôpital militaire, des hommes de 20 à 30 ans, assez robustes, vivant en commun, et sujets, d'une manière plus prononcée que la population civile du même âge, à toutes les maladies zymotiques.

MALADIES AIGUES AUTRES QUE LE CHOLÉRA.

	Avril.												Mai.			
Entrées les	1er	2	3	4	15	16	17	18	21	22	23	24	1er	2	3	4
Diarrhées, embarras gastriques, troubles intestinaux divers, cholérines	2	2	5	0	4	4	3	7	12	7	6	6	9	6	8	17
Rougeoles	2	1	2	0	1	1	0	0	2	0	1	2	0	2	3	3
Scarlatines	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Varioles	1	1	0	2	0	0	2	0	4	1	0	3	1	0	0	0
Oreillons	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Angines	0	2	1	0	0	1	0	1	3	0	4	0	2	2	3	2
Érysipèles	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fièvres intermittentes et éphémères	1	2	0	1	1	1	1	1	4	1	5	0	4	1	1	2
Fièvres typhoïdes	0	0	2	0	1	0	2	0	0	1	0	0	0	0	2	0
Bronchites	4	4	1	1	1	4	1	2	5	3	7	3	4	2	5	5
Pneumonies	1	0	0	0	0	1	0	0	2	1	1	0	0	2	0	0
Pleurésies	0	0	0	0	0	1	1	0	1	2	5	2	2	3	0	0
Rhumatismes articulaires	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1
Péricardite	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ictère	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	1	1	0	0	1	0

BULLETIN DU CHOLÉRA

Le mouvement rétrograde du choléra qui se manifestait déjà dans les derniers bulletins de la semaine passée est encore plus marqué dans le mouvement journalier que nous faisons connaître aujourd'hui.

On se rappelle que le chiffre le plus fort des entrées aux hôpitaux a été, le 24 avril, de 58; que le nombre le plus considérable des décès à domicile a été de 27 le 26 avril.

Du 27 avril au 4 mai inclus, nous avons le tableau suivant :

	Avril, les 27	28	29	30	Mai, les 1er	2	3	4
Nombre des décès cholériques dans les hôpitaux	35	24	15	23	20	30	18	20
Nombre des entrées cholériques aux hôpitaux	29	19	14	11	19	12	12	17
Nombre de cas déclarés à l'intérieur des hôpitaux	19	7	7	12	9	6	13	7

Nombre des décès cholériques à domicile, du 30 avril au 4 mai inclus : 9 le 30 avril, 18 le 1er mai, 13 le 2, 12 le 3, 9 le 4.

Ce qui fait un total de 61 décès ainsi répartis :

Arrondissements :	1er	2e	3e	4e	5e	6e	7e	8e	9e	10e	11e	12e
Décès	3	3	12	0	7	6	3	4	2	11	5	5

l'enrichir des productions les plus nouvelles de la science médicale en Allemagne. La Société tend à acquérir ce but par des séances scientifiques hebdomadaires et l'entretien d'un local particulier où la collection de journaux et de livres est à la disposition des lecteurs pendant toute la journée. Dans les séances se font des discours scientifiques, des relations sur les faits observés et des comptes rendus sur des travaux manuscrits ou imprimés. Le tout se fait en langue allemande, bien que les discours des savants français qui ont honoré la Société de leur présence aient été écoutés avec le plus grand intérêt.

Un des principaux buts de la Société est, comme on voit, la fondation d'une bibliothèque médicale allemande à Paris ; elle a voulu, par un paragraphe spécial, mettre les confrères français à même de puiser aux sources scientifiques d'un pays dont la langue est trop peu connue en France, pour que tout le monde puisse se passer du concours libre et bienveillant que chaque sociétaire accordera à ceux qui désirent se servir des ressources que le budget de la Société permet d'acquérir. Pour participer temporairement à ces avantages, il suffit d'une simple demande écrite au comité.

Pour imprimer la direction la plus sérieuse aux travaux de la Société, pour parer en même temps aux effets des événements politiques qui ont trop souvent enlevé à Paris ses visiteurs et ses admirateurs, et pour ne point priver nos successeurs, ainsi que nos confrères français, des bénéfices d'une collection de livres et de journaux, la Société a jugé à propos de confier son existence morale et matérielle entre les mains d'une corporation vénérable par son ancienneté et à l'abri des fluctuations de l'esprit changeant du siècle.

Elle a choisi à cette fin la plus ancienne Académie, qui appartient à l'Allemagne entière, à l'Académie impériale Leopoldino-Carolina qui conserve un glorieux souvenir, au dernier monument de l'ancien empire allemand.

Le traité suivant fut conclu sur la proposition du président actuel, par la gracieuse médiation d'un Adjoint de l'Académie, M. le professeur Heyfelder à Erlangen, et sous les auspices et avec le consentement du président de l'Académie, M. le professeur Nees von Esenbeck à Breslau.

1. La Société médicale allemande est placée sous le protectorat de l'Académie impériale Leopoldino-Carolina des naturalistes, et ses statuts sont reconnus par cette dernière.

2. Ladite Société envoie à l'Académie un rapport annuel sur son activité qui est inséré dans les NOVA ACTA ACAD. L. C. NATUR. CUR., avec la liste des acquisitions bibliographiques de la même année.

3. La bibliothèque et le mobilier de la Société sont déclarés propriété de la bibliothèque académique en cas de cessation de son existence. L'Académie lui donne en retour à perpétuité une contre-lettre, au moyen de laquelle un certain nombre de médecins allemands qui viendraient établir à Paris une autre société basée sur les anciens statuts, pourra la faire reconnaître comme telle et se faire réintégrer par l'Académie dans les droits et dans la propriété de la société actuelle.

4. L'Académie donne à la Société un volume des NOVA ACTA et reçoit un mémoire de deux à trois feuilles et autant de planches, selon sa rédaction

La récapitulation, depuis la recrudescence jusqu'au 4 inclus, nous donne les chiffres ci-dessous :

Choléras admis dans les hôpitaux. . . .		474
— déclarés à l'intérieur		338
Total.		812
Nombre des décès dans les hôpitaux civils.		453
— dans les hôpitaux militaires		70
— enregistrés aux mairies.		273
— dans les communes rurales.		6
Total.		802

On annonce, d'après une lettre d'un médecin de la Nièvre, que le choléra se serait déclaré dans ce département, et qu'on en aurait observé environ 60 cas. Nous répétons ce fait sous réserves, en attendant la désignation des localités dans lesquelles le fléau aurait paru.

Les nouvelles d'Angleterre du 3 mai apprennent que l'épidémie, après une disparition de quelques mois, s'est de nouveau montrée à Édimbourg. Plusieurs cas ont été observés dans les maisons qui furent les premières atteintes en 1832.

A Liverpool, quelques cas graves se sont déclarés dans la partie la plus peuplée de la ville, à son extrémité nord.

Dans la quatrième semaine d'avril, bulletin du 29, on avait enregistré à Londres 1,211 décès, soit 141 en sus de la moyenne, qui est de 1,070. Les décès par suite de scarlatine augmentent, 64 au lieu de 29; par suite de typhus, 56 au lieu de 41. Il y a eu 10 décès de variole, 36 de rougeole, 59 de coqueluche, 19 de diarrhée, et point de choléra.

THOLOZAN.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR L'ICTÈRE QUI ACCOMPAGNE QUELQUEFOIS LES ÉRUPTIONS SYPHILITIQUES PRÉCOCES (lu à la Société de biologie en décembre 1853); par M. le docteur ADOLPHE GUBLER, médecin des hôpitaux, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

(Suite. — Voir les nos 13 et 15.)

RÉSUMÉ SYNTHÉTIQUE DES FAITS.

Après avoir exposé les faits dont nous avons été témoin ou qui sont parvenus à notre connaissance, jetons un coup d'œil sur leur ensemble et cherchons à esquisser les traits communs qui peuvent servir à les rapprocher et à les caractériser.

Dans sept de nos observations, l'ictère a coïncidé avec la diathèse syphilitique, manifestée par des accidents cutanés qu'on est généralement convenu d'appeler secondaires.

Dans le cas de Percy, l'infection était probable; mais les éruptions syphilitiques ne sont pas signalées.

L'ictère s'est montré dans tous les cas comme un accident précoce, accompagnant les syphilides exanthématiques ; il n'a présenté sous le rapport de son apparition que de très-légères différences qui méritent néanmoins de faire l'objet d'une remarque Le premier fait de M. Ricord nous montre la jaunisse antérieure, non-seulement à l'éruption syphilitique, mais encore aux phénomènes précurseurs de cet exanthème qui sont considérés comme les premiers indices de l'infection : je veux parler de la céphalalgie et de l'engorgement ganglionnaire cervical. Les choses se sont passées un peu différemment chez le jeune étudiant traité par M. Rames, puisque la coloration jaune de la peau et l'éruption paraissent s'être produites simultanément, ou du moins s'être succédé à si court intervalle que les deux phénomènes ont été aperçus à peu près en même temps. Au reste s'il y avait doute dans ce cas, l'antériorité devrait être accordée plutôt à l'exanthème. On peut dire d'une manière générale que ce sont des accidents contemporains.

La jaunisse peut rester légère ou moyenne. Deux fois (obs. 3 et 6), elle a été assez forte pour que la sécrétion salivaire ait entraîné la matière colorante de la bile.

Ordinairement elle atteint rapidement son maximum d'intensité. Sa durée est très-variable ; quelquefois très-courte, elle a pu se prolonger quinze jours et davantage, comme le prouvent les obs. 3 et 7.

Cette couleur jaune du tégument externe modifie toujours l'aspect des syphilides exanthématiques qu'elle vient compliquer ; elle peut même en voiler complétement les premiers états, particulièrement les formes roséolique et érythémateuse. M. Ricord en a le premier fait la remarque à l'occasion de son second malade. « Mais chez celui-ci, dit-il, l'intensité dans la coloration de l'ictère semblait plutôt avoir masqué que retardé l'éruption syphilitique. » Notre savant maître n'est même pas éloigné de croire que l'ictère peut s'opposer jusqu'à un certain point à l'éruption des syphilides ; car il ajoute : « Chez le malade dont nous avons parlé précédemment, la coloration moins intense de l'ictère avait permis d'observer plus vite l'existence de la syphilide, *peut-être aussi elle en avait moins gêné la manifestation.* » Il me paraît peu probable que l'ictère ait cette influence, puisque nous le voyons, dans les cas ordinaires, indépendamment de toute condition spéciale, donner lieu à des éruptions cutanées de formes diverses. Le raisonnement ferait admettre, au contraire, que la jaunisse dut précipiter l'apparition des syphilides, en appelant à la peau une certaine ritation qui se traduit souvent par des éruptions prurigineuses. D'ailleurs le développement des éruptions spécifiques dans le délai de deux mois après l'infection dans les cas observés par nous, prouve que, dans ces cas du moins, l'ictère n'a en aucune façon entravé la manifestation de l'exanthème.

Dans les limites de mon observation, j'ai toujours constaté au début des accidents cutanés, des troubles du côté des organes de la digestion, tels que anorexie, nausées, amertume de la bouche, douleur à l'épigastre. Ces symptômes ont été très-accusés chez le malade qui fait le sujet de l'obs. 4 et chez la jeune femme (obs. 8) dont l'état de grossesse constituait évidemment une prédisposition aux accidents gastriques.

Cependant, ainsi qu'on l'a vu par l'analyse des faits, ces troubles fonctionnels, non plus que la jaunisse, ne pouvaient se rattacher soit à des peines morales, soit à des habitudes d'ivrognerie ou même à des erreurs de régime passagères. Chez le second malade de M. Ricord

---

dans une des deux sections du volume. La Société médicale allemande à Paris donne à l'Académie ses publications.

5. La convention, faite en double et signée des deux parties, est reproduite dans la préface des NOVA ACTA ACAD. L. C. NAT. CUR.

Breslau, le 26 juillet 1853.

Pour l'Académie I. L. C. des naturalistes,
(L. S.) (m. p.) *Le président,*
Dr NEES VON ESENBECK.

Paris, au local de la Société, 24, rue de l'École-de-Médecine, le 28 juin 1853.

Le comité de la Société médicale allemande à Paris.
(L. S.) Dr H. L. MEDING.
Pour le vice-président, Dr OSCAR HEYFELDER.
Dr RUST.
Dr SIMON (de Darmstadt).
Dr STEIN.
Pour le trésorier : Dr W. ERHARDT.

De droit et d'après les statuts, M. Nees de Esenbeck, président de l'Académie et premier président honoraire de la Société médicale allemande à Paris ; M. Heyfelder père, professeur de clinique chirurgicale à Erlangen, et M. Bérard, professeur de physiologie à la Faculté de Paris, ont bien voulu accepter les charges honorifiques des deux autres présidents honoraires.

Voici enfin les statuts et priviléges de l'Académie impériale Leopoldino-Carolina des naturalistes en traduction française littérale :

Nous LÉOPOLD, par la grâce de Dieu, empereur romain, élu roi d'Allemagne, etc., etc., reconnaissons par les présentes et faisons savoir à tous :

De même que nos glorieux ancêtres, les empereurs et rois romains, ont jugé comme devoir attaché à leur haute position et conforme à leur dignité de soutenir et de reconnaître de par l'Etat les différentes fondations et institutions en faveur des sciences et des établissements d'instruction qui existent dans le S. Empire Romain ; de même nous, vu leur utilité pour le bien commun public, selon l'exemple très-louable de nos prédécesseurs, et afin que cette science donnée par Dieu au genre humain de conserver et de rétablir la santé soit soigneusement protégée et répandue : voulons prendre soin que ceux qui étant pourvus de la plus profonde science et d'une longue expérience de l'art de guérir, se dévouent au bien de leurs concitoyens, soient munis de droits et de libertés conformes à leur mérite.

Afin qu'ils prennent croissance sous la grâce impériale, nous voulons confirmer et augmenter leurs droits en les encourageant et en les honorant gracieusement de distinctions et de récompenses suffisantes.

Après qu'il nous a été humblement soumis par nos très-experts et très-savants, très-fidèles et très-chers du S. Empire Romain, le président, les adjoints et les autres membres de l'Académie des *naturæ curiosorum* (naturalistes) : qu'ils ont rédigé en commun, à l'effet d'une stricte observation, certaines lois et certains statuts qui doivent dans l'avenir étroitement joindre les membres de cette Société et qui ont la teneur suivante :

seulement on a noté un mauvais état des premières voies, des excès de boissons alcooliques et une émotion morale dépressive; c'est assurément plus qu'il n'en faut pour développer la jaunisse; en sorte que ce fait n'a pas grande valeur au point de vue où nous sommes placés. En écartant pour un autre motif l'observation de Percy, où le diagnostic n'est pas suffisamment établi, il reste 6 cas (obs. 2, 4, 5, 6, 7 et 8) dans lesquels l'ictère est indépendant des causes vulgaires qu'on lui a reconnues jusqu'à présent. J'ai fait voir, en effet, que pour la femme Clarisse R..., l'état de gestation n'a pu intervenir comme cause efficiente dans la production de l'ictère.

Il me reste à faire une dernière remarque relativement à l'étiologie; c'est qu'aucun des malades dont l'histoire est consignée dans ce travail n'avait été soumis au traitement mercuriel avant l'apparition de la jaunisse. Cette circonstance est importante à noter, puisque les médecins anglais et américains attribuent aux préparations hydrargyriques, dont ils abusent plus que nous, un certain nombre de maladies aiguës et chroniques du foie.

INDUCTIONS PATHOLOGIQUES.

En définitive, il ne reste plus que la syphilis constitutionnelle qu'on puisse rationnellement invoquer comme cause de l'ictère dans six des observations qui servent de base à ce mémoire.

Si l'on parvenait à établir rigoureusement que dans un cas, un seul cas, l'ictère s'est produit chez un syphilitique d'une manière absolument indépendante de toute cause possible autre que la syphilis, il serait rigoureusement démontré que, dans ce cas, la syphilis a déterminé l'ictère, et que par conséquent elle peut être cause d'ictère.

Mais comme il est impossible de prouver incontestablement qu'aucune des causes admises, et à plus forte raison qu'aucune des causes possibles du phénomène morbide n'est intervenue pour le produire, il importe, à défaut de cette preuve péremptoire, irréfragable, absolue, d'accumuler les probabilités ou les demi-preuves pour démontrer qu'un rapport de causalité existe réellement entre l'ictère et la syphilis dans les observations citées.

Rappelons d'abord quelques règles, qui serviront à nous guider dans cette discussion.

En général, la nature spécifique d'une affection peut être déduite de plusieurs ordres de preuves.

1° Cette affection existe en l'absence des causes vulgaires capables de la déterminer;

2° Elle coïncide plus ou moins souvent avec d'autres symptômes réputés spécifiques;

3° Son apparition se fait régulièrement à une période déterminée de la maladie générale;

4° Elle revêt dans sa forme, sa marche et sa durée, des caractères tout à fait spéciaux;

5° L'analogie marque sa place à côté d'autres manifestations de la même diathèse, ou en regard de certains phénomènes appartenant à des maladies spécifiques voisines;

6° Les médicaments spécifiques exercent sur elle une action favorable.

Sur le premier point, je n'ai qu'à répéter ce que j'ai dit plus haut. L'observation attentive des malades m'a convaincu que, dans un certain nombre de cas, les causes connues de l'ictère avaient fait complétement défaut.

En second lieu, la coïncidence avec la diathèse syphilitique ressort clairement des sept dernières observations qui servent de base à ce travail; mais pour acquérir une grande valeur, cette coïncidence doit être fréquente. Cependant nos recherches bibliographiques et cliniques ne nous ont pas permis d'en réunir plus de huit observations (1), nombre tellement restreint qu'on pourrait, avec quelque apparence de raison, accuser le hasard de s'être chargé tout seul du soin de produire ces coïncidences. Quelques remarques sont donc nécessaires pour justifier une interprétation différente.

Sans doute nous aimerions mieux apporter ici un grand nombre de faits probants; mais nous croyons que les quelques observations relatées dans ce travail suffisent à établir le rapport de causalité que nous admettons. Beaucoup d'autres affections incontestablement syphilitiques ne sont guère plus fréquentes que l'ictère secondaire. Qu'on parcoure les salles de l'hôpital du Midi, et souvent, sur plusieurs centaines de vérolés, on ne découvrira pas une seule iritis spécifique. Les sarcocèles vénériens ne seraient pas plus communs si leur durée était aussi courte que celle de l'ophthalmie. Néanmoins personne aujourd'hui ne songe à leur contester cette origine syphilitique, qui fut si longtemps ignorée, en raison de leur rareté même, que Hunter ne connaissait ni l'un ni l'autre de ces accidents de la vérole. A la vérité, l'ictère spécifique paraît plus rare encore. Mais combien de fois n'a-t-il pas échappé à l'observation? Tantôt il n'existait plus quand les malades se sont soumis à l'examen, tantôt il a été confondu avec la jaunisse vulgaire lorsqu'il se montrait avec une simple roséole. Il deviendra peut-être plus fréquent lorsqu'on se donnera la peine d'y regarder. En attendant, nous pouvons expliquer facilement la rareté relative de ce symptôme.

Dans notre pensée, l'ictère n'est pas une conséquence directe de l'action du virus syphilitique: c'en est une manifestation médiate et par contre-coup, si l'on peut ainsi dire. La syphilis frappe le foie, et le foie réagit à sa manière, soit par de la douleur seulement (2), soit par une suspension ou bien une interversion de ses actes physiologiques, interversion dont la jaunisse n'est qu'un résultat. Les choses ne

(1) Dans ce relevé, nous ne comprenons ni le fait mentionné par MM. Davasse et Deville, sur lequel nous n'avons aucun renseignement, ni un cas d'ictère qui s'est présenté à notre observation dans le service de M. le professeur Bouillaud, cas dans lequel nous n'avons pas d'abord soupçonné la possibilité de l'infection syphilitique, bien que cette infection existât vraisemblablement à cette époque. En effet, cette malade ayant quitté la Charité, le hasard nous la fit rencontrer quelques semaines plus tard à l'hôpital de Lourcine, où elle était traitée par M. Cullerier pour des accidents secondaires d'une forme avancée.

(2) Si le foie est indolent lorsque l'inflammation est bornée à la profondeur du parenchyme de ce viscère, il n'en est pas moins vrai que la douleur peut accompagner certaines inflammations périphériques de la glande, et que celle-ci peut être affectée de névralgie (hépatalgie) ayant sans doute plus particulièrement son siége dans les filets émanés du pneumogastrique, qui est, à son origine, un nerf de sentiment.

LOIS DE L'ACADÉMIE DU SACRÉ EMPIRE ROMAIN DES NATURÆ CURIOSORUM.

(BUECHNERI HISTORIA ACAD. NAT. CUR., p. 188-195.)

L. I. La gloire de Dieu, l'illustration de l'art médical et les avantages qui en résultent pour nos semblables doivent être le but et la règle unique de l'Académie des *naturæ curiosorum*.

L. II. La Providence divine présidera l'Académie. Elle sera en faveur générale par l'exercice et l'usage que suivent dans les Etats bien constitués, sinon tous et chacun, au moins la plupart et les plus sensés pour sauvegarder leur bien-être et leur santé.

L. III. Cette Société a voulu prendre le nom de *Sacri romani imperii Academia naturæ curiosorum*, parce qu'elle a pris naissance en Allemagne, et que jusqu'à présent ses membres ont été des Allemands vivant dans les différentes provinces de l'Empire Romain-Allemand, ainsi que d'autres sociétés de savants ont l'habitude de prendre le nom d'*Académies*; espérant qu'avec un accroissement continuel elle éprouvera la protection et les largesses de la Sa Majesté Impériale, des Sérénissimes Electeurs et des autres princes de l'Empire, sans lesquelles elle ne saurait ni subsister ni se fortifier.

L. IV. Dans le but d'acquérir un accroissement heureux et durable et pour que des hommes de cœur et de science soient bientôt invités à joindre une institution si louable et utile, il faudra agir en sorte qu'une plus grande autorité lui soit dévolue, et que ses membres soient excités par des honneurs et des récompenses, uniques et grands moyens pour l'exécution de toute chose importante. On doit pour cela demander des priviléges et des immunités personnelles du très-puissant Empereur des Electeurs et autres princes de l'Empire, ainsi que des Villes libres de l'Empire, selon et pour les membres de la Société vivant dans les différents pays. On ne doit pas douter que ces grâces et clémences ne soient accordées d'abord, puisque le nombre des membres n'est pas considérable, et ensuite parce qu'ils vivent dispersés dans les communes et villes d'Allemagne et qu'ils ont mérité par leurs efforts pour être utiles au public les récompenses de quelques biens et libertés tant aussi bien que les professeurs des Universités.

L. V. L'Académie n'aura qu'un seul président. Il doit diriger les affaires de l'Académie de manière que tout ce qui peut la faire accroître et prospérer soit l'objet de son zèle et de ses conseils. Il doit en outre inscrire le nom de chaque académicien dans un livre spécial (matricula), en y joignant la patrie, le jour de naissance, l'endroit qu'il habite, la position antérieure et actuelle, et plus tard le jour du décès des membres. Ce livre doit être scrupuleusement gardé chez lui comme des archives.

L. VI. Seront associés au président quelques Adjoints comme secrétaires, à cause de l'étendue des pays. Jusqu'à présent il n'y en a eu que deux; mais on peut augmenter leur nombre avec l'accroissement de la société, et en nommer plusieurs autant qu'il sera utile à l'Académie. On doit cependant à l'avenir élire ceux qui se sont recommandés à la Société par leurs écrits édités. Ceci se fera par le président avec l'assentiment des collègues.

L. VII. L'office des Adjoints est de correspondre fréquemment et fidèlement

se passent pas autrement dans les maladies ordinaires de la glande hépatique.

En dehors des cas d'obstacle mécanique à l'excrétion de la bile, l'ictère n'est qu'un symptôme éventuel et fugace. Il faudrait n'avoir pas fait d'anatomie pathologique pour ignorer que le foie peut être le siége des plus graves désordres, par exemple d'abcès vastes et multipliés suites d'hépatite aiguë, sans que, pendant la vie, la coloration jaune des téguments ait fixé le diagnostic sur une maladie de l'appareil biliaire. La clinique nous apprend de son côté que l'ictère se montre capricieusement au début ou dans le cours d'une altération organique du foie, pour s'évanouir ensuite sans retour, malgré les progrès incessants du mal. Ainsi l'ictère n'accompagnera que le plus petit nombre des lésions hépatiques dépendant de la syphilis, et son apparition exceptionnelle n'autorisera en aucune façon à nier qu'il dépende réellement de la diathèse syphilitique. Mais, d'après ce qui vient d'être dit, on aurait le droit de se montrer plus exigeant à l'égard de la lésion hépatique dont l'ictère n'est qu'un symptôme accidentel. Cette altération a-t-elle été constatée anatomiquement, ou, si elle consiste en un simple trouble fonctionnel, y a-t-il au moins d'autres signes auxquels on puisse la reconnaître en l'absence de la jaunisse? C'est ce que nous allons examiner.

Sur la lésion anatomique, l'observation directe ne nous a rien appris, et nous ne pouvons faire que des conjectures. Nous sommes un peu plus avancés relativement aux troubles fonctionnels.

Les médecins placés à la tête des services de vénériens savent qu'il est fréquent de rencontrer de l'inappétence, de l'amertume de la bouche, des nausées, de la constipation ou de la diarrhée chez les sujets, porteurs de chancres indurés, en qui s'établit la diathèse syphilitique. Il existe assez souvent aussi de la gastralgie et une douleur plus ou moins marquée à la pression dans la région épigastrique. Outre les douleurs rhumatoïdes, quelquefois ces symptômes sont accompagnés d'un mouvement fébrile avec abattement, courbature, et même, comme je l'ai vu, avec rachialgie et nausées, ce qui rapproche singulièrement cet état de celui qui constitue les fièvres éruptives. On pourrait penser, d'après cela, que les troubles du côté des organes digestifs seraient sympathiques et purement nerveux. Qu'importe? Ces troubles fonctionnels n'en existent pas moins : ils indiquent que l'estomac et le foie ressentent spécialement l'action du poison morbide, et font comprendre la possibilité de l'ictère comme expression plus élevée de cette fâcheuse influence.

D'ailleurs, les phénomènes gastriques sont loin d'être toujours éphémères et de constituer simplement un prodrome de l'éruption syphilitique : ils peuvent persister quand l'éruption est achevée, ou même ne se manifester qu'après elle. Leur existence paraît donc jusqu'à un certain point indépendante de cet ensemble symptomatologique qu'on a désigné sous le nom de fièvre syphilitique secondaire; est-elle liée, au contraire, à quelque lésion de tissu? C'est ce que nous chercherons dans un autre moment. Actuellement il nous suffit de savoir que, suivant toute vraisemblance, le foie partage les souffrances excitées dans l'appareil digestif par l'intoxication syphilitique, et que ces troubles hépatiques sont fréquents et assez durables dans quelques cas. Nous nous expliquons ainsi comment l'ictère vient s'ajouter parfois à ces phénomènes en vertu d'une action morbide plus intense, d'une prédisposition individuelle ou d'une cause adjuvante quelconque (1).

Au résumé, si l'ictère est rare, en revanche les troubles digestifs sont fréquents au début des accidents secondaires, et le foie doit y participer aussi bien que l'estomac, comme semble le prouver la coloration ictérique qui survient de temps en temps. L'apparition de celle-ci n'est pas moins inconstante dans cette affection hépatique de cause spéciale que dans les cas vulgaires, ce qui ne doit pas empêcher de la rattacher à sa véritable cause, la diathèse syphilitique.

(La fin au prochain numéro.)

(1) L'influence des causes adjuvantes se fait sentir à l'occasion des accidents le plus évidemment spécifiques, tels que les syphilides et les exostoses. Tout le monde est d'accord sur ce point. J'ai essayé ailleurs (MÉM. SUR UNE AFFECT. NOUV. DU FOIE, etc., p. 30) d'expliquer par l'intervention de ces causes la fréquence de la lésion du foie chez les très-jeunes enfants, opposée à l'absence des exostoses et des affections testiculaires, qu'on rencontre, au contraire, chez les adultes.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

PROPRIÉTÉS DES EAUX MINÉRALES D'EMS DANS LES MALADIES DU FOIE; par le conseiller docteur L. SPENGLER, médecin des eaux d'Ems.

Ems est le Carlsbad lénifié.
KRAISIG.

Les eaux thermales de Carlsbad, riches en alcali, se sont en quelque sorte acquis jusqu'à ce jour la prérogative de passer pour la panacée des maladies hépatiques, et principalement depuis que plusieurs cas carcinomateux, qui, suivant la diagnose d'Oppolzer (de Vienne), ne laissaient aucun doute, y ont été parfaitement guéris. En outre, il y a eu des cas très-remarquables dans les maladies chroniques du foie et les affections bilieuses, telles que : l'hypérémie, la stase, l'ictère, etc., où la puissance curative des eaux de Carlsbad dans ces sortes de maladies a complétement triomphé. C'est à l'abondance de son alcali et de ses sels neutres, qui peuvent être classés parmi les forts dissolvants et détergents, que les eaux de Carlsbad doivent leur grande efficacité. Notre intention n'est pas d'établir ici une concurrence avec Carlsbad, mais bien d'attirer l'attention sur les sources d'eau chaude minérale alcaline d'Ems, dont les vertus sont également très-puissantes dans les maladies du foie. Mais malheureusement les maladies hépatiques, quoique fréquentes, sont encore si peu approfondies, que la diagnose ne peut se faire que très-difficilement, souvent abstraitement par des symptômes, ou approximativement par des conjectures, et quelquefois même pas du tout. Ce qu'il y a de certain, et qui est reconnu de tous les médecins théoriciens et praticiens, c'est que ces eaux minérales sont à recommander dans les diverses maladies du foie. En conséquence, la tâche des médecins de ces bains est de désigner avec soin la divergence des cas, et d'en indiquer exactement l'espèce à laquelle telle et telle source peut être favorable, afin d'éviter, dans les cas contraires, une tentative de guérison par des bains qui deviendraient alors aussi dispendieux qu'offensifs. Si nous savons, par exemple, que les

---

avec le président, d'inviter par écrit d'autres médecins et surtout ceux qui excellent par leur savoir; de donner l'éloge mérité et un honorable surnom aux collègues inscrits dans l'Album. Le tout après qu'ils auront satisfait aux conditions et de concert avec le président, comme il a été en usage jusqu'à présent.

Ils doivent exhorter avec bonté ceux qui manquent à leurs devoirs, et diriger à l'endroit où se rédigent les Ephémérides, les observations et expériences communiqués du dehors.

L. VIII. Il faut pour cela que les Adjoints soient distribués à des endroits où il leur sera facile d'entrer en relations scientifiques suivies avec des médecins autres que les membres, surtout avec l'étranger.

Un Adjoint doit toujours être près du président, afin qu'il puisse avoir avec lui communication des choses les plus nécessaires. Le même Adjoint doit, si le président vient à mourir, annoncer aussitôt cet événement par une missive publique, afin que, de tous les Adjoints, il puisse être procédé impartialement à l'élection d'un autre et digne président, surtout parmi les collègues des Adjoints.

L. IX. Les membres de l'Académie des naturalistes (dans le nombre desquels on n'admettra que les docteurs et les licenciés, ou ceux dont le savoir les approche, et tous les médecins ou physiciens), lorsqu'ils sont invités et reçus, sont astreints à deux obligations, savoir : d'abord ils choisiront une matière à traiter, du règne minéral, végétal ou animal, à leur gré, et qui n'a pas encore été traitée par un autre collègue; ensuite, ils se dévoueront avec un zèle infatigable pour augmenter et orner les Ephémérides annuelles.

L. X. Si quelqu'un, ce qui atteint le premier article, a choisi un sujet de médecine à traiter, avant de le livrer à l'impression, il doit en donner communication au président ou à l'un des adjoints, afin que si les autres collègues ont connaissance de quelque chose de rare ou de remarquable sur le même sujet, ceci puisse être sincèrement communiqué et ajouté par l'auteur, avec mention honorable du communiqué et du communiquant. On notifiera pour la même raison les sujets choisis annuellement, à la fin des Ephémérides de l'Académie.

L. XI. L'académicien élaborera une telle matière avec soin, en donnant du sujet traité les noms et synonymes, le mode de génération, l'endroit d'origine, les différences, les espèces, le choix, les *virtus* du total et des parties, les médicaments tant simples que chimiques et composés qu'on en prépare, sans oublier, s'il y a lieu, de rappeler l'usage mécanique à peu près dans la manière dans laquelle ROSENBERG a écrit sa RHODOLOGIA, STROBELBERG sa MASTICHOLOGIA, SCHENCK sa MARATHROLOGIA, GANS sa CORALLOLOGIA, BLOCHWITZ son SAMBUCUS, et autres membres qui ont traité des sujets semblables.

L. XII. Il est permis au président (comme aux autres académiciens qui ont pu voir le travail avant l'impression), pour qu'il soit plus parfait, de faire des remarques, de corriger et d'ajouter, de changer, d'annexer une notice ou un corollaire (le tout avec la permission de l'auteur et sans l'offenser), ou de l'insérer après dans les EPHÉMÉRIDES allemandes. Tout ceci doit se faire amicalement, avec candeur et fraternité, sans arrogance, ou envie, ou mépris et flétrissure d'autrui; car il n'est pas dans les habitudes d'un médecin raisonnable d'envier et de calomnier un autre.

eaux de Carlsbad sont très-salutaires dans certaines maladies du foie, nous n'avons qu'à nous rappeler la devise ci-dessus de Kraisig, et en reporter l'effet sur Ems. Il n'y a pas le moindre doute que les bains d'Ems sont également propres à être mis en usage dans certaines maladies du foie, et c'est le but que nous nous proposons par cet écrit, de fixer d'une manière positive les cas où les bains d'Ems peuvent rendre de grands services et être employés avec succès.

Notre eau a deux propriétés essentielles qui, sous le rapport thérapeutique, doivent être prises en considération : 1° l'efficacité commune de l'eau d'Ems dans sa totalité contre le catarrhe chronique en général ; 2° son contenu en double natron carbonique.

Le principal effet des eaux d'Ems, comme bains, ou prises intérieurement, est la guérison du catarrhe chronique en général, comme je l'ai prouvé dans la vingt-neuvième assemblée des naturalistes et médecins allemands à Wiesbade, qu'il ait ou non son siége sur la membrane pituitaire des organes de la respiration, de la digestion et des voies respiratoires. C'est ainsi que se guérissent à Ems les catarrhes chroniques ou les inflammations de l'estomac et des intestins. Mais combien de fois arrive-t-il qu'à ces maux se joignent encore les maladies du foie ! Très-souvent une hypérémie du duédonum se déploie sur les parties voisines du canal cholédique ; dans les cas tempérés, elle dégénère en catarrhe, et dans les cas violents en inflammation avec exsudation de la membrane pituitaire. Le réservoir de la bile, ainsi que les conduits cysthépatiques, et même les petits canaux biliaires, étant revêtus d'une membrane pituitaire, ou du moins d'une membrane semblable aux membranes visqueuses, sont sujets aux affections du genre muqueux, lesquelles, par leur influence réciproque sur les maladies hépatiques, semblent pouvoir s'étendre également sur le parenchyme du foie. En conséquence, nous avons, dans la physiologie du foie, le même système de cohésion continue anatomique, que dans l'estomac et le duodénum. La membrane pituitaire du vaisseau biliaire est hystologiquement la même que toute autre membrane pituitaire, et par conséquent sujette aux mêmes altérations ; or les eaux d'Ems guérissant le catarrhe chronique des autres membranes pituitaires, guériront aussi celles des conduits biliaires.

On ne saurait se dissimuler que la plupart du temps il est très-difficile, vu l'inaccessibilité de l'organe et la restriction de ses fonctions, de faire la diagnose avec précision, quoique les maladies de la membrane pituitaire, du réservoir de la bile et de son conduit soient assez fréquentes, attendu que ces mêmes symptômes qui se déclarent dans les maladies hépatiques sont plus ou moins équivoques. Cependant l'on peut se perfectionner dans l'art diagnostique, en étudiant avec soin les ouvrages qui traitent de toutes les circonstances dans lesquelles les susdites formes de maladies se présentent ordinairement (Budd, Schuh, Oppolzer).

La principale cause de la plupart des affections biliaires, soit vésicule ou conduit, provient sans aucun doute du passage d'une bile irritée, ou d'une irritation de bile accidentelle, par les calculs biliaires ; mais, d'un autre côté, il en résulte catarrhe, inflammation de la vésicule biliaire et de son conduit, une foule d'altérations dans la structure, concrétion, ulcération, dilatation de ladite vésicule, en sorte qu'on peut très-souvent regarder cette cause comme une tuméfaction, une obstruction du canal cystique donnant lieu à une infinité de symptômes.

Plusieurs médecins ont remarqué une inflammation chronique du réservoir de la bile et du canal cystique dans les mutations maladives dont les suites sont la fièvre intermittente. Blanc, par exemple, observe, dans son traité sur la fièvre de l'île Walcheren, que la membrane pituitaire du réservoir de la bile était souvent enflammée et ulcérée. Ordinairement l'on truvait la vésicule couverte d'un fiel représentant une espèce de fluide sans amertume et ne jaunissant pas l'eau, mais tellement âcre qu'en l'approchant des lèvres il y engendrait des excoriations. Bayle trouva, dans les cadavres des personnes mortes à Sierra Leone, de la fièvre, presque toujours des traces d'inflammation dans la partie pylorique de l'estomac qui s'étend du duodénum jusqu'à l'orifice du canal cystique ; le conduit cholédoque était la plupart du temps obstrué par une bile noirâtre et visqueuse. Lors de la fièvre jaune qui régna en 1821, à Barcelone, on a très-souvent remarqué des symptômes d'inflammation du réservoir biliaire. Il n'est cependant pas rare, dans nos contrées, que l'ulcération du vaisseau de la bile engendre l'irritation par la pierre de fiel, et par une abstraction de bile variée et maladive. Dans le cours de la fièvre typhus, il se développe quelquefois une inflammation suppurative de la membrane pituitaire du réservoir de la bile, et Louis en a fait connaître plusieurs cas. La membrane pituitaire se condense, donne lieu à des recbutes de maladies et produit même le choléra et autres maladies graves. Lorsque, au commencement, la tuméfaction et l'inflammation sont insignifiantes, on néglige souvent d'en rechercher les symptômes.

Lorsque les avant-conduits ou même le conduit cholédoque sont affectés d'inflammation ou d'obstruction, l'écoulement de la bile cesse, et alors il en résulte des douleurs autour de la vésicule biliaire, des maux de cœur, des vomissements et la jaunisse ; cependant si l'inflammation augmente au point d'obstruer le canal cystique, les douleurs se restreignent à une petite place correspondante à l'état du conduit, l'ictère se déclare prématurément, et une dilatation considérable de la vésicule biliaire s'étend sous les fausses côtes, comme une tuméfaction mobile pyriforme et ne causant que de faibles douleurs.

L'ictère spasmodique des auteurs se fonde ordinairement sur le catarrhe des voies biliaires, où le moindre petit conduit est obstrué par la tuméfaction de la membrane pituitaire, et du viscide qui s'en détache. L'hépatalgie, antérieurement très-connue, trouve ici son application, en ce que l'existence de douleurs hépatiques purement nerveuses, est de nos jours bien révoquée en doute.

Comme la plupart des maladies bilieuses mentionnées dans ce paragraphe peuvent se rapporter à la constitution défectueuse de la bile, nous n'hésiterons pas d'affirmer que, de tous les médicaments, les plus salutaires et les plus efficaces sont ceux qui sont à même de changer favorablement la nature de ce fluide, et l'on ne saurait disconvenir que parmi eux les eaux d'Ems tiennent le premier rang. Par une abondante consommation d'eau, la quantite de bile excrétoire augmente, et même, non-seulement son contenu d'eau, mais aussi ses parties solides et constituantes. Il n'y a point de doute que ces eaux prises intérieurement, la bile sera plus riche en eau que la bile normale, mais par cette eau les parties solides se diviseront un peu plus qu'elles n'ont coutume de le faire par le foie (Bidder, Schmidt, Nasse), et le

---

L. XIII. Un temps fixe pour la déposition d'un tel travail ne saurait être demandé pour un médecin, puisque l'exercice de son art l'empêche de travailler toujours pour lui-même et pour la société ; il suffira, si le bien du prochain et le désir de la gloire l'excitent, de présenter son produit mûri, d'abord à l'Académie, et ensuite au monde.

L. XIV. Le travail fini, le président et les Adjoints donnent à l'auteur académicien un surnom pour le décorer, comme il a été en usage jusqu'à présent.

Les autres collègues qui travaillent simplement pour la collection des Éphémérides de l'Académie n'auront de surnom qu'à l'époque où ils auront satisfait à l'usage académique, en traitant une matière curieuse qu'ils éditeront après.

L. XV. Celui qui a rempli sa tâche n'est pas obligé à de nouvelles élaborations, il suffit, s'il apporte son tribut scientifique aux Éphémérides allemandes, la seconde et importante institution de l'Académie, et s'il vient en aide à ses collègues pour embellir leurs travaux. Si, au contraire, il lui platt de produire de nouveaux travaux monographiques, il n'en méritera qu'une plus grande faveur et sera un membre d'autant plus digne de l'Académie.

L. XVI. Comme, en dehors de ces monographies, qui ont été et qui seront faites par les membres, toutes sortes d'observations, expériences, problèmes de physique et de médecine, sont de la plus grande utilité pour l'Académie, elle satisfera les naturalistes également dans ce deuxième mode d'action indiqué L. VIII.

On devra par suite émettre un programme à tous les savants de l'Europe, tant en Allemagne qu'à l'étranger, d'Italie, de France, d'Angleterre, de Belgique, de Danemarck, pour les inviter d'une manière polie, honorable et amicale, de communiquer à l'Académie, fidèlement et par écrit, si quelque découverte dans les sciences médicales et naturelles venait à leur connaissance, et de les transmettre à Breslau, où seront rédigées les communications des années prochaines. Les membres de l'Académie devront également et par lettres écrites, réclamer de leurs amis particuliers ce bénéfice de communications importantes pour le bien public.

L. XVII. Ces observations, expériences, inventions, problèmes et autres communications savantes, seront recueillies en un corps par les Adjoints et par d'autres membres, sous le surnom honorable du savant qui les a transmis, en y ajoutant le nombre des communications, ainsi que le nom de celui auquel il les a communiquées.

Les collecteurs désignés spécialement doivent les réunir annuellement et les envoyer à l'éditeur de l'Académie, qui les doit publier sous le nom d'Éphémérides des naturalistes allemands.

De cette manière, tout ce qui a été occulte ou qui est rare en sciences naturelles ou médicales, en quelque endroit que cela eût été trouvé, sera réuni comme sur un tableau pour être présenté au monde savant ; car il est probable que les communications suivies et exactes ne manqueront pas, parce que c'est une porte pour la gloire et le mérite en faveur de l'humanité, qui s'ouvre devant ceux qui, n'ayant quelquefois ni le temps ni le loisir de publier leurs travaux eux-mêmes, et en particulier pourront les voir, dans les Éphémérides, exposés au monde avec une recommandation honorifique.

Pour qu'alors les médecins s'empressent de communiquer par écrit et vo-

natron carbonique se retrouvera dans la bile (Lehmann). Comme cholagogue, les préparations de natron sont célèbres et méritent cet éloge, surtout combinées avec nos eaux prises intérieurement et extérieurement. Des considérations physiologiques nous ont porté à croire qu'elles étaient principalement efficaces dans l'inflammation catarrhale du canal cystique. Le natron est un principe constituant naturel de la bile, qui, divisé par le foie, raréfie les viscosités des voies biliaires, et opère de la même manière que dans le catarrhe pulmonique, où les alcalis ont déjà été depuis longtemps employés comme expectorants. La circonstance seule, que le natron a été approuvé dans ces maladies par une foule de savants observateurs, parle en sa faveur, et suffit pour que l'usage de notre eau soit aussi bien recommandé à l'intérieur qu'à l'extérieur.

Nos considérations s'étant bornées jusqu'ici aux affections catarrhales, nous examinerons maintenant, en seconde catégorie, les maladies dans lesquelles, sous le rapport chimique, nos eaux produisent le plus d'effet par le double natron carbonique. La première comprend les calculs biliaires; il y a trois choses à observer dans son traitement: 1° de calmer les douleurs spasmodiques lors du passage des calculs par le conduit cholédoque; 2° de dissoudre les calculs restés dans la vésicule biliaire, et 3° enfin d'éviter la formation de nouveaux calculs. Pour satisfaire à la première indication, c'est dans tous les remèdes depuis Prout, de prendre intérieurement en abondance l'eau chaude de natron, en combinaison avec les bains chauds de natron, tels qu'ils sont à Ems. L'alcali délivre des symptômes importuns provenant des aigreurs de l'estomac, tandis que l'eau chaude agit immédiatement au siége de la douleur. Quant à la seconde indication, les alcalis carboniques sont également en grande réputation, et l'on cherche à s'expliquer leur efficacité par la prompte solubilité du kali et du natron cholestérins

Cependant il est invraisemblable que la dissolubilité des calculs biliaires, une fois formés dans la vésicule, puisse avoir lieu. La troisième indication est la plus difficile à remplir. Tout obstacle à l'évacuation de la bile dispose aux calculs biliaires, et cet obstacle provient la plupart du temps du catarrhe des voies biliaires, de leur rétrécissement ou obstruction, et nous avons déjà démontré que les eaux d'Ems étaient très-efficaces dans ce cas. Les détergents, ainsi que les bains chauds, sont alors au second rang. Si les malades en traitement sont maigres et débiles, on ne fera pas usage de remèdes violents, mais bien des alcalis carboniques reconnus efficaces dans les dérangements chroniques de sécrétion de bile, et desquels on fait usage à l'intérieur et à l'extérieur. Les eaux thermales d'Ems se sont, dans ces sortes de maladies, acquis une réputation bien fondée.

Quant à la sécrétion de la bile, elle est principalement excessive chez les personnes qui pour la première fois sont exposées à l'influence d'un climat chaud, par exemple les Européens dans les Indes; mais dans nos climats, elle ne l'est que chez les personnes qui ont mené une vie indolente et déréglée. De telles personnes souffrent longtemps desdites affections bilieuses qui se déclarent par une sorte d'abondance et de pesanteur dans les environs du foie, un teint ictérique, des maux de cœur et de tête, une diarrhée bilieuse, la langue chargée et les urines troubles. Cet état est désigné par les médecins sous les différents noms de : état bilieux (*status biliosus*), dyspepsie bilieuse, *saburra biliosa*, *polycholia*, *atrabilis*, catarrhe bilieux, etc. Lorsque les souffrances durent longtemps, le malade est extrêmement épuisé, il devient acariâtre, irritable, hypocondriaque et maigrit considérablement. Nous ignorons, il est vrai, les variations chimiques qu'éprouve cette bile irrégulière; mais ce qu'il y a de certain, c'est que notre eau chaude de natron prise intérieurement et extérieurement est d'un grand secours, et que les malades guérissent par l'action des médicaments salins.

On a rarement trouvé la bile âcre, et lorsque même il s'en est trouvé par-ci par-là dans la dissection (Budd, Solon, Scharlau, Gorup-Besanez, Lehmann), ou dans la fièvre épidémique sus-mentionnée de l'île Walcheren (William), ces cas sont tellement isolés qu'on ne saurait établir à cet égard une thérapeutique.

Une maladie qui se présente très-souvent, c'est l'obésité du foie, la filtration adipeuse du foie; elle provient principalement de l'abondance ou de l'excès des aliments et du tubercule du poumon; on la trouve fréquemment chez les personnes qui mènent une vie indolente, se nourrissent de substances grasses, et font un usage immodéré de spiritueux et surtout de forte bière. Il arrive aussi quelquefois que, par suite de maladies graves, l'organe du foie absorbe la dégénération adipeuse, par exemple après la fièvre jaune, ou les fortes fièvres intermittentes dans les pays situés sous les tropiques, qui, sans donner aucun symptôme d'inflammation, peuvent porter atteinte à la structure du foie pendant toute la durée de la vie; car, après une telle fièvre, il ne peut plus remplir ses fonctions avec la même énergie. Il est également vraisemblable qu'un traitement mercuriel prolongé amène de semblables résultats. L'obésité du foie se présentant souvent dans la phthisie, nous met à même de reconnaître cette complication pendant la vie. Lorsque nous remarquons chez un phthisique une tuméfaction considérable du foie sans douleur et sans ascite, nous pouvons admettre d'avance une dégénérescence adipeuse. Chez les enfants l'obésité du foie se présente souvent indépendante des tubercules, après la variole, la rougeole, les fièvres, typhus et scarlatine. Il en résulte que la peau n'a plus d'apparence sanguine; qu'elle est transparente et semblable à la cire, particulièrement sur le visage et le dos des mains, mais cependant d'une manière peu sensible sur le corps. Au toucher elle semble flasque et sèche, et quelquefois aussi douce que le satin. Cet état est semblable à celui de la cachexie qui reste souvent après la fièvre intermittente, où la dyspepsie, la diarrhée, les tumeurs hépatiques, la polycholie, le cardiogme, les aigreurs de l'estomac, etc., durent encore longtemps.

Pour toutes ces sortes de maladies, les eaux thermales d'Ems sont d'un grand secours. J'ai souvent remarqué, à l'occasion des tubercules, qu'après avoir fait usage de nos eaux, le foie gonflé reprenait son état normal. Il est donc certain qu'en guérissant le foie (peut-être par la réduction de l'obésité?) et en faisant disparaître les tumeurs du catarrhe chronique de l'estomac et du duodénum, elles concourent essentiellement à l'amélioration de la constitution phthisique. La diarrhée d'ailleurs incurable des phthisiques dépend probablement de la dégénération du foie, puisqu'on a trouvé que dans la diarrhée incessante d'un phthisique, la membrane visqueuse intestine n'avait présenté aucune altération pratique et qu'on n'avait trouvé que l'obésité du foie. (Rilliet.)

---

lontairement à l'Académie, des faits, ses membres doivent se dispenser d'une critique trop sévère et se contenter de relater simplement comment le travail est arrivé. Ils seront libres cependant, si un cas pareil leur était déjà connu, d'ajouter un scholion, mais sans sel mordant.

L. XVIII. On ajoutera à ces Éphémérides annuelles, dès qu'il y aura en de bonnes publications en médecine, quelquefois en donnant d'une manière succincte le contenu principal des ouvrages. A la fin se trouveront les indications des décès, avec commémoration honorable de ce que le membre décédé de l'Académie a produit, la liste de ses publications et une très-courte analyse de sa vie.

L. XIX. Si un académicien venait à mourir avant l'édition d'un ouvrage, les fragments en seront recueillis par un autre collègue, et il sera permis de les publier avec le consentement du président et sous le nom du défunt.

L. XX. Tout membre fera des efforts pour attirer à l'Académie encore d'autres médecins allemands ou étrangers qui auraient à cœur ce genre de travaux allemands, soit pour qu'ils deviennent membres, soit pour qu'ils favorisent la société, les collègues et les collecteurs des éphémérides, de leur concours pour communiquer des faits rares.

L. XXI. Chaque académicien doit porter le symbole de l'Académie, c'est-à-dire une bague en or qui porte, au lieu du bijou, un livre ouvert, dont une page montre un œil éclairé par des rayons provenant d'un nuage, tandis que, sur l'autre, se trouve le mot ou temma académique: « *Nunquam otiosus.* » Ce livre est tenu des deux côtés par deux serpents dont les corps et les queues entourent l'anneau de la bague. Ceci doit être moins un décor de l'ordre qu'un rappel à la sérieuse et fidèle exécution de nos devoirs.

Dr Henri Meding,

Membre titulaire de l'Académie impériale L. C. des naturalistes, etc.

— La Société médicale des hôpitaux de Paris a procédé, dans sa dernière séance, au renouvellement de son bureau pour l'année 1854-1855 et à la nomination de ses différents conseils et comités.

Ont été élus: *Président*: M. Bricheteau, vice-président de l'année dernière; *Vice-président*: M. le professeur Rostan; *Secrétaire général*: M. Henri Roger; *Trésorier*: M. Labrie; *Secrétaires particuliers*: MM. Hérard et Moutard-Martin.

Ont été élus membres du *conseil d'administration*: MM. Devergie, Guérard, Hervez de Chégoin, Morean (de Tours) et Requin; — Membres du *conseil de famille*: MM. Beau, Bonvier, Hardy, Legroux et Vigla; — Membres du *comité de publication*: MM. Hérard, Labrie, Léger, Marotte et Henri Roger.

Les séances de la Société médicale des hôpitaux sont publiques; elles ont lieu les deuxième et quatrième mercredis de chaque mois, dans le grand amphithéâtre de l'administration des hôpitaux.

Le prix de 1,000 francs, institué en 1853, sera décerné dans le courant de l'année 1854.

Lorsque l'obésité du foie se présente comme rechute après de graves maladies, alors notre eau prise en abondance, une diète régulière et les bains joints au séjour de notre excellent climat, en sont les remèdes les plus efficaces. Si la maladie n'était que la suite d'une vie déréglée, alors une diète régulière en serait la première condition, et notre eau de natron, provoquant une meilleure nourriture, fait bientôt disparaître les indigestions et recouvrer les forces.

Quand l'obésité du foie a pour base les écrouelles, il faut éviter les détersifs astringents, tandis qu'une boisson délayante contenant beaucoup de natron, les eaux d'Ems, par exemple, sont le véhicule de la sécrétion bilieuse. Dans les inflammations hépatiques chroniques, la cirrhose, la dégénérescence de la granulation et l'atrophie, les eaux d'Ems ne conviennent en aucune manière.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

I. ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Les livraisons du premier semestre de 1853 contiennent les travaux suivants : 1° *Études sur la couenne du sang*; par M. Beltrami. 2° *Relation d'une épidémie observée en* 1852 *dans le bourg de Busto-Arsizio*; par M. Cerrario. 3° *Conjectures sur l'origine d'une hydrocéphalie; application à l'étiologie du crétinisme*; par M. Paleari. 4° *Topographie médicale du Piano di Spagna, près le lac de Côme*; par M. Tassani. 5° *Lettres sur la syphilisation*; par M. Pacchiotti. 6° *Remarques sur le compartiment affecté aux gâteuses dans le grand hôpital de Milan*; par M. Tizzoni. 7° *Monographie de la chlorose*; par M. Cocchi. 8° *Sur la hernie inguinale graisseuse*; par M. Tigri. 9° *Observations sur quelques parties des organes génitaux mâles*; par M. Barbieri. 10° *Du typhus cérébral convulsif ou de la chorée électrique*; par M. Frua. 11° *De l'action élective des sels de quinine et de leur indication dans les maladies à marche continue*; par M. Barozzi. 12° *De l'état actuel de l'anatomie et de la physiologie pathologique*; par M. Sangalli. 13° *Exposition des doctrines physiologiques de Liebig*; par M. Broglia.

ÉTUDES SUR LA COUENNE DU SANG; par M. BELTRAMI.

Après avoir exposé et discuté les théories nombreuses et diverses qui ont été données de la formation de la couenne du sang, l'auteur entreprend de prouver par l'expérience et le raisonnement une nouvelle opinion qui consiste à dire que la couenne est la fibrine provenant de la décomposition des muscles et non encore modifiée par les organes de l'hématose. La couenne, selon l'auteur, est un phénomène complexe et en relation avec les états particuliers des composés du sang, la fibrine, les globules et le sérum. Ces substances peuvent être modifiées par divers organes, par le cœur et spécialement par les poumons, de manière à faire perdre au sang, en tout ou en partie, la propriété qu'il a d'offrir l'apparence couenneuse. La fibrine du sang avec le sérum, produit de la fluidification musculaire ou métamorphose décomposante des muscles, est la substance formatrice de la couenne. Mais celle-ci ne se forme que dans des conditions particulières : il faut que la fibrine fournie par la décomposition des muscles n'ait point encore passé par la circulation, ou que, dans le cas contraire, elle n'ait pas subi dans les poumons les modifications ordinaires. Ainsi la forme et la consistance du caillot, avec ou sans couenne, varient avec la fibrine qui entre dans sa composition. La fibrine qui a circulé et passé par les poumons a perdu la faculté de se coaguler lentement et a perdu de sa force contractive ; celle qui est absorbée sur place et qui n'a pas encore circulé ou n'a pas été modifiée dans les organes de l'hématose se coagule lentement et peut produire la couenne. Les circonstances extérieures qui peuvent avoir de l'influence sur la production de la couenne du sang, telles que la largeur de l'ouverture de la veine, le jet en arcade, le repos du sang depuis sa sortie, ne peuvent la produire qu'autant qu'elles agissent sur la fibrine récemment absorbée et sortant des muscles ou sur la fibrine qui a circulé sans être modifiée dans les poumons. Le produit de la décomposition ou fluidification musculaire est destiné, après d'ultérieures modifications, à être éliminé par les principaux émonctoires, sous forme de matières excrémentitielles. Mais si une condition anormale quelconque de l'organisme s'oppose à la série des mutations que la fibrine de la décomposition musculaire doit subir pour se transformer en matière excrémentitielle, il en résulte que cette substance s'accumule dans le sang. Cette accumulation de la fibrine et l'aspect couenneux qui en résulte doit donc se rapporter soit à une augmentation de la décomposition musculaire, soit à un obstacle à son élimination par les émonctoires, soit à l'une et à l'autre de ces causes simultanément.

Comme conclusion pratique, l'auteur de ce mémoire intéressant fait voir que l'expression pathologique et l'indication thérapeutique varient selon que l'augmentation de la fibrine et de la couenne est due à l'une ou à l'autre cause, ou à toutes deux. Il démontre surtout que la couenne ne saurait être considérée comme un signe qui justifie la saignée ; qu'enfin les saignées doivent se régler, non sur la couenne qui les recouvre, mais sur la force du malade.

MONOGRAPHIE DE LA CHLOROSE; par M. COCCHI.

C'est moins un résumé de l'état actuel de la question qu'une manière de voir propre à l'auteur. Aux faits assez rares d'autopsie de chlorotiques, il en ajoute un dans lequel il a trouvé le cerveau un peu ramolli, les plèvres et le péricarde remplis de sérosité, le cœur hypertrophié, surtout le cœur droit, flasque et rempli de sang noir et de caillots, le foie et la rate augmentés de volume. L'utérus était atrophié, dur, et les ovaires étaient tout pleins d'hydatides de grandeur diverses, mais dont la plus grosse ne dépassait pas un œuf de pigeon et en avait la forme. Le système veineux était plus friable et coloré par le sang dont il était rempli.

Une analyse subtile des causes et des symptômes peut seule différencier la chlorose de l'anémie simple ou compliquée. Il n'y a pour l'auteur qu'une espèce de chlorose, c'est celle dite *des jeunes filles* (1). Ce n'est pas une maladie spéciale, c'est tout simplement un groupe de symptômes, sur la nature desquels il formule ainsi son idée ; c'est une altération de l'innervation encéphalo-ganglionnaire avec réaction des viscères qui fabriquent le chyle et hématosent le sang.

Le traitement se ressent de cette manière de voir : il est tout symptomatique, et l'hygiène y joue un grand rôle. Toutes les médications, les toniques, les antispasmodiques, les antiphlogistiques, les saignées même, etc., peuvent y trouver leurs indications. Le fer et le manganèse, qui jouissent à si bon droit d'une immense réputation dans le traitement de la chlorose, n'ont rien de spécifique pour l'auteur du mémoire dans leur manière d'agir contre cette maladie. Nous comprenons difficilement cette manière de voir à l'égard de deux agents si précieux. Tant et de si irrécusables témoignagnes ont été recueillis sur l'action du fer, tant d'observations précises ont déjà été recueillies, depuis les travaux de M. Pétrequin, sur celle du manganèse contre la chlorose, qu'il n'est plus possible aujourd'hui de nier la relation qui existe entre la nature de cette maladie et les propriétés de ces deux métaux.

OBSERVATIONS SUR QUELQUES PARTIES DES ORGANES GÉNITAUX MÂLES; par M. BARBIERI.

Chez les solipèdes et les pachydermes, les conduits déférents présentent cinq vésicules séminales, dont trois sous forme de sacs vides oblongs, que l'auteur a appelées *vésicules vraies*, et deux sous forme de simples renflements cellulo-caverneux à l'extrémité urétrale du conduit déférent qu'il a nommées *vésicules fausses*. Dans l'homme, les vésicules séminales vraies sont au nombre de deux et identiques dans leur organisation aux vésicules vraies du cheval. L'auteur a fait voir qu'il existe encore dans l'homme un sensible renflement caverneux à l'extrémité urétrale du canal déférent, mais assez faible pour qu'il ait échappé à l'œil de beaucoup d'anatomistes : ce renflement correspond aux vésicules fausses. Il a reconnu encore, après des expériences réitérées, que les vésicules séminales vraies de l'homme ne peuvent être considérées comme un repli du canal déférent, mais constituent de véritables réservoirs. Le professeur Panizza, profitant de ces travaux, soutient que les vésicules séminales, réservoirs du sperme, ne sont que ces renflements caverneux qui se trouvent à la fin du canal déférent, et déclare que les prétendues vésicules séminales des anatomistes ne sont que des organes accessoires n'ayant d'autre usage que de sécréter une humeur particulière qui passe dans le conduit déférent, exactement comme la prostate et les glandes de Cowper. M. Barbieri combat cette manière de voir, et prouve que les vésicules séminales sont propres à contenir du sperme et méritent bien la dénomination qu'elles ont reçue. Il fait une injection par le canal déférent et observe que la matière injectée passe dans la vésicule séminale avant de passer par le canal éjaculateur. Pour corroborer l'opinion que les vésicules sémi-

(1) Nous verrons plus loin ce qu'il faut penser de cette doctrine exclusive. Voy. GAZETTA TOSCANA.

nales peuvent contenir le sperme, il invoque encore les expériences de l'illustre Spallanzani qui, avec l'humeur contenue dans ces parties, opéra des fécondations artificielles chez quelques espèces animales.

II. BULLETTINO DELLE SCIENZE MEDICHE, DI BOLOGNA.

Les livraisons du premier semestre de 1853 contiennent les travaux suivants : 1° *Clinique du professeur Gamberini sur les maladies syphilitiques.* 2° *Sur les maladies qui ont prédominé à Pergola de* 1848 *à* 1852 ; par M. Bonardi. 3° *Rapport sur les eaux minérales de Meldola, d'Urbino et de Ravone;* par M. Pistocchi. 4° *Sur le charbon ;* par M. Baravelli. 5° *Observations pratiques sur la vaccination;* par M. Rasi. 6° *Histoire d'un eczéma chronique par infection spécifique ;* par M. Grandi. 7° *Remarques pratiques sur la chlorose;* par M. Bellati. 8° *Études sur les maladies de la hanche ;* par M. Pigeollet.

SUR LE CHARBON; par M. BARAVELLI.

Le charbon et la pustule maligne doivent être considérés comme une seule et même maladie et devraient être désignés par un seul nom. L'auteur, qui en a observé un grand nombre, n'a pu trouver de différence dans leurs symptômes. Sans parler du charbon spontané, il demande ce que le charbon inoculé peut produire, sinon le charbon; de même que l'inoculation de la variole, de la syphilis, de la rage, ne peut produire que la variole, la syphilis, la rage.

Quelques écrivains admettent que le charbon peut se développer spontanément chez l'homme sous l'influence de mauvaises conditions hygiéniques, telles que la fatigue, l'humidité, l'air impur, l'eau malsaine, les aliments de mauvaise qualité. Pendant quatre ans que l'auteur du mémoire a habité une province qui se trouvait dans ces conditions et où il y avait beaucoup de scrofuleux et de fiévreux, il n'a jamais observé le charbon, si ce n'est un seul cas qu'il ne peut pas appeler spontané; car il n'est pas bien sûr qu'il ne soit pas mort dans les environs quelques animaux atteints de cette affection et qui auraient pu la communiquer. Il l'a rencontré de préférence chez les sujets qui avaient de fréquents rapports avec les bœufs et les moutons, tels que les bergers, les bouviers, les vétérinaires, les bouchers, etc. Il a vu le mal attaquer constamment une partie découverte, telle que la nuque, le cou, les épaules, les bras. Le docteur Consolini l'a observé sur des enfants n'ayant d'autre aliment que le lait de leur mère, d'ailleurs bien portante. Des insectes, des mouches, ont quelquefois transporté le virus charbonneux et l'ont communiqué. Par toutes ces raisons, l'auteur croit devoir suspecter, sinon rejeter entièrement l'existence du charbon spontané. La maladie étant toute locale, le traitement doit l'être aussi. On a proposé l'ablation, l'incision, les scarifications et la cautérisation. Il préfère de beaucoup le dernier moyen, et il l'applique avec le fer rouge.

Le docteur Caifani a rapporté et propagé un moyen de détruire la tumeur charbonneuse que M. Baravelli n'hésiterait pas à employer dans un cas peu grave, où il y aurait danger à toucher avec le fer rouge des parties délicates comme les paupières, ou si le malade refusait la cautérisation. Il consiste à prendre de l'oliban finement pulvérisé, à en faire une pâte avec la salive, et à l'étendre sur un morceau de toile auquel on donne la forme convenable, en ayant soin qu'elle dépasse d'un demi-pouce la circonférence du charbon. On renouvelle l'application de cet emplâtre toutes les douze ou vingt-quatre heures, et au bout de quarante-huit il se forme autour de la tumeur une ligne rouge, puis un sillon plein de pus qui annonce l'issue heureuse de la maladie.

III. IL FILIATRE SEBEZIO.

Les livraisons du premier semestre de 1853 renferment les articles originaux suivants : 1° *Observations sur la cure de l'hydrocèle ;* par M. Bellucci. 2° *Sur le valérianate de zinc ;* par M. Zarlenga. 3° *Considérations scientifico-morales sur une maladie qui a subi diverses phases ;* par M. Agostinacchio. 4° *Considérations sur les fièvres d'accès ;* par M. Riccinti. 5° *Extirpation d'un vaste lipome;* par M. Giampetro. 6° *Sur la cirrhose ;* par M. Sorda. 7° *Principes fondamentaux de bionomie ;* par M. Piccirelli. 8° *Cas funeste de monomanie suicide ;* par M. Agostinacchio. 9° *Expériences cliniques sur l'antimoniate de quinine ;* par M. La Camera. 10° *Guérison d'une névralgie chronique de la cinquième paire ;* par M. Mammi. 11° *Réflexions sur la cause de la phthisie pulmonaire tuberculeuse ;* par M. Demitry. 12° *Considérations philosophico-thérapeutiques sur l'hypochondrie ;* par M. Del Mastro.

OBSERVATIONS SUR LA CURE DE L'HYDROCÈLE ; par M. BELLUCCI.

L'opération de la cure radicale de l'hydrocèle est aujourd'hui une des plus simples et des plus sûres de la chirurgie. C'est une opération cependant, et comme telle, elle n'est pas entièrement exempte d'accident. On doit donc accueillir avec empressement tout moyen qui permet d'arriver sans elle au même but. Celui que propose M. Bellucci, et qu'il appuie de cinq observations, est des plus innocents et des plus simples. Il consiste dans l'emploi d'une pommade composée de 4 à 6 grammes de poudre de feuilles de digitale pourprée et de 30 grammes d'axonge. Des frictions sont faites sur la tumeur, en ayant soin de bien laver le scrotum tous les cinq ou six jours, pour activer l'absorption du remède. Cinq cas d'hydrocèle, dont un aigu et quatre chroniques, rapportés par l'auteur, témoignent de l'efficacité du nouveau moyen, qu'il a suffi d'employer de deux à trois mois pour arriver à une guérison complète et solide.

NÉVRALGIE TEMPORALE DE LA CINQUIÈME PAIRE ; par M. MAMMI.

Les névralgies ne sont pas toujours des affections locales et tiennent au contraire souvent à un état général de l'économie dont il importe de tenir compte pour triompher de la maladie.

Obs. — Un homme de 40 ans, qui avait toujours joui d'une parfaite santé et qui ne l'avait jamais compromise par aucun excès, fut pris tout à coup, sans cause appréciable, d'une douleur intense à la tête. Celle-ci durait longtemps, revenait souvent et d'une manière spontanée et irrégulière. Elle occupait la région temporale de l'un et de l'autre côté, et même les deux yeux. Elle s'irradiait jusqu'au sommet de la partie antérieure et latérale de la tête et suivait la direction de l'artère temporale, dont chaque battement amenait une exacerbation. Elle s'étendait en avant et au-dessus de l'oreille, et en outre un peu au-dessous de l'arcade zygomatique.

La névralgie propre de l'œil, qui était la compagne inséparable de cette névralgie temporale, était beaucoup plus profonde qu'elle, sons-orbitaire, et se manifestait par un sentiment de tension de l'œil, avec gonflement de toutes les parties comprises dans l'orbite, avec larmes involontaires et abondantes, photophobie et contraction de la pupille. Aucun autre organe n'était malade; seulement, au début, l'état de la circulation simula une fièvre pernicieuse.

Pendant trois ans, la maladie persista, se jouant de tous les moyens employés. C'est alors qu'on mit en usage, longtemps et à haute dose, le valériana te de fer, qui parvint à en triompher d'une manière complète.

Depuis deux ans que le sujet a recouvré sa première santé, la guérison ne s'est pas démentie.

EXPÉRIENCES CLINIQUES SUR L'ANTIMONIATE DE QUININE ; par M. LA CAMERA.

Le docteur J. La Camera a publié à Naples, en 1851, un livre sur les maladies intermittentes où il faisait connaître l'antimoniate de quinine qu'il mettait au premier rang parmi les antipériodiques. Aujourd'hui il apporte de nouveaux faits cliniques à l'appui de sa première assertion. Il parle de 12 à 14 malades traités avec succès par ce remède, de fièvres intermittentes plus ou moins graves, et il cite trois observations en détail, qui paraissent avoir été contrôlées par les docteurs de Nasca, Ruggiero, Messina et Ciacchi. Ces trois observations ont trait à des fièvres d'accès, à type quotidien ou tierce, avec complication d'accidents divers.

L'auteur conclut de ses expériences que l'antimoniate de quinine est bien préférable à la poudre de James, et souvent au sulfate de quinine lui-même. Il paraît réunir les propriétés résolutives et diaphorétiques des préparations d'antimoine, et les vertus fébrifuges des sels de quinine. Il a plusieurs fois déterminé des évacuations alvines plus ou moins abondantes. Il aurait l'efficacité de prévenir les récidives, et pourrait s'administrer impunément dans les cas douteux de périodicité, où la rémittence se cache sous l'apparence d'une marche continue. La dose d'antimoniate de quinine est de 12 à 15 grains qu'on administre en trois ou quatre prises, dans l'intervalle des accès ou pendant la rémittence. On y revient plusieurs jours de suite, en diminuant les doses à mesure que les accès se dissipent.

Nous n'avons vu, dans les observations de M. La Camera, aucun accident suivre l'administration de l'antimoniate de quinine, et nous pensons que ce sel fébrifuge mérite d'être expérimenté de nouveau.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 24 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

L'Académie a procédé par la voie du scrutin, à la nomination d'une commission de neuf membres chargée de l'examen des pièces admises an concours pour les prix de médecine et de chirurgie.

La commission est composée de MM. Velpeau, Andral, Rayer, Serres, Magendie, Duméril, Flourens, Milne Edwards et Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire.

CANAUX BILIAIRES.

M. ALB. PUECH communique un mémoire sur l'anatomie des canaux biliaires. Il résume en ces termes les résultats des recherches qu'il a faites sur ce sujet :

1° Si l'on examine avec soin les canaux hépatique et cystique à leur point de réunion, on constate sur leur face antérieure et postérieure l'existence d'un petit sillon médian interposé entre les saillies convexes que présentent ces deux canaux, sillon plus ou moins prononcé, à longueur variable (4 à 16 millim.), et qne rendent de toute évidence les injections ou la réplétion de ces canaux par la bile. Sur une pièce parfaitement injectée, j'ai pu y poursuivre un ramuscule de la veine porte.

2° Si, d'un côté, à la partie interne de ce prétendu canal cholédoque, 10 à 12 milim. après sa naissance, on place une pince à demeure dont les mors ne dépassent pas le sillon ; si, d'un autre côté, on place une autre pince sur le canal cholédoque, avant qu'il pénètre dans les parois duodénales, on aura beau exercer des pressions d'avant en arrière sur la vésicule pleine, jamais on ne parviendra à faire refluer la bile dans le canal hépatique. Lorsqu'il s'est présenté quelques exceptions, c'est que la cloison avait une moindre étendue, ce dont je me suis assuré par la dissection ; enlevait-on, au contraire, la première pince, la bile refluait en toute liberté dans le canal hépatique. Je n'ai pas pratiqué d'injection par cette voie ; mais, à mon avis, elles m'eussent donné les mêmes résultats, c'est-à-dire que tant que la pince à demeure eût comprimé complètement la moitié interne de ce double canal, elle n'eût coulé que dans le canal cystique, et par lui dans la vésicule.

3° Si l'on introduit un stylet à cette même hauteur, suivant que l'on ouvrira le canal, soit par le côté interne, soit par le côté externe, on obtiendra des résultats différents : si c'est par le côté externe, on ira toujours dans le canal cystique, et la résistance des valvules en fera foi ; si c'est, au contraire, par le côté interne, on ira, sans difficulté ancune, dans le canal hépatique.

4° Si par l'orifice duodénal on fait pénétrer un stylet, on arrivera dans le canal hépatique, et en vain le fera-t-on jouer dans son intérieur, on ne parviendra point à toucher au niveau de l'angle formé par les canaux hépatique et cystique la paroi externe de ce canal ; veut-on l'introduire dans le canal cystique, l'on y parviendra difficilement. Sans doute cette expérience est moins probante que les précédentes, mais elle a sa valeur ; car, en indiquant l'existence d'une cloison, elle signale un rétrécissement valvuleux à l'ouverture du canal cystique.

Si à ces diverses expériences on ajoute la dissection, le doute n'est plus permis. J'ai constaté cette cloison et l'ai fait constater un grand nombre de fois, et dans des démonstrations faites dans les salles de dissection, je n'ai pu m'empêcher de la signaler. Cette cloison n'est pas toujours aussi développée que dans le premier cas qui a servi de point de départ à mes recherches ; mais, généralement, elle existe, et il n'y a que sa longueur qui varie. Je la vois sur mes notes se balancer entre 5 et 19 millim.; elle avait 25 millim. dans le premier cas. Lorsqu'elle est peu développée, elle existe à l'état d'éperon, et nous avons noté cette disposition. Chez l'homme, elle est plus rare. Ajoutons que sur un fœtus à terme et un enfant de deux mois, j'ai pu constater son existence, et que, toute proportion gardée, elle est aussi développée que chez l'adulte. N'y aurait-il là qu'un simple adossement des deux canaux unis par du tissu cellulaire ? N'y aurait-il là qu'un simple accollement ? C'est ce qu'il fallait éclaircir. Si, à cet effet, on se livre à une dissection patiente, minutieuse, on s'aperçoit que ce n'est point sans éraillures qu'on obtient une séparation artificielle ; en outre, il n'y a point là du tissu cellulaire, mais bien le tissu propre des canaux biliaires, et l'on voit, à la loupe, les fibres aller de la paroi interne à la paroi externe de ce prétendu canal cholédoque se feutrer en se fortifiant mutuellement. Il y a donc là fusion intime des deux parois opposées des canaux hépatique et cystique ; il y a donc là une cloison qui vient revêtir de chaque côté la muqueuse correspondante soit hépatique, soit cystique. Sans doute, dans l'état embryonnaire, il n'y avait là qu'un simple rapprochement ; mais avec les progrès de l'âge les deux parois se sont fusionnés sans plus laisser de traces de leur existence distincte que le sillon signalé et à la face antérieure et à la face postérieure du canal cholédoque.

J'arrive au rétrécissement valvuleux que présente le canal cystique à son ouverture dans le canal cholédoque, ce que laissait entrevoir ma dernière expérience. Le rétrécissement valvuleux a une forme elliptique, légèrement ovalaire ; sa direction est oblique de dehors en dedans, c'est-à-dire de droite à gauche et de haut en bas. Son ouverture, peu considérable, diminue presque de moitié le calibre du canal cystique. Sa présence est constante, et bon nombre de dissections en font foi. Il ne m'a point été donné de constater son importance physiologique. (Comm. : MM. Serres, Velpeau et Rayer.)

EMBRYOGÉNIE ET PROPAGATION DES VERS INTESTINAUX.

M. BONAPARTE présente, au nom de MM. les docteurs ERCOLANI et VELLA, un mémoire sur ce sujet, qu'ils résument en concluant :

1° Que les métamorphoses progressives des helminthes, jusqu'ici étudiées par Van Beneden, Küchenmeister et Siebold, tout en nous révélant des faits nouveaux et étonnants, n'étaient point applicables à l'entière solution des graves questions qui se rattachent à la génèse de tous les helminthes ;

2° Que si les métamorphoses rétrogressives des œufs de ténias en cysticerques et cœnures ne nous ont pas, comme à d'autres expérimentateurs, réussi, elles nous ont cependant conduits à reconnaître une phase inférieure dans le développement du cysticerque des lapins, phase qui rapproche ce ver des vers les plus inférieurs et les plus simples : quoiqu'ils présentent une tête invaginée, ils manquent cependant des petites ouvertures, des crochets et de la vésicule caudale ; aussi l'opinion de ceux qui regardent les cysticerques comme des ténias dégénérés n'est-elle pas bien fondée ;

3° Que les nématoïdes ne subissent aucun changement de métamorphose progressive ; les changements de l'embryon sont des phases de développement : ainsi les organes génitaux, même chez eux, sont toujours les derniers à se former et ne se présentent en entier que lors du complet développement de l'animal ;

4° Que les appendices cornés et les crochets qui manquent an cysticerque du lapin aux premiers degrés de développement manquent aussi et ne se forment que lentement et après développement complet autour de la bouche du strongle armé ;

5° Que les œufs de l'ascaris megalocephala, propre au cheval, se développent artificiellement dans le parenchyme pulmonaire des chiens ;

6° Que la cessation des mouvements, la fluidité du corps chez les nématoïdes ne sont pas des signes suffisants pour conclure à la mort de ces animaux, car ils reviennent de cet état aussitôt qu'on les place dans l'eau tiède ; même à l'état embryonnaire, quoique entièrement desséchés, ces vers reviennent, par ce moyen, très-promptement à la vie ; les nématoïdes meurent donc très-difficilement : les œufs et les embryons sont doués d'une ténacité de vie merveilleuse, au point de donner des signes de vie après six jours d'immersion dans l'alcool à 30 degrés ;

7° Que cette ténacité de vie, jointe au développement des œufs d'un nématoïde placé dans des conditions autres que celle où il vit, ontre qu'elle fonde des faits nouveaux et importants, détruit les plus forts arguments invoqués par bon nombre de savants en faveur de l'hétérogénie ;

8° Que les œufs des nématoïdes exigent un temps assez long pour se développer après avoir été introduits avec les aliments dans le corps des animaux ; qu'ils adhèrent d'abord tout autour des villosités de la membrane muqueuse intestinale pour s'enfoncer ensuite jusqu'à la péritonéale, et que là, hors de tout danger d'être éliminés, ils achèvent leur développement pour revenir enfin dans la cavité intestinale et y jouir de la vie ;

9° Que ce simple mécanisme, en harmonie avec les lois qui règlent l'introduction des corps étrangers dans l'organisme, peut être très-facilement observé en examinant les taches jaunâtres que l'on trouve dans les intestins du lapin ou dans le cœcum du cheval, et qui ne sont que des œufs de l'oxyure du lapin ou du strongle armé du cheval ; parmi ces œufs, on rencontre souvent les embryons microscopiques de ces nématoïdes ;

10° Que chez les femelles adultes de l'ascaris mégalocéphale et lombricoïde, on démontre facilement que les œufs ne se forment pas dans la dernière portion de l'oviducte, mais bien dans la partie supérieure et amincie qui représente un vrai ovaire ;

11° Que sur la partie interne de l'ovaire des ascarides que nous venons de mentionner pend une quantité infinie de corps pyriformes allongés représentant les follicules de Graaf des animaux supérieurs ;

12° Que le follicule de Graaf, comme chez les animaux supérieurs, ne se déchire pas pour laisser sortir l'œuf, mais se détache en entier du strôme, perd sa forme pyriforme pour devenir ronde, tandis que la membrane du follicule persiste et devient le chorion de l'œuf ;

13° Que la membrane vitelline se forme après que le follicule s'est détaché ;

14° Que les changements des cellules vitellines, la formation de la membrane de ce nom, la rupture de l'œuf, la segmentation du jaune, la naissance et les progrès de l'embryon de l'ascaris mégalocéphale dans le poumon des chiens, constituent autant de phases de développement que l'on ne peut pas réduire ici en peu de mots.

MOUVEMENT AUTONOMIQUE DES FIBRES MUSCULAIRES.

M. SCHULTZ-SCHULTZENSTEIN adresse, par l'entremise de M. FLOURENS, une lettre sur ce sujet conçue en ces termes :

J'ai l'honneur de vous annoncer la découverte que je viens de faire d'un mouvement autonomique visible des fibres musculaires, procédant de soi-même, sans aucune incitation, et qui nous révèle complètement ce qui a lieu, sans que nous le puissions voir dans le mouvement vital musculaire.

Si l'on arrache le pied d'une mouche vivante (*musca domestica*), de manière qu'une articulation soit rompue dans son milieu, on retire avec la partie arrachée le tendon médian garni de fibres musculaires détachées du tube de l'articulation. Cette touffe de fibres, observée dans une goutte d'eau à l'aide d'un grossissement moyen, montre un mouvement vermiculaire ou péristaltique, et en même temps un raccourcissement et un allongement actifs, alternant. On voit que ce mouvement est causé, non par l'enveloppe striée en tra-

vers des fibres, mais par les fibrilles contenues dans cette enveloppe, qui se présentent sous la forme de stries longitudinales des fibres, et qui se déplacent pendant le mouvement vers l'enveloppe, comme se déplacent les entrailles vers la peau d'un ver diaphane. Je vous envoie ci-jointe une représentation de ces phénomènes en deux figures, dont l'une montre la touffe entière des fibres arrachées avec le tendon, vue à un grossissement faible; l'autre, trois fibres isolées plus grossies, où l'on voit mieux l'état des fibrilles actives, qui sont à l'intérieur des fibres.

— M. Putegnat, médecin à Lunéville, prie l'Académie de vouloir bien le comprendre parmi les candidats dont elle discutera les titres pour une place de correspondant, maintenant vacante dans la section de médecine et de chirurgie : il joint à l'appui de cette demande une liste de ses principaux travaux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 2 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Gourdan de Fromental, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Gray, sur une épidémie de fièvre scarlatine qui a régné dans plusieurs communes de cet arrondissement depuis la fin de l'année 1851 jusqu'au 1er janvier 1854 (Comm. des épid.) ;

2° Le rapport de M. le docteur Bernard, médecin inspecteur adjoint des eaux minérales d'Uriage (Isère), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1852 (Comm. des eaux min.);

3° Trois lettres relatives à des remèdes secrets.

— M. Denamiel (de Rivesaltes) adresse une nouvelle observation de guérison d'un calcul vésical par la lithothlibie avec quelques considérations à l'appui de sa méthode opératoire, pour être jointe à son mémoire sur le diagnostic et le traitement des calculs urinaires, etc. (Comm. nommée: MM. Malgaigne, O. Henry et Jobert de Lamballe.)

— M. Mérier (de Saint-Dizier) adresse : 1° son rapport manuscrit annuel sur le service médical et administratif de l'asile de Saint-Dizier, pour l'année 1852; 2° un appendice à ce rapport, spécialement destiné à l'Académie et dont l'auteur sollicite le renvoi à une commission. Cet appendice a principalement pour objet d'appeler l'attention de l'Académie sur la question du travail des champs appliqué à la curation de la folie et sur la suprématie de ce moyen curatif sur les autres moyens de traitement de l'aliénation mentale. (Comm. : MM. Jolly, Londe, Ferrus.)

— M. Leroy-d'Étiolles répond à la réclamation de M. Mignard, breveté pour un compas à cadran. Non-seulement M. Charrière lui a montré en 1846 cet instrument, mais il le lui a vendu; après s'en être servi, M. Leroy l'a trouvé lourd, volumineux, incommode, et cette opinion, dit-il, a été partagée par tous ceux qui l'ont vu manœuvrer, par M. Robert entre autres. C'est pour cette raison qu'il en a changé les proportions et le mécanisme, de manière à le rendre portatif et usuel pour les chirurgiens auxquels l'instrument primitif n'était pas destiné.

M. Leroy-d'Étiolles ajoute que M. Mathieu vient d'exécuter pour M. le docteur Blatin qui l'a imaginée une filière angulaire d'une grande simplicité, qui lui paraît devoir remplacer tous les instruments destinés au même usage.

NOUVEAU PROCÉDÉ DE STAPHYLORAPHIE.

M. Depaul expose au nom de M. Jules Bouyer un nouveau procédé de staphyloraphie.

Parmi les difficultés que présente cette opération, celle qui a le plus préoccupé les chirurgiens est le passage des fils à travers les deux portions du voile du palais divisé.

Dans le procédé indiqué par l'illustre inventeur de la staphyloraphie, les aiguilles armées du fil étaient pressées d'arrière en avant. Cette manœuvre était difficile, et on ne piquait pas toujours l'aiguille dans le point convenable. Depuis, plusieurs chirurgiens ont cherché à faciliter ce temps de l'opération en passant les aiguilles d'avant en arrière.

Les procédés tendant à ce but sont ceux d'Auguste Bérard et de M. de Pierris. Le premier est simple dans son principe, mais d'une exécution lente et fatigante pour le malade, ce dont on doit tenir compte lorsque l'on considère la fatigue à laquelle il doit être soumis pour immobiliser le voile du palais après la suture.

L'instrument de M. de Pierris est très-compliqué, et malgré cela ne réussit pas toujours, le fil pouvant quelquefois échapper de l'instrument, le mécanisme faisant tous les frais de la manœuvre.

On a essayé en outre de se servir d'aiguilles à chas incomplet; mais on éprouve toujours de la difficulté à passer ses instruments à travers un tissu contractile; les essais ont été réitérés fréquemment, et faute de résultats satisfaisants on a dû y renoncer.

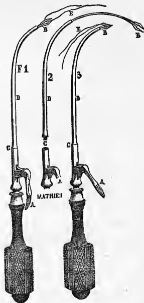
Voici la description d'un instrument qui nous paraît réunir les avantages recherchés : passage des fils d'avant en arrière, rapidité et sûreté d'exécution.

L'instrument se compose d'une canule courbe CD (fig. 3), dans laquelle peut se mouvoir une aiguille B percée d'un chas à sa pointe. Cette aiguille se compose de deux moitiés latérales pouvant s'écarter, et laisser ouvrir le chas qu'elles comprennent ainsi que le représente la fig. 1. Leur séparation se produit lorsque par suite d'une pression exercée sur la bascule A, l'aiguille s'avance et tend à sortir de la canule; alors ces deux branches s'écartent par leur élasticité à la manière d'une pince à dissection. Cet écartement est limité par l'étendue de l'engrenage correspondant à la bascule.

Pour opérer, le chirurgien, après avoir disposé un fil dans le chas de l'aiguille fermée, passe la tige d'avant en arrière à 6 ou 7 millim. de la lèvre droite de la division du voile qui est tendue au moyen d'une pince. Quand l'aiguille a pénétré, une pression exercée sur la bascule la fait ouvrir, le fil s'échappe, on retire légèrement l'aiguille ouverte, puis on cesse la pression, l'aiguille se referme d'elle-même, et on la retire d'arrière en avant. Le fil se trouve déjà passé dans une des lèvres de la division. On introduit alors l'aiguille fermée et sans fil d'avant en arrière également à travers la lèvre gauche de la division. On ouvre l'aiguille fermée et sans fil d'avant en arrière également à travers la lèvre gauche de la division. On ouvre l'aiguille fermée par la pression, on saisit le fil entre ses deux branches, on la laisse refermée, et on la ramène d'arrière en avant, armée du fil qui se trouve alors passé dans les deux lèvres de la division, l'aiguille ayant toujours pénétré d'avant en arrière.

On agit de même pour passer les deux autres fils, et on achève l'opération comme dans les autres procédés.

On peut faciliter au besoin la sortie du fil de l'aiguille dans le premier temps de cette opération avec la pince qui a servi à tendre le bord de la division, la tension de ce bord devenant inutile une fois que l'instrument a pénétré.



Cet instrument, imaginé par M. Jules Bouyer, externe des hôpitaux, a été habilement exécuté par M. Mathieu. Il est simple, d'un maniement facile, et peut être employé pour d'autres opérations. Il se démonte très-facilement, ce qui permet de changer les aiguilles pour les remplacer ou pour les adapter à d'autres usages.

SUR UNE MÉTHODE DE TRAITEMENT DU CANCER.

M. Robinet lit au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux un rapport officiel en réponse à une demande d'avis du ministre du commerce relative à une méthode de traitement du cancer proposée par M. le docteur Crusell (de Saint Pétersbourg). Ce mode de traitement consiste à recouvrir les surfaces cancéreuses ulcérées d'un mélange de poudres métalliques (poudre de cuivre et de zinc), auquel l'auteur attribue une propriété spéciale. M. le rapporteur propose de répondre au ministre qu'il y a lieu, conformément au vœu exprimé par l'auteur, et sans se prononcer toutefois sur la valeur de sa méthode, de lui donner la publicité nécessaire pour que les praticiens soient mis à même d'en faire l'essai.

Une discussion s'élève sur ces conclusions entre MM. Londe, Velpeau, Moreau, Bérard et le rapporteur, à la suite de laquelle l'Académie en ordonne le renvoi à la commission pour être modifiées.

M. Robinet lit au nom de la même commission plusieurs autres rapports dont les conclusions négatives sont adoptées sans discussion.

VACCINATIONS.

M. Bousquet lit au nom de la commission de vaccine la première partie du rapport annuel sur les vaccinations opérées en 1852. M. Bousquet, dans cette première partie de son rapport, examine plusieurs points de l'histoire de la vaccine et de la variole. Il a examiné en particulier la valeur des essais d'inoculation lacto-variolique comme moyen de suppléer au défaut et à l'impuissance du vaccin, dont on s'est récemment occupé, et il ne paraît pas partager les espérances que l'on a fondées sur cette pratique. M. Bousquet a examiné ensuite la question des prétendues transformations de la variole et l'influence de la vaccine sur la population, et il en a pris l'occasion de réfuter de nouveau les doctrines récemment émises sur ce sujet.

La seconde partie du rapport sera lue dans la séance prochaine.

TRAITEMENT DES ORCHITES PAR LE COLLODION.

M. Bonnafont lit sous ce titre un mémoire dans lequel il se propose de démontrer par des faits l'efficacité du traitement des orchites par le collodion. Il y a longtemps, dit M. Bonnafont, que nous avons fait connaître nos premiers essais sur le traitement de l'orchite par le collodion. Les quinze ou vingt résultats que nous en avions obtenus nous engagèrent à les communiquer sous forme de note; mais aujourd'hui que l'application de ce mode de traitement a été fait sur 56 malades et avec des succès aussi heureux, nous nous décidons à proclamer cet agent comme jouissant des propriétés les plus énergiques pour combattre les engorgements du testicule, ainsi que ceux de ses enveloppes. Bien que les résultats aient été toujours favorables, ils ne l'ont pourtant pas été au même degré, et cela en raison des conditions particulières dans lesquelles se trouvait l'organe malade.

Avant d'entrer dans aucune considération à cet égard, nous devons dire de la manière la plus absolue que dans tous les cas où nous avons employé le collodion, il n'est survenu aucun symptôme de nature à en contre-indiquer l'emploi et à affaiblir la confiance que ses succès lui ont méritée.

L'application du collodion, ajoute M. Bonnafont, n'est pas suivie dans tous les cas du même succès. En général, les résultats sont en raison inverse de l'ancienneté de la maladie et du degré d'induration des tissus; il est facile, en effet, de comprendre que plus l'inflammation est à l'état aigu et que le testicule ou ses enveloppes sont imprégnés d'un liquide anormal, plus il sera facile à ce liquide de se retirer sous l'influence d'une médication qui jouira de ses propriétés, et que les tissus auront conservé assez d'élasticité pour suivre ce mouvement de retrait des liquides et diminuer d'autant le volume de l'organe enflammé; tandis que lorsque l'inflammation date de quelque temps, les liquides ont pu se décomposer, les canaux qui leur ont donné passage s'obstruer, et par suite les tissus acquérir un degré d'induration qui les rend plus ou moins réfractaires à l'action du collodion.

En thèse générale, chaque fois que nous avons fait ces applications sur des orchites présentant les caractères d'une inflammation franche, telles que rougeur, gonflement avec tension des parties, et surtout douleur excessive, presque toujours les accidents inflammatoires ont disparu rapidement, quelquefois même au bout d'une demi-heure, et la guérison est complète au bout de deux ou trois jours.

Les choses se passent toujours ainsi lorsque l'inflammation est très-aiguë, et que ni l'épidydime ni le testicule ne sont affectés d'indurations plus ou moins anciennes. Dans ce cas, les organes perdent un peu de leur volume, et à moins que l'induration du testicule ne soit très-ancienne, il est rare qu'on n'en obtienne pas la résolution. Seulement il est nécessaire, dans ce cas, de faire deux et même trois applications de collodion, en mettant entre elles cinq jours d'intervalle.

Quand l'épididyme est induré et passé à l'état chronique, il est le plus souvent réfractaire à cette médication, et cela pour les raisons développées plus haut. Cependant, sur six cas de ce genre et un surtout où l'épididyme avait acquis un volume considérable, après quatre applications de collodion, nous avons obtenu, non pas la guérison, mais une grande diminution de cet organe.

M. Bonnafont rapporte quelques observations qui viennent à l'appui de ce qui précède, et il en conclut :

1° Que le collodion constitue le moyen le plus énergique pour guérir les orchites traumatiques et syphilitiques;

2° Que son efficacité est en raison inverse de l'ancienneté de la maladie; ainsi, plus l'inflammation sera récente, quel que soit son degré d'acuité, plus on obtiendra un résultat complet et rapide, tandis que, comme il a déjà été dit, au fur et à mesure que l'engorgement s'éloigne de son origine, les tissus sont plus ou moins indurés et deviennent par conséquent moins susceptibles de perdre rapidement de leur volume. Dans ce dernier cas, on est obligé d'appliquer deux ou trois fois le collodion en mettant deux ou trois jours d'intervalle entre chaque application;

3° Que dans les cas nombreux où il a été fait usage de cet agent, on n'a jamais eu d'accident, même très-léger, à combattre;

4° Que depuis un an, malgré le nombre de malades qu'il a eu à traiter, il n'a pas eu recours une seule fois aux sangsues;

5° Que la douleur résultant de cette application, le plus souvent légère, quelquefois très-aiguë, ne dure pas en moyenne plus de deux minutes;

6° Que la douleur produite par l'inflammation des tissus, si vive qu'elle soit, diminue à mesure que celle du collodion se produit, et disparaît presque entièrement en même temps.

SCLÉROSE OU TRANSFORMATION CALLEUSE DE LA SUBSTANCE CÉRÉBRALE.

M. Schnepf, interne des hôpitaux, présente un cerveau qui offre un exemple d'une lésion peu connue, et dont il a emprunté la dénomination aux auteurs allemands. C'est un exemple de transformation calleuse de la substance cérébrale, lésion à laquelle il donne, d'après le docteur Bock, professeur d'anatomie pathologique, à Leipsik, le nom de sclérose.

Ce cerveau a appartenu à une enfant de 9 ans, qui a été placée à la Salpêtrière, dans le service de M. Mitivié, comme atteinte d'idiotie et d'épilepsie.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ CLINIQUE ET PRATIQUE DES MALADIES DES ENFANTS; par MM. F. Rilliet et E. Barthez. — Deuxième édition, vol. I et II. — Paris, 1853.

Parmi les productions remarquables de notre époque médicale, la première édition du Traité des maladies des enfants de MM. Rilliet et Barthez a déjà occupé un rang très-élevé. Cet ouvrage, conçu dans un bon esprit, basé sur l'observation approfondie d'un nombre considérable de faits, s'est distingué par l'exactitude de ses descriptions anatomiques, par des tableaux cliniques excellents, par une thérapeutique simple et rationnelle; elle était ornée de plus par de vastes connaissances littéraires dans le domaine de la partie spéciale de la pathologie dont ces auteurs se sont occupés. Mais on reprochait à cet ouvrage de fonder un peu trop les divisions nosologiques sur les caractères anatomiques. La description des symptômes, toute exacte qu'elle était, manquait de vie et d'ensemble, parce que les doctrines dont ses détails étaient l'expression ne s'étaient peut-être pas élevées à des généralités à la fois vraies et philosophiques. La partie thérapeutique enfin, tout en analysant avec choix et critique les vastes matériaux dispersés dans la science, manquait de cette expérience personnelle que la pratique particulière seule peut donner.

Malgré ces défauts, l'ouvrage de MM. Rilliet et Barthez est devenu le point de départ de la plupart des recherches exactes sur les maladies de l'enfance pendant ces dernières années, et même sans les améliorations notables qu'il a subies, il serait resté longtemps encore à la tête de cette spécialité.

Mais une production d'un tel mérite, toute spéciale, tout inaccessible qu'elle est à la généralité des médecins par son esprit sévère et l'étendue même de ses matériaux, ne devait pas tarder à arriver à une seconde édition. Nous avons actuellement les deux premiers volumes de celle-ci sous les yeux, et nous devons l'avouer, nous sommes frappé de ses nombreux perfectionnements.

Bien que tout n'y soit pas à l'abri de la critique, soit au point de vue doctrinal, soit à celui de l'observation même, presque tous les défauts que nous venons de signaler pour la première édition ont été évités, tellement il est vrai que les bons esprits ne s'arrêtent jamais et marchent continuellement dans la voie du progrès, quand ils se livrent à l'étude et surtout à la méditation des faits. La partie anatomique, loin d'avoir subi la moindre diminution, est enrichie de détails nombreux; mais la valeur des caractères anatomiques est considérablement restreinte et réduite au rôle que nous avons toujours cherché à leur assigner, celui de servir la pathogénie, mais sans pouvoir prétendre la dominer. Il en résulte que l'observation clinique, nous ne craignons pas de prononcer le mot d'observation hippocratique, prédomine dans les doctrines sur la nature des maladies. La nature des troubles fonctionnels est non-seulement réintégrée dans tout son empire, mais, en outre, l'état primordial de tout l'organisme, tel qu'une maladie le trouve au moment de son invasion, est placé au premier rang parmi les causes qui impriment une physionomie particulière à l'ensemble des symptômes.

Ce retour à l'application juste de l'unité de toute l'économie et de la prédominance de l'état général sur l'état local nous a fait un plaisir d'autant plus vif que l'organicisme exagéré professé dans plusieurs écoles depuis trente ans et pour lequel la maladie locale constitue le principal sujet de recherches, l'objet presque unique d'intérêt, ne sera jamais qu'un triste et pâle démembrement de la pathologie, de même que ceux qui aspirent à construire exclusivement les doctrines patho-

logiques avec le résultat des autopsies cadavériques, même aidés de toutes les ressources microscopiques et chimiques, ne tiendront jamais entre leurs mains qu'un *caput mortuum*, qu'un squelette inanimé, tandis que la véritable pathologie ne saurait se passer des efforts les plus persévérants de la pensée, de la méditation et de la coordination incessante des caractères cliniques, et ne saurait arriver à des vues justes que par la méthode des naturalistes, dans laquelle tous les caractères sont appréciés d'une manière juste et impartiale.

Dans la partie thérapeutique de la nouvelle édition, enfin, nous trouvons à chaque page le cachet d'une vaste expérience, et nous ne saurions mieux en faire l'éloge qu'en insistant sur le fait que MM. Rilliet et Barthez ont su éviter à la fois les écueils des diverses écoles thérapeutiques du jour, le nihilisme des uns, les croyances aveugles et gratuites des autres, l'esprit de système d'un grand nombre d'entre elles, le paracelcisme déterré par Rademacher, etc., et qu'à chaque page on reconnaît le praticien, et le praticien hors ligne qui a beaucoup vu et qui a bien vu. Nous y voyons une nouvelle preuve du fait que si les méthodes exactes en pathologie ne conduisent pas immédiatement à des résultats thérapeutiques, elles préparent cependant l'esprit à acquérir dans celles-ci la supériorité que donnent la critique et l'observation sévère, lorsqu'une expérience personnelle fournit des matériaux suffisants.

Après avoir rendu compte des modifications générales que les auteurs ont fait subir à leur œuvre dans cette seconde édition, ils passent dans l'introduction à la classification des maladies, et ici déjà nous rencontrons l'application de ce principe que la nature de la maladie doit primer son siége et que l'état de l'économie tout entière est bien autrement important que le mal local seul. C'est avec justesse qu'ils distinguent les altérations passagères de la santé des altérations plus permanentes ou diathésiques. Après avoir fait ressortir ensuite la défectuosité de la classification par maladies d'organes, ils indiquent les divisions qu'ils ont adoptées : le groupe des phlegmasies auxquelles se rattache le catarrhe, les hydropisies, les hémorrhagies, les gangrènes, les névroses, les maladies générales aiguës et spécifiques, les exanthèmes, puis les tubercules et les entozoaires. Les affections locales servent alors pour les divisions secondaires. C'est ainsi que chacun des groupes des maladies indiquées est successivement étudié dans l'encéphale et le rachis, les fosses nasales et la bouche, le cou, la poitrine, l'abdomen, les organes externes, peau, articulations, parties génitales, etc.

Ce plan est à coup sûr très-sage; toutefois ce n'est pas la méthode que nous préférons, ni celle que nous professons dans nos cours. Il nous paraît plus physiologique d'étudier d'abord, dans une première partie, les maladies générales, et dans une seconde partie, celle des divers systèmes et organes. Pour les maladies générales, les hydropisies, les hémorrhagies ne sont la plupart du temps que symptomatiques. Il aurait fallu tout aussi bien introduire alors, dans la classification, les ramollissements, les atrophies, les hypertrophies.

Nous divisons les maladies générales en celles de l'innervation et celles de la nutrition. Les maladies de la nutrition se divisent en huit groupes, dont le premier comprend celles avec prédominance des troubles circulatoires, l'hyperémie, la phlegmasie, les diverses exsudations, la régénération, le ramollissement, l'ulcération et la gangrène. Il va sans dire que l'on tient toujours compte du fait que le mal local n'est la plupart du temps qu'un reflet de l'état général, à part les affections d'origine tout à fait extérieure et traumatique. Un second groupe comprend les maladies de la nutrition sans trouble circulatoire et sans cause spécifique évidente, l'hypertrophie et l'atrophie qui, bien que pouvant naître d'un état phlegmasique, se développent cependant bien souvent d'une manière indépendante. Un troisième groupe comprend les maladies générales et spécifiques sans produit anatomique spécial. C'est ici que nous plaçons successivement les exanthèmes aigus, la fièvre intermittente, la fièvre continue non typheuse, les deux formes de typhus avec ou sans localisation abdominale, la fièvre jaune, la peste, le choléra. Cette première sous-division comprend donc les affections miasmatiques, soit endémiques, soit épidémiques. Dans une seconde sous-division, nous plaçons une affection également spécifique, produite la plupart du temps par des causes antihygiéniques, le scorbut. Une troisième sous-division comprend les maladies spécifiques constitutionnelles, toujours sans produit morbide spécial. Nous y comprenons le rhumatisme, la goutte, une partie des maladies chroniques de la peau et les scrofules. Dans un quatrième groupe, nous étudions les maladies générales sans produit spécial, mais à cause spécifique toxique. Nous distinguons les affections produites par morsure et venin, les agents toxiques qui se communiquent par contact, comme la syphilis et la morve, et les poisons proprement dits qui agissent surtout par absorption. Dans un cinquième groupe, nous donnons les maladies de la nutrition, avec formation d'un tissu pathologique, soit semblable aux tissus normaux, comme les tissus adipeux, fibreux, cartilagineux, osseux, érectile. Les productions pigmentaires, épithéliales et fibro-plastiques font le passage aux tissus hétéromorphes par leur tendance envahissante et quelquefois généralisatrice. Le tubercule et le cancer, que nous regardons toujours comme diathésiques, forment les deux extrêmes des produits accidentels, de nature hétéromorphe. Les trois derniers groupes comprennent les troubles nutritifs produits par formation gazeuse, par les concrétions minérales, par les parasites du règne végétal ou animal. La deuxième classe comprend les névroses. Après cette pathologie spéciale des maladies générales vient ensuite la description des maladies des divers organes. Nous avons trouvé cette classification d'une compréhension et d'une application tout à fait facile pour les élèves. Nous serions entraîné trop loin si nous voulions suivre ici tous ses détails. Nous comprenons de plus que, pour un traité des maladies des enfants, beaucoup d'affections traitées dans nos divisions ne sauraient être décrites. Dans un ouvrage, enfin, aussi substantiel que celui de MM. Rilliet et Barthez, nous devons attacher bien moins d'importance au cadre qu'au fidèle tableau de la nature qu'il renferme.

En passant à la classe des phlegmasies, nous trouvons une excellente description du catarrhe, et nous sommes heureux de voir réintégrer en pathologie le groupe des catarrhes. Au scalpel et au microscope, ces distinctions ne s'établiraient pas, vu que les membranes muqueuses, dans le catarrhe, offrent les lésions locales ordinaires de l'inflammation, et que leurs produits exsudés renferment de nombreuses cellules purulentes. Mais quelle différence dans les prodromes, le début et la marche des affections catarrhales et des phlegmasies franches! Et quelle différence plus tranchée encore lorsque nous étudions comparativement les épidémies des ordres de maladies telles, par exemple, que la grippe et la pneumonie. Toutes ces différences, ainsi que l'état général qui préside au catarrhe n'ont point échappé à ces auteurs. Dans les exsudations diphthériques, nous aurions désiré une distinction plus nette entre l'exsudation diphthérique qui offre en effet un cachet spécial, qui fait pour ainsi dire le passage de la gangrène moléculaire et le développement de parasites végétaux sur la muqueuse buccale. Les symptômes généraux des phlegmasies pendant les diverses époques de l'enfance sont tracés de main de maître. Bien des souvenirs pratiques se retracent à l'esprit du lecteur dans la description de cette fièvre souvent brusque et intense du début, qui peut disparaître aussi brusquement qu'elle s'est développée, de ces accidents nerveux qui peuvent masquer les localisations phlegmasiques, de l'amaigrissement et de la marche insidieuse lorsque la fièvre se prolonge, de la disproportion que l'on observe souvent entre l'état local et la réaction générale, de la forme cachectique de l'inflammation et des phlegmasies secondaires et multiples qui en sont la conséquence. La conclusion toute naturelle qui en ressort a été fort bien appliquée à la thérapeutique de l'enfance par MM. Rilliet et Barthez. Abandonnant la vieille et fâcheuse routine qui fait penser aux antiphlogistiques dès que le mot inflammation est prononcé, ils formulent leur pensée par cet axiome aussi vrai que pratique que le traitement doit plutôt être basé sur l'état des forces et les symptômes généraux que sur l'appréciation anatomo-pathologique de la maladie; aussi la part et les limites du traitement expectant, de la méthode antiphlogistique, des révulsifs et surtout de la médication tonique sont-elles indiquées avec une sagacité qui dénote une pratique saine et éclairée. Ils ne se contentent pas de signaler les moyens à mettre en usage, mais ils complètent leurs préceptes par beaucoup de détails, et ils mettent le praticien peu expérimenté dans la pathologie de l'enfance en garde contre certains abus de la thérapeutique journalière, tels que celui des révulsifs cutanés et intestinaux dans les maladies des très-jeunes enfants.

Un des passages qui nous ont tout particulièrement plu est l'exposé de la nature du catarrhe des voies respiratoires. D'après les auteurs, il est avant tout sous l'influence d'une altération générale du sang avec surabondance ou viciation des matériaux à éliminer par les voies respiratoires. De là la tendance à l'hypersécrétion. L'influence de l'encombrement, des agents épidémiques, est bien appréciée, et nous sommes tout à fait d'accord avec eux lorsqu'ils indiquent les causes topiques, l'air froid, les vapeurs irritantes, etc., plutôt comme accessoires et capables de localiser de préférence le catarrhe sur la muqueuse bronchique que sur quelque autre tractus muqueux. Ils établissent également avec justesse une profonde différence entre la pneumonie catarrhale et l'inflammatoire. Pendant l'hiver qui vient de s'écouler, les trois quarts des pneumonies que nous avons observées à l'hôpital de Zurich étaient disséminées, lobulaires et catarrhales, même chez l'adulte et en dehors de toute cause débilitante. Il va sans dire qu'ici encore le trai-

tement antiphlogistique doit être mesuré avec plus de réserve que dans la pneumonie lobulaire.

Nous avons lu attentivement tout ce que ces auteurs disent sur l'endocardite aiguë; mais nous devons avouer que nous ne trouvons, ni dans la description anatomique, ni dans la symptomatologie, la preuve qu'ils aient observé de véritable endocardite, maladie que nous regardons comme très-rare, surtout si on fait abstraction des dépôts fibrineux de forme membraneuse sur les valvules et l'endocarde cavitaire ainsi que des imbibitions toutes fortuites. Nous n'avons encore jamais pu voir une véritable endocardite. Nous ne l'avons pas même produite en incisant l'endocarde par des instruments introduits dans le ventricule droit par la veine jugulaire. Une fois même notre instrument, terminé par un ressort de montre, s'est cassé, et ce dernier est resté implanté dans la substance du cœur pendant près de douze jours. Le chien sur lequel nous avions expérimenté continuait à se bien porter; il n'y avait pas de bruit de souffle au cœur, et en sacrifiant l'animal, nous avons trouvé l'endocarde sain. A peine quelques coagulations adhéraient à la surface du corps étranger. Nous avons la conviction que toutes les doctrines sur l'endocardite sont à revoir.

J.-F. LEBERT,
professeur de clinique médicale à Zurich.

(La fin ou prochain numéro.)

VARIÉTÉS.

CONCOURS POUR L'ADMISSION A CINQUANTE EMPLOIS DE MÉDECIN AIDE-MAJOR, ET QUINZE EMPLOIS DE PHARMACIEN AIDE-MAJOR A L'ÉCOLE IMPÉRIALE ET SPÉCIALE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES A PARIS.

L'ouverture de ces épreuves est fixée comme il suit :
A Strasbourg, le 3 juillet prochain;
A Montpellier, le 17, *idem;*
A Paris, le 31, *idem.*

Les conditions d'admission aux emplois d'aide-major à l'École impériale du Val-de-Grâce ont été ainsi déterminées par l'art. 2 du décret du 13 novembre 1852 :

1° Être né Français;

2° Être docteur en médecine de l'une des trois Facultés, ou pharmacien reçu dans l'une des trois écoles supérieures de pharmacie de l'empire;

(Toutefois les candidats qui ne seraient pas encore docteurs ou pharmaciens pourront prendre part aux épreuves, à la charge par eux, en cas d'admission, d'avoir acquis l'un de ces titres avant l'époque de leur entrée à l'École, fixée par approximation au 1er septembre prochain.)

3° Être exempt de toute infirmité qui rende impropre au service militaire;

4° N'avoir pas dépassé l'âge de 28 ans au 1er septembre de l'année courante;

5° Avoir satisfait à des épreuves déterminées par le ministre de la guerre.

Formalités préliminaires. — En exécution des dispositions qui précèdent, chaque candidat doit déposer dans les bureaux de l'intendance militaire du lieu où il désire concourir :

1° Son acte de naissance dûment légalisé;

2° Le diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien, ou, dans le cas prévu par le § 2 ci-dessus, un certificat constatant le nombre d'examens passés;

3° Un certificat délivré par un médecin militaire ayant au moins le grade de major, et constatant qu'il est apte au service militaire; cette aptitude pourra d'ailleurs être vérifiée par le jury de chaque localité;

4° L'indication exacte de sa demeure, pour qu'il puisse être convoqué en temps utile aux épreuves du concours.

CONCOURS DES CANDIDATS MÉDECINS.

I. *Nature des épreuves :* 1° Une composition sur une question de clinique et de thérapeutique médicales;

2° Une épreuve orale d'anatomie des régions, avec application à la médecine et à la chirurgie pratiques;

3° Une épreuve orale de chirurgie, suivie de l'application de deux appareils ou bandages.

II. *Mode d'exécution des épreuves.* — Il est accordé quatre heures pour rédiger la composition écrite, sans livres ni notes, sous la surveillance d'un membre du jury; la question est la même pour tous les candidats de chaque localité. Elle est arrêtée à huis clos par le jury avant l'entrée des candidats en séance de rédaction.

Pour traiter la question orale d'anatomie des régions, il est accordé quinze minutes de réflexion. Les questions arrêtées par le jury sont en nombre double de celui des candidats, et mises sous enveloppe dans une urne. Chaque candidat tire, au commencement de la séance, sa question, qui est numérotée par le président dans l'ordre que le sort a fixé pour son audition; elle lui est remise dans le cabinet de réflexion quinze minutes avant l'épreuve.

La durée de l'épreuve orale de chirurgie, suivie de l'application de deux appareils de bandages, est fixée à vingt minutes, dont cinq à huit, au gré du candidat, pour l'épreuve.

CONCOURS DES CANDIDATS PHARMACIENS.

I. *Nature des épreuves :* 1° Réponse écrite à une question d'histoire naturelle des médicaments et de matière médicale;

2° Épreuve orale sur une question de chimie;

3° Épreuve orale sur une question de pharmacie, suivie de l'exécution d'une préparation officinale.

II. *Mode d'exécution.* — Il est le même que pour le concours des candidats médecins, en ce qui concerne les deux premières épreuves. La durée de l'épreuve orale de pharmacie est de dix minutes; celle de la préparation officinale sera réglée par le jury, suivant la nature et l'objet de la préparation.

Composition des jurys. — Les jurys d'examen sont composés : 1° d'un inspecteur qui présidera les trois jurys; 2° d'un médecin principal, qui choisi dans une autre spécialité que l'inspecteur, l'accompagnera dans sa tournée; 3° d'un médecin principal et d'un pharmacien principal désignés par le ministre pour chaque localité.

Classement. — Après la dernière épreuve, le jury local procède, en séance particulière, au classement des candidats par ordre de mérite.

Le classement définitif des candidats des trois Facultés a lieu à Paris; à cet effet, le jury formé à Paris pour l'admission des candidats de cette circonscription se constituera, au terme de cette opération, en jury central, chargé d'établir la liste définitive du classement des candidats des trois concours d'après les chiffres d'appréciation qu'ils ont obtenus. En cas d'égalité de deux candidats, il est fait une nouvelle lecture de leurs compositions en séance du jury central, qui prononce sur le rang définitif de chacun d'eux.

Stage à l'École impériale du Val-de-Grâce. — La durée de ce stage ne peut dépasser une année, et peut être abrégée si les besoins du service l'exigent. Pendant leur séjour à l'École, les docteurs admis sont exercés à l'examen des malades, aux prescriptions d'après le régime et le formulaire des hôpitaux militaires, aux opérations, aux pansements, aux analyses de chimie usuelle dans l'armée, aux expertises d'hygiène et de médecine légale militaire, à la connaissance et à l'application des lois et règlements qui concernent le service de santé militaire. Les pharmaciens sont astreints à des travaux analogues, qui ont pour but de les familiariser avec la gestion des officines des hôpitaux militaires, avec les règles d'une comptabilité spéciale, avec le service pharmaceutique des ambulances.

Les uns et les autres sont soumis aux obligations de la discipline militaire, et reçoivent, pendant leur séjour à Paris, des appointements de 2,800 fr. Au terme de leur année de stage, ils obtiennent, sous la réserve d'examens de sortie, le brevet du grade dont ils sont investis par commission ministérielle, et jouissent, à partir de ce moment, des privilèges inhérents à la position d'officier.

Paris, le 24 avril 1854.

Le maréchal de France ministre secrétaire d'État de la guerre,
VAILLANT.

P. S. Indépendamment de ce concours, il en sera très-probablement ouvert un autre dans les premiers jours de l'année 1855, pour cinquante nouveaux emplois de médecin aide-major stagiaire.

— CACHEXIE DES MOUTONS. — Un agriculteur de la Belgique, M. Charles, à Sterpigny, près Houffalise, raconte le fait suivant :

« La cachexie, nous dit-il, faisait de tels ravages que je n'osais garder les brebis plus d'une année de suite, et qu'à chaque automne je vendais les mères et les agneaux. Il y a trois ans j'engageai un vieux berger de 80 ans, qui avait la réputation de n'avoir jamais de bêtes malades de la cachexie. Depuis qu'il est à mon service, j'ai gardé les mêmes brebis et aucune n'a été atteinte. Voici les précautions qu'il prend :

» Quand il fait sortir le troupeau, il commence par le conduire dans la bruyère, et c'est seulement au bout de deux ou trois heures qu'il les mène dans le pâturage plus gras ou dans le trèfle, quand la saison est venue. Lorsque le temps est humide, il donne en rentrant dans la bergerie, le soir, 100 ou 200 grammes de foin bien sec, suivant que la saison est plus ou moins humide. Lorsque l'humidité est persistante comme l'année dernière, avant de faire sortir le troupeau, il donne 200 grammes de paille par tête et ne rentre dans la bergerie qu'après avoir repassé par la bruyère. Depuis trois ans mes brebis pâturent les trèfles à l'automne, après la deuxième coupe, ce que je n'osais pas faire auparavant, et je n'ai pas eu une seule malade. J'ai remarqué depuis lors que les cantons d'où je tirais mes brebis auparavant, quand je les vendais chaque année, sont des cantons pauvres, peu cultivés, et où les troupeaux sont toute l'année dans la bruyère, le pays ne produisant aucun autre pâturage. »

— M. le docteur Phillips commencera un cours des maladies des voies urinaires le mardi 9 mai, à trois heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et il le continuera les mardi, jeudi et samedi suivants.

— M. le docteur Clerc, ancien interne de l'hôpital du Midi, commencera son cours public sur la maladie syphilitique, le mardi 9 mai, à une heure, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et le continuera les mardi, jeudi et samedi suivants à la même heure.

Le rédacteur en chef, JULES GUERIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ANATOMIE DES CANAUX BILIAIRES. — EMBRYOGÉNIE DES VERS INTESTINAUX. — MOUVEMENT AUTONOMIQUE DES FIBRES MUSCULAIRES. — TRAITEMENT DE L'ORCHITE PAR LE COLLODION.

Les recherches anatomiques présentées à l'Académie des sciences par M. Alb. Puech (GAZ. MÉD., n° 18), en signalant l'existence d'une cloison entre les canaux hépatique et cystique, tendraient à faire croire que le canal cholédoque résulte de la soudure de deux tubes qui auraient été primitivement libres et simplement adossés l'un à l'autre; c'est là l'idée qui surgit de la lecture de sa note. Or nous craignons que l'auteur, dans ses appréciations, n'ait été au delà des faits. L'embryogénie n'a pas encore montré la naissance indépendante du canal hépatique et du canal cystique; si cette indépendance existait, si le canal cystique s'ouvrait dans l'intestin par un orifice séparé de l'orifice hépatique, ce canal et la vésicule elle-même n'auraient pas de raison d'existence. On sait que le foie est une production celluleuse péri-intestinale, tandis que ses conduits excréteurs naissent par exsertion des parois de l'intestin et se portent de ces parois vers le parenchyme hépatique en se ramifiant. Le tube excréteur, lorsqu'il naît de l'intestin, est donc primitivement simple. Lorsqu'il tend à se bifurquer pour commencer ses ramifications, il est probable qu'il se forme intérieurement une cloison de séparation, premier indice de la bifurcation, et il est possible que ce soient les restes de cette cloison embryonnaire primitive que l'auteur a constatés sur l'adulte. Sans doute c'est une loi généralement reconnue que deux organes symétriques qui se rapprochent l'un de l'autre sur une ligne médiane, se soudent entre eux pour former un organe unique; mais il ne faudrait pas confondre des choses qui n'ont entre elles aucune analogie. L'ensemble des canaux hépatiques ramifiés dans le foie ne rentre pas dans le cadre de ces organes symétriques qui se constituent par soudure de leurs parties similaires. Il nous semble plus naturel de regarder la vésicule biliaire, avec son canal, comme un diverticulum qui s'est formé sur le trajet des conduits excréteurs de la bile, que de l'envisager comme un appareil en quelque sorte indépendant de l'appareil hépatique.

— L'histoire du développement des entozoaires continue à occuper les anatomistes et les zoologistes, grâce à la vive impulsion que l'Académie des sciences a su donner à cette question du plus haut intérêt, et tous les jours la science s'enrichit de nouveaux faits qui jettent une vive lumière sur le mode de propagation et de transmission de ces animaux. On sait aujourd'hui, à n'en plus douter, qu'un seul et même entozoaire peut exister sous des formes très-différentes et habiter des animaux différents; les beaux travaux de MM. Van Beneden et Küchenmeister ont mis dans tout leur jour le mode de développement et de transmission des ténias. Le mémoire de MM. Ercolani et Vella renferme, sur les nématoïdes, des faits très-importants, au nombre desquels nous signalerons le changement de séjour des ascarides et surtout le degré extraordinaire de ténacité vitale des œufs et des embryons de ces vers. S'il est constaté que ces œufs et ces embryons peuvent résister à une immersion prolongée pendant six jours dans de l'alcool à 30 degrés, si la dessiccation même ne les détruit pas, on comprend comment ils peuvent pénétrer dans le corps de l'homme et des animaux, et y continuer leur développement dès qu'ils auront trouvé un séjour qui leur convienne. Les auteurs ont raison de faire ressortir l'influence que la connaissance de ces faits doit exercer sur la doctrine si peu physiologique des générations équivoques ou spontanées, doctrine qui ne s'appuyait que sur notre ignorance et sur des négations conséquemment mal fondées.

En traitant de l'évolution de l'œuf, les auteurs comparent aux follicules de Graaf les vésicules pyriformes, qui se détachent de l'ovaire des ascarides. Cette comparaison est juste. L'ovule, dans tous les animaux, se développe dans le parenchyme de l'ovaire, soulève la membrane qui l'entoure et s'en coiffe; or cette membrane ovarienne n'est autre que le follicule de Graaf, ce que l'auteur de cet article a montré, il y a déjà quelque temps, pour les animaux vertébrés (ANAT. DES ORG. GÉN. DES ANIMAUX VERTÉBRÉS, dans les Nov. Act., t. XXIII). Mais MM. Ercolani et Vella ont tort, à notre avis, d'avancer que le follicule ne se déchire pas pour laisser sortir l'œuf, mais se détache en entier du stroma, et surtout que la membrane de ce follicule devient le chorion de l'œuf. La membrane ovarienne, qui forme une capsule autour de chaque ovule, est recouverte, sur sa face intérieure, d'un épithélium vésiculeux très-apparent dans les poissons et dans les grenouilles, mais souvent difficile à distinguer, à cause de sa petitesse, dans les animaux inférieurs. Or, quand l'ovule est détaché de l'ovaire, cet épithélium ne se voit plus, ce qui montre que la capsule ovarienne n'a pas suivi l'ovule dans son détachement, mais qu'elle s'est déchirée pour le laisser s'échapper. Le chorion est donc une membrane propre à l'ovule; il n'emprunte pas son existence à la substance même de l'ovaire.

— Les personnes qui s'occupent de recherches microscopiques ont sans doute eu, plus d'une fois, l'occasion de voir et d'étudier les mouvements ondulatoires, contractiles, qui se manifestent dans le petit faisceau de fibres musculaires attenant encore à une patte d'insecte récemment détachée. C'est à ces mouvements que M. Schultz-Schultzenstein donne le nom d'*autonomiques*, expression que nous ne saurions admettre, puisque la présence de l'eau et de l'air nous paraissent des causes d'excitation suffisante pour expliquer ces contractions. Le fait intéressant de cette communication consiste dans l'observation faite par l'auteur de la contraction des fibrilles indépendamment de leur enveloppe.

— Le traitement de l'orchite par l'application d'une couche de collodion sur le scrotum vient d'offrir, à l'Académie de médecine, un des exemples les plus remarquables d'une opposition absolue de résultats. M. Bonnafont avait affirmé, dans l'avant-dernière séance, que cette médication lui avait presque toujours, sinon toujours réussi, et il parlait d'une soixantaine de cas. Tous les praticiens du lieu, M. Ricord en tête, sont venus protester, affirmant de leur côté que le même topique avait eu, entre leurs mains, la funeste propriété de provoquer des douleurs atroces, en un mot, d'exagérer le mal. De part et d'autre, conclusion presque absolue. Toutes réserves faites à l'endroit de l'exactitude et de la bonne foi des observateurs, on s'est beaucoup émerveillé de l'opposition de leurs résultats, et c'est à grand'peine que l'on a admis la possibilité logique d'une telle différence. Ce n'est

---

FEUILLETON.

FRAGMENTS DU JOURNAL D'UN CHIRURGIEN DE MARINE.

Suite. —(Voir le n° 48 de l'année 1853, et les nos 1, 9, 14 et 16 de l'année 1854.)

TROISIÈME FRAGMENT. SUMATRA.

La malaria à Sumatra. — Assainissement de Sumatra. — Les fumeurs d'opium.

. . . .

Le troisième jour, nous arrivâmes, presque à la nuit, près d'un groupe de cases assises sur le rivage, à la lisière des bois, au fond d'une anse déchiquetée dans les plages basses de cette côte occidentale de Sumatra. Comme la journée avait été fort chaude, et que l'action énervante et dépressive de la température avait été augmentée encore par l'excessive humidité qui s'exhale de la mer et des marécages et se suspend dans l'atmosphère sous forme d'épais brouillards, nous ne pûmes dissimuler notre joie en apercevant ce petit village malais, en pensant à la collation réparatrice que nous allions y faire, et au bienfaisant sommeil qui nous souriait davantage encore dans notre extrême lassitude. Le chef de l'endroit vint au-devant de nous dès qu'il aperçut la caravane; ses deux fils l'accompagnaient. Mais je fus bien désappointé quand mon hôte de Padang, mon bon ami Van der Wellen, déclara qu'il ne voulait accepter que du lait de buffle et quelques fruits, et que son intention était d'aller coucher dans un autre village, éloigné de deux milles encore. Ce village, situé sur la colline, ne se trouvait point du tout sur notre chemin, de sorte que nous étions obligés de rebrousser le lendemain, pour reprendre le sentier qui double l'anse. Comme je regardais le jeune Hollandais d'un air tout ébahi et presque mécontent, il me répondit :

— Regardez toute cette plage basse, formée de détritus en putréfaction, coupée de marécages si nombreux que la terre n'y paraît guère que comme des îlots de verdure découpés sur l'eau; voyez ces êtres maladifs, dont aucun, de mémoire d'homme, n'a jamais atteint 60 ans; levez les yeux, et votre regard, arrêté par un banc immense de brouillards, ne pourra apercevoir le disque de la lune, déjà levée pourtant... Est-ce que tout cela ne vous dit pas, à vous médecin, que cette côte est fiévreuse et mortelle? Le nom de *Côte de la peste* n'est que trop bien mérité. Croyez-moi, allons demander un air plus pur et un plus maigre souper au pauvre village de la colline; nous rachèterons bien la fatigue d'une ascension de 2 ou 300 mètres, par la sécurité que nous trouverons à cette hauteur.

Nous mîmes pied à terre pour nous rafraîchir; mais Van der Wellen ne voulut pas que notre repas durât plus d'un quart d'heure.

— Voyez cette petite croix de bois, continua-t-il; elle couvre quelque marin venu sur cette côte inhospitalière pour la traite du poivre. Mais en voilà une autre..., puis deux, trois, quatre!... L'une porte le nom de Kotzebue, taillé avec

pourtant pas la première fois qu'une nouvelle méthode se trouve en présence d'une contradiction aussi flagrante. S'il fallait s'en rapporter à ce que l'expérience générale a appris de ces sortes de conflits, on serait bien plus tenté de croire à la méprise des contradicteurs qu'à celle de l'inventeur. On pourrait même donner immédiatement la raison de cette méprise dans le cas actuel, s'il n'était préférable d'attendre les résultats de l'expérience contradictoire qui va être faite à l'hôpital du Midi. Provisoirement, on peut toujours engager les praticiens à expérimenter le collodion comme topique de l'orchite, et ajouter que la différence des effets qu'ils obtiendront procède bien moins de cette diversité banale de conditions individuelles de périodes et de degrés de la maladie — que l'on a coutume d'invoquer faute de mieux — qu'à une différence radicale de principe dans le mode d'emploi. Mais la GAZETTE MEDICALE n'a pas mission de devancer les faits et les explications de ceux à qui incombe le devoir de mettre d'accord leur théorie avec leur pratique.

A. LEREBOULLET.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR L'ICTÈRE QUI ACCOMPAGNE QUELQUEFOIS LES ÉRUPTIONS SYPHILITIQUES PRÉCOCES (lu à la Société de biologie en décembre 1853); par M. le docteur ADOLPHE GUBLER, médecin des hôpitaux, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

(Suite et fin. — Voir les nos 13, 15 et 18.)

La troisième circonstance sur laquelle on peut s'appuyer pour établir la nature spécifique d'une lésion, à savoir son apparition régulière à une époque déterminée de la maladie générale, se réalise à merveille dans nos faits d'ictère, puisque la coloration jaune de la peau s'est toujours montrée au moment où le tégument externe se couvrait pour la première fois d'un exanthème syphilitique (1).

D'un autre côté, il est impossible de trouver des caractères particuliers à l'ictère que nous croyons syphilitique; mais, ainsi que nous l'avons déjà dit, l'ictère n'est pas une manifestation directe et immédiate de la diathèse; il ne saurait donc être influencé au même degré que l'iritis ou le sarcocèle par la spécificité de sa cause. D'ailleurs, est-on bien en droit d'exiger des caractères spéciaux pour admettre un ictère syphilitique? Nous ne le pensons pas. Cette lésion est si élémentaire, ses conditions d'existence sont tellement simples, qu'il nous paraît difficile d'en établir des espèces bien distinctes d'après les variations peu nombreuses que ces conditions peuvent subir. Tout se réduit à une question de nuance, d'intensité et de durée. Il n'en est pas de même pour une inflammation, avec ses formes multiples et ses conséquences variées.

Mais si l'ictère que nous décrivons n'a pas une physionomie qui lui soit propre, il se rapproche trop naturellement d'autres altérations du foie reconnues syphilitiques pour que l'analogie ne nous sollicite pas à lui accorder la même nature. Ainsi, dans notre précédent mémoire, nous avons établi que la syphilis héréditaire peut donner lieu à une altération plastique du foie chez les enfants du premier âge. Un peu plus tard, M. le docteur Desruelles en a fait autant pour le fœtus. Nous avons publié des observations tendant à démontrer l'influence de la syphilis comme cause productrice de cirrhose; en admettant comme exacte l'interprétation de ces faits, on ne peut se défendre d'y rattacher ceux qui font l'objet de ce travail. D'après cette manière de voir, l'action morbide exercée sur le foie par le virus syphilitique pourrait y produire, suivant son intensité et sa modalité, soit un simple dérangement fonctionnel, soit une hypérémie passagère, ou bien un épanchement de lymphe plastique et diverses dégénérescences organiques. Dans cette série progressive de désordres, qui aboutit, par exemple, à l'état granuleux le plus avancé, le premier degré serait constitué par les accidents fugaces qui accompagnent souvent l'exanthème primordial chez l'adulte, et qui se révèlent quelquefois par la jaunisse.

M. Ricord assimile ce qui a lieu dans l'infection syphilitique à ce qui se passe chez les sujets mordus par un serpent venimeux : l'occasion se présentera plus loin de discuter la justesse de cette comparaison. Arrivons à la sixième et dernière circonstance, d'après laquelle on reconnaît la véritable nature d'un symptôme supposé spécifique: je veux parler de la manière dont ce symptôme se comporte à l'égard des médicaments spécifiques. Dans notre cas particulier, cette connaissance ne saurait être d'aucune utilité. On le comprendra sans peine, si l'on réfléchit que les préparations hydrargyriques, qui sont le remède par excellence des accidents secondaires, sont aussi un des meilleurs moyens à employer contre différentes affections du foie (1). Les succès obtenus à l'aide des mercuriaux laisseraient donc encore indécise la nature spécifique ou vulgaire de l'affection.

En somme, parmi les sources d'indications diagnostiques qui viennent d'être passées en revue, la quatrième ne donne que des résultats négatifs, et la sixième, bien qu'appelée à fournir des données positives et favorables, ne peut être utilisée par la raison que venons de dire. Mais, des six ordres de preuves énumérés plus haut, quatre nous restent pour établir la spécificité de l'ictère dans les circonstances où nous l'avons observé, à savoir : 1° l'absence extrêmement probable de toute cause vulgaire ou commune dans la plupart des cas; 2° la coïncidence du phénomène avec l'évolution de la syphilis constitutionnelle; 3° l'apparition de la suffusion ictérique à une époque déterminée et constante de la maladie, celle de la fièvre exanthématique; 4° enfin les rapports analogiques qui lient la jaunisse, et conséquemment l'altération du

(1) L'ictère, qu'on a signalé dans une période beaucoup plus avancée de la syphilis, a une tout autre signification : il se rattache, comme nous le démontrerons plus tard, à une altération profonde du foie.

(1) Le calomel est le médicament dont les médecins anglais se servent habituellement dans les Indes contre les maladies du foie, qui y sont endémiques, et il réussit souvent entre leurs mains. Il est vrai que la syphilis est très-répandue dans ces contrées, et que, suivant toute apparence, elle doit, le climat aidant, déterminer plus souvent qu'en Europe des accidents hépatiques. Néanmoins, il est permis de croire que le calomel s'adresse plus fréquemment encore à des affections vulgaires de l'appareil sécréteur de la bile.

un couteau..., Kotzebue, né à la Haye... C'est bien lui! je savais qu'il était mort de la fièvre pernicieuse sur cette plage; mais je ne pensais pas que le hasard me ferait découvrir la tombe où repose un ancien ami. Ah! partons, à moins que vous ne vouliez lui faire compagnie demain ou après, peut-être cette nuit même, car on a vu des hommes bien portants passer en vingt-quatre heures à l'état de cadavres.

A cet argument sans réplique, je répondis en sautant en selle et en poussant vivement mon petit cheval de Célèbes.

Kotzebue avait frété un navire monté par quelques marins, et ses cébelles le long de la côte de Sumatra lui avaient permis, grâce à de gros profits sur le poivre et à la découverte d'une caverne remplie de nids de salanganes, d'être bientôt à la tête de trois bâtiments. Il y a six mois à peine que le navire qu'il montait était revenu avec cinq marins sur douze qui étaient partis. L'équipage s'était établi pour quelques jours dans le village malais. Le chef avait abandonné, moyennant location, trois cabanes, espèces de grandes cages de bois en claire-voie, couvertes de feuilles de palmier et hissées sur des poteaux de 3 mètres de hauteur. On y monte par une échelle en bambou, qu'on retire le soir, presque comme un pont-levis. Malheureusement si ce système garantit des serpents, des insectes et même des tigres, dont les forêts pullulent, il n'éloigne point la fièvre. Au rapport des cinq survivants, un marin mourut le lendemain de l'installation, après avoir remué le sol humide pour y faire je ne sais quelle plantation. Le jour suivant, un autre succomba à un coup de soleil, suivi de calenture. Après deux jours de répit, un troisième mourut de fièvre pernicieuse, au second accès. Le sixième jour, un nouveau décès. Au commencement de la seconde semaine, tout le monde avait la fièvre, excepté Kotzebue. Deux autres nouvelles victimes firent lever précipitamment l'ancre. Restaient cinq marins qui n'avaient guère quitté le bord, et le capitaine Kotzebue. On mit à la voile; mais le jour même le capitaine, qui n'avait eu aucun accès, fut pris d'une fièvre pernicieuse délirante. Il se trouva mieux la nuit; mais l'accès reparut le lendemain et l'emporta. L'appât du gain est si puissant que les cinq marins survivants regagnèrent le havre, prirent les approvisionnements qu'on avait apportés dans l'intervalle, rendirent les derniers devoirs à leur commandant et gravèrent son nom sur une croix de bois; puis après avoir embarqué trois Javanais avec eux pour les aider dans les manœuvres du bord, ils se dirigèrent sur Batavia. Malgré leur précaution de ne prendre terre que durant quelques heures de la journée, de rentrer de bonne heure le soir et de se tenir ancrés à une certaine distance du rivage, deux sur cinq gagnèrent néanmoins la fièvre ; mais elle ne fut pernicieuse que chez un seul.

Les indigènes de cette anse de la mort sont très-sujets à la fièvre; mais elle est rarement pernicieuse chez eux, probablement parce qu'ils tolèrent plus facilement que des individus non acclimatés les influences du ciel sous lequel ils sont nés. Sans doute on ne s'habitue pas à un poison, à un toxique, au miasme des marais; mais l'économie de l'indigène n'étant plus troublée, comme celle de l'Européen, par les vicissitudes et par l'exagération des milieux météorologiques, se trouve ainsi dans des conditions physiologiques favorables pour soutenir la lutte contre le poison exhalé par les marécages.

Au village où nous passâmes la nuit, la brume était beaucoup moins épaisse

foie qu'elle révèle à d'autres lésions du même organe plus manifestement syphilitiques. C'en est assez, sans doute, pour légitimer notre manière de voir. Toutefois, nous insisterons encore sur un point essentiel de la discussion.

La jaunisse, avons-nous dit, n'est qu'une des manifestations de la souffrance du foie; c'en est la plus caractéristique; mais il y en a d'autres qui ne sont pas sans valeur. Nous avons signalé les douleurs épigastriques et lombaires, ainsi que les troubles digestifs concomitants. Si les analyses du sang chez les syphilitiques étaient plus nombreuses et moins sommaires, elles fourniraient sans doute un nouvel argument en faveur de l'existence d'une affection hépatique pendant les accidents secondaires.

Bien que certaines personnes doutent encore de la réalité des altérations du sang déterminées par la syphilis constitutionnelle, nous admettons, comme prohants, les résultats positifs auxquels est arrivé M. Grassi (1), et cela d'autant plus volontiers qu'ils s'accordent avec l'observation clinique. Par malheur, les analyses de l'habile chimiste ne portent que sur un petit nombre des éléments du sang, et ne renferment pas assez de détails pour nous fixer sur les modifications qu'ils ont offertes.

Cependant on voit que la quantité d'albumine est en sens inverse de celle des globules, qui est toujours considérablement diminuée. Or, si nous connaissons mal la part qui revient au foie dans la formation de la matière globulaire rouge du sang, nous savons du moins que ce viscère est le siége principal de la transformation des substances protéiques en fibrine. L'augmentation excessive de la proportion d'albumine dans le sang ne serait-elle pas, d'après cela, l'indice d'une action amoindrie de la glande hépatique? C'est ce que des recherches ultérieures pourront seules nous apprendre; mais, en attendant, il était bon de signaler ce rapprochement à l'attention des expérimentateurs.

En admettant que l'ictère dépende réellement de la syphilis dans les cas indiqués, il nous reste à étudier le mécanisme de sa production.

L'ictère syphilitique, comme ceux qui reconnaissent une autre cause, n'implique nécessairement que deux phénomènes anormaux : 1° résorption de la bile formée par le foie, et passage de ses principes dans le sang, ou *cholémie*; 2° suffusion de la bile, particulièrement de sa matière colorante dans le tissu de la peau comme dans celui des autres parties du corps (2). Le problème consiste donc essentiellement à déterminer la condition morbide, d'où résulte la résorption de la bile.

Ce trouble fonctionnel du foie, qui est le point de départ de l'ictère, peut dépendre de l'action du virus en circulation s'exerçant sur la glande, soit directement, soit par l'intermédiaire des systèmes généraux de l'économie; ou bien il peut être le produit d'un effort de l'organisme au sein duquel le virus a préalablement déterminé une manière d'être spéciale qui constitue la diathèse. Examinons la première supposition.

Suivant toute probabilité, le virus n'existe pas dans le sang à l'état où il se rencontre dans l'ulcération primitive; tout au plus pouvons-nous y admettre la présence d'un nouveau poison qui, pour en être une simple transformation, est néanmoins très-différent du virus chancreux. Si l'on tient à faire intervenir incessamment un virus syphilitique pour expliquer les phénomènes variés de la diathèse, c'est donc à ce virus atténué qu'il faut s'adresser.

Quoi qu'il en soit de cette distinction, qui me semble peu importante pour la théorie de l'ictère, il est commode d'admettre que le poison syphilitique circule en nature dans toute l'économie. C'est aussi l'opinion à laquelle on se rattache généralement (1). Un de nos maîtres, partant de cette donnée, croit même que le virus peut vicier primitivement le sang, et porter le désordre dans les fonctions du système nerveux. Il se fonde sur ce qui se passe à la suite de l'introduction des venins dans l'économie. C'est ainsi que M. Ricord, voulant se rendre compte de l'ictère, dit qu'il est dû à la perturbation occasionnée par l'intoxication syphilitique et le rapproche de celui qui se manifeste après la morsure des animaux venimeux. Cette vue est satisfaisante au premier abord; cependant, en général, le mode d'action des venins est fort différent de celui des virus : il ressemble en quelque sorte davantage à celui de certains poisons organiques, tels que les alcaloïdes végétaux ou l'acide cyanhydrique, par exemple. Les effets des venins sont violents, mais instantanés, tandis que ceux des virus sont lents à se produire, et se développent avec une gravité progressivement croissante. Aussi, quand bien même les venins produiraient l'ictère par viciation directe de la masse du sang, il ne s'ensuivrait pas que les poisons morbides eussent la même puissance. D'ailleurs est-il bien démontré que l'ictère consécutif à la morsure des serpents soit un effet spécifique du venin de ces animaux? Je ne le pense pas. Il est plus vraisemblable que ce phénomène est le résultat de la frayeur. J'en vois une preuve dans ce fait, que la seule maladie virulente qui se transmette à l'homme dans des circonstances aussi effrayantes, est également la seule dont l'inoculation s'accompagne im-

(1) Voy. GAZ. MÉD. 1850, p. 200, compte rendu par M. Dorvault.

(2) Ces deux phénomènes ne sont pas nécessairement connexes. Dans plusieurs cas de coliques hépatiques, j'ai vu manquer absolument la coloration des téguments et des sclérotiques, bien que les urines, d'une teinte acajou plus ou moins foncée, renfermassent une énorme proportion de matériaux biliaires. L'élimination de la bile par les reins ne pouvant se faire qu'aux dépens du sang amené, soit par les artères rénales, soit par les veines émulgentes, en vertu d'un mouvement rétrograde admis par M. le professeur Cl. Bernard, il s'ensuit que la cholémie n'est pas toujours suivie d'ictère. Cette circonstance démontre aussi que la suffusion ictérique n'est pas le résultat d'une simple transsudation de la matière colorante et d'une imbibition purement physique des tissus; elle met hors de doute l'intervention d'une véritable sécrétion supplémentaire. L'action sécrétoire peut être limitée à un organe ou même, dit-on, à une région du corps; dans ce dernier cas, il ne se produit qu'une jaunisse partielle, quand l'altération de la masse entière du sang paraîtrait exiger un ictère universel. Une conséquence pratique découle des remarques précédentes, c'est qu'on doit surveiller très-attentivement l'urine chez les malades qu'en raison d'autres symptômes, on croit affectés d'accidents du côté du foie.

(1) Quelques doutes pourront être élevés à cet égard, tant qu'on n'aura pas démontré directement la présence du virus dans le sang par les résultats positifs de l'inoculation, et tant qu'on n'aura pas établi d'une manière définitive l'inoculabilité, ou du moins la transmisibilité des accidents secondaires par voie de contagion.

---

déjà que sur la plage. Le banc de brouillard cesse ordinairement tout à fait à 100 ou 150 mètres plus haut. A cette altitude, les exemples de longévité ne sont pas rares, et la race de la zone montagneuse est, m'a-t-on assuré, à la fois plus belle et plus vivace que celle du littoral. Tout le pourtour de Sumatra n'est pas du reste partout malsain, et la dénomination de *Côte de la peste* ne s'applique qu'à la plage tournée au midi. Depuis la pointe d'Achem jusqu'aux îles de Banca, beaucoup de sites sont à la fois salubres et luxuriante fertilité.

A Batavia, l'industrie, la patience et l'intelligence hollandaise ont montré ce qu'on pouvait gagner sur les éléments, en prenant le double soin de fuir les lieux où ils se montrent le plus incléments, et en en mitigeant l'influence là où on s'établit, par des travaux bien entendus et par une sage hygiène. Ce qu'on a obtenu sur Java, on pourrait certainement l'obtenir sur plusieurs points de Sumatra.

L'histoire de l'assainissement de Batavia vaut certainement qu'on la raconte. La Hollande, qui a conquis tant de terre sur les eaux de l'Océan, dans la mère patrie, la Hollande, qui a ensuite rayé du domaine de la fièvre tant de contrées où elle régnait du temps de Pringle et de Monro, n'est pas restée oisive à Java, malgré les influences débilitantes du climat. Il est remarquable de voir que ce sont deux petites nations, nous entendons petites par l'étendue, la Hollande et la Toscane, qui ont donné l'exemple aux plus vastes royaumes, quant aux grands travaux d'hygiène publique et d'assainissement par le dessèchement des marécages. Quand nous voulons établir un poste en Algérie, nous nous informons d'abord de son importance militaire et commerciale, puis quelquefois ensuite nous nous enquérons de la salubrité du site. On sait ce qu'un tel oubli nous a souvent coûté; pour avoir des colons, il faut d'abord qu'ils puissent vivre, pour avoir des défenseurs, il faut qu'ils soient valides et robustes; peupler les cimetières n'est point implanter sa race; remplir les hôpitaux n'est point garnir ses casernes et au besoin ses remparts on ses lignes de bataille. Je ne sais point si on l'rait, en Hollande ou en Toscane, sur l'aide-mémoire presque officiel des officiers du génie ou de l'artillerie : Établissez vos camps dans une forte position, appuyez-les, par exemple, *sur un marais*. Ce précepte veut dire : N'attendez point l'ennemi; travaillez vous-même à votre propre destruction; succombez sans combat avant l'heure de la gloire.

Le Hollandais est sage et non chevaleresque, et cela lui profite. — Mais n'oublions pas Batavia.

Les Hollandais qui jetèrent les premières fondations de cette ville semblent avoir eu pour dessein de bâtir, sous le ciel de feu de Java, une cité pareille à celles de la mère patrie : ils échelonnèrent leurs maisons sur une plage basse comme leurs rivages hollandais, le long des canaux, autour des flaques stagnantes et des marais infects. Amsterdam et Roterdam ne revivaient que trop dans cet amas confus d'habitations humides, pressées les unes contre les autres et ne laissant entre elles que d'étroites ruelles. L'insalubrité était encore augmentée par les cimetières malais et chinois, qui infectaient les portes de la ville, enfin de pernicieuses exhalaisons s'élevaient de la barre de la rivière, sur laquelle on laissait s'accumuler des montagnes d'immondices. Sous un pareil climat, on comprend qu'un tel site, de semblables constructions et cette

médiatement d'ictère. On a signalé deux ou trois fois l'ictère à la suite de la morsure des animaux enragés.

Ici la nature semble s'être elle-même chargée d'isoler la cause du phénomène, car le virus rabique ne manifeste encore sa présence par aucun symptôme qui lui soit propre, tandis qu'après la morsure des serpents, les suites de l'émotion violente qui bouleverse tout à coup les sujets se confondent avec les effets spéciaux du venin. Il est évident que dans ces cas on aurait tort d'invoquer une altération du sang pour expliquer la jaunisse, puisque les sujets mordus par des chiens enragés jouissent ensuite, pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois, des apparences de la santé; d'un autre côté, si ce phénomène morbide dépendait de l'action du virus rabique au même titre qu'il se rattache parfois à la syphilis, il se montrerait seulement au moment des accès d'hydrophobie, qui sont à la rage ce que les accidents constitutionnels sont à la syphilis elle-même. On arrive ainsi, par élimination, à faire ressortir l'influence de l'émotion morale sur la production de l'ictère chez les victimes de l'inoculation rabique, et la similitude des faits autorise à tirer la même conclusion en ce qui regarde la morsure des ophidiens, des scorpions et autres animaux venimeux.

Par conséquent il ne peut jaillir aucune lumière de la comparaison de ces faits à ceux qui font l'objet principal de ce mémoire.

L'hypothèse de M. Ricord fait intervenir un trouble général avec retentissement sur le foie; la suivante explique le phénomène par une sorte d'action élective sur le viscère. Brassavole n'était pas embarrassé pour expliquer l'action de la syphilis sur le foie : il nous montre le virus en nature arrivant par la circulation dans la glande hépatique, et renversant par son contact les lois qui président aux sécrétions et aux absorptions dont ce viscère est le siége (1). Cette interprétation, pas plus que la précédente, ne peut évidemment convenir à l'ictère secondaire.

En effet, le virus existe nécessairement dans le sang dès le début de l'infection; en outre, sa source est promptement épuisée (2) : c'est donc au moment où il vient de faire irruption dans le torrent circulatoire que les organes devraient, par des troubles fonctionnels, manifester leur réaction contre l'agent toxique, et non pas deux mois plus tard, alors que l'économie devrait y être depuis longtemps habituée. Dira-t-on que l'apparition de l'exanthème syphilitique dénote un travail intérieur par lequel le poison morbide augmente en puissance et en quantité, comme cela se voit dans ce que j'appellerais volontiers la *période de multiplication* des autres maladies virulentes? Soit; mais alors l'éruption syphilitique doit recéler une matière capable de reproduire, sinon le chancre, du moins des accidents semblables à ceux dont elle provient. Or c'est là une question que beaucoup de syphiliographes tranchent résolument par la négative, et sur laquelle, en tout cas, il est permis de conserver un doute très-légitime.

L'histoire des poisons minéraux fournirait au besoin quelques données en faveur de l'opinion de Brassavole; car ces poisons s'accumulent et séjournent dans le foie, où on les découvre encore lorsqu'ils ont disparu du reste de l'organisme. Un d'entre eux, le plomb, détermine même quelquefois une véritable jaunisse, qui, par la spécialité de sa cause, a mérité le nom d'ictère saturnin. Mais si nous n'acceptons pas l'assimilation des venins aux virus, à plus forte raison serons-nous disposé à faire peu de cas des analogies qu'on croit entrevoir entre deux ordres de faits aussi différents que ceux qui concernent l'action des substances minérales toxiques, d'une part, et d'autre part les effets des poisons morbides.

La discussion précédente peut se résumer en ces termes :

1° La présence d'un virus syphilitique circulant dans l'organisme n'est pas rigoureusement démontrée.

2° Si ce virus existe, il est fort douteux qu'il puisse altérer directement le sang, à ce point de troubler les principales fonctions de l'économie.

3° En effet, les virus n'agissent ni avec la soudaineté ni avec la violence qui appartient aux venins : c'est donc à tort qu'on a voulu comparer entre elles les actions de ces deux genres de poisons.

4° D'ailleurs, il est probable, pour ne rien dire de plus, que les effets de la morsure des serpents venimeux, aussi bien que de celle des chiens enragés, doivent être rapportés à la commotion morale.

5° Quant à la similitude apparente des accidents produits par les poisons minéraux, on doit s'en défier; la différence de ces agents toxiques par rapport aux virus est si profonde que l'analogie semble im puissante à les rapprocher.

6° Enfin, si l'ictère était la conséquence d'une altération toxique du sang, d'une perturbation nerveuse de même nature, ou bien de l'action directe du virus sur le foie, il devrait se produire au début de l'infection; car la quantité du poison morbide restant limitée, c'est au moment où l'économie n'est pas encore habituée à sa présence qu'il devrait avoir son maximum d'action.

D'après ces considérations, nous éloignons l'hypothèse qui fait intervenir le virus en nature pour expliquer la production de l'ictère syphilitique secondaire, et nous envisageons ce phénomène comme un symptôme du processus morbide, qui, débutant par des troubles de la santé souvent inaperçus, se révèle ensuite par des éruptions cutanées multiformes, et parcourt avec le temps, si l'on n'y met obstacle, toute la série des accidents de ce qu'on nomme la syphilis constitutionnelle.

Dans ma pensée, la diathèse syphilitique doit se manifester au dedans par des altérations semblables à celles que nous observons si souvent à l'extérieur du corps. Les travaux les plus récents justifient cette généralisation, et l'on peut affirmer que bientôt les lésions des viscères constitueront un des chapitres les plus importants de la syphiliographie. Déjà nous voyons les épanchements plastiques se répéter sur les organes internes comme dans le tissu cellulaire sous-cutané ou à la surface des os. Je crois donc pouvoir admettre qu'au moment où l'exanthème apparaît à la peau, il se fait une poussée analogue sur les membranes muqueuses.

On objectera, je le prévois, que les éruptions syphilitiques internes se bornent à l'entrée des cavités tapissées par des membranes mu-

(1) Mon mémoire SUR L'INFILTRATION PLASTIQUE DU FOIE a fourni à M. Diday (de Lyon) l'occasion d'émettre une opinion analogue, mais dans ce cas, plus acceptable. Notre savant confrère pense que le virus syphilitique est arrêté par le foie, agissant à la manière d'un ganglion. (Voy. GAZETTE MÉDICALE, juin, 1852.)

(2) Elle est tarie dès que le chancre est à la période de réparation.

---

flagrante négligence de l'hygiène publique, durent amener de terribles épidémies. Batavia était en effet le tombeau de presque tous les Européens qui y débarquaient.

Mais vint un gouverneur, Dœndels, qui comprit enfin que les ennemis du dehors, déjà refoulés et destinés à l'asservissement par la force des choses, étaient bien moins à craindre que les ennemis du dedans, que cette endémo-épidémie qui tue ceux qui ne l'étouffent pas elle-même dans sa source. Il fit donc un peu abstraction des anciennes fortifications, condamna l'ancienne ville, et traça les rues spacieuses d'une nouvelle cité sur un point beaucoup plus salubre. La vieille Batavia fut rapidement abandonnée et ses maisons tombèrent sous les coups des démolisseurs. Un nouveau gouverneur général, Van der Capellen, compléta l'œuvre de son prédécesseur : toutes les nappes d'eaux stagnantes furent comblées, ainsi que les canaux qui ne présentaient pas d'utilité bien réelle; ceux qu'il importait de conserver furent creusés, rectifiés, et les eaux plus abondantes et plus rapides qui coulèrent entre leurs rives aménagées eurent désormais assez de volume et d'impulsion pour entraîner tous les immondices à la mer, pour empêcher les stagnations de s'établir sur leurs bords et pour ne laisser aucune place à la végétation palustre. Le fleuve fut lui-même encaissé, resserré dans son lit, de sorte que les îlots putrescents qui surgissaient à sa barre demeurèrent constamment couverts. Enfin, une jetée en bois dur de teck compléta, avec la construction de belles rues, cette complète rénovation de Batavia. Grâce à ces travaux, cette ville n'est pas plus malsaine aujourd'hui que les autres points de la Malaisie et de l'Inde, dont la température et le climat sont à peu près semblables. Tel est aujourd'hui Batavia en général; nous ajouterons que certains quartiers, Risjwijk en particulier, présentent d'assez bonnes conditions pour qu'on puisse sans exagération les dire vraiment salubres. C'est dans cette partie de la ville qu'existait la demeure des gouverneurs généraux, avant qu'ils n'habitassent le palais de Weltevreden.

Nous quittâmes de bon matin le village de la colline. Le soleil dardait en vain ses rayons sur les brumes du rivage; les épaisses vapeurs persistaient, et ce ne fut que vers sept heures du matin qu'elles se rompirent comme un banc de glace qui se disjoint à la débâcle, et nous laissèrent apercevoir la verdure des bois et l'eau resplendissante de la mer, à travers leurs vallées; celles-ci s'élargirent peu à peu, à mesure que les îlots de brume se rétrécissaient, et bientôt ils se dissocièrent à leur tour, et s'évanouirent en flocons blanchâtres qui se perdirent dans l'atmosphère. Dès lors le splendide panorama de la plage, des mers et des forêts, déroula autour de nous ses magiques tableaux, que nous eûmes tout le loisir de contempler, en redescendant la colline et en regagnant le chemin qui longe le rivage et borde l'anse.

Nous quittâmes vers midi les plages basses de la mer, et nous nous engageâmes dans une zone accidentée et montueuse, ombragée de beaux arbres. Comme il fait très-chaud dans cette saison, la plus favorable pour voyager cependant, et que nous nous sentions fatigués, il fut résolu que nous coucherions en route, et que nous ne gagnerions que le lendemain la résidence du Raja ou sultan. Nous envoyâmes en avant un Rejang pour annoncer ce retard.

Nous fîmes halte de bonne heure dans un village important, situé sur un

queuses et ne dépassent pas le pharynx, par exemple. Sur ce point, il faut s'entendre.

Oui, les éruptions caractérisées à la manière de celles de la peau cessent d'être observées dans la profondeur des cavités muqueuses; mais il y a de cela une raison anatomique fort simple; c'est que l'épithélium y devient si caduc, si délicat, alors même qu'il serait persistant, qu'aucune des formes élémentaires de la classification de Willan ne saurait y exister avec ses caractères connus, si la présence de la couche épidermique est indispensable à sa constitution. Ainsi on ne peut pas s'attendre à rencontrer l'herpès ou l'ecthyma dans la cavité stomacale: on n'en trouvera que les représentants, sous forme d'érosions circulaires, semblables à ce qu'on désigne ailleurs sous le nom d'*aphtes;* car les aphtes sont des vésicules ou des pustules, moins l'enveloppe épithéliale. Les papules syphilitiques elles-mêmes doivent présenter sur les muqueuses tout à fait intérieures des différences fondamentales par rapport à celles de la peau. La il n'y a pas de couche épithéliale durable; par conséquent il n'y a pas de mode particulier de stratification ni de desquammation épidermiques.

Mais ce qui peut exister sur les muqueuses, aussi bien que sur le tégument externe, c'est l'injection vasculaire circonscrite et sans élevure notable, c'est-à-dire la roséole ou l'érythème, avec élevure, c'est-à-dire la papule ou l'urticaire; ce sont encore les érosions diverses de forme, de profondeur et d'aspect, qui, comme je le disais il n'y a qu'un instant, correspondent à la syphilide vésiculeuse et pustuleuse.

Après l'absence de la couche épithéliale, l'imbibition constante de cette couche et des produits d'exsudation qui recouvrent les lésions tégumentaires internes d'origine syphilitique, introduirait encore une autre série de différences.

Sur les muqueuses accessibles à la vue, dont l'épithélium est assez épais et persistant, les *papules*, nécessairement *humides*, sont toujours grisâtres. Cette coloration grise appartient soit à de l'épithélium épaissi en macération, soit à un exsudat plastique imbibé de sérosité ou de liquides sécrétoires normaux. Dans ces régions l'épithélium et la matière plastique ne peuvent former des squammes ni des croûtes sèches légèrement transparentes, nuancées de jaune, de rouge ou de brun.

Aussi n'y voit-on pas la papule lenticulée; aussi la teinte cuivrée n'existe-t-elle pas pour les éruptions syphilitiques des muqueuses. En effet, cette teinte appartient surtout a la papule lenticulée, et s'explique par l'addition d'une couche d'exsudation jaune à la surface d'une plaque circulaire de peau rougie par une injection sanguine. Effacez par la pression le réseau vasculaire, vous isolerez la couleur jaune de la croûte demi-transparente; laissez revenir le sang, et la teinte cuivrée qui résulte du mélange reparaîtra aussitôt. La teinte cuivrée reconnaît encore une autre cause: c'est l'augmentation du pigment cutané. Cette variété, pas plus que la précédente, ne saurait exister sur les membranes muqueuses qui sont dépourvues de matière colorante. Des remarques analogues peuvent s'appliquer aux éruptions des muqueuses tout à fait internes, comparées aux éruptions cutanées.

En définitive, les éruptions syphilitiques, étudiées sur les membranes muqueuses, doivent être fort différentes des syphilides cutanées; on doit s'attendre surtout à ce qu'elles soient beaucoup moins caractérisées et plus difficiles à constater. Mais tout porte à croire qu'elles existent réellement sur les muqueuses le plus profondément situées, aussi bien que sur celles qui sont accessibles à la vue.

Au reste, il n'y a pas de fièvre exanthématique dont l'éruption cutanée n'ait son représentant sur quelqu'une des membranes muqueuses. Toutes les raisons analogiques sont donc favorables à notre manière de voir et justifient l'idée d'éruptions syphilitiques internes.

Ajoutons que l'estomac et le foie, comme l'avaient dit les anciens, paraissent ressentir plus particulièrement l'influence de ces poussées éruptives. Les dérangements des fonctions digestives que nous avons signalés, les douleurs épigastriques et lombaires qui les accompagnent, peut-être aussi l'état chloro-anémique des sujets affectés de syphilis constitutionnelle, sont autant de symptômes qui témoignent de l'existence d'une affection du foie et de l'estomac au moment de la fièvre syphilitique secondaire. L'ictère vient s'y joindre rarement, à titre d'épiphénomène, lorsque l'intensité plus grande des accidents et certaines causes occasionnelles ou prédisposantes favorisent sa production.

L'anatomie pathologique ne nous a rien appris sur la nature des lésions auxquelles ces phénomènes se rattachent; mais on peut supposer que ces lésions sont analogues à celles des tissus plus ou moins similaires, et que leur forme est, comme ailleurs, en rapport avec la période de la maladie. Et s'il était permis de devancer l'observation, nous dirions d'une manière générale que, dans l'estomac et le duodénum, on découvrirait peut-être encore les caractères d'une éruption circonscrite; que, dans les conduits biliaires, on ne constaterait plus que de la rougeur, et que l'affection se traduirait dans le parenchyme hépatique par une simple congestion sanguine. Ce n'est que par exception que ces viscères offriraient à leur surface ou dans leur épaisseur des lésions plus avancées en rapport avec celles de la peau, avec formation de pus ou épanchement de plasma.

La courte durée, la fugacité même des troubles gastro-hépatiques, pourra paraître incompatible avec la réalité de certains changements organiques; mais ce doute se dissipera bientôt, si l'on réfléchit à l'espèce d'indépendance où se trouvent en général les symptômes fonctionnels, par rapport aux lésions anatomiques, dans les fièvres exanthématiques et dans beaucoup d'autres affections.

CONCLUSIONS.

Je réduis aux deux propositions suivantes les conclusions de ce mémoire:

1° L'ictère qui accompagne parfois l'exanthème syphilitique est une des manifestations de la diathèse, et nous révèle une première tentative de la syphilis sur le foie.

2° L'analogie permet d'admettre qu'il se fait du côté de ce viscère un travail du même genre que celui d'où résulte l'éruption cutanée; toutefois on ne peut faire que des conjectures à cet égard.

L'étude de l'ictère syphilitique en lui-même n'aurait été qu'un objet de pure curiosité scientifique, si elle ne nous avait servi à établir la réalité des déterminations morbides de la syphilis vers les organes digestifs, et spécialement vers le foie dès le commencement de la diathèse. Tel est le but véritablement pratique et important de ce travail.

En effet, nous savons tous à quel point les débuts des affections hé-

---

monticule, au bord d'une rivière qui coule dans un lit profond et qui charrie des pierres ponces arrachées sans doute aux montagnes volcaniques de l'intérieur. Nous ne trouvâmes plus, dans cette région élevée, l'espèce de riz que nous avions vue dans les plaines basses; il est remplacé par le riz de montagne, qui nous parut plus gros, plus blanc et surtout plus savoureux. Sa récolte est moins abondante que celle de l'autre espèce.

Le village était en émoi; la veille, un amokspurwers, me dit mon hôte hollandais, avait parcouru les rues et tué un jeune homme. On appelle amokspurwers celui que la fumée de l'opium a rendu fou furieux.

L'opium est, avec le jeu, la passion dominante des Sumatriens. Ils le fument dans des pipes de bois d'une construction fort simple: c'est un roseau ouvert par un bout, bouché à l'autre, mais percé sur le cylindre d'une lumière dans laquelle on engage le goulot d'un petit entonnoir de cuivre où se place du tabac coupé très-mince et mêlé d'une certaine quantité d'opium. La fumée est avalée par les uns, tandis que les autres la rendent par le nez. Quelques bouffées suffisent pour amener ces indicibles sensations qui deviennent, comme on le sait, un besoin si irrésistible, que ces fumeurs d'opium s'adonnent de plus à leur malheureuse passion, augmentent tous les jours la dose, et tombent peu à peu dans l'abrutissement intellectuel et dans une cachexie croissante dont l'aboutissant est la mort. Il existe à Java des espèces de cafés appelés amfionkitten, où les Malais se réunissent pour fumer de l'opium, sous la surveillance de la police hollandaise. A Sumatra, où la domination hollandaise n'est point aussi immédiate, la police n'intervient pas dans la réglementation des plaisirs des indigènes; mais cependant, dans les districts qui ont des relations avec les Européens, on commence à partager les suspicions que ceux-ci ont jetées sur la prétendue force irrésistible qui pousse au meurtre les individus rendus furieux par l'opium, les matta-glab, comme les appellent les Malais. Autrefois ces forcenés parcouraient les rues en plein jour, frappant ou tuant tout ce qui se présentait sur leur passage, et leurs compatriotes leur pardonnaient ces scènes sanglantes qu'ils attribuaient à un esprit de vertige. Mais la vengeance calculée exploitait ce préjugé populaire; on feignait souvent d'être matta-glab pour frapper impunément celui auquel on en voulait. Quelquefois aussi un criminel menacé par la justice, un malheureux réduit au désespoir, employaient ce moyen, et tuaient à tort et à travers jusqu'à ce qu'ils reçussent eux-mêmes la mort de ceux qui se défendaient de leurs fureurs. Les Hollandais sont parvenus, à Java, à faire considérer comme des animaux dangereux, comme des bêtes hydrophobes, les matta-glab, et ont autorisé à les tuer partout où on les rencontre. Cette mise hors la loi a réprimé de pareilles scènes, qui sont devenues de plus en plus rares dans la colonie batave. Les districts intérieurs en sont encore quelquefois désolés cependant. A Sumatra elles n'ont jamais été aussi fréquentes qu'à Java, sans doute à cause du naturel généralement plus doux des indigènes de cette dernière île.

Le matta-glab de la veille était un mari trompé, qui avait déjà troublé le village par de violentes scènes de jalousie. Dans son accès, il avait renversé cinq ou six personnes, sans les blesser, avait couru droit sur son ennemi et l'avait tué en lui enfonçant un cris empoisonné dans la poitrine; aussi la voix publique l'accusait-elle, et s'accordait-on à vanter la perspicacité des

patiques, de la cirrhose en particulier, sont obscurs, et combien ils nous échappent facilement. Si donc je suis parvenu à prouver que la syphilis peut porter son action pernicieuse sur le foie dès l'apparition des accidents secondaires; si l'on comprend que cette fâcheuse influence, un instant accusé par l'ictère, doit quelquefois persister et produire sourdement de profondes altérations organiques; si tout cela est présent à l'esprit des médecins, ils surveilleront les moindres troubles fonctionnels du côté du système digestif, chez les sujets en proie à la diathèse syphilitique, et ils auront quelquefois la satisfaction d'arrêter la marche d'une maladie grave ou mortelle.

ÉTIOLOGIE.

NOTE SUR L'AMAUROSE DÉTERMINÉE PAR LA SUPPRESSION DE LA SUEUR HABITUELLE DES PIEDS; par M. CH. DEVAL, D. M. P.

Il est un axiome, en pathologie, qu'il ne faut pas perdre de vue dans la pratique: c'est qu'il y a des infirmités qu'il est imprudent de guérir. Elles nous accompagnent fréquemment jusqu'aux limites extrêmes de la vie; devenues habituelles, elles deviennent indispensables à la santé.

Dans le cortége étiologique de l'amaurose, j'ai signalé souvent la cessation, plus ou moins brusque, de la sueur des pieds, condition beaucoup plus répandue qu'on ne le croit généralement. La rapidité avec laquelle s'atténuent et s'évanouissent parfois les accidents visuels, par le retour de la sécrétion arrêtée, est un phénomène digne de l'attention des ophthalmologistes. Plus la suppression est récente, et plus on a de chances de réussir.

Bien que les amauroses de ce genre soient susceptibles de revêtir à la longue la forme asthénique, les nombreux exemples que nous avons observés ont généralement offert le type congestif. Tel était le cas de Tarisien, qui, devenu amaurotique après la suppression d'une transpiration des extrémités inférieures, dont l'origine remontait à dix années, accusait des maux de tête et des bourdonnements d'oreille. La vue était moins mauvaise à un demi-jour qu'à une lumière éclatante, et le malade se plaignait d'apercevoir, de temps à autre, des globes en ignition. Basquin, menuisier, privé déjà de l'œil gauche par suite de variole, voyait de l'œil droit, amblyopique, deux objets au lieu d'un (diplopie uni-oculaire), phénomène qui n'avait lieu que quand il fixait des corps éloignés. Il était de plus tourmenté par la perception de mouches et d'étincelles.

Quant au fait de la suppression elle-même, elle s'établit tantôt sans cause appréciable, tantôt par l'application de topiques astringents mis en usage dans le but d'éloigner une incommodité dégoûtante, de guérir des engelures, tantôt enfin, et le plus souvent, par le refroidissement des pieds: pédiluves froids, marche sur les dalles, sur les carreaux, les pieds nus, etc. Ivrard, soldat au 22e régiment de ligne (double amblyopie, anesthésie de la troisième paire droite), fut attaqué pour la première fois d'accidents du côté de la vue en prenant des bains de mer, sous l'influence desquels une sueur copieuse des pieds, à laquelle il était sujet depuis son jeune âge, disparut presque complétement. Dupuysat, attaché au journal L'ESTAFETTE (amblyopie), racontait que la cessation de la transpiration des pieds provenait de ce qu'il était longtemps resté sans porter de chaussettes, ayant des bottes trop étroites, qu'il voulait utiliser. Il ajoutait que s'étant un jour plongé les pieds dans l'eau froide, il fut pris soudainement d'une céphalalgie tellement intense qu'il ne se souvient pas d'en avoir jamais eu de pareille. Chez un bon nombre de malades pauvres, nous avons attribué la suppression de la transpiration des extrémités inférieures à la privation de bas.

La médication des amauroses de ce genre comprend une double indication à remplir: il faut rappeler la sécrétion diminuée ou arrêtée, et combattre les accidents visuels, d'après les caractères qu'ils présentent.

Les malades devront soigneusement se garantir de tout refroidissement des extrémités inférieures; les chaussures en caoutchouc se sont souvent montrées utiles. Nous leur recommandons de porter des bas de laine, extérieurement recouverts de chaussons de taffetas gommé, pratique que nous avons trouvée fort efficace, qui seule a souvent suffi, et par laquelle nous commençons toujours.. Il importe, d'après le docteur Mondière, de ne point appliquer les chaussons à nu sur la peau, la sensation de froid, qu'engendre le contact du taffetas gommé avec le tégument cutané, étant plus susceptible de chasser la sueur que de la rappeler. Nous avons l'habitude de faire saupoudrer la partie intérieure des bas de laine d'un mélange de farine de moutarde et de chlorhydrate d'ammoniaque pulvérisé. Le docteur Ruete unit, dans le même but, deux parties de chaux à une partie de sel ammoniac; du chlorure de calcium se forme et le gaz ammoniacal, qui se dégage, se porte sur la peau qu'il stimule.

Nous avons eu souvent recours à des frictions sur la plante des pieds, avec un liniment, dans lequel nous faisions entrer le camphre et l'ammoniaque.

Maintes fois encore nous avons prescrit les bains de sable chauds, qui ont réussi au docteur Mondière, dans des cas où d'autres expédients s'étaient montrés insuffisants. Comme lui, nous conseillons au malade de se couvrir les pieds et la région inférieure des jambes de plusieurs doubles d'étoffe de laine; ces parties sont placées dans un baquet, qu'on remplit alors de sable aussi chaud qu'il peut être toléré. Il faut faire prendre de préférence ce bain le soir; il dure d'une demi-heure à une heure; puis le malade met des bas ou des chaussons de laine et des chaussons de taffetas gommé, et il se couche dans un lit bassiné.

Lobstein recommandait les bains de pieds avec la drêche. Dubois père prescrivait trois ou quatre pédiluves, chaque jour, très-chauds et de cinq à six minutes de durée. Les bains de vapeurs aromatiques locaux ont encore été préconisés.

A l'accomplissement de la seconde indication se rattache l'intervention des éléments divers qui composent le traitement des affections amaurotiques en général, traitement que nous avons longuement exposé dans notre ouvrage (1). Nous ne saurions assez conseiller les mer-

(1) Ch. Deval, TRAITÉ DE L'AMAUROSE OU GOUTTE SEREINE. Paris, 1851. Traduction allemande du même ouvrage, par le docteur Herzfelder (de Würzburg). Leipzig, 1853.

Hollandais qui avaient su découvrir le crime et la vengeance sous le prétexte du vertige. L'assassin avait même été obligé de fuir pour gagner les bois, et de là le territoire d'une autre sultanie sans doute.

Ces observations ne nous ont pas semblé inutiles au point de vue des effets physiologiques de l'opium. Nos idées reçues sur les phénomènes du narcotisme comportent très-bien l'admission de rêves extatiques, mais il leur répugnerait d'admettre ce haut degré d'excitation cérébrale si merveilleusement secondée par cette suractivité des forces physiques, par ce besoin de mouvement, de fracas et de tumulte qui constituent l'état du matta-glab.

M. Hogendorf, qui a longtemps été placé à la tête de l'administration de la colonie batave, a sagement disserté sur les effets de la fumée d'opium, et a pris d'efficaces mesures pour réprimer ces abus. La police qui veille aujourd'hui sur les amféonkitten (cercles ou cafés pour les fumeurs d'opium) n'y a jamais constaté de scènes de violences: chacun fume tranquillement dans son coin, rêvant pour soi seul, jouissant intérieurement sans le manifester au dehors, et sans s'inquiéter du degré de quiétude auquel a pu arriver son voisin.

***,
chirurgien de 1re classe.

(*La fin à un prochain numéro.*)

— C'est une des habitudes de la sangsue d'annoncer par des pronostics infaillibles l'approche d'une tempête: on voit alors ces annélides intéressants quitter leur état d'engourdissement, se débattre avec une vivacité proportionnelle à l'intensité de la tempête qui va suivre, et faire des tentatives, infructueuses quelquefois, pour escalader les parois du vase qui les renferme.

On conçoit tout le parti qu'on peut tirer de ce baromètre naturel. Ce serait, à bord des vaisseaux, un moyen précieux d'annoncer l'état extrême de l'atmosphère, et confirmer ainsi les indications du baromètre mercuriel ou anéroïde.

M. Merryweathey a cependant eu l'idée de régler les mouvements excentriques des sangsues et d'en faire accuser les effets d'une manière marquée. Voici le mécanisme par lequel ce physiologiste distingué atteint ce but. Sur un banc ou table sont disposées plusieurs bouteilles remplies d'eau en partie, et dont chacune contient une sangsue. Un tube en verre ou métal verni se prolonge dans l'eau et communique à l'extérieur par un goulot. Ce tube est obturé en partie par une petite tringle en baleine, qui à son tour est articulée à un fil communiquant en dernier lieu avec le battant d'une sonnette. La sangsue, inquiétée par l'état électrique de l'atmosphère, suit son instinct et monte le tube; elle déplace donc la baleine, et le bruit de la sonnette vient nous mettre au fait de l'état de l'atmosphère.

curiaux, qui se sont montrés si héroïques chez plusieurs de nos amaurotiques; ils paraissent fonctionner ici en procurant la résolution d'obstacles divers, d'épanchements crâniens ou autres, qui entretiennent mécaniquement le trouble des perceptions visuelles. Laugenbeck admet que les congestions rétiniennes doivent s'accompagner, au bout de quelque temps de leur durée, d'un suintement lymphatique, d'une sorte de sugillation, contre lesquels le mercure est le remède le plus salutaire. La teinte opaline, que nous constatons au fond des globes, dans quelques amauroses déjà anciennes, ne confirme-t-elle pas cette opinion? L'usage interne du sublimé, préconisé avec juste raison par Langenbeck et Travers, nous a surtout rendu des services signalés.

Obs. I. — Le fait suivant, observé à ma clinique, est relaté dans la thèse inaugurale du docteur Clavé (1):

« Rustique, charpentier, vint au dispensaire de M. le docteur Deval, le 12 août 1851. Quinze jours auparavant, la vue s'était abolie tout à coup, au point que les plus gros objets étaient à peine perçus. Un médecin l'avait fait saigner et purger. Sous l'influence de ces moyens, la vue devint assez bonne pour permettre le travail; mais le 11 août les mêmes accidents, quoiqu'un peu moins violents, se reproduisirent.

» Le 12 août, il accuse des maux de tête, des bourdonnements d'oreille; il dit apercevoir des points étincelants. Quand il regarde une bougie allumée, la flamme lui paraît déchirée. Il n'existe aucune trace de syphilis. (On prescrit des sangsues au fondement; tous les soirs une pilule composée de 10 centigrammes de rhubarbe et de 20 centigrammes d'aloès; des pédiluves; des cataplasmes sinapisés aux deux extrémités inférieures; des lotions froides sur les yeux.)

» La vue devint un peu meilleure; mais le 23 août le malade constata une amélioration extraordinaire.

» Le 25, il nous raconta de lui-même que, depuis l'âge de 15 ou 16 ans, il était sujet à une transpiration des pieds très abondante, et que, voulant se délivrer de cette infirmité, il avait pris un jour des pédiluves froids et prolongés; dès le lendemain, la vue était troublée. Or, le 23 août, cette sueur était revenue spontanément, et avait été presque immédiatement suivie de l'amélioration de la vue. Le traitement était tout indiqué : on employa des bas de laine, saupoudrés de farine de moutarde et de chlorhydrate d'ammoniaque, avec des chaussons de taffetas gommé, etc. La transpiration devint plus abondante et la vue meilleure.

» Au mois de novembre, il n'y a plus de maux de tête, plus d'étincelles; la flamme d'une bougie est naturelle, et tandis que, peu de mois auparavant, Rustique ne pouvait, à six pas, distinguer un homme, il se livre maintenant à ses occupations et lit le journal, même le soir. Il me répète qu'il doit sa guérison au retour de la sueur des extrémités inférieures. »

Nous ajouterons, comme complément de cette observation, qu'au début du traitement Rustique ne pouvait voir que les grandes lettres des enseignes, et encore n'en apercevait-il que la moitié. Les figures des personnes qu'il contemplait lui paraissaient noirâtres, comme si elles appartenaient à des mulâtres. Sous l'influence des moyens destinés à rappeler la transpiration des pieds et combinés avec les hydrargyriques, etc., les phénomènes morbides avaient complètement disparu le 31 janvier 1852, date de la dernière consultation. Rustique, toutefois, resta un peu moins presbyte qu'avant la maladie dont il venait d'être atteint.

Obs. II. — Lambert, âgé de 45 ans, se présenta pour la première fois à mes consultations cliniques le 22 novembre 1851. A la double amaurose dont il était affecté, était associée, sur la cornée gauche, une cicatrice adhérente à l'iris et accompagnée d'un déplacement de la pupille vers la tempe correspondante (corectopie). Le leucôme provenait d'une blessure par un tournevis, accident arrivé il y avait vingt-cinq ans. L'œil gauche, bien que fonctionnant mal, était encore celui qui rendait le plus de services.

Le trouble des perceptions visuelles était accompagné de quelques phénomènes dignes d'être notés. L'œil gauche distinguait les objets avec des dimensions plus volumineuses que celles dont ils étaient pourvus en réalité (mégalopie). L'œil droit apercevait une plaque noire, fixe par rapport à l'axe de la vision, et qui se plaçait continuellement sur les corps que regardait le malade (*visus interruptus*). A une demi-obscurité, le scotome paraissait entouré d'une auréole lumineuse.

« Lorsque je suis allé vous consulter pour la première fois, dit Lambert lui-même dans une note qu'il rédigea sur mon invitation et qu'il me remit l'une des dernières fois que je le vis, j'éprouvais une grande difficulté à écrire. Je voyais à peine les lettres que je formais, et si l'une d'elles était manquée, il m'était impossible de la terminer. Le trait que j'ajoutais se trouvait toujours à côté. Le soir, au lieu d'une chandelle, j'en voyais trois, collées les unes sur les autres en bas, et dont les flammes se séparaient ensuite parfaitement. Dans les rues, chaque bec de gaz formait soleil. L'éloignement en augmentait le diamètre, de telle sorte qu'à une certaine distance tous ces soleils se réunissaient et formaient un embrasement général. Au milieu de chaque soleil, il y avait une tache noire qui grandissait aussi par l'éloignement. La plus proche avait les dimensions du fond d'un chapeau. » Le malade ajoute qu'il était en proie à une kopiopie survenant avec rapidité dès qu'il tentait de se livrer à quelque travail exigeant des efforts de vision. Quand il écrivait, il voyait deux plumes au lieu d'une. Voulait-il ranger des chiffres sur une colonne, il ne pouvait y arriver; il les plaçait les uns d'un côté, les autres de l'autre.

Sauf la cicatrice cornéale dont il a été parlé plus haut, les globes ne présentaient en apparence aucun phénomène pathologique. La pupille droite était douée de mobilité. La pupille gauche, partiellement adhérente, offrait des mouvements très-bornés.

D'autres accidents, plus incommodes encore, tourmentaient ce malheureux malade.

Un coryza chronique, dont il était affligé, entraînait souvent un tel écoulement d'une mucosité filante qu'il avait imaginé, pour ne pas salir le papier sur lequel il écrivait, d'adapter à son nez un cornet de papier destiné à recevoir le mucus. De plus, il était en proie à un asthme violent, dont les accès se renouvelaient toutes les nuits; il ne trouvait contre eux quelque soulagement qu'en fumant, dans une pipe de terre ordinaire, un mélange de parties égales de feuilles de sauge, de stramoine et de belladone. Une pipe suffisait habituellement; deux ou trois pipes étaient quelquefois nécessaires.

En recherchant minutieusement les conditions qui avaient pu engendrer de tels désordres, je demeurai convaincu qu'ils avaient pour source la suppression d'une sueur des pieds, à laquelle Lambert avait été sujet depuis son jeune âge. Cette sueur était abondante et continuelle; dès qu'elle disparut, il y avait quelques années déjà, elle fut remplacée par des transpirations copieuses au cuir chevelu. Les cheveux tombèrent en partie; ceux qui restèrent devinrent étiolés et maigres. Des phénomènes amaurotiques surgirent presque en même temps; ils arrivèrent peu à peu au développement déjà signalé. Le coryza, l'asthme, dataient également de cette époque.

Le traitement suivant fut institué : bas de laine, poudre citée plus haut et chaussons de taffetas gommé; frictions sur le front et les tempes avec de l'onguent napolitain camphré; soir et matin, une tasse d'une infusion de bourgeons de sapin, avec le sirop de Toln. Se tenir chaudement; éviter l'humidité et toutes les causes de refroidissement; repos absolu des yeux.

Il serait trop long de relater ici toutes les phases d'une médication compliquée et qui dura plus d'une année; car c'est à la fin de novembre 1852 que Lambert se présenta pour la dernière fois à mes consultations. Tout en ayant recours aux mercuriaux à l'intérieur et à l'extérieur, aux dérivatifs intestinaux et cutanés, et plus tard aux agents que l'expérience a démontrés les plus efficaces contre les amauroses torpides, je m'efforçai d'entretenir la transpiration des pieds, qui, ayant déjà commencé à reparaître vers le 20 novembre 1851, se constitua dans les conditions qu'elle avait présentées jadis. Le coryza fut le symptôme qui s'amenda en premier lieu; peu de temps suffit pour sa disparition complète. L'asthme diminua à un point tel que les pipes devinrent bientôt inutiles, sauf dans quelques circonstances assez rares, et que le malade finit par monter les escaliers sans essoufflement. Les phénomènes amaurotiques eurent le même sort. Lambert annonçait déjà, à la consultation du 15 avril 1852, que la flamme d'une bougie, jadis séparée, lui paraissait unique et homogène; que les becs de gaz lui semblaient disposés dans leur état normal. La vue s'améliora graduellement; le malade parvint à lire et à écrire avec facilité, et il prit du service dans les bureaux d'une administration de voitures publiques.

Je me plais à citer, parmi les médecins qui ont suivi le traitement, les docteurs Visinier et Teillard, ancien membre de l'assemblée nationale.

Il nous paraît superflu de relater encore des exemples d'amauroses dues à la cause dont il est question dans ce travail. Parmi les autres maladies qu'elle est susceptible de faire naître, on a cité la bronchite, la pneumonie, la pleurésie, la phthisie pulmonaire, l'hépatite, l'anasarque, la sciatique, des éruptions cutanées rebelles, etc.

Dardenne, à qui j'ai donné des soins, était affligé d'un larmoiement chronique, qui devenait infiniment plus abondant dès que ses pieds, habituellement en sueur, se refroidissaient.

Le docteur Traversat, qui a quelque temps exercé la médecine en province, après avoir suivi mes conférences cliniques sur les maladies des yeux, m'a raconté qu'il avait eu l'occasion d'y traiter une femme atteinte, depuis six années, de migraines violentes, de maux d'oreille et de surdité. Les pieds, auparavant en sueur, étaient devenus le siége d'un refroidissement glacial. M. Traversat appliqua les moyens dont il m'avait vu faire usage: la transpiration fut rappelée; tous les accidents cessèrent dès lors comme par enchantement.

Je tiens de M. le docteur Crouzet le fait d'un jeune homme de 27 ans qui, suant habituellement des pieds, fut frappé d'aliénation mentale, après s'être refroidi à la chasse par un temps de pluie.

Un chirurgien militaire m'a relaté l'exemple d'un soldat, affecté d'ozène, par suite d'une cessation de la sueur des pieds. Celle-ci ayant été artificiellement reconstituée, l'ozène disparut.

Il résulte des observations de Remmert que l'infirmité, qui nous occupe, est assez rare dans les premiers temps de la vie; que c'est à partir de la quatorzième année qu'elle se montre le plus habituellement. De nombreux exemples m'ont démontré qu'elle était fort souvent héréditaire. Un de nos confrères, qui me consulta récemment pour

(1) Essai sur l'amaurose. Paris, 1852.

son beau-père frappé d'amaurose, insista beaucoup sur une grande diminution de la sueur des pieds, qui avait eu lieu chez ce malade; ses frères et sœurs offrent cette même transpiration; c'est, me dit-on, une disposition de famille. Bernard, que j'ai traité d'une paralysie de la sixième paire droite, paralysie que j'attribuai à la même influence, m'a raconté que la transpiration des pieds avait existé chez lui depuis son enfance; que son fils, âgé de 20 ans, en était atteint; qu'il en était de même de sa fille, alors âgée de 8 ans. La sueur des pieds serait contagieuse, d'après Lobstein, qui a soutenu qu'il suffisait de porter les bas, les souliers ou les bottes d'une personne qui y était sujette, pour gagner la même infirmité. Lorsqu'elle est invétérée et abondante, on doit, d'après le même auteur, la regarder comme un motif de dispense pour le service militaire. Telle est encore l'opinion de Krügelstein, fondée sur ce que cette infirmité rendait le fantassin sujet à avoir les pieds entamés et exposait lo cavalier à une suppression, par refroidissement, qui pouvait altérer sa santé.

On a remarqué que cette transpiration locale n'exhalait aucune ou presque aucune odeur chez les uns, qu'elle en avait une très-fétide chez d'autres, notamment par la marche et dans les chaleurs. Chez les premiers, a-t-on dit, la sueur est le produit d'une perspiration exagérée de la peau, tandis qu'elle dérive des follicules sébacés chez les seconds, qui sont plus nombreux; c'est, d'après le docteur Tromsdorf (d'Erfurt), une substance huileuse qui se combine avec la vapeur de la transpiration, et son odeur provient de l'ammoniaque que le produit contient. Quoiqu'il en soit de cette division, et bien qu'on ait avancé que la sueur des pieds, qu'on obtient artificiellement, n'est efficace que quand elle est fétide, il me paraît conforme à la vérité d'admettre, avec le docteur Mondière, que la fétidité résulte en grande partie du défaut de propreté, et que le retour de la transpiration, même dénuée de fétidité, ne compromet aucunement les résultats avantageux qu'on a en vue d'atteindre.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

IV. IL RACCOGLITORE MEDICO DI FANO,

Les livraisons du premier semestre de 1853 renferment les travaux suivants : 1° *Nouvelle doctrine sur l'irritation et l'inflammation;* par M. Franceschi. 2° *Sur la guérison du favus;* par M. Santini. 3° *Sur les opérations de lithotritie pratiquées par le professeur Sante Sillani;* par M. Sfrappini Ciriaco. 4° *Sur l'usage endermique du chloroforme dans les rhumatalgies, les névralgies et les affections spasmodiques;* par M. Turchetti. 5° *Sur la combinaison de la taille et de la lithotritie pour l'extraction des calculs volumineux;* par M. Malagodi. 6° *Sur une épidémie d'aphtes;* par M. Bartoli. 7° *Sur quelques expériences zoo-magnétiques;* par M. Turchetti. 8° *Sur la cure d'une hernie épiploïque scrotale congéniale opérée par le professeur Rizzoli;* par M. Romei.

SUR LA COMBINAISON DE LA TAILLE ET DE LA LITHOTRITIE POUR L'EXTRACTION DES CALCULS VOLUMINEUX; par M. MALAGODI.

Cette méthode, bien que nouvelle, s'appuie déjà sur des faits et des noms qui sont pour elle un gage certain d'avenir. Dans tous les temps, les opérateurs s'étaient bien aperçus qu'une des grandes difficultés de l'opération de la taille est l'extraction d'un calcul volumineux. Aussi, dans les procédés innombrables qu'ils ont imaginés, voit-on la préoccupation constante d'établir la voie la plus large possible. La lithotritie, qui fit une révolution si profonde dans le traitement des maladies calculeuses, laissait subsister la difficulté; car elle n'est pas applicable généralement aux cas dont il s'agit, ceux de calculs volumineux qui sont restés encore aujourd'hui dans le domaine de la taille. Il appartenait de résoudre la difficulté de la manière la plus heureuse, à la combinaison de la taille et de la lithotritie.

L'auteur passe d'abord en revue les moyens employés jusque-là pour l'extraction des grosses pierres de la vessie. En présence de leurs inconvénients, il fait mieux ressortir les avantages de la méthode nouvelle. La taille en deux temps serait tout au plus bonne aujourd'hui à servir d'excuse à l'opérateur qui ne pourrait pas, séance tenante, extraire le calcul de la vessie. La taille recto-vésicale a pour moindre inconvénient d'exposer à une fistule extrêmement dégoûtante. La taille bilatérale est insuffisante pour l'extraction des pierres dont il s'agit. La taille tri ou quadrilatérale peut donner au plus un périmètre de 72 lignes et laisser passer conséquemment un calcul de 24, ce qui nous paraît même un peu exagéré. Quant à la taille hypogastrique, on sait qu'elle donne lieu à des abcès urineux sous-péritonéaux le plus souvent mortels.

Ces considérations, qui de tout temps avaient frappé les opérateurs, les avaient engagés à agir sur le calcul lui-même. A cet effet, ils avaient imaginé des tenettes garnies, à l'intérieur, de dents et d'aspérités saillantes capables d'écraser la pierre et de la réduire en morceaux. Mais les proportions monstrueuses qu'ils avaient données à ces machines les ont fait rejeter par les modernes. On croirait, en effet, comme dit M. Pétrequin cité par l'auteur, « qu'elles ont été inventées, non pour l'homme actuel, mais pour une de ces espèces gigantesques dont on ne trouve des types que dans les animaux antédiluviens. »

L'auteur rapporte, dans cet endroit de son travail, une observation intéressante d'un chirurgien italien, de Marchi, qui, dès l'année 1799, eut l'idée, dans un cas où il ne pouvait extraire une pierre volumineuse par l'excision périnéale, de la briser avec un trépan ordinaire, et de l'extraire par fragments, ce qu'il fit avec le plus grand succès; le malade guérit. Cette opération n'eut point de retentissement; la lithotritie n'était pas inventée. Depuis cette grande découverte, tous les bons esprits comprirent que la lithotritie pouvait être combinée à la taille dans les cas de calculs volumineux; Dubois, Dupuytren, Bégin, etc., proposèrent formellement cette combinaison. M. Bouisson (de Montpellier) pratiqua avec succès, dans deux cas, la lithotritie par une fistule au périnée. Ce fut toutefois M. Pétrequin qui, le premier, mit en pratique la combinaison proposée de la taille et de la lithotritie. M. Malagodi rapporte les cinq observations publiées à ce sujet par le chirurgien de Lyon, dans son mémoire intitulé : DE LA TAILLE ET DE LA LITHOTRITIE, et il y en ajoute une qui lui est propre. Dans cette observation, que l'auteur a donnée avec beaucoup de détails, il décrit avec soin son procédé opératoire et le compare à celui du chirurgien lyonnais. La comparaison ne nous a pas paru favorable au chirurgien italien, ainsi qu'il sera permis d'en juger par l'exposition suivante : M. Pétrequin se contente de la taille latéralisée, qui lui a toujours suffi; M. Malagodi préfère la taille bilatérale; mais la double incision de la prostate ne nous paraît plus suffisamment justifiée dès que le calcul ne doit pas être extrait entier. M. Pétrequin juge simplement avec le doigt introduit par la plaie, du volume du calcul; M. Malagodi introduit une espèce de tenette pour en mesurer les diamètres; nous pensons que c'est compliquer le procédé opératoire d'un instrument et d'une manœuvre pour le moins inutiles. Enfin, le chirurgien italien a imaginé un brise-pierre à percussion particulier. C'est ici surtout que le procédé opératoire du chirurgien de Lyon l'emporte de beaucoup par sa simplicité sur celui de son confrère d'Italie. Un instrument nouveau est toujours une surcharge grave en médecine opératoire, et n'est acceptable que s'il est impérieusement réclamé par l'opération. Combien est plus simple l'emploi du lithotriteur ordinaire, qui aujourd'hui se trouve partout, et qui, pouvant agir à travers le canal de l'urètre, peut, à plus forte raison fonctionner à travers une plaie du périnée. Somme toute, le chirurgien italien a parfaitement compris les immenses avantages de la méthode nouvelle, les a décrits en praticien habile, et a ajouté un nouveau succès à ceux par lesquels M. Pétrequin l'a fondée.

V. GAZETTA MEDICA ITALIANA (LOMBARDIA).

Les numéros du premier semestre de 1853 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Sur la fièvre et sur les fièvres;* par M. Pignacca. 2° *Autre fait de ténia (botryocephalus latus) expulsé par l'administration des fleurs de kousso (brayera anthelmintica);* par M. Tibaldi. 3° *Cas de vomissement chez un cheval et chez une vache;* par M. Eletti. 4° *Sur une réforme des services sanitaires de la province de Mantoue;* par M. Zucchi. 5° *Autre fait de la vertu ténifuge du kousso et ses phénomènes dynamiques;* par M. Crosio. 6° *Sur le méconisme physiologique des hydropisies et sur l'emploi de la noix vomique dans leur traitement;* par M. Chatiu. 7° *Abstention de la saignée dans le traitement des pneumonies, des pleurésies et des péricardites;* par M. Morganti. 8° *Sur la pellagre;* par M. Agozzi. 9° *Phénomènes psychologiques appliqués à l'étude la folie;* par M. Clérici. 10° *Sur les fous pellagreux qui ont été recueillis et traités dans l'asile de Senavra en 1850-51;* par M. Verga. 11° *Des tumeurs fibrineuses des cavités du cœur chez les fous;* par le même. 12° *De l'aglobulie ou chlorose de l'homme;* par M. Ridolfi. 13° *Recherches sur la doctrine de la vaccination;* par M. Padoa. 14° *Sur la pellagre;* par M. Lussana. 15° *Sur la lèpre de Comacchio;* par M. Ballotta. 16° *Sur la soustraction du sang dans les inflammations;* par M. Casorati. 17° *Autres observations sur le projet de réforme des services sanitaires proposé par M. Zucchi;* par quelques

médecins des environs de Côme. 18° *Traitement actif, préservatif et diététique employé dans la maladie des chevaux, connue vulgairement sous le nom de vertigo;* par M. Eletti. 19° *Quelques observations physiologico-pathologiques sur le système nerveux;* par MM. Lussana et Morganti. 20° *Homicide commis sur un enfant par un jeune homme, probablement dans un accès subit de monomanie;* par M. Piatner. 21° *Cancer encéphaloïde de l'œil;* par M. Scotti. 22° *Olécranarthrocace droite; amputation;* par M. Sissa. 23° *Préparation de l'huile de pied de bœuf;* par M. Ruspini. 24° *Sur l'orthopédie;* par M. Strambio. 25° *Traitement rationnel de l'hydropisie;* par M. Volonterio. 26° *Otite;* par M. Tibaldi. 27° *De la rétention inoffensive du placenta dans l'avortement;* par M. Melchiori. 28° *Quelques considérations sur la pellagre;* par M. Ferrario. 29° *Cheval atteint de morve et de farcin, guéri par la pommade mercurielle double;* par M. Eletti. (Malgré la description des symptômes, il reste du doute sur la nature de la maladie; il n'y a pas eu d'inoculation pratiquée; de plus le cheval cohabita, depuis le mois de mai jusqu'en septembre, avec d'autres chevaux sans la leur communiquer.) 30° *Empoisonnement par un breuvage étrange;* par M. Ferrario. 31° *Tétanos traumatique guéri avec le musc, l'opium et la belladone;* par M. Bocchi. 32° *De l'efficacité de la chimie dans la folie intermittente;* par M. Brugnoni. 33° *Affection tétaniforme guérie par le chloroforme;* par M. Casati. 34° *Sur l'emploi de l'eau de Binelli;* par M. Izani. 35° *Sur la hernie du cerveau antérieure et postérieure;* par M. Vannoni.

EXPULSION D'UN TÉNIA PAR L'ADMINISTRATION DES FLEURS DE KOUSSO; par M. TIBALDI.

OBS. — Une dame de 29 ans, jusque-là bien portante, rendait depuis quelques années des morceaux de ténia. Elle y faisait peu attention, lorsqu'une entéralgie grave avec diarrhée continuelle l'obligea à réclamer les secours de la médecine. Elle présentait alors les symptômes suivants : Amaigrissement général, œil brillant avec dilatation de la pupille, face pâle, langue rouge et pointillée au bout, vomiturations surtout à jeun, faim vorace, fréquents borborygmes, suivis de diarrhée aqueuse; celle-ci augmentait la nuit, et à tel point qu'elle allait à la selle vingt à vingt-cinq fois dans les vingt-quatre heures; le pouls était fréquent et dur, l'humeur triste. Le 16 octobre 1852 on administre à la malade de 20 à 30 grammes de fleurs de kousso réduites en poudre fine.

Le remède fut trouvé amer et dégoûtant, mais la dose fut prise tout entière. Peu de temps après la malade eut des nausées et des vomiturations que la limonade fit cesser.

Au bout de cinq quarts d'heure, la patiente sentit le besoin d'aller à la selle; à la troisième selle survenue deux heures après la prise du kousso et sans le secours d'aucun autre remède, elle rendit en plusieurs fragments le ténia qui depuis huit ans la tourmentait.

La malade se trouva bien aussitôt. Pendant trois ou quatre jours, elle eut encore de la diarrhée; mais depuis elle ne s'en sentit plus. Elle a depuis lors recouvré la santé, et jusqu'à présent ne s'est plus ressentie de son ancienne incommodité.

MÉCANISME PHYSIOLOGIQUE DES HYDROPISIES; LEUR TRAITEMENT PAR LA NOIX VOMIQUE; par M. CHATIN.

Dans cet intéressant mémoire, M. Chatin (de Lyon), s'appuyant sur les expériences de M. Magendie qui établissent que les veines absorbent et exhalent, explique la formation des hydropisies passives par une véritable filtration du sang à travers les parois des vaisseaux, surtout des vaisseaux capillaires. L'analogie qui existe entre ces expériences et le phénomène qui s'observe dans la congestion et l'inflammation des séreuses, peut faire admettre que les hydropisies actives doivent se former par le même procédé. Cette théorie toute mécanique emprunte à la thérapeutique, et surtout à un nouveau moyen préconisé par M. Tessier (de Lyon) contre les hydropisies, une plus grande solidité. Voici un des faits dont M. Chatin a été témoin dans le service de M. Tessier.

OBS. — Mignard, 27 ans. Fièvre intermittente quotidienne, contractée en Afrique, coupée déjà plusieurs fois par le sulfate de quinine. Hypertrophie de la rate très prononcée, ulcération des gencives, fétidité de l'haleine, ascite, œdème des membres inférieurs. Il est traité d'abord par le vin de quina, les gargarismes avec la poudre de quina et le charbon, la tisane de centaurée. La fièvre cesse, mais l'hydropisie persiste. On continue inutilement ce traitement pendant vingt jours; on le remplace alors par la tisane de cochléaria et de raifort et par la poudre de sous-carbonate de fer; même persistance de l'hydropisie. M. Tessier administre alors l'extrait alcoolique de noix vomique, et il le prescrit d'abord pendant deux jours à la dose de 0,05 centigr.; diarrhée abondante qui fait suspendre le remède. Reprise trois jours après, à la dose de 0,02 centigr. seulement; le résultat fut alors prompt et surprenant; car une semaine ne s'était pas écoulée que le ventre était beaucoup moins tendu, que l'hydropisie abdominale avait diminué de plus de moitié et que l'œdème des membres inférieurs avait presque disparu. Le malade se sentait beaucoup plus fort; son appétit était revenu, et même l'amélioration était telle que le malade se prétendit guéri et voulut, à mon grand regret, sortir de l'hôpital.

La noix vomique paraît agir d'abord sur l'estomac comme substance amère; de plus elle excite les contractions musculaires des intestins et favorise la circulation veineuse et l'absorption. M. Tessier pense qu'elle opère en outre en stimulant directement par le moyen du système nerveux l'énergie des agents de l'absorption.

ABSTENTION DE LA SAIGNÉE DANS LE TRAITEMENT DES PNEUMONIES, DES PLEURÉSIES ET DES PÉRICARDITES; par M. MORGANTI.

Ce mémoire tout pratique est composé d'une série d'observations par lesquelles on cherche à établir l'inutilité et quelquefois le mauvais effet de la saignée dans les maladies inflammatoires susnommées. On préconise en même temps contre ces mêmes affections l'emploi du calomel à la dose de 30 centigr. uni à 2 centigr. d'opium, le tout divisé en six prises.

L'observation suivante de pleuro-pneumonie droite donne l'idée de la méthode de l'auteur.

OBS. — Auguste Franchi, 20 ans, tempérament sanguin, de formes athlétiques, bûcheron, entra à l'hôpital de Favie le 3 décembre, malade depuis quatre jours. Il n'avait jamais été malade jusque-là. Au début de la maladie, il avait senti du frisson, de la céphalalgie, de la chaleur fébrile, une douleur latérale droite avec toux et crachats sanguins. Il *avait été saigné trois fois chez lui.* L'état du malade au moment de son entrée était si grave qu'il pouvait à peine répondre aux interrogations qui lui étaient faites; céphalalgie, petite toux continuelle avec crachats sanguinolents, langue rouge et sèche; pouls plein, vibrant, large, à 102; respiration à 40. La douleur latérale droite était si vive et poignante qu'elle lui rendait le souffle très-court. La percussion donnait une sonorité plus grande en avant à droite qu'à gauche avec bruit respiratoire exagéré. En arrière à droite en haut, il y avait respiration soufflante, crépitation pleurétique et pulmonaire. La poudre ordinaire de calomel et d'opium fut prescrite.

4 décembre, cinquième jour de la maladie. Céphalée moindre, toux diminuée, douleur plus faible, pouls à 94, respiration à 32, encore soufflante. On recommence les poudres.

5 décembre, sixième jour de la maladie. Le malade n'a plus de fièvre, la douleur a disparu, la toux a presque cessé, les crachats sont devenus bronchiques; l'appétit se réveille. (Mêmes poudres, un potage.)

6 décembre, septième jour de la maladie. Le sujet se montre gai et a un appétit vorace. (Aliments plus substantiels; on lui permet de sortir du lit.)

7 décembre, huitième jour de la maladie. Il quitte l'hôpital parfaitement guéri.

Nous ne pouvons pas croire que les saignées pratiquées au début de cette maladie aient été tout à fait inutiles au succès de la médication qui a été postérieurement employée.

DE LA RÉTENTION INOFFENSIVE DU PLACENTA DANS L'AVORTEMENT; par M. MELCHIORI.

Ce mémoire renferme des observations très-intéressantes; nous en rapporterons quelques-unes; mais nous nous garderons bien d'en tirer les mêmes conclusions que l'auteur.

OBS. I. — Sage-femme robuste de 36 ans, déjà mère de dix fils, avait passé le quatrième mois de sa onzième grossesse, quand elle éprouva des symptômes de pléthore générale. A cause de ses nombreuses occupations, elle négligea de se faire saigner. Le 20 novembre 1846, fin du cinquième mois, elle avorta avec une perte abondante. Comme il n'y avait personne pour l'assister, le fœtus sorti, elle tira elle-même le cordon, croyant hâter la sortie du placenta; mais le cordon se rompit et le placenta resta. Des fomentations froides, la position horizontale ne purent arrêter le sang. M. Melchiori appelé trouva l'utérus distendu, et il put introduire deux doigts par le col, à travers lequel pendaient des lambeaux des membranes de l'œuf; il tira sur eux, les déchira, mais ne put faire descendre le placenta. Il administra 25 décigr. de seigle ergoté divisé en quatre prises, en quarante minutes. L'utérus se resserra, expulsa plusieurs caillots de sang; l'hémorrhagie cessa, mais l'arrière-faix demeura. L'orifice resta par la suite quasi fermé; d'abord il sortit des lochies sanguinolentes et fétides, puis muqueuses pendant quinze jours. Le globe utérin pendant ce temps diminua de volume, devint indolent, et la femme acquit des forces au point que le 9 novembre elle put sortir de chez elle. Elle fut inquiète pendant quelque temps; mais le 12 janvier 1847 voyant paraître ses règles et chaque mois ensuite régulièrement, elle se tranquillisa, comme de fait elle le devait, car elle ne souffrit plus depuis aucun malaise. En 1851, ses règles cessèrent, et depuis lors elle engraissa.

Dans l'observation suivante, la nature elle-même opéra la délivrance.

Obs. II. — Une femme de 33 ans, faible, avorta sur la fin du sixième mois le 21 juillet 1849. Le placenta était retenu avec une grave hémorrhagie. La main introduite dans l'utérus le trouva adhérent avec un lambeau cependant détaché. M. Melchiori l'ayant saisi, le tira, croyant de cette manière le détacher entièrement; mais il le déchira et abandonna le reste. Il fit par les moyens ordinaires contracter l'utérus et la perte cessa. Il ne survint rien jusqu'au soir du 25; alors il sortit un sang vif, suivi de quelques douleurs utérines, et l'arrière-faix tomba dans le vagin.

Un troisième fait mérite pour sa rareté d'être encore cité.

Obs. III. — Une couturière délicate, mais bien portante, 20 ans, enceinte pour la seconde fois, au commencement du neuvième mois, arrivée la veille à Novi sur une voiture incommode, fut prise la nuit du 4 au 5 mars 1852 des douleurs du part; la poche se rompit et un bras descendit dans le vagin. Peu d'instants après on pratiqua la version; la tête mit quelque difficulté à sortir, mais elle entraîna avec elle le placenta dont le cordon n'avait pas plus de 20 centim. de longueur. On resta près de la femme environ trois quarts d'heure pour donner quelques soins au fœtus qui était vivant, mais très-faible.

La matinée suivante, c'est-à-dire dix heures depuis l'opération, la femme est inquiète; elle a des douleurs utérines environ depuis deux heures, avec un écoulement de sang abondant. Pendant qu'on l'examine survient une forte contraction utérine très-douloureuse, et il sort du vagin en même temps qu'un flot de sang un corps rond dont la femme accuse le passage. La contraction cessée, elle fut tranquille, et le reste de l'accouchement alla régulièrement.

Ce corps avait le volume d'une petite orange, avec une surface uniforme, de couleur rose et bleu clair, sans déchirure et sans enveloppe apparente. En un point de la périphérie s'élevait de quelques lignes une portion ronde, du diamètre de 3 centim., et d'où sortait du sang coagulé; c'est par là qu'il tenait à l'utérus. Au milieu de cet espace s'ouvrait une grosse veine qui, à peine entrée dans la tumeur, se divisait aussitôt en trois rameaux, et ceux-ci successivement en rameaux plus petits, que l'œil ne pouvait suivre bien loin. D'autres petits orifices de vaisseaux sanguins se voyaient autour de cette veine. La masse était consistante, se déchirait par des tractions modérées, sans cavité centrale, de couleur rouge de sang et sans épanchement sanguin. Mise dans l'eau et débarrassée du sang, elle présentait de très-fins cordons ou filaments blanchâtres qui la divisaient surtout à la périphérie (grand réseau vasculaire qui se continue avec le cordon). Son aspect était un peu spongieux, et en cet état elle offrait quelque apparence de texture placentaire.

Ici les vaisseaux sanguins les plus grands occupaient la superficie opposée à celle où ils se montrent dans le placenta normal; les vaisseaux de la circulation fœtale s'étaient clos, tandis que ceux qui doivent apporter les matériaux de la nutrition avaient pris un grand développement, s'étant formés dans les adhérences qui attachaient étroitement le placenta à la surface utérine.

La femme raconte que l'année précédente, au milieu de mai, étant à son huitième mois de grossesse, elle accoucha et eut une hémorrhagie grave causée par la traction exercée sur le placenta qui ne put venir. Il fut abandonné à lui-même et ne sortit plus. Les suites de couches furent très-régulières et de peu de durée, et la malade pense qu'elle a conçu de nouveau avant que fussent écoulés les trente premiers jours du part.

De ces faits et de quelques autres, M. Melchiori conclut que le placenta adhérent après le part peut rester sans danger dans l'utérus pendant un temps indéterminé, et que l'accoucheur doit respecter cette rétention au lieu de la combattre par des manœuvres faites sur le placenta même. Ces faits sont fort intéressants sans doute, mais nous sommes loin d'en tirer les mêmes conséquences que l'auteur. Nous ne pouvons les considérer que comme des faits exceptionnels. Si nous mettions les relevés statistiques des délivrances artificielles à côté de ceux des délivrances abandonnées à la nature, il nous serait facile de faire voir tout le danger qui accompagne ces dernières. Dans le compte rendu de M. Riecke, sur 563 femmes délivrées artificiellement, 62 sont mortes, 32 n'out pas été délivrées et 29 ont succombé. Ces résultats sont peu favorables à la doctrine de M. Melchiori.

(La fin au prochain numéro.)

(La fin au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 8 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce invite de nouveau l'Académie à lui transmettre prochainement le rapport sur le choléra de 1849, ainsi que les documents qu'il a mis à sa disposition. (M. le secrétaire informe à cette occasion l'Académie que le travail de la commission est très-avancé, que c'est un travail très-considérable, et que le rapporteur espère pouvoir le communiquer bientôt.)

Le même ministre communique un rapport de M. le docteur Ménestrel, maire de Sérécourt (Vosges), sur les causes du goitre endémique dans cette commune. (Comm. : MM. Ferrus, Baillarger, Bégin, Bouchardat, J. Guérin, Caventou, Boutron, Chatin et M. Lévy.)

Le même ministre transmet les rapports de MM. les docteurs Nève, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Bar-le-Duc, et Symterre, médecin de l'asile d'aliénés de Fains, sur une épidémie de variole qui a régné depuis le mois d'octobre 1853 jusqu'à la fin de janvier 1854 dans cet asile. (Com. des épid.)

— M. Brouillet, médecin cantonal de Geispulsheim (Bas-Rhin), adresse un rapport sur une épidémie de suette qui a régné depuis le commencement de janvier jusqu'aux premiers jours de février 1854 dans la commune de Duttlenheim. (Comm. des épid. et comm. de la suette.)

M. Brouillet adresse en outre un mémoire sur le traitement des fièvres paludéennes par les ventouses scarifiées, substituées au sulfate de quinine. (Com. des succéd. du quinquina.)

— M. Dufresse de Chassaigne adresse un mémoire sur les eaux thermales de Chaudes-Aigues (Cantal) dans quelques maladies du cœur, et principalement dans l'endocardite chronique suite de rhumatisme. (Comm. des eaux minér.)

— M. Mougeot (de Bruyère) adresse une note renfermant des considérations thérapeutiques sur les eaux des diverses sources minérales des Vosges.

— M. Rapin, de Grandson, canton de Vaud (Suisse), soumet à l'examen de l'Académie des tubes destinés au transport et à la conservation du vaccin.

— M. Guénard, de Courtenay (Loiret), adresse un mémoire relatif à l'industrie des sangsues. (Comm. des sangsues.)

— M. Biron Devèze, pharmacien, communique la formule de pastilles de mannite calomélisées dont il est l'inventeur.

— M. L. Blachier, médecin en chef de l'hôpital de Saint-Servan, fait part à l'Académie de la mort de son père, M. le docteur Antoine Blachier, correspondant de l'Académie, ancien chirurgien de la marine, mort à l'âge de 80 ans.

NOUVEAU PROCÉDÉ POUR EXTRAIRE LES CALCULS OU FRAGMENTS ARRÊTÉS DANS LA RÉGION PROSTATIQUE.

M. Mercier adresse sous ce titre la lettre suivante:

Une circonstance assez embarrassante de la lithotritie, c'est l'extraction des petites pierres ou des fragments logés dans la région prostatique, surtout quand il existe une valvule soit musculaire, soit prostatique du col de la vessie. Parfois le corps étranger, niché au-dessous de la barrière, ne peut être délogé de sa position ni en arrière, parce qu'il est arrêté par cette barrière, ni en avant parce que la saillie morbide s'interpose entre lui et les instruments avec lesquels on tâche de l'accrocher par derrière.

Il y a un an environ que je rencontrai une difficulté de ce genre chez un malade que je soignais avec le docteur Destrene et que j'avais guéri près de deux ans auparavant d'une rétention d'urine complète datant de sept années. Une valvule du col de la vessie avait été excisée, mais tout à fait jusqu'à sa base. Cependant, comme ce malade urinait facilement, nous n'en fîmes pas davantage et tout allait bien lorsque survinrent des troubles que je reconnus être dus à la présence d'une petite pierre dans la région prostatique. Cinq ou six tentatives furent faites pour l'extraire ou la repousser avec des soudes et des brise-pierre de toute espèce, avec la curette articulée courbe, etc., sans le moindre résultat; cette pierre était nichée au-dessous du reste de bride, et les instruments, glissant toujours par-dessus, ne purent la déloger.

J'eus alors l'idée d'employer dans ce but la sonde évacuatoire simplifiée que j'ai présentée à l'Académie le 15 avril 1851, et un succès immédiat couronna cette tentative. Il me suffira, pour l'intelligence de ce que je vais dire, de rappeler que cet instrument a la forme de ma sonde exploratrice coudée, c'est-à-dire qu'il se compose d'une tige tout à fait droite terminée par un bec ayant de 12 à 15 millim. de longueur et faisant avec cette tige un angle presque droit. La tige doit être aussi volumineuse que l'urètre le permet, et elle est creusée dans toute sa longueur par une large canal qui s'ouvre directement sur son talon. Un mandrin sert à la fois à obturer ce canal et à donner au talon une surface lisse et arrondie.

Cette sonde étant ainsi garnie de son mandrin, je l'introduisis jusqu'à ce que je sentisse son talon buter contre la pierre. Je retirai alors le mandrin; j'appuyai le talon béant sur cette pierre pour que celle-ci s'y engageât; puis je la soulevai comme avec une curette en même temps que je poussais l'instrument dans la vessie par-dessus l'obstacle. Aussitôt celui-ci franchi, l'urine jaillit, et, avec le premier jet, la pierre qui avait au moins 6 millim. de diamètre.

Ainsi fut faite presque instantanément cette extraction, que des tentatives antérieures nombreuses et bien plus fatigantes n'avaient pu effectuer.

Je suppose actuellement que, pour une raison quelconque, le corps étranger ne fût pas sorti par la sonde, il était du moins refoulé dans la vessie, et ce résultat, quoique moins heureux, était encore très-satisfaisant, car il ne s'agissait plus que d'une opération extrêmement simple.

RUPTURE D'UNE SONDE DE GOMME DANS LA VESSIE; EXTRACTION PAR LES VOIES NATURELLES.

M. Leroy-d'Etiolles présente les fragments d'une sonde de gomme, rompue dans la vessie, dont il vient de faire l'extraction par l'urètre sans incision. Le malade se sondait lui-même pour une rétention d'urine; cependant l'accident ne peut être attribué à son incurie. La mauvaise qualité du tison et le vice de la fabrication en sont les causes; car la sonde est neuve, elle a tout son poli. Ce n'est pas la première fois que la fabrique dont elle est sortie fournit à M. Leroy l'occasion de mettre en usage ses instruments extracteurs. La fréquence de la rupture des sondes, dit ce chirurgien, doit fixer l'attention de l'Académie et des commissions des écoles de médecine et de pharmacie, chargées de veiller sur la qualité des médicaments et des substances employées en médecine.

FILIÈRE POUR LA GRADUATION DES SONDES.

M. Charrière père adresse une note sur la filière qu'il a exécutée sous l'inspiration de M. Ricord, et qui a été adoptée depuis 1838 par tous les chirurgiens. Contrairement aux assertions de M. Leroy, cette filière est rigoureusement graduée par tiers de millim., de même que celle de M. Beniqué l'est par douzième de millimètre; et quant à l'uniformité des diverses filières livrées par lui au commerce, cette uniformité est d'antant plus rigoureuse, qu'elle sont toutes frappées sur une même matrice à l'aide d'un balancier.

Il est donc impossible qu'il y ait la moindre différence entre elles, pas plus qu'il ne peut y en avoir entre deux pièces de monnaie frappées avec le même coin. Ce mode de fabrication permet en outre d'atteindre les limites extrêmes du bon marché dans le prix de revient et par conséquent de la vente.

Du reste, M. Leroy a lui-même reconnu la supériorité des filières sur le compas, en adoptant d'avance une filière à encoche angulaire, qui n'est en définitive qu'une demi-filière à trous ronds, c'est-à-dire une filière moins parfaite.

TRAITEMENT DE L'ORCHITE PAR LE COLLODION.

M. Ricord demande la parole à l'occasion du procès-verbal, et s'exprime à peu près en ces termes :

M. Bonnafont a fait connaître, dans la dernière séance, les résultats qu'il a obtenus du traitement de l'orchite par le collodion. Ces résultats diffèrent tellement de ceux que j'ai constatés à l'hôpital du Midi que je ne peux me l'expliquer, et que je me demande s'il n'y a pas là quelque circonstance particulière, quelque condition topographique ou autre, qui fassent que les orchites ne se comportent pas à l'hôpital du Midi comme au Gros-Caillou. Il résulterait, en effet, des observations contenues dans le mémoire de M. Bonnafont que les malades auraient été soulagés en quelques instants, et que du jour au lendemain ils auraient été guéris. Je crois à la réalité de ces faits, puisqu'ils sont affirmés par M. Bonnafont; mais je me demande comment cela peut se faire, lorsque, avec le même moyen, j'ai constaté des résultats tout opposés.

Je ferai remarquer d'abord que M. Bonnafont n'a pas formulé le diagnostic. Il a intitulé toutes ses observations : *Orchite;* mais il fallait distinguer à quelle espèce d'orchite on avait affaire. On voit, dans les observations de M. Bonnafont, un cas relatif à un de nos confrères, nù vraisemblablement il s'agissait d'une orchite blennorrhagique. Dans deux autres cas semblables, il était aussi probablement question d'engorgement blennorrhagique de l'épididyme, et non de véritables orchites, de didymites. Dans un autre cas, il a eu affaire à un engorgement traumatique du testicule, et enfin, dans un cinquième cas, j'ai cru voir qu'il s'agissait d'un engorgement métastatique consécutif à des oreillons. Voilà donc cinq observations où l'on a constaté l'absence de douleur et une guérison rapide. Pour le cas d'orchite métastatique, je ne trouve là rien d'extraordinaire, parce que ce n'est pas là un véritable cas d'orchite, mais une hydrocèle; c'est du moins ce qui arrive constamment à la suite des métastases de ce genre. Mais pour les cas réels d'épididymite, c'est un résultat vraiment extraordinaire, et qui a droit de nous surprendre.

J'ai essayé aussi le collodion dans l'épididymite, et voici ce que j'ai observé. Je l'ai appliqué chez huit malades. Le *premier* avait une épididymite blennorrhagique double; le collodion a produit une douleur excessive pendant vingt heures, et il en est résulté en outre une petite vésication. Il faut avoir été témoin de ces douleurs pour s'en faire une idée, et encore ce cas a-t-il été noté comme un de ceux où le collodion avait produit les meilleurs résultats. En effet, la résolution a eu lieu d'une manière assez régulière, non pas avec cette rapidité dont nous parle M. Bonnafont, mais en seize ou dix-sept jours.

Dans le *deuxième cas*, le malade avait un engorgement très-considérable de l'épididyme, mais pas très-aigu; celui-là a assez bien supporté la douleur, et il a guéri en onze jours de traitement.

Troisième cas. — Douleurs extrêmement intenses, douleurs atroces et vingt jours de traitement.

Quatrième cas. — Douleurs excessives durant dix-huit heures; vingt jours de traitement. — Cinquième jour, mêmes douleurs, seize jours de durée.

Sixième cas. — Douleurs très-violentes, à deux reprises, durant dix-huit heures chaque fois; vingt et un jours de durée.

Septième cas. — Douleurs très-vives; guérison au bout de vingt-sept jours. Ce malade, rentré quelque temps après pour une maladie semblable du côté opposé, n'a jamais voulu consentir à une nouvelle application du collodion.

Enfin, dans le huitième cas, le collodion fut appliqué après l'emploi préalable d'une saignée, une application de sangsues et l'usage des émollients; la guérison eut lieu en dix-huit jours.

Il ressort de ces faits ceci : c'est que ce traitement donne lieu, dans presque tous les cas, à des douleurs extrêmement vives, qu'il est de longue durée, et qu'il n'a amené la guérison qu'au bout d'un temps qui a été en moyenne de quinze à vingt jours.

M. Velpeau a été frappé aussi, à la lecture du mémoire de M. Bonnafont, du contraste des résultats annoncés par ce chirurgien avec ceux qu'il a constatés lui-même. Ses résultats ressemblent un peu à ceux de M. Ricord. Il lui paraît, du reste, qu'on n'a pas bien saisi en général le mode d'action de ce moyen. Ce n'est pas un résolutif, un antiphlogistique, comme on le dit : c'est en exerçant une compression énergique sur les tissus sur lesquels on l'applique, qu'il agit. Aussi M. Velpeau s'en est-il bien trouvé dans les engorgements des mamelles, qui se prêtent très-bien à ce genre de compression; mais pour les testicules, ce moyen a plus d'inconvénients que d'avantages; il lui est arrivé quelquefois de voir le testicule étranglé par cette compression. Ce moyen, en résumé, ne lui paraît pas agir autrement que les bandelettes, dont il présente à la fois les avantages et les inconvénients.

M. Bonnafont ne s'explique pas la cause qui a pu faire différer à ce point les résultats du traitement entre les mains de M. Ricord et entre les siennes. Il faut qu'il y ait eu dans le mode d'application quelque condition spéciale qui échappe. Quoi qu'il en soit, il n'a jamais observé les accidents dont parle M. Ricord. Chez tous ses malades, il a vu survenir de la douleur pendant la première heure tout au plus, mais jamais au delà. En général, la guérison a été prompte, et dans les cas où il n'y a pas eu une guérison complète, il y a eu au moins une grande amélioration.

M. Bonnafont puise dans cette discussion un motif de plus d'insister sur la demande qu'il a faite d'une commission.

M. Robert n'a pas entendu sans étonnement les assertions de M. Bonnafont. Il a essayé et vu essayer plusieurs fois le collodion, et il est loin d'en avoir obtenu des résultats aussi satisfaisants. M. Puche a constaté des effets entièrement semblables à ceux dont vient de parler M. Ricord. La moyenne des guérisons obtenues par le collodion a été de dix-huit à vingt jours, ce qui est, comme on le sait, la moyenne ordinaire; mais cette guérison a été achetée au prix de très-vives douleurs, et de plus, chez quelques-uns, il est resté un peu d'épididymite. En somme, ce moyen ne paraît offrir aucun avantage réel, et il est extrêmement douloureux.

M. Robert ne voit pas, d'ailleurs, ce qui peut expliquer la différence des effets obtenus par M. Bonnafont avec ceux qu'on a constatés dans les autres hôpitaux. Cela tient-il à la nature des sujets, plus jeunes et plus vigoureux en général? C'est possible. Peut-être y a-t-il là une cause inconnue que l'avenir dévoilera. M. Robert, pour sa part, appuie la proposition d'une commission.

Cette proposition est vivement combattue par M. Velpeau, qui est convaincu qu'une commission ne fera rien, et qu'il est beaucoup plus simple que chaque chirurgien expérimente de son côté et fasse connaître ses résultats.

MM. Bouillaud et Larrey appuient la demande d'une commission.

M. Malgaigne pense qu'il suffira que MM. Bonnafont et Ricord s'entendent pour poursuivre en commun des expériences.

L'Académie, consultée, repousse la nomination d'une commission.

MM. Bonnafont et Ricord sont invités à s'entendre pour poursuivre en commun de nouvelles expériences.

EAUX POTABLES.

M. Boudet lit, en son nom et celui de M. Boutron, un mémoire ayant pour titre : Observations sur les eaux potables. Ce mémoire est le résumé d'un travail beaucoup plus étendu que les auteurs viennent d'achever; ils se sont bornés à y énoncer les principaux résultats de leurs recherches.

Sous l'influence de l'intérêt qu'excitent aujourd'hui toutes les questions d'hygiène générale, et en présence des vastes projets qui ne tendent à rien moins qu'à livrer à une grande compagnie l'approvisionnement en eaux de la ville de Paris tout entière, M. Dupuis, ingénieur en chef des eaux de la ville et membre du conseil de salubrité, nous a proposé, disent les auteurs, diverses questions que nous sommes empressés d'examiner, et dont l'étude a fait le sujet de ce travail.

Les questions sur lesquelles M. Dupuis a appelé l'attention des deux auteurs, au point de vue des divers usages de l'eau, sont de trois ordres :

Les premières se rapportent aux matières insolubles tenues en suspension dans les eaux du canal de l'Ourcq et de la Seine; les secondes aux matières qui se déposent dans les conduits d'eau d'Ourcq; les troisièmes enfin aux matières solubles qui existent en proportions notables dans les eaux destinées aux usages domestiques et industriels.

Les auteurs examinent successivement ces différents ordres de questions.

Des faits relatifs à la question du filtrage des eaux de la Seine et de l'Ourcq, MM. Boutron et Boudet concluent que cette opération offrirait des avantages réels au point de vue de la salubrité et de l'industrie :

1° Parce que les eaux filtrées étant d'un usage plus agréable que les eaux non filtrées, sont recherchées, même à prix d'argent, par les populations, et surtout parce qu'elles garantissent d'une manière plus complète les intérêts de la santé publique;

2° Parce que le carbonate de chaux et l'argile que les eaux non filtrées tiennent en suspension détruisent une proportion considérable de savon et

exercent, sans aucun doute, une action plus ou moins nuisible sur certaines opérations industrielles, et particulièrement sur celles de la teinture.

Le second ordre de questions que MM. Boutron et Boudet se sont proposé d'étudier se rapporte particulièrement à la composition chimique des dépôts recueillis dans les conduites d'eau d'Ourcq du pont de la Concorde.

On soit que les eaux d'Arcueil laissent déposer, pendant leur trajet du point d'origine à celui de leur distribution, un sédiment de carbonate de chaux qui, après un certain nombre d'années, finit par obstruer les tuyaux qui les amènent à Paris.

Les eaux du canal de l'Ourcq, qui sont beaucoup moins chargées de bicarbonate de chaux que celles d'Arcueil, présentent le même phénomène, à un degré beaucoup moindre, il est vrai, mais le cependant que l'administration a dû s'en préoccuper. Une autre circonstance, d'ailleurs, est venue ajouter à l'intérêt qui s'y rattache : c'est qu'en même temps qu'il s'est formé des concrétions calcaires dans les conduites d'eau du canal de l'Ourcq passant au pont de la Concorde, il s'y est développé des agglomérations de coquillages qui menacent de les obstruer rapidement.

Consultés par M. Dupuis sur cette double cause d'engorgement et sur les moyens de la combattre, MM. Boutron et Boudet ont confié à M. Valenciennes le soin d'examiner ces coquillages. Quant aux concrétions, ils les ont trouvées formées de :

Carbonate de chaux.	76
Oxyde de fer.	19
Silice, alumine, sulfate de chaux. .	05
	100

En examinant ces concrétions, on voit qu'elles sont formées d'une couche ocreuse interposée entre la paroi des tuyaux et les dépôts calcaires qui la recouvre, de telle sorte que cette couche ocreuse qui représente l'oxyde de fer résulte évidemment de l'oxydation du métal des conduites sous l'influence de l'air et de l'acide carbonique contenus dans l'eau qui les parcourt, et que les concrétions proprement dites sont essentiellement composées de carbonate calcaire comme celles qui ont été signalées dans les conduits des eaux d'Arcueil.

Quelle est la cause de ces incrustations? Par quels moyens pourrait-on les empêcher de se produire? C'est ce que les auteurs n'ont pu encore résoudre.

Les auteurs examinent ensuite un autre ordre de questions auxquelles la publication récente d'une brochure de M. Ward, membre de l'association sanitaire de Londres, a donné une nouvelle importance.

M. Ward a signalé au congrès général d'hygiène de Bruxelles les avantages que pourrait offrir à ses habitants l'application d'un système nouveau préconisé par l'école anglaise, et qui est fondé sur ce principe que l'eau potable ne doit pas seulement être conduite et distribuée par des canaux artificiels, mais qu'elle doit aussi être recueillie par un réseau de tuyaux pour que, dans tout son parcours, depuis la terre où elle tombe jusqu'au robinet où elle se consomme, elle soit à l'abri des altérations accidentelles.

Les questions d'économie publique soulevées par les considérations émises dans cette brochure ont engagé MM. Boutron et Boudet à en vérifier l'exactitude, et, dans ce but ils ont institué une série nombreuse d'expériences propres à déterminer le rôle que les sels calcaires et particulièrement le bicarbonate et le sulfate jouent dans les diverses circonstances qui viennent d'être signalées.

Les recherches de MM. Boutron et Boudet sur ce sujet les ont amenés à conclure :

1° Que la proportion de chaux à l'état de sulfate ou de bicarbonate qui peut rendre une eau impropre au blanchissage peut être fixée pour un litre d'eau à 30 centigrammes de chaux ou à ses équivalents 0,73 et 0,77 centigrammes en sulfate et en bicarbonate de chaux ;

2° Que cette proportion est en même temps celle qui établit la limite entre les eaux propres à la coction des aliments ;

3° Que c'est au sulfate de chaux seul et non au bicarbonate qu'il faut attribuer la propriété de rendre certaines eaux impropres à la coction des aliments ; qu'en effet, en faisant bouillir des haricots dans une eau chargée de sulfate calcaire, on voit que, pendant l'opération, le sel pénètre la pulpe même de la graine et l'incruste de telle manière qu'elle reste toujours dure, quelque prolongée que soit l'action de la chaleur ;

4° Qu'avec le bicarbonate de chaux, au contraire, le gonflement et le ramollissement des haricots s'opère comme dans l'eau pure, que le bicarbonate se décompose dès le commencement de l'opération et laisse déposer du carbonate calcaire dénué de propriétés incrustantes et qui n'a pas d'autre inconvénient que de s'ajouter à la substance alimentaire.

Pour épuiser la série des points de vue sous lesquels ils s'étaient proposé d'envisager les eaux potables, il nous restait, ajoutent les auteurs, à examiner encore si les sels calcaires peuvent jouer, dans la préparation du thé et du café le rôle important qu'on leur attribue, et exercer une influence bien réelle sur leur conformation. Or leurs expériences nous autorisent à penser que M. Ward (qui a admis cette influence) s'est au moins beaucoup exagéré cette influence, et si l'on réfléchit d'ailleurs aux conditions très-variées de la préparation du thé et du café, on restera sans doute convaincu, avec nous, que les eaux qui ne contiennent pas plus de 3 décigrammes de chaux par litre, et qui se trouvent ainsi comprises dans la limite que nous avons assignée aux eaux potables, peuvent aussi être employées à la préparation du thé et du café sans neutraliser une proportion de ces substances assez considérable pour qu'il y ait lieu de s'en préoccuper particulièrement.

Cette conclusion ne s'applique plus aux préparations tinctoriales ou pharmaceutiques, et particulièrement aux extraits, car il n'est pas douteux que les eaux pures n'offrent de grands avantages sur les eaux calcaires pour ces préparations, et cela est si vrai que les pharmaciens recommandent l'emploi de l'eau distillée pour la plupart des usages de la pharmacie et de la chimie.

Ainsi, tout en faisant la part de quelques exagérations auxquelles M. Ward nous paraît s'être laissé entraîner par son zèle pour les doctrines de l'école sanitaire anglaise, il est incontestable pour nous qu'un immense intérêt s'attache à la substitution d'eaux plus pures aux eaux de sources et de rivières employées aux usages domestiques et industriels dans la plupart des grands centres de la population, et qu'il y a là une question de la plus haute gravité.

M. Ward a eu le mérite de mettre cette vérité en lumière avec une évidence qui doit frapper tous les esprits et d'appeler l'attention publique sur cette partie importante de l'hydrologie. Nous sommes heureux de lui rendre ici ce témoignage, et nous unissons nos vœux aux siens pour que les administrations municipales et les ingénieurs en fassent l'objet de sérieuses études et cherchent à utiliser les puissantes ressources que leur offre le drainage, pour fournir aux populations des eaux beaucoup plus pures que celles qui leur sont livrées aujourd'hui dans le plus grand nombre des localités.

Après quelques observations présentées sur ce sujet par MM. Moreau, Desportes et Boutron, la séance est levée un peu avant cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ CLINIQUE ET PRATIQUE DES MALADIES DES ENFANTS ; par MM. F. RILLIET et E. BARTHEZ. — Deuxième édition, vol. I et II. — Paris, 1853.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

Dans la classification des maladies gastro-intestinales, nous trouvons la remarque fort juste que les causes doivent présider à cette division, et que la localisation contribue plutôt à modifier la forme de la maladie.

En lisant l'exposé du traitement de ces affections, nous constatons avec plaisir que MM. Rilliet et Barthez se sont occupés, dans ces dernières années, avec une sollicitude égale, des soins à donner tant aux nouveau-nés qu'à l'enfant déjà plus avancé. Tout ce qu'ils disent sur l'alimentation des très-jeunes enfants, la distribution des repas, les changements éventuels de nourrice, l'alimentation avec le lait d'ânesse, coupé avec du bouillon de poulet, sur le lait de vaches, nourries avec du foin, le mélange des alcalins avec le lait, dénotent le praticien fort attentif et au courant des meilleurs travaux sur ce sujet, parmi lesquels nous plaçons ceux de M. Donad. Ils préconisent contre le catarrhe intestinal les évacuants, qui, d'après eux, modifient l'irritation sécrétoire et favorisent l'élimination des éléments morbifiques du sang. Tout en confirmant le fait pratique, nous serions plus réservé cependant pour accepter l'explication que des recherches exactes de chirurgie pathologique peuvent seules établir sur des bases solides. Nous recommandons tout particulièrement la lecture du catarrhe gastro-intestinal cholériforme, dans lequel une affection du nerf grand sympathique est indiquée, et où le mot d'empoisonnement est prononcé. En effet, il est impossible d'avoir observé tout ce qui se rattache aux affections cholériques, sans penser à un empoisonnement par l'air. Nous ne pouvons nous abstenir de transcrire ici le résumé qu'ils donnent du traitement de cette maladie grave. Le lecteur y trouvera un exemple de la thérapeutique aussi soigneuse que simple, et toujours adaptée aux indications que renferme ce remarquable ouvrage. Voici ce passage :

« Appelés auprès d'un enfant qui est dans la période grave de l'entérite cholériforme (diarrhée et vomissements coup sur coup, avec ou sans fièvre),

» Nous prescrivons :

» 1° La suppression de toute alimentation, à l'exception du lait de la nourrice ou d'un peu de lait d'ânesse, ou du bouillon de poulet donné à froid par cuillerée à soupe, toutes les deux ou trois heures ;

» 2° L'emploi de la potion de nitrate d'argent, de façon à faire absorber 2 ou 3 centigrammes dans les vingt-quatre heures ;

» 3° Des cataplasmes sinapisés sur l'abdomen ;

» 4° La continuation de ces remèdes jusqu'à la diminution de la diarrhée et des vomissements.

» Si la maladie est arrivée à la seconde période (refroidissement, petitesse du pouls, pâleur, assoupissement, détérioration du faciès), nous prescrivons :

» 1° L'enveloppement dans le linge sinapisé, ou bien des applications de larges sinapismes sur différents points du corps, ou le bain sinapisé;

2° Le vin de Malaga par cuillerée à café, toutes les demi-heures.

» 3° Si les vomissements sont supprimés, nous augmentons la quantité de l'alimentation, et surtout nous faisons différents essais de lait ou de houillon.

» 4° Si la diarrhée persiste très-abondante, nous prescrivons un lavement avec 4 ou 5 gouttes de laudanum.

» 5° Nous supprimons les enveloppements du malade et le vin dès que la réaction est obtenue, et si la diarrhée persiste, nous continuons les lavements opiacés, ou bien nous donnons une forte dose de magistère de bismuth.

» Dans le cas où le malade offre des symptômes moins graves et moins urgents, nous employons au début le traitement du catarrhe léger (calomel et bismuth); mais nous remplaçons rapidement le bismuth par le nitrate d'argent, si l'état du malade s'aggrave. »

La maladie de Bright est décrite avec grand soin, bien que nous considérions la théorie anatomique adoptée par ces auteurs, savoir l'hypertrophie avec infiltration graisseuse des glandes de Malpighi, précédée d'inflammation, comme trop absolue, je dirai même insuffisante. Ils font preuve d'un bon esprit en plaçant une cause générale au-dessus de l'inflammation locale, et en envisageant souvent cette lésion du sang comme consécutive à une suppression des fonctions de la peau. C'est avec raison également que ces auteurs s'élèvent contre la séparation beaucoup trop absolue de la maladie de Bright en aiguë et chronique. Du reste, pour notre compte, nous regardons le terme de *maladie de Bright* comme provisoire. L'altération générale de l'économie qui y préside n'est pas très-connue. Les lésions locales ont été bien étudiées; mais leur interprétation est encore incertaine, et sous le rapport clinique, nous rencontrons un assez grand nombre de formes pour qu'il soit permis de penser qu'il s'agit là plutôt d'un groupe de maladies d'une affection toujours la même. Tout en trouvant dans la thérapeutique une bonne appréciation des antiphlogistiques, des sudorifiques, des purgatifs, des diurétiques, nous aurions voulu voir dans ce chapitre une application beaucoup plus large des toniques. Nous avons obtenu, dans plusieurs cas, un succès fort remarquable par l'usage prolongé des ferrugineux, là où toutes les autres méthodes avaient échoué. Toutefois les indications du fer sont également restreintes dans le traitement de cette cruelle maladie.

Parmi les chapitres qui nous ont frappé par un tableau juste et riche en faits nouveaux, nous devons citer les formes de la méningite et celles de la pneumonie. La distinction établie dans la méningite franche en forme convulsive et frénétique est des plus heureuses. La première est propre aux très-jeunes enfants: le début convulsif est brusque ou précédé de fièvre; les accès sont fréquents, et font bientôt place au coma et à un accablement profond, alternant quelquefois avec de l'agitation. La respiration devient inégale et accélérée; les pupilles se dilatent; il survient du strabisme, et la mort a lieu le plus souvent au bout de trois à quatre jours, soit dans une attaque convulsive, soit dans le coma. Les vomissements n'ont rien de caractéristique. La forme frénétique ressemble davantage à la méningite de l'adulte; elle est également décrite avec beaucoup de soin. La méningite secondaire enfin, qui survient dans le cours d'autres maladies, est séparée des deux formes précédentes.

Dans la pneumonie, nous trouvons la distinction en forme primitive normale, en forme cérébrale primitive et en pneumonie secondaire. Dans la première, les auteurs indiquent les différences qui existent entre la pneumonie de l'enfance et celle de l'âge adulte: les vomissements fréquents au début, la rareté de l'expectoration rouillée, la marche plus rapide, l'espèce de dépérissement enfin qui survient lorsque la marche est lente et la terminaison fatale.

La pneumonie cérébrale primitive est d'un diagnostic si difficile que M. Rilliet l'a vu presque toujours méconnaître lorsqu'il avait été appelé en consultation pour des cas de ce genre. Cette pneumonie, compliquée de symptômes nerveux graves, éclamptiques, comateux ou délirants, s'observe de préférence dans la pneumonie du sommet chez les très-jeunes enfants dont la dentition est laborieuse. Les symptômes convulsifs prédominent pendant la première année, tandis que les accidents comateux s'observent plutôt de 2 à 5, la forme délirante de 5 à 10 ans. L'éclampsie peut survenir au début, ou seulement après quelques jours de durée. Les attaques épileptiformes sont peu nombreuses; dans l'intervalle, l'enfant reprend connaissance, mais il garde une expression cérébrale particulière. Dans la forme méningée, on observe de l'assoupissement, du délire, de la céphalalgie, des vomissements, de la constipation, le facies cérébral. Le délire peut non-seulement survenir au début, mais aussi au moment de la résolution. Il est enfin important de noter que les symptômes cérébraux masquent ceux de la pneumonie, et que même les signes fournis par l'auscultation ne fournissent pas toujours, dans ces cas, des renseignements suffisants.

Parmi les nombreux articles ou tout à fait nouveaux ou profondément modifiés dans cette édition, nous devons citer l'invagination, qui n'avait point été décrite avec détails comme maladie de l'enfance, avant les recherches de MM. Rilliet et Barthez. Le siége de l'invagination pendant la première enfance est de préférence le gros intestin; plus tard c'est tantôt l'intestin grêle, tantôt le colon. Des troubles digestifs précèdent quelquefois le début, qui se caractérise le plus souvent par des vomissements muqueux ou aqueux, des selles muqueuses mêlées de sang, une grande anxiété, de vives souffrances, des cris aigus, des signes d'éclampsie, un facies abdominal prononcé. Le ventre est peu développé et indolent. Le début est moins violent dans la seconde enfance. Dans la première, la marche est si rapide que la mort peut survenir du deuxième au troisième jour, précédée de vomissements stercoraux et de nombreuses selles sanguinolentes. Lorsque la maladie se prolonge, on constate, au bout de deux ou trois jours, une tumeur en forme de boudin dans un des flancs ou dans le voisinage de la vessie. Si la guérison doit survenir, la tumeur disparaît peu à peu, les évacuations alvines redeviennent normales, le facies meilleur; la portion invaginée de l'intestin est éliminée et rendue par les selles. En général, dans la seconde enfance, les symptômes se rapprochent de plus en plus de ceux observés chez l'adulte; toutefois l'invagination est plus fréquente pendant la première année qu'à toute autre époque de l'enfance, plus chez les garçons que chez les filles. Le traitement médical consiste dans l'emploi sagement combiné des antiphlogistiques, des évacuants et des narcotiques. Si ces moyens échouent, le cathétérisme de l'intestin, l'insufflation, l'injection forcée de l'eau, peuvent être mis en usage. La gastrotomie constitue une dernière ressource.

L'article *Croup* est aussi traité avec grand soin: nous y trouvons, entre autres, la remarque étiologique intéressante que cette maladie atteint de préférence les enfants d'un tempérament lymphatique, ou des familles dans lesquelles on observe des affections tuberculeuses, dartreuses, carcinomateuses, ou chez des enfants nés de parents consanguins. Le peu d'action du refroidissement, qui provoquerait plutôt la laryngite striduleuse, nous a également frappé. Le traitement de cette affection est tracé avec un soin tout particulier. Les topiques, les vomitifs, le sulfure de potasse et les mercuriaux sont placés au premier rang. La cautérisation agit surtout sur les fausses membranes des amygdales. Le vomitif composé de sirop et de poudre d'ipécacuanha s'adresse plus particulièrement à l'affection laryngée. Nous avons vu avec plaisir l'application des sangsues, soit aux apophyses mastoïdes, soit aux extrémités inférieures, conseillée très-sobrement et reléguée tout à fait sur le second plan. L'application de caustique, porté jusque sur la glotte plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, constitue une ressource précieuse. Après les vomitifs, l'alternation de l'alun et du calomel est fortement recommandée, en donnant alternativement toutes les heures une cuillerée à café de 50 grammes de miel, avec incorporation de 10 grammes d'alun ou d'un gramme de calomel. Les frictions mercurielles sur les côtés du cou et dans les aines sont aussi conseillées.

Tout ceci nous paraît très-rationnel; mais nous n'avons pas pu jusqu'à présent constater, pour notre compte, l'utilité du sulfate de potassium dans le croup. Dans les cas imminents de collapsus, ces auteurs conseillent d'envelopper les enfants d'un drap sinapisé, de leur donner du musc à haute dose et de temps en temps un peu de vin de Malaga. Pendant la convalescence, il faut faire tous ses efforts pour relever les forces, prescrire, dans ce but, le sirop de quinquina, de bons aliments, du vin de Bordeaux, des bains sulfureux et aromatiques.

Dans le jugement porté sur la trachéotomie, nous reconnaissons un tact pratique exquis. Ces auteurs ne rejettent ni n'exagèrent la valeur de cette opération; ils conseillent d'éviter tout aussi bien de la pratiquer de trop bonne heure, tant que l'on a à sa disposition d'autres ressources, mais de ne pas attendre trop tard non plus que des symptômes de suffocation aient déjà fait des progrès. La crainte, l'approche ou l'imminence de ceux-ci marquent le moment où la trachéotomie doit être pratiquée. La présence de fausses membranes dans les bronches n'est pas une contre-indication; mais il ne faut pas la pratiquer si le croup est secondaire, s'il existe une pneumonie double ou une tuberculisation pulmonaire avancée.

Nous pourrions citer encore bien des exemples qui témoigneraient combien le livre de MM. Rilliet et Barthez est riche en matériaux du

plus haut intérêt scientifique et d'une grande utilité pratique; nous craindrions toutefois de dépasser les limites de cette analyse.

Nous n'hésitons pas à dire, en terminant, que la nouvelle édition du TRAITÉ DES MALADIES DE L'ENFANCE doit être comptée parmi les meilleures productions pathologiques du temps actuel. Si beaucoup d'auteurs avaient la persévérance, la sévère et consciencieuse exactitude, la vaste expérience pratique de MM. Rilliet et Barthez, nous n'aurions pas à déplorer une aussi grande pénurie de bons travaux dans la littérature médicale actuelle, et on pourrait enfin lui appliquer le vieil adage : *Non multa, sed multum*, tandis qu'on pourrait dire tout le contraire de la stérile fécondité de la presse du jour.

J.-F. LEBERT,
professeur de clinique médicale à Zurich.

VARIÉTÉS.

BULLETIN DU CHOLÉRA.

Mouvement du choléra dans les hôpitaux et hospices civils :

	Reçus du dehors.	Déclarés à l'intérieur.	Total des cas.	Sorties.	Décès.
5 mai	11	3	14	15	11
6	19	4	23	14	16
7	10	14	24	16	18
8	12	3	15	13	9
9	14	8	22	3	9
10	9	7	16	12	6
Totaux	75	39	114	73	69

La situation au 10 mai était celle-ci :

Cas traités dans les hôpitaux depuis novembre		1920
Sorties	743	
Décès	978	1721
Reste en traitement		199

Ainsi il y a eu, du 5 au 10 mai, 114 cas nouveaux, 73 sorties et 69 décès.

— Un journal annonce, d'après une lettre d'un médecin du département de la Nièvre, que le choléra se serait déclaré dans plusieurs localités de ce département. On estimait, à la date du 1er mai, le nombre des cas à une soixantaine.

— Nous trouvons dans une lettre écrite par notre confrère M. Duchassaing, qui exerce la médecine à l'île Saint-Thomas, des détails intéressants sur le choléra qui a si rudement frappé cette contrée.

« Nous avons eu ici, dit-il, une terrible épidémie de choléra asiatique. Sur une population de 14,000 âmes, 2,000 ont succombé. Cette épidémie m'a montré que, dans les pays chauds, le choléra était bien plus grave que dans les contrées tempérées, et que la race nègre était bien plus apte à le contracter que la race blanche, car nous n'avons pour ainsi dire personne à regretter parmi ceux qui appartiennent à cette dernière.

» Enfin, chose curieuse, à présent que le choléra vient de cesser, presque toutes les fièvres intermittentes se compliquent à chaque accès d'accidents cholériques souvent fort graves; ce sont de véritables fièvres pernicieuses cholériques qui, rares chez nous, y sont à présent très-communes. »

— La REVUE DES MÉDECINS DES ARMÉES annonce que du 11 au 24 janvier 1854, la moitié des blessés turcs sur le Danube inférieur a été enlevée par le typhus, la pourriture d'hôpital et les érysipèles.

Il y a un grand nombre de médecins, ajoute ce journal, mais on manque de chirurgiens habiles. La plus grande partie de ceux qui étaient venus avec l'armée égyptienne ont été enlevés par les maladies des camps. On doit des louanges aux médecins égyptiens ou italiens, qui pendant les combats vont secourir les blessés sur le champ de bataille.

Les Turcs, de même que les Russes, ont beaucoup de médicaments et de moyens de pansements; mais des deux côtés les cantonnements sont mauvais. L'expérience condamne hautement les logements souterrains (*burdchi*) ou casemates, qui fournissent deux fois plus de malades que les tentes.

De grands hôpitaux temporaires ont été formés à Matschin, Hirsova, Silistria, Rutschuk et Widdin.

Les maladies épidémiques, en février, ont été la dyssenterie et la variole, qui sévissaient à la fois sur les deux armées.

— La mort de l'honorable M. Desalleurs laisse vacante, à l'Ecole secondaire de médecine de Rouen, la place de professeur de clinique médicale et celle de médecin en chef de l'Hôtel-Dieu.

— Les inspections médicales de l'armée vont bientôt commencer. La répartition des arrondissements a été faite de la manière suivante :

1er arrondissement, M. le docteur Alquié : les 1re (Paris), 2e (Rouen), 3e (Lille) et 4e (Châlons-sur-Marne) divisions militaires.

2e arrondissement, M. le docteur Baudens : les 5e (Metz), 6e (Strasbourg), 7e (Besançon), 8e (Lyon), 9e (Marseille) et 20e (Clermont-Ferrand) divisions militaires.

3e arrondissement, M. le docteur Maillot : les 10e (Montpellier), 11e (Perpignan), 12e (Toulouse), 13e (Bayonne) et 14e (Bordeaux) divisions militaires.

4e arrondissement, M. le docteur Bégin : les 15e (Nantes), 16e (Rennes), 18e (Tours), 19e (Bourges) et 21e (Limoges) divisions militaires.

5e arrondissement, M. le docteur Vaillant : l'Italie, la 17e division militaire (Corse), la division d'Alger.

6e arrondissement, M. le docteur Guyon : les divisions d'Oran et de Constantine.

7e arrondissement, M. le docteur Michel Lévy : l'armée d'Orient.

Des instructions développées régleront les détails de l'inspection médicale, et notamment ceux de la mission confiée à M. le docteur Michel Lévy.

— Dans le but de faciliter les progrès de la botanique, il vient d'être fondé à Paris, par les botanistes des diverses parties de l'Europe, une société qui prend le nom de Société botanique de France. La Société botanique de France, qui compte déjà 130 adhérents, s'est constituée le 23 avril, et a immédiatement nommé :

Président : M. A. Brongniart;
Vice-présidents : MM. Decaisne, Delessert, Gay et Moquin-Tandon;
Secrétaires : MM. Duchartre et de Schaunfeld;
Vice-secrétaires : MM. Cosson et Puel.
Trésorier : M. Caillette de l'Hervilliers;
Archiviste : M. de Bonis;
Membres du conseil : MM. le baron de Brimond, Bouchardat, Chatin, Germain (de Saint-Pierre), Graves, le comte Jaubert, Maille, Montagne, vicomte de Noé, à Passy, R. Tulasne et Weddell.

RECTIFICATION. — AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

L'observation d'amputation des deux jambes publiée dans votre numéro du 22 avril, et dont l'auteur a usurpé le titre d'interne, contient tant d'erreurs et omet des points si importants, que les internes de l'Hôtel-Dieu de Marseille se croient obligés, pour rétablir la vérité, de vous adresser cette rectification, en vous priant de l'insérer dans votre estimable journal.

La plus importante des omissions est relative à une consultation provoquée par le chirurgien en chef, qui fait valoir en faveur de l'opération les arguments suivants :

1° Le malade ne résistera pas à l'abondance de la suppuration nécessaire pour l'élimination complète des escarres.

2° En cas de guérison, les moignons seront irréguliers.

Des sept membres consultés, cinq se déclarent contre l'opération, objectant :

1° Que la constitution du malade est bonne, qu'il n'est pas épuisé, que des deux côtés l'élimination est déjà opérée en grande partie; des bourgeons charnus du plus bel aspect se montrent sur les limites de la mortification et paraissent devoir recouvrir les surfaces osseuses mises à nu dans l'articulation médio-tarsienne;

2° Qu'en abandonnant la guérison aux efforts de la nature, on évitera les accidents des amputations, et notamment la résorption purulente, à laquelle viennent de succomber plusieurs blessés du service;

3° Qu'en supposant que les bourgeons charnus soient impuissants à recouvrir les os, que les moignons soient irréguliers, il sera possible plus tard de régulariser les plaies.

Néanmoins le lendemain 21 janvier, et non le 26, l'opération est pratiquée. Après la section des parties molles, le tibia est scié complétement, puis le péroné. Le malade, à cause de sa faiblesse, n'a été éthérisé que pour la première amputation.

Il n'y a eu, il est vrai, que deux pansements dans les seize premiers jours, mais ils ont dû être renouvelés fréquemment ensuite, à cause de l'obstination du malade à les enlever.

Enfin, d'après l'observation publiée, l'opération aurait été pratiquée le 26 janvier, et la guérison aurait été achevée dès le 13 mars, c'est-à-dire au bout de quarante-cinq jours. Or, d'après les cahiers d'observation, l'opération a été faite le 21 janvier, et le 21 mars, la cicatrisation n'était point encore terminée.

Il nous semble qu'il est permis de conclure :

1° Qu'un succès arrivé malgré toutes les probabilités, au milieu de conditions épidémiques, contre les prévisions de la grande majorité des membres consultants, ne peut en rien servir d'exemple ni motiver la sage hardiesse de quelque chirurgien que ce soit;

2° Que la méthode des pansements rares connue et recommandée depuis longtemps par Larrey, M. Sédillot, etc., peut être une excellente pratique, mais que le fait présent dont l'auteur de l'article a voulu l'étayer lui serait défavorable, la cicatrisation n'ayant commencé que lorsque les pansements ont été répétés tous les jours.

L'importance de ces considérations et votre impartialité nous permettent de compter sur l'honneur de voir notre réclamation insérée dans vos colonnes.

Agréez, etc.

Les internes de l'Hôtel-Dieu de Marseille,
CH. LACHAUX, FOURNEL, BOURGUET, JOURDAN, DUCOS, A. LEBAS, AUBERT, BLANC.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE SANITAIRE.

DES INFLUENCES DIVERSES QUI AGISSENT ACTUELLEMENT SUR LA SANTÉ PUBLIQUE.

Le chiffre des maladies aiguës, qui a baissé d'une manière sensible depuis la dernière quinzaine, paraît indiquer une diminution des causes morbifiques qui agissent sur la mortalite. Les entrées aux hôpitaux, qui avaient atteint tout à coup un chiffre considérable et qui auraient bientôt encombré tous les établissements si la progression s'était soutenue, sont aujourd'hui descendues à peu près au chiffre normal. La proportion des différentes maladies, que nous signalions dans nos précédents articles, s'est maintenue à peu près la même ; on observe toujours des fièvres éruptives, des angines, des catarrhes bronchiques, des rhumatismes, quelques ictères. Quant aux localisations gastro-intestinales, elles sont moins nombreuses, moins intenses ; mais on en voit encore bon nombre, et ce fait est important à noter, à cause de la rétrocession apparente du choléra.

Cette affection, que nous avons qualifiée de maladie régnante, après avoir subi un retrait prononcé, est stationnaire à l'heure actuelle. On peut en juger par les chiffres suivants :

	Mai, les 4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Décès aux hôpitaux.	20	19	21	24	12	11	7	17	10	11	7	7	11	6	6
Décès à domicile	9	14	8	7	3	6	3	4	3	3	5	3	1	3	4
Cas déclarés à l'intérieur.	7	3	4	14	3	8	7	3	1	2	6	4	3	2	2
Cas admis dans les hôpitaux. . . .	17	11	19	10	12	14	9	10	7	4	3	5	6	6	6

Nous ne comprenons pas, dans cette indication, 12 décès cholériques signalés dans la banlieue du 1er au 17 mai. Du 1er au 6 mai, il y en a eu 2 à Saint-Cloud et 5 à la verrerie de Meudon. Le 10, on en a compté 2 à Auteuil et 1 à Boulogne; le 12, encore 1 à Boulogne. Le 13 mai, 1 à Pierrefitte. Il y a eu en outre, à Courbevoie, au moins sur les militaires qui y sont casernés, un mouvement cholérique de peu de durée.

Il n'y a besoin d'ajouter aucun commentaire à ces faits pour motiver notre réserve au sujet de l'issue de la maladie que nous avons parmi nous. On remarquera seulement combien les causes inhérentes à certaines localités peuvent entretenir le mal et peut-être servir à le propager. Nous voulons parler du foyer cholérique de la Charité, qui, depuis le début de la recrudescence jusqu'aujourd'hui, n'a pas cessé de fournir la majorité des cas déclarés à l'intérieur des hôpitaux. Sans doute, comme nous l'avons depuis longtemps constaté, cet hôpital se trouve au centre de l'arrondissement le plus frappé ; mais qui nous dira que ce foyer artificiel n'est point, par ses irradiations, une des causes de l'intensité de la maladie et de sa persistance dans le 10e arrondissement ?

Nous avons pensé à rechercher d'après les données qui nous sont connues et d'après le dernier recensement de la population de Paris en 1851 quelle était la proportion des décès cholériques par rapport à la population dans les divers arrondissements. Les résultats auxquels nous sommes ainsi arrivés sont assez intéressants pour que nous les citions. Nous avons trouvé que le dixième arrondissement, qui figure au cinquième rang pour le chiffre de la population, donne du 6 novembre au 7 mai 2,85 décès cholériques sur 1000 habitants. Le douzième arrondissement, qui vient en seconde ligne, en donne 2,39. Les premier et quatrième arrondissements qui sont les moins atteints ne donnent que 0,62 et 0,56 sur 1000 habitants ou environ 1 décès sur 2000 habitants.

Il ne faut voir dans cette répartition de la mortalité cholérique, en dehors de l'influence des foyers que nous avons signalés, autre chose qu'un phénomène accidentel. On serait mal venu d'arguer de ce qui se passe à l'heure actuelle par rapport à la distribution du choléra à ce qui a lieu aux époques et dans la durée des véritables épidémies. C'est ainsi que nous étendrons les remarques que nous faisions sur l'influence de la température, au rôle de l'agglomération de la population, de la déclivité des localites, de l'insalubrité des lieux et de toutes les causes qui agissent en temps d'épidémie sur l'élévation de la mortalité.

Nous en dirons autant des mouvements considérables du sol qui ont été effectués dans différentes parties de la capitale. On sait que ces travaux agissent généralement comme des sources d'émanations qui prédisposent à différentes maladies, entre autres au choléra. N'est-il pas à noter que ce soit le quatrième arrondissement qui a été le siége principal de ces travaux, et où la population est très-agglomérée, qui donne jusqu'aujourd'hui la mortalité cholérique la moins marquée ? Il faut mettre une grande réserve dans tout ce qui concerne l'interprétation d'une cause morbifique aussi puissante que les émanations du sol. Sans doute que cette cause est à l'heure qu'il est masquée dans son développement par des influences secondaires telles que la température. Nous dirons du reste, s'il y a lieu, les faits qui surgiront pour confirmer ce point de vue.

THOLOZAN.

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

IL A ÉTÉ ÉTABLI, AU MOMENT DE LA CRÉATION, DES LOIS QUI GOUVERNENT TOUS LES CORPS DE L'UNIVERS ; par J. B. G. BARBIER.

La matière est partout en mouvement dans le monde physique : partout se révèlent des forces qui la modifient sans fin. Ces forces, que l'on nomme physiques, chimiques, vitales, sont universelles, éternelles, sont la manifestation évidente d'une volonté souveraine toujours agis-

FEUILLETON.

FRAGMENTS DU JOURNAL D'UN CHIRURGIEN DE MARINE.

TROISIÈME FRAGMENT. SUMATRA.

Suite et fin.—(Voir le n° 48 de l'année 1853, et les nos 1, 9, 14, 16 et 19 de l'année 1854.)

Le village des éléphantiasiaques ; une purification forcée. — Le camphrier et les aromates médicinaux de Sumatra. — L'upas ; quelques expériences sur les poisons de l'île. — Des anthropophages.

. . . .

Après toutes ces fêtes officielles et vraiment orientales données par le sultan, et auxquelles il fallut assister par politesse, j'eus la possibilité de parcourir un peu les environs de la ville.

Dans une de nos chasses qui nous porta au delà d'un groupe de monticules rocheux fort difficiles à gravir, nous tombâmes sur un misérable village que nos guides nous montrèrent avec terreur, en nous invitant à nous éloigner au plus vite, avertissement inutile du reste, car deux ou trois habitants sortis des cabanes nous faisaient également signe de fuir. Ce mystère piqua notre curiosité, et nous apprîmes que nous avions devant nous une petite colonie d'éléphantiasiaques qui, chassés de leur famille à cause du préjugé de la contagion, s'étaient réunis pour soulager mutuellement leur misère. C'était une belle occasion pour étudier de beaux échantillons d'éléphantiasis des Arabes ; aussi poussâmes-nous sur ces cabanes, sans nous inquiéter des exhortations de nos guides et sans nous laisser émouvoir par les gestes des habitants, qui nous rappelèrent les ladres du moyen âge avertissant les passants de s'éloigner en faisant rouler leur crécelle. Les deux ou trois hommes qui étaient sortis ne présentaient pas d'hypertrophies plus monstrueuses que celles que nous avions rencontrées en Polynésie ; mais, dans une case était couché un malheureux à l'agonie dont il m'est impossible de dépeindre l'aspect. Était-ce bien une créature humaine ? Sa face ne présentait plus rien qui en rappelât les traits ; le scrotum et une jambe avaient pris un développement si monstrueux, à côté de l'autre membre resté presque sain et de dimensions normales, que l'imagination avait peine à déchiqueter dans cette masse informe et trilobée, quelque chose qui ressemblât à des formes humaines. Des ulcères parsemaient les membres de flaques de pourriture, des lambeaux détachés pendaient sanieux, et des nuées d'insectes et de mouches volti-

sante. Un pouvoir dont on sent l'action, sans en connaître l'origine, fait naître des idées de résistance : on se soumet au contraire sans hésitation au pouvoir dont la suprématie repose sur des titres patents, irrévocables. C'est cette pensée qui nous conduit à lier les forces vitales que l'on s'efforce de repousser des sciences physiologiques et pathologiques aux autres forces du monde physique, à les présenter toutes comme les produits de lois qui gouvernent l'univers.

Les lois dont nous voulons parler s'appliquent aux œuvres de la création. Elles embrassent tout ce qui existe. Ces lois primordiales maintiennent l'ordre que nous admirons dans l'univers. Elles expliquent la permanence, la stabilité, la régularité, des phénomènes que nous contemplons dans les espaces célestes et sur le globe terrestre. La Genèse ne devait pas noter ces lois; elles ne sont que la continuation de la volonté, de la toute-puissance du Créateur.

L'autorité de ces lois s'est toujours conservée la même. Elles ne perdent rien de leur vigueur; elles ne connaissent pas la désuétude. Si des cataclysmes ont bouleversé la surface du globe terrestre, c'est que l'empire de ces lois était momentanément suspendu ou troublé. Leur domination assure la durée du monde, le maintien de l'ordre qui y règne.

Ces lois révèlent une puissance absolue, infinie, indéfectible, immuable, dont l'évidence a frappé tous les esprits. Il suffit à l'homme, dit Bossuet, d'étendre sa vue sur tous les objets qui l'environnent, pour qu'il voie que tout est soumis à des lois certaines. Il n'est pas un ouvrage sur les sciences astronomiques, physiques, chimiques, physiologiques, médicales, philosophiques, où ces lois ne soient sérieusement signalées. Dans un grand nombre, leur empire se trouve clairement proclamé. Les uns les nomment les lois de la Providence, les autres les lois de la nature.

Que voyons-nous dans le monde physique? Des mouvements, des changements, des destructions, des créations. Si nous suivons tous ces actes, nous découvrons qu'ils ont un cours réglé, forcé, nécessaire, qu'ils suivent un ordre arrêté, invariable. Nous reconnaissons même dans leur apparition un dessein formé, une intention expresse, une prévoyance insigne. Toutes ces merveilles se succèdent, s'enchaînent, se reproduisent avec la plus complète ponctualité. L'harmonie éclatante qui règne dans l'univers atteste que le pouvoir créateur est devenu conservateur, que son action subsiste toujours, que c'est elle que nous nommons les lois du monde physique.

Trois grandes forces se manifestent dans l'univers : 1° la gravitation universelle; 2° les affinités moléculaires; 3° la biogénie. C'est l'exercice de ces forces, dont la domination est absolue, que nous convertissons en lois. Ainsi nous avons : 1° la loi de l'attraction qui régit le cours des astres dans les espaces célestes, et qui devient la loi de la pesanteur sur le globe terrestre; 2° la loi des affinités moléculaires qui gouverne les corps abiotiques ou minéraux, qui anime leurs molécules d'affinités dont l'application produit les combinaisons nouvelles, les décompositions, les créations que nous observons sans cesse dans l'atmosphère et dans les êtres terrestres; 3° nous y ajoutons la loi biogénique qui règle l'existence des plantes et des animaux, qui constitue leur force vitale, qui dirige le développement de leur corps, la forme qu'il prend, les combinaisons chimiques dont il se compose, qui préside à tous les actes dont la fin est la conservation des individus ou la perpétuation des espèces.

Tous les corps terrestres offriront donc à notre examen deux parties : la matière dont ils se composent, la force qui a donné à cette matière une forme, des qualités, qui l'ont rendue ce qu'elle est.

En adoptant le dogme de lois conservatrices de l'univers comme une vérité fondamentale, tous les corps créés se séparent aussitôt en trois ordres généraux. Les corps sidéraux se rattachent à la loi de la gravitation universelle. Soumis aussi à la loi de la pesanteur, les corps minéraux ou abiotiques reconnaissent l'autorité d'une deuxième loi, celle des affinités moléculaires, en vertu de laquelle ils existent. Les êtres organisés et vivants ne sont pas soustraits à la loi de la pesanteur, ni à celle des affinités moléculaires, mais une troisième loi domine en eux le pouvoir de ces deux autorités. Une force née de cette loi se manifeste dans chacun de ces êtres. Son exercice leur donne des facultés qui les distinguent de tous les autres corps terrestres, un mode d'existence qui n'appartient qu'à eux.

Les lois qui nous occupent ou les forces qui les représentent assignent à chaque science son sujet. Elles circonscrivent son domaine; elles lui donnent une doctrine; elles lui imposent une méthode. Ces lois forment dans chaque science comme un sanctuaire. Elles portent dans les observations, dans les expériences de l'homme, un fond mystérieux auquel aboutissent toujours, sans l'éclairer, ses méditations persévérantes, les efforts perpétuels qu'il fait pour étendre ses connaissances. Ces lois contiennent la raison de ce que nous appelons les secrets de la nature.

Considérée dans l'étude des sciences, une loi comprend deux choses : 1° la puissance suprême qui a porté la loi; 2° les créations, les transformations, tous les mouvements, tous les effets, qui procèdent de son application. Il a été donné à l'intelligence humaine de découvrir l'existence de ces lois qui éternisent le monde physique. Soumis comme les autres êtres à leur empire, l'homme doit accepter avec soumission leur suprématie, et se borner à constater, à juger les phénomènes de leur action. Si ces lois limitent ses prétentions, elles lui découvrent en même temps les sujets qui sollicitent son attention, qui ont déjà procuré à ses recherches, à ses tentatives, tant de succès inespérés, tant de découvertes admirables. Newton trouve la gravitation universelle : il ignore son essence, mais il saisit la règle à laquelle obéissent les corps célestes : il soumet leur marche au calcul. Les affinités moléculaires des substances minérales déterminent toutes les combinaisons, toutes les décompositions qui s'opèrent dans le monde abiotique. La raison de ces affinités échappe au chimiste; il ne peut saisir la cause qui met en mouvement les molécules de la matière, ni s'expliquer le motif de leurs élections; mais il suit ces mouvements; il sait les créations que le rapprochement des molécules de deux corps donnés produira; les décompositions que déterminera l'arrivée d'autres molécules. La gravitation devient le fondement de l'astronomie. La connaissance des affinités moléculaires constitue la science chimique, et l'on refuserait d'admettre la biogénie dans les sciences physiologiques et pathologiques, on méconnaîtrait l'existence de la force intime qui sépare les êtres organisés de tous les autres corps terrestres. Ces êtres forment dans la création un ordre bien distinct; mode de composition chimique, mode de naissance, développement, entretien du corps, reproduction, durée fixée,

---

geaient autour de cette hideuse proie. L'odeur était insupportable quoique la cabane en claire-voie donnât libre accès aux courants d'air. L'avouerai-je? ce spectacle était si repoussant, même pour un médecin habitué à bien des laideurs, que je ne restais pas deux minutes dans la cabane.

Ayant rejoint la troupe, je m'aperçus que je n'en étais pas quitte à si bon marché; je fus considéré comme un objet contaminé; les Rajangs s'éloignaient de moi quand je m'approchais d'eux, et Van-der-Wellen lui-même ne se souciait guère de mon voisinage; on m'avertit même que j'aurais une case à part le soir au retour, et que je ne pourrais ni manger avec les autres pendant deux jours, ni paraître chez le sultan, à moins que je ne me soumisse à des ablutions et à des fumigations aromatiques. La position était à la fois ennuyeuse et sotte. J'en sortis en me baignant dans le ruisseau, avec accompagnement de force lavages, devant nos gens qui, ne me croyant pas sur parole, voulurent en être témoins, puis enfin en me retournant dix ou douze fois, tout nu, à la flamme et aux vapeurs basamiques d'un petit brasier formé de branches que les Rajangs avaient été choisir dans le bois. Van-der-Wellen riait fort de ma mésaventure, et je finis par où j'aurais dû commencer de bonne grâce, par en rire moi-même.

A quelque distance de la malencontreuse ladrerie, nous trouvâmes quelques hommes occupés à abattre des camphriers. Le camphrier de Sumatra est une des plus belles essences des forêts de l'île; il atteint la hauteur et le diamètre de nos bois de charpente, et sa circonférence mesure jusqu'à 5 mètres. Les indigènes le percutent avec un bâton, et devinent, au son rendu par le tronc, s'il est bien chargé de camphre. Dans ce district, où cet arbre est commun, on se contente quelquefois d'abattre le camphrier, d'ouvrir le tronc et de recueillir la substance concrétée dans les aréoles de la moelle. Le produit obtenu par ce procédé d'extraction est beaucoup supérieur à celui qui provient de la distillation des différentes parties de l'arbre. Les fragments que nous vîmes sur place étaient d'un blanc opalin, brillant, transparent, d'une odeur vive, fragrante et pénétrante, d'une saveur piquante et fortement aromatique. Le camphre de Sumatra a toujours joui d'une célébrité méritée; les Arabes, du temps qu'ils florissaient, ont célébré ses vertus. Les Rajangs le nomment *jono*; mais les Malais l'appellent généralement *capour bourrous*. Il est plus estimé que le camphre du Japon, ce dernier d'une conservation moins facile, à cause de sa volatilité, étant d'ailleurs plus âcre et moins odorant. Les Chinois, qui usent beaucoup de ce produit, aiment mieux le demander à Sumatra, île éloignée, qu'à leurs voisins les Japonais, qui le livrent à meilleur marché, mais, comme nous l'avons dit, de qualité évidemment inférieure.

Sumatra produit une foule d'aromates utilisés par l'art culinaire ou employés en médecine. L'histoire naturelle de plusieurs de ces plantes ou de ces arbres n'est point encore parfaitement connue. En employant tous nos loisirs à cette étude, nous eussions probablement recueilli quelques documents propres à lever quelques points douteux; mais, nous l'avouons franchement, au milieu de tant de choses nouvelles et curieuses, nous nous sentons entraîné à donner un coup d'œil à chacune, et si nous avons quelques préférences, elles ne vont pas jusqu'au monopole. Aussi l'histoire naturelle

temporaire, etc. La plus simple observation des plantes et des animaux montre que ces êtres sont sous l'empire d'une loi qui vient s'ajouter dans l'univers à celle qui règle le cours des astres, à celle qui dirige les combinaisons de la matière minérale.

L'autorité de ces lois se manifeste dans les corps terrestres sous l'apparence de forces qu'appartiendraient à ces corps, qui seraient inhérentes à leur substance. Ainsi nous admettons, dans les êtres naturels, des forces physiques, des forces chimiques, des forces vitales. Les effets que nous rapportons à l'exercice de ces forces ne dépendent pas de l'action d'un principe, d'un fluide, d'un agent que ces êtres recéleraient. Ces forces apparentes ne sont que l'application des lois qui gouvernent l'univers, de l'attraction, de la pesanteur, des affinités moléculaires, de la biogénie.

L'intervention permanente des lois de la création devient évidente, quand on considère l'harmonie qu'elles maintiennent dans le monde physique, l'équilibre qu'elles établissent entre tous les êtres qui le constituent. Conçoit-on que le cours des astres reste toujours régulier, que leurs mouvements n'éprouvent pas de perturbations, s'ils ne sont pas conduits par l'autorité d'une loi. Comment les affinités moléculaires qui agitent la matière minérale, qui à chaque instant donnent lieu à des décompositions, à des combinaisons nouvelles, n'amènent-elles pas dans le globe terrestre des modifications graves qui changeraient son état, sa condition première, dans le fluide atmosphérique des mutations redoutables qui feraient varier les proportions d'oxygène et d'azote? Comprend-on, sans la domination d'une loi, la vie des êtres organisés, la conservation de la forme pour chaque espèce, les époques invariablement fixées de la naissance et de la mort des individus, la spontanéité, la régularité des mouvements de leurs organes, le retour périodique de certains actes, etc.? Comment arrive-t-il qu'avec le nombre surabondant de graines que fournit chaque plante, qu'avec la fécondité exubérante de la plupart des animaux, certaines espèces végétales ou animales ne deviennent pas prépondérantes, usurpatrices, qu'elles n'envahissent pas la surface du globe aux dépens des autres espèces? Quel pouvoir que celui qui tient, entre toutes les productions naturelles, une balance égale, que le cours des siècles ne fait pas varier!

L'homme n'a sur ces lois éternelles aucune puissance directe. Toutefois son intelligence le conduit à donner à ces lois une direction favorable à ses intérêts. La loi de la pesanteur le contrarie souvent, mais souvent aussi il sait en tirer un parti utile. Combien de produits nécessaires, indispensables dans les arts, il arrive à former, en conduisant sagement la loi des affinités moléculaires! C'est la loi biogénique qu'il est parvenu à diriger, quand par la culture des plantes il obtient des fleurs plus belles, plus élégantes, des fruits plus nombreux, plus gros, plus savoureux, quand il engraisse des animaux, qu'il les multiplie, qu'il crée des races, qu'il s'occupe de la fécondation artificielle des poissons, de ce qu'on nomme pisciculture, etc., etc.

Loi de l'attraction. — L'attraction régit le cours des astres. Elle dirige leurs mouvements avec une précision telle que l'astronome peut toujours assigner leur position dans les espaces célestes, prévoir longtemps d'avance les phénomènes qui naîtront de leur opposition.

La pesanteur est l'attraction considérée dans les corps terrestres. Il était nécessaire au maintien des œuvres de la création que la pesanteur fût couverte en une loi. Sans son secours, le monde serait à l'in stant bouleversé. La masse du globe, dans le double mouvement qu'il exécute, éprouverait une désunion, une séparation violente de toutes ses parties. C'est la loi de la pesanteur qui retient les mers dans leur lit. C'est cette loi qui entretient le cours des rivières, des fleuves, qui prévient les inondations. C'est elle aussi qui rappelle sur le sol l'eau de l'atmosphère, qui produit les pluies qui fertilisent nos champs.

C'est de la loi de la pesanteur que l'homme tient la faculté de bâtir des maisons, d'élever des édifices, de les rendre solides. L'architecture est fondée sur cette loi. C'est encore elle qui rend la navigation possible. Qu'il nous soit permis de citer ici le parti que Lavoisier, le premier, a su tirer de la loi de la pesanteur dans ses expériences chimiques. C'est la balance qui l'a conduit à ses brillantes découvertes (1).

Il existe un certain nombre d'agents qui ont été soustraits à la loi de la pesanteur. Ces agents sont doués d'une grande puissance; ils prennent part à tous les phénomènes du monde physique. Ceux de ces agents impondérables que nous connaissons sont l'électricité, le magnétisme, la lumière, le calorique. L'océan atmosphérique et le globe terrestre en recèlent probablement d'autres, qui jusqu'ici sont insaisissables, éludent toujours les poursuites, les investigations des physiciens.

Les fluides impondérables ont une liberté d'action que la pesanteur ne contrarie pas. Ils montrent une mobilité singulière : ils pénètrent tous les corps; leur subtilité frappe tous les esprits; ils apparaissent dans toutes les opérations qui s'accomplissent dans l'atmosphère et dans les êtres terrestres. Dirons-nous que la création de l'univers a commencé par un impondérable (2)?

Ces fluides ont sur les corps abiotiques une action excitatrice qui suscite bien des décompositions, bien des synthèses. Ils exercent sur les corps organisés des impressions encore mal appréciées, mais qui se bornent toujours à donner une direction nouvelle à la force vitale. Leur influence sur les organisations végétales et animales ne s'étend pas au delà d'une excitation.

Les fluides impondérables n'éprouvent-ils pas des changements d'état, n'acquièrent-ils pas une activité insolite, lorsque surviennent ces perturbations atmosphériques qui nous étonnent toujours, qui nous effrayent souvent: les tempêtes, les trombes, les orages, les grêles, etc.? Ce sont aussi des changements dans l'état de ces fluides qui amènent ces variations brusques de température que l'homme ressent si vivement. Tout à coup une portion de l'atmosphère se refroidit, ou bien la chaleur devient étouffante : nous éprouvons un sentiment de force, d'énergie, ou au contraire nous nous trouvons moins agiles, plus faibles.

Le photomètre, le thermomètre, l'électromètre, peuvent bien nous faire connaître la présence ou l'absence, l'abondance ou la pénurie des principes impondérables. Mais ces instruments ne nous éclairent pas sur l'activité plus grande que prennent parfois ces principes, sur l'extension qu'acquiert tout à coup leur pouvoir. Les organes de quelques

(1) Voyez à ce sujet les leçons si intéressantes de *philosophie chimique* de M. le professeur Dumas.

(2) C'est à deux fluides impondérables, la lumière et le calorique, que nous devons le retour des printemps. C'est l'abondance ou la diminution de ces fluides dans l'atmosphère qui produit la succession des saisons, qui cause les phénomènes propres à chacune d'elles.

---

n'a-t-elle que sa part dans notre observation.

Nous avons trouvé dans plusieurs cases, des paniers d'aromates tout prêts à être encaissés pour l'exportation, entre autres la variété de cardamome appelée en droguerie *petit cardamome*. C'est la plus estimée; les graines sont plus vivement aromatiques que celles du *grand cardamome*. Le gingembre, le poivre commun, le poivre de Cayenne, le *cassia lignea*, le benjoin, sont d'autres produits que la matière médicale demande à l'archipel malais, et que Sumatra fournit en abondance et de qualité supérieure.

La médecine est fort peu avancée à Sumatra; elle se réduit à la connaissance des simples, à leur application sous forme de cataplasmes, à leur emploi en infusions ou décoctions. Cet art ne nous a pas semblé exercé par une classe à part : est médecin qui veut; c'est l'âge d'or des bonnes femmes. Le sultan avait pourtant un dignitaire de sa cour qui veillait spécialement sur sa santé, et qui s'était acquis une certaine réputation dans l'art de guérir. J'utilisai mon court séjour pour lui demander quelques expériences sur les poisons de l'île, dont il me vantait avec jactance l'action aussi terrible que rapide.

L'upas vient très-bien à Sumatra, quoiqu'il y soit peut-être moins commun qu'à Java · l'upas qui, avant la récente découverte du curare, passait pour un poison supérieur à tout ce que l'imagination de Locuste eût pu rêver; l'upas, arbre de mort qui croissait dans le désert, disait-on, et dont les exhalaisons, comme jadis celles de l'Averne, donnaient immédiatement la mort aux oiseaux qui passaient sur sa cime; l'upas, dont l'ombre était mortelle, comme celle du mancenilier, pour celui qui s'endormait sous cet abri trompeur; l'upas, dont le suc était recueilli par les criminels condamnés au dernier supplice, entreprise dans laquelle ils succombaient presque toujours; l'upas, dont la fantastique renommée a disparu aujourd'hui pour faire place à la vérité, mais qui n'en reste pas moins un des poisons les plus actifs que nous connaissions.

Les Malais donnent le nom de *pohon upas* (arbre à poison) à plusieurs végétaux, entre autres à l'antiar, *arbor toxicaria* de Rumphius, *antiaris toxicaria* de Leschenault, et au *strychnos tieuté* de ce dernier naturaliste. Le premier est un fort bel arbre, dont le tronc, vertical comme celui des pins et des peupliers, s'élève quelquefois à 20 ou 25 mètres de hauteur, et dont les larges branches projettent leur ombre sur tout le voisinage; le second est une sorte de liane qui s'enroule autour des arbres, et se plait dans les endroits frais et abrités. Le suc mortel de ces deux végétaux se recueille par incision, et les Malais s'en servent pour empoisonner leurs criss (poignards), et surtout leurs flèches.

Ces flèches, en grêle roseau ou en bambou, sont très-légères, et se lancent avec une sarbacane. Karbang, le médecin du sultan, en apporta un petit faisceau, dont les pointes, en fer ou en os, avaient été récemment trempées dans un mélange dont l'upas fait les principaux frais. Il eut la politesse de me donner la première pièce à décocher; mais j'eus la maladresse de manquer un coq qui se pavanait au soleil, et la pointe de la flèche alla se ficher dans le sable, qui essuya en partie son poison. Je laissai donc la sarbacane à Karbang,

plantes, ceux de certains animaux se montrent éminemment sensibles à l'impression des fluides impondérables. Nous y trouverions des instruments vivants qu'il serait avantageux de savoir consulter.

Les fluides impondérables sont sans doute soumis à des lois. Ces lois connues nous éclaireraient sur un grand nombre de phénomènes qui se passent dans le monde physique et que nous ne comprenons pas.

(La fin au prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE THERMALE.

DE L'EAU IODURÉE DE SAXON EN VALAIS; par le docteur J. DE LA HARPE, médecin en chef de l'hôpital de Lausanne, membre adjoint du conseil de santé du canton de Vaud, etc.

Aujourd'hui que l'iode et ses combinaisons jouent en thérapeutique un rôle immense et mérité, tout ce qui peut étendre ce rôle et faciliter l'emploi de ce médicament doit exciter à un haut degré l'attention du praticien. Sous ce rapport, les eaux thermales de Saxon en Valais (Suisse) offrent un intérêt qu'aucune autre source thermale iodurée ne peut revendiquer. Tous les hommes capables d'avoir une opinion sur ce sujet ne sont pas, il est vrai, de ce dernier avis. Plusieurs doutent encore de l'existence de l'iode dans ces eaux; d'autres la nient absolument. J'ai porté moi-même sur Saxon et sur la spécificité de son eau (comme s'exprime l'un de ses panégyristes) un jugement tout pareil; il a fallu toute l'évidence des faits pour me convaincre que j'étais dans l'erreur. Ce sont aussi ces faits que je désire faire connaître à mes confrères, afin de réparer les injustices dont un établissement précieux a été la victime.

Saxon est un petit hameau du Bas-Valais, situé dans la grande vallée du Rhône, au bord de ce fleuve, entre Martigny et Sion, à deux lieues environ de la première de ces villes et à quatre lieues de la seconde. Tout à côté de Saxon, au pied des Alpes élevées, qui limitent la vallée au midi, existe une source chaude, connue de temps immémorial dans la localité pour ses vertus médicinales. Ici, comme partout, des récits de guérisons miraculeuses, opérées sur gens ou bêtes, établissaient les vertus de la nymphe. Le docteur Claivaz, fixé à Montigny, avait ouï parler de cette eau; ne sachant trop ce qu'elle pouvait contenir, il lui suffit de constater une température de 25° centigr. pour tenter l'exploitation. Une chaudière, suspendue entre trois pierres, un hangar recouvrant quelques baignoires informes, suffirent à l'essai. Le petit nombre de résultats obtenus furent de nature à l'encourager. En les comparant aux effets de l'eau sur la santé de la population qui en faisait sa boisson habituelle, il dut reconnaître une action remarquable sur le système lymphatique. Les ophthalmies, les ulcères, les goîtres, les engorgements atoniques, disparaissaient avec une remarquable facilité. Point de goîtreux, d'enfants cacochymes ni d'individus leucophlegmatiques chez ceux qui buvaient journellement cette eau, tandis qu'un hameau voisin, s'abreuvant aux eaux descendues de la montagne, comptait un bon nombre de ces derniers. Les influences locales ambiantes, semblables pour les deux hameaux, ne pouvaient point expliquer le fait; leur action était de part et d'autre des plus défavorables.

Dès lors le docteur Claivaz n'hésita plus un instant à mettre la main à l'œuvre. En 1840, les dispositions furent prises pour élever un établissement complet de bains, et en 1842, une brochure de vingt-sept pages appelait sur Saxon l'attention du public (1). Cet opuscule rapporte vingt-deux observations plus ou moins significatives, par lesquelles l'auteur cherche à établir la *spécialité* éminemment antiscrofuleuse de ses eaux. Le chapitre des propriétés physiques et chimiques n'est pas la partie brillante de l'ouvrage. M. Claivaz flaire une odeur d'acide hydrosulfurique là où il n'existe pas trace de ce gaz. Un pharmacien du voisinage fournit un spécimen d'analyse qui rappelle à plus d'un égard celle de Louesche.

En 1844, le propriétaire engagea M. P. Morin à faire une analyse des eaux de sa source. Les résultats de cette analyse furent publiés par la BIBLIOTHÈQUE UNIVERSELLE DE GENÈVE (t. LI, p. 139). Pour la première fois les caractères physiques de l'eau étaient bien établis: « Elle est limpide, inodore, presque insipide, dit le chimiste de Genève. Sa température est de 25°,30 centigr.; sa pesanteur spécifique, à la température de 12° centigr., est celle de l'eau distillée. La chaudière qui sert à la chauffer répand une odeur analogue à la vase des marais, que l'expérimentateur attribue à la matière organique qu'il trouve dissoute dans l'eau en proportion notable. L'analyse lui donne les résultats suivants pour 1,000 parties d'eau :

Bicarbonate de potasse.	0,033
— de magnésie.	0,031
Sulfate de magnésie.	0,339
— de chaux.	0,044
— de soude.	0,016
Chlorure de sodium.	0,008
Silicate d'alumine.	0,005
Phosphate de chaux.	traces.
Nitrate de chaux.	id.
Oxyde de fer.	id.
Glairine.	quantité indéterminée.

L'auteur de l'analyse attribue au charbon de la glairine la perte de 0,004 trouvée dans l'analyse, ce qui indiquerait une forte proportion de cette substance organique. Il conclut que l'eau de Saxon est une eau saline contenant environ un demi-gramme de sels par litre, et tenant en dissolution une substance organique. Il eût pu dire avec autant de raison que la plupart des eaux potables sorties de nos bois renferment un peu moins de sels alcalins et un peu plus de sels calcaires. Il ne restait en effet à Saxon, après cette analyse, que sa modeste chaleur; car décidément il ne pouvait offrir aux baigneurs les ressources inépuisables des sites riants et des charmes de la contrée.

Le docteur Claivaz, en possession de cette analyse, s'empressa d'en faire connaître les résultats aux baigneurs et aux médecins; mais sa surprise fut grande lorsqu'il vit que la science chimique mettait les malades en fuite. D'année en année leur nombre diminua; bientôt il se vit forcé de quitter Saxon et de l'affermer du mieux qu'il put. Après

(1) NOTICE SUR LES EAUX MINÉRALES DE SAXON; par M. Claivaz. Lyon, 1842.

---

qui envoya un de ses gens effrayer un groupe de volailles. Les volatiles s'agitèrent, poussèrent des cris bruyants, et quelques-uns, essayant leurs ailes insuffisantes, s'élevèrent un peu en l'air; ce fut sur l'un d'eux que Karbang décocha sa flèche, qui entra vers le croupion, endroit où les plumes sont fines et peu épaisses. L'animal tomba par terre, se débattit, agita convulsivement ses ailes étendues, roidit son cou, ouvrit et referma alternativement le bec; puis quelques spasmes plus violents parcoururent ses membres, et la mort arriva dans l'espace d'un quart d'heure.

Un singe, perché sur une cloison en bambou, nous regardait faire en agitant sa mâchoire; Karbang me fit signe qu'il allait lui décocher une flèche; mais l'agile et intelligent animal comprit sans doute le geste, car il disparut soudain derrière la palissade. Karbang ne se tint point pour battu; nous tournâmes l'obstacle, et le singe fut rédnit, pour sortir de l'enclos, à grimper contre une cloison élevée, ascension qui mit Karbang à même de lui inoculer l'upas à pen près dans le même endroit qu'à la poule. L'animal poussa un cri déchirant, se laissa choir en s'accrochant néanmoins aux bambous, de manière à amortir sa chute, et courut sur nous en traînant sa flèche comme une seconde queue; mais il s'arrêta court dès qu'un bâton fut levé sur lui, et voulut se mettre sur son derrière. Malheureusement la flèche était fichée dans cette partie; le mouvement redoubla la douleur, et le pauvre animal se roula par terre. Bientôt le sardonique mouvement de lèvres familier aux singes se changea en trismus, et les membres commencèrent à se roidir. Après quelques secousses convulsives, la roideur devint générale, et le corps se courba comme dans l'opisthotonos; la respiration était pénible et embarrassée, les yeux injectés, l'asphyxie imminente. Cette roideur ne dura que deux minutes environ; une sorte de détente eut lieu, et l'animal essaya de se relever, pour retomber presque aussitôt. Saisi de nouveau de convulsions, il éprouva une seconde relâche, suivie d'une recrudescence plus courte. Il succomba à la quatrième réapparition des symptômes convulsifs, qui avaient été séparés par des intervalles de moins en moins prolongés.

Ce fut le tour d'un buffle; Karbang ne ménageait point la matière de l'expérimentation. Un indigène tira un criss d'une gaîne suspendue à sa ceinture. C'était une lame ondulée, portant deux crochets en demi-lune recourbés vers le manche et rendant ainsi l'extraction de l'instrument impossible sans déchirer les chairs. Le buffle fut lâché dans la cour et nous nous tînmes sur la galerie en claire-voie de premier étage. Un Malais s'approcha de cet animal, qui est réduit à Sumatra à un état de docilité presque pareil à celui de notre bœuf domestique, lui enfonça le criss dans le poitrail et tenta de le retirer par un mouvement brusque; mais les saillies en crochet le contrarièrent dans son projet, de sorte qu'il fut bousculé par l'animal qui, le fer dans le sein, se précipita vers la porte close, enfonça la cloison de bambou et de roseaux, s'embarrassa dans les débris et tomba à son tour. Il se releva bientôt et se mit à courir par les rues en renversant quelques personnes qui se trouvaient sur son passage. Nous croyons l'expérience manquée et nous nous en consolions en nous dirigeant vers le portique découvert où la musique du sultan jouait déjà, quand nous apprîmes que l'animal s'était abattu après moins d'une

quelques années de vaine attente, il quitta son établissement, qui passa entre les mains de deux étrangers. C'était en 1851.

Un nouveau médecin, le docteur Pignant (de Dijon), se rendit à Saxon; il n'y fut pas longtemps sans reconnaître les effets remarquables de l'eau sur les scrofules, même invétérés. Comparant cette action avec la composition assignée à l'eau par M. P. Morin, il ne sut l'expliquer qu'en soupçonnant la présence de l'iode. Un baigneur, instruit dans les sciences naturelles, le docteur Césati, fit sur ces entrefaites une cure à Saxon. M. Pignant lui fit part de ses soupçons, et l'un et l'autre se mirent à la recherche de l'iode; bientôt ils estimèrent l'avoir découvert. L'un des propriétaires de la source, M. Ossent, versé dans les sciences physiques, fut très-peu convaincu, et soumit l'eau aux recherches de M. Brauns, pharmacien à Sinn et chimiste habile; celui-ci trouva bien l'iode dans l'eau fournie par ces messieurs, mais n'en trouva point dans celle qu'il puisait lui-même. On soupçonnait une supercherie; mais les premiers observateurs se défendaient d'un pareil soupçon. On poursuivit donc les essais, et enfin on se convainquit que l'iode existait réellement dans la source, mais que sa présence n'y était ni constante ni chaque fois la même.

Tandis que ces débats s'agitaient, l'époque des séances annuelles de la Société helvétique des sciences naturelles approchait, et la réunion devait avoir lieu à Sion. En vue de cette circonstance, ces messieurs poursuivirent activement leurs recherches, séparèrent une bonne quantité d'iode et préparèrent un mémoire sur cette découverte. Le résultat de leurs travaux fut soumis à la Société. La vue d'une masse d'iode contenu dans un flacon, loin d'entraîner la conviction des assistants, excita une surprise voisine de l'incrédulité. Je fus des premiers à sourire. Le mémoire fut accueilli avec défiance; les doutes se multiplièrent à mesure que les auteurs soutenaient leur thèse. Ils firent place à la plaisanterie lorsque M. Césati, exposant ses théories sur l'origine de l'iode, parla de *cyanures* soupçonnés dans l'eau, des *calcaires hippuritiques* de la contrée, et, dit-on, même d'acide *hippuritique*

Le premier moment d'hilarité passé, quelques-uns des assistants, réfléchissant au contenu de la communication, crurent que la présence de l'iode n'était pas aussi hypothétique qu'on le supposait, et résolurent de se transporter sur les lieux. Parmi eux se trouvaient MM. Rivier et de Fellenberg, tous deux chimistes habiles, qui allèrent eux-mêmes puiser à la source. Les bouteilles, qu'ils examinèrent à loisir dans leur laboratoire, se trouvaient renfermer de 72 à 90 milligr. d'iode par litre.

Comment expliquer ces faits en présence de l'analyse de M. Morin? Supposer une supercherie était inadmissible avec une source qui verse 270 litres d'eau par minute. MM. Rivier et de Fellenberg pensèrent qu'ils devaient laisser le soin de faire un nouvel examen au chimiste qui avait fait la première analyse, et se bornèrent à attirer sur ce point l'attention des experts, en faisant insérer un court article sur la découverte de l'iode à Saxon, dans la BIBLIOTHÈQUE UNIVERSELLE de septembre 1852 (*Bulletin scientifique*, p. 59). M. Morin commença aussitôt une deuxième analyse. Au mois de janvier 1853, le même journal nous faisait connaître ses conclusions. Il établit qu'à certaines époques l'eau renfermait de l'iode, et que dans d'autres moments elle n'en contenait pas; que, dans le premier cas, la dose varie de 0,030 à 0,150 grammes par litre; qu'elle ne renferme pas de brome en quantité appréciable, et qu'enfin le poids des principes dissous s'est accru depuis la première analyse. Sans nier absolument la présence normale de l'iode dans l'eau de Saxon, il laisse entrevoir clairement l'idée d'une supercherie. Quant aux vertus médicinales, il conclut qu'elle doit rester dans la modeste place que l'analyse de 1844 lui avait assignée. Le travail de M. Morin se termine par l'analyse de la roche de nature métamorphique (cargneule) d'où jaillit la source; il n'y trouve pas d'autres éléments que ceux des roches dolomitisées.

Tandis que M. Morin s'occupait de sa deuxième analyse, M. Brauns, d'un côté, et MM. Rivier et Fellenberg de l'autre, convaincus de l'exactitude de leurs allégués, firent séparément de nouveaux essais sur les lieux, en prenant toutes les précautions nécessaires. Ces deux derniers messieurs séjournèrent à Saxon, tinrent pendant trois jours la source sous clef et firent de fréquents essais. Les résultats furent identiques de part et d'autre, mais non pas avec ceux du chimiste de Genève. Ils arrivèrent aux conclusions suivantes:

1° La présence de l'iode ne saurait être mise en doute; mais la quantité de cette substance varie considérablement d'un moment à l'autre et souvent brusquement; elle peut s'élever à 0,030, 0,040 gramm. par litre. Ces variations parurent liées à des bouffées d'eau plus chaude et de gaz. On leur affirma en outre que lorsque la source est basse, l'iode était plus abondant. Neuf dosages d'iode, faits dans les instants où il apparaissait en plus grande abondance, donnèrent pour 100 grammes d'eau de 0,01751 à 0,09813 gramm. (1). L'eau était prise, au moyen d'une pompe, à sa sortie de la fente du rocher (2).

2° La roche elle-même sur laquelle repose le bâtiment des bains renferme une grande quantité d'iode. Ce fait inattendu avait été annoncé par M. Brauns. L'existence d'une roche iodurée, ou, en d'autres termes, d'iodures sous forme de minéral, était une chose assez nouvelle et extraordinaire pour attirer toute l'attention des experts. L'iode y fut découvert, et en abondance, sous la forme de détritus friable, d'un jaune plus ou moins rougeâtre, répandant une odeur prononcée d'iode; on le trouvait partout où la roche n'avait pas été exposée à l'action de l'air et des eaux. Les fragments de cette roche que j'ai vus répandent une très-forte odeur d'iode sitôt qu'on les chauffe un peu. Le papier qui les enveloppe pendant quelques jours se tache de rose et de violet. Du reste, l'analyse chimique fournissait une preuve irréfragable de la présence de ce principe. 1,000 gramme de partie tendre et friable de la roche donnèrent 1,674 grammes d'iode à M. Brauns et 1,500 à M. Rivier, c'est-à-dire quinze à vingt fois plus d'iode que l'eau de la source lorsqu'elle est le plus chargée. J'insiste sur ce point, parce que la présence de l'iode dans la roche et en pareille quantité ne laisse plus aucun doute sur son existence et son abondance dans l'eau chaude qui en jaillit. Les intermittences observées dans la présence de l'iode dépendent de l'intermittence elle-même des jets d'eau chaude qui lavent le rocher, et celles-ci résultent sans doute du dégagement irrégulier des gaz qui, en s'échappant par bouffées, poussent devant eux

(1) M. Brauns a obtenu jusqu'à 0,1600 gramm. d'iode par litre.

(2) BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ VAUDOISE DES SCIENCES NATURELLES, année 1853, n° 28.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES NATURELLES DE BERNE.

---

quart d'heure de course éperdue, à peu de distance de nous. Nous fûmes bientôt rendus près de l'animal tombé, mais dangereux encore, car, à notre approche, il se leva et voulut se jeter sur nous les cornes en avant; il retomba presque aussitôt et demeura quelques minutes sur la défensive, accroupi sur les genoux; mais sa force l'abandonna bientôt et il fut pris de roideur et de convulsions. Nous ne voulûmes pas assister à toutes les phases de son agonie; les symptômes étaient les mêmes que ceux qu'avait présentés le singe. Il mourut deux heures et dix minutes après sa blessure.

Les symptômes présentés par la poule, le singe et le buffle nous semblent indiquer assez clairement que le principe actif de l'upas est la strychnine, mais nous ne saurions dire si elle existe dans le suc des deux upas ou seulement dans celui d'un seul de ces dangereux végétaux.

Le lendemain on enterra un enfant que le buffle avait tué dans sa fuite à travers la ville. Comme Karbang avait cru devoir envoyer quelques présents à la famille privée de l'un des siens, par notre faute, bien involontaire il est vrai, j'accompagnai l'émissaire chez ces pauvres gens. Le cadavre avait été étendu sur une planche et complétement frotté de glu. Je m'informai de la cause de cet usage, et j'appris que c'est une sorte d'embaumement destiné à retarder la putréfaction. Le corps est ensuite porté au cimetière et jeté dans une fosse profonde de deux pieds à peine. Les femmes suivent le convoi en poussant des cris plaintifs, et les pleurs ne cessent que lorsque la terre a recouvert le cadavre. On se contente ordinairement de ficher quelques banderolles autour de la tombe, et de planter un arbrisseau funèbre en signe de deuil.

Les Sumatriens croient à la métempsycose, et, chose étrange, ils pensent que les âmes humaines choisissent pour demeure le corps des tigres. Certes alors les Sumatriens ont grandement tort de professer un culte si sacré pour leurs ancêtres, car ceux-ci dévorent impitoyablement ceux de leurs descendants qu'ils rencontrent par la plaine et par la montagne. Comme conséquence fatale de cette superstition, on respecte les tigres, dont la race méchante s'accroît ainsi au lieu de diminuer; ce n'est guère qu'à son corps défendant qu'on fait quelques battues ou qu'on leur tend des piéges, lorsque leur hardiesse, accrue par l'impunité, les amène trop près des villages. Les Sumatriens croient qu'il existe au pays où les tigres ont un royaume, des villes, un gouvernement, une cour et des institutions.

Malheureusement les tigres ne sont pas les seuls êtres qui se repaissent de chair humaine à Sumatra; l'anthropophagie est monnaie courante dans la nation des Battas, sur les limites du royaume d'Achem. C'est peut-être le seul peuple où cette abominable coutume existe avec une civilisation avancée. Les Battas, qui ont une langue bien formée, une littérature riche en œuvres d'imagination, une religion complète, un code pénal, des institutions gouvernementales, les Battas sont anthropophages. Des explorateurs dignes de foi, dit-on, attestent que, chez ce peuple doux, hospitalier, laborieux et honnête, l'anthropophagie n'est due qu'au respect pour les coutumes établies par ses ancêtres. Ils prétendent que l'on ne mange que les individus rentrant dans les cinq catégories suivantes: les adultères, les voleurs de nuit, les prisonniers de guerre, ceux qui contractent une union matrimoniale dans la même tribu, ceux enfin qui

des eaux fortement chargées d'iode et les mêlent au courant continu.

M. Brauns, dans une brochure publiée à Sion, nous donne deux analyses de l'eau de Saxon, la sienne propre et celle du docteur Heidepriem, à Berlin (1). Elles ne diffèrent entre elles que par la quantité d'iodure de magnésium et de sodium qu'elles annoncent, mais donnent des chiffres assez différents de ceux de M. Morin, pour les autres sels.

Voici, du reste, les trois analyses que M. P. Morin a publiées dans le cahier de mai 1853, de la BIBLIOTHÈQUE UNIVERSELLE DE GENÈVE; la question de l'origine de l'iode dans la roche étant du ressort de la géologie, je ne l'aborderai pas ici.

Sur 1,000 parties d'eau, on trouve :

	Morin.	Heidepriem.	Brauns.	
	2e analyse.		1re anal.	2e anal.
Acide carbonique. . . .	0,1480	0,242	0,2533	0,2418
Chlore.	0,0098	0,011	0,0327	0,0114
Iode	0	0,148	0,0015	0,0658
Acide sulfurique	0,1600	0,175	0,1639	0,1655
— nitrique.	traces	0	0	0
— phosphorique . .	id.	0	0	0
Silice et alumine	0,0125	—	0,095	—
Magnésie	0,0631	0,064	0,0534	0,0641
Chaux	0,1535	0,149	0,1484	0,1495
Soude	0,0133	0,085	0,0344	0,0515
Potasse	0,0179	0,024	traces	0,0173
Oxyde de fer	0,0005	—	id.	traces
Glairine	0,0880	0	0	0

En rapprochant les résultats de ces quatre analyses, nous arrivons aux conclusions suivantes, les seules qui intéressent le médecin :

1° La quantité de l'iode est extrêmement variable dans l'eau; tantôt elle n'en renferme pas ou presque pas; tantôt elle en contient beaucoup.

2° Les chlorures sont en trop faible proportion pour entrer en ligne de compte en thérapeutique, puisqu'une eau aussi fortement iodée ne peut être prise en grande abondance à l'intérieur. Cette proportion paraît être variable.

3° Les sulfates et les carbonates existent en quantités indifférentes au praticien; la plupart de nos eaux potables en renferment davantage.

4° La chaux et la magnésie se distribuent, d'une part, à l'acide sulfurique, dont la proportion seule paraît ne pas varier; d'autre part, à l'acide carbonique, dont la quantité serait plus variable, au dire de MM. Rivier et Fellenberg.

5° La soude et la potasse, et probablement aussi la magnésie, varient dans les mêmes proportions que l'iode, indiquant ainsi leur combinaison avec lui.

6° En définitive, l'eau de Saxon est une eau plus ou moins iodurée dans certains moments, chez laquelle les autres principes existent en quantité indifférente.

(1) UEBER DIE EXISTENZ, etc.... SUR L'EXISTENCE DE L'IODE DANS LES EAUX MINÉRALES DE SAXON. Sion, 1853.

Ces conclusions demandent quelques développements.

Les variations que subit la source sont sans contredit très-fâcheuses pour son emploi thérapeutique. Les entrepreneurs actuels sont parvenus à y parer en partie avec la précaution de ne mettre l'eau en bouteille qu'après l'avoir éprouvée par l'amidon. M. Rivier a démontré que ce mode d'essai est suffisant pour quelqu'un qui a l'habitude de le pratiquer. Une teinte rose dans le précipité formé correspond à 0,008 gramme par litre, une lilas à 0,020, une bleu lilas à 0,030, et une bleue à 0,040. Rien n'empêcherait d'établir à la source même, d'après cette échelle, des catégories d'eau iodurée qui répondraient à toutes les exigences de la thérapeutique. Désapprouver l'emploi de cette eau pour le seul motif de l'incertitude sur son contenu d'iode serait une ridiculité. Le nombre des eaux minérales dont la composition varie est plus considérable qu'on ne l'imagine. On n'en tient pas compte par la raison qu'on l'ignore, lorsque la saveur ne trahit pas les variations. Lorsqu'on rencontre des indications chimiques divergentes, au lieu d'admettre des variations dans l'eau analysée, on en appelle à l'autorité; et sur la confiance que l'on accorde à tel ou tel chimiste, on donne la préférence à certains chiffres plutôt qu'à d'autres. Si les eaux de source peuvent varier dans leur composition, non-seulement suivant les saisons et les circonstances atmosphériques, mais encore en vertu de causes accidentelles géologiques et cosmiques difficilement appréciables, à combien plus forte raison aura-t-on d'énormes variations dans les eaux minérales qui suintent du sol ou de quelque roche, telles que les eaux de Willdegg, de Pulna, de Seidschütz, qui cependant sont journellement employées en médecine.

Il est d'ailleurs à peu près certain que l'eau de Saxon pourra être ramenée à une composition plus uniforme, par suite des travaux entrepris dans le but d'isoler le courant d'eau thermale de celui des eaux froides ou d'autres sources adjacentes. Si l'eau venait à diminuer par ce moyen, il en resterait toujours assez pour l'exploitation. En puisant l'eau destinée à l'exportation dans les instants où la source est basse, durant les gelées ou vers la fin de l'été, on obtiendra des eaux fortement iodurées, ainsi que j'ai pu m'en convaincre.

J'ai fait venir l'hiver dernier, à l'époque de la gelée, une caisse de bouteilles dont l'eau avait une odeur d'iode très-prononcée. toute pareille à celle qu'exhalent les plantes marines amoncelées sur le rivage de la mer. Ne serait-ce rien que cette odeur de marais qui, dès les premiers travaux chimiques, a toujours fait dire à M. Morin que l'eau de Saxon renfermait une substance organique qu'aucun expert, après lui, n'a su découvrir? Ce ne serait plus alors une odeur de marais, mais bien de marée.

Le dissentiment des chimistes sur cette glairine est d'autant plus surprenant qu'elle doit y exister en abondance, d'après les chiffres de M. Morin, et que, fût-elle peu abondante, sa présence se trahit à première vue par les flocons gélatineux qui nagent dans l'eau ou qui s'attachent aux parois des réservoirs et des conduits. Rien de semblable n'a été observé à Saxon. J'insiste sur ce fait, soit parce que plusieurs médecins ont attribué à ce principe organique une action médicinale marquée qu'ils ont cherché à imiter par les bains gélatinés, soit parce que certains chimistes ont recouru à la glairine, comme d'autres au magnétisme animal, pour expliquer des phénomènes embarrassants.

Lorsque l'eau de Saxon renferme son maximum d'iode, elle constitue

attaquent traîtreusement une habitation ou une personne. Ce serait assurément une chose étrange que cette réglementation de l'anthropophagie, réduite au rôle de potence, de guillotine, de supplice légal enfin! Mais si, d'une part, sir Stamford Raffles prétend qu'il n'y a pas d'exemple d'anthropophagie hors de ces cas réguliers, M. Anderson affirme que la passion peut quelquefois faire enfreindre ces lois. C'est ainsi que le rajah de Tanah-Jawa avait pris en insurmontable dégoût toute chair qui n'était point humaine, et que, selon M. Anderson, dans les cas où les victimes légales manquaient à sa table, il envoyait une bande de satellites *chasser l'homme* par la campagne. Les pourvoyeurs revenaient avec du *gibier frais* et le Rajah pouvait enfin dîner. Sir Stamford Raffles nous paraît sujet à caution. Ainsi le voyageur anglais prétend qu'on réservait les horribles repas pour le temps des citrons, parce que la sauce au jus de citron, rehaussée par du poivre et du sel, est le complément nécessaire d'un bon repas de chair humaine. Nous laissons donc à sa charge la responsabilité du récit suivant, que nous lui empruntons : Il y a peu d'années, un homme accusé d'avoir séduit la femme de son voisin fut légalement condamné à être mangé; c'était aux environs de Trappanouly. Le résident anglais, convié à la fête, ne la trouva point de son goût, mais son chancelier et un officier y assistèrent. La foule se pressait autour du criminel attaché à un arbre. Le grand juge s'avança, accompagné du mari outragé qui portait dans un plat la fameuse remoulade au jus de citron poivré et salé, sauce appelée samboul par les Battas. Le juge interpella le plaignant sur le morceau qu'il choisissait: l'oreille droite, répondit-il, et l'oreille droite, détachée de la tête, fut remise au mari, qui la sauça et l'avala crue. Vint le tour des convives : chacun se précipita sur le condamné et tailla le morceau à sa guise. Après un dépeçage déjà fort avancé, un assistant plongea un poignard dans le cœur du condamné, par pur égard pour les étrangers, car il est d'usage de laisser la vie partir avec chaque morceau détaché du corps.

Jadis la coutume voulait qu'on mangeât les vieillards. A la saison des citrons, la victime se suspendait à un arbre par les bras, et la famille avec les invités dansaient à l'entour, en chantant : quand le fruit sera mûr, il tombera. Dès que l'aïeul se laissait choir, les enfants se ruaient dessus, et le ventre des fils devenait le tombeau du père. On ajoute que cette coutume est tombée en désuétude, premier pas vers l'abolition de l'anthropophagie.

Singulier peuple! Probe jusqu'à condamner à mort le voleur de nuit; chaste jusqu'à punir l'adultère du dernier supplice; soigneux du croisement des races jusqu'à défendre les mariages entre individus de la même tribu sous menace de perdre la vie; doux, amant de la poésie, hospitalier, grave en affaires, dit-on..... et anthropophage!!!

***,

chirurgien de 1re classe.

une source unique dans son genre. M. de Fellenberg (1) a rapproché, sous forme de tableau, les analyses des sources iodurées les plus réputées, et démontré qu'une seule d'entre elles, celle de Saint-Vittoria, à Celamonti, la surpasse sous ce rapport. J'extrais de ce tableau la proportion des iodures sur une livre d'eau de 16 onces (500 grammes environ).

Sources.	Auteurs ou chimistes.	Iodures.
Source de Seidschütz	Berzelius	0,036 grains.
— Kreuznach	Ozann	0,044
— Teplitz	Ticinus	0,056
— Huhatschwitz (Silésie)	Planiava	0,067
— Challes (Savoie)	O. Henry	0,076
— Kempten (Bavière)	Vogel	0,132
— d'Adélaïde (Id.)	Chimiste de Berlin	0,200
— Pretiolo-aqua-bona	Quili	0,266
— Willdegg (Suisse)	Lœwig	0,302
— Lippik (Esclavonie)	Wagner	0,311
— Saxon	Rivier et de Fellenberg	3,288
— Saint-Vittoria-Celamonti	Giuli	131,775

A part la dernière de ces sources, la plus riche en iode ne renferme que la dixième partie de celui qui est contenu dans celle de Saxon. Si nous prenons la moyenne de dix essais faits par MM. Rivier et de Fellenberg, dans le but de déterminer la proportion d'iode, lorsque cette substance y atteint sa plus forte dose, nous trouvons, par litre, 0,0423 gramme d'iode pur.

La faible proportion des chlorures (0,138) a beaucoup surpris les chimistes habitués à trouver l'iode en compagnie de ces sels. De toutes les sources indiquées dans le précédent tableau, il n'en est aucune (sauf la dernière où les chlorures ne sont pas indiqués) qui n'en contienne une quantité très-supérieure à celle des iodures.

En ne faisant mention que des plus communes d'entre elles, nous trouvons, pour une livre d'eau (16 onces) :

	Chlorures.
Eau de Kempten	12,251 grains.
— d'Adélaïde	38,494
— de Pretiolo	47,995
— de Kreuznach	62,905
— de Willdegg	90,468

Je ne parle pas de l'absence de brome ; elle n'intéresse que le chimiste.

L'eau de Saxon n'est par conséquent point, comme on l'a dit, une eau *saline* ; le rôle que joue la petite quantité de chlorures de soude et de magnésie qu'elle contient est insignifiant pour le médecin. Il en est de même de la faible proportion de carbonate calcique et magnésique. On peut donc aujourd'hui traduire en termes plus exacts la spécialité que le docteur Claivax découvrait en 1842, et dire qu'elle appartient à la classe des *eaux iodurées* proprement dites. Cette classe n'existe pas encore dans les cadres de la balnéologie, mais elle n'est pas la seule qui fasse défaut. Les eaux *gypseuses* n'y ont pas davantage leur chapitre, comme je l'ai fait voir en examinant les principes actifs de l'eau de Louesche (2). L'action de l'iode sur l'organisme ne peut pas plus être assimilée à celle des sels neutres que renferment les eaux salines, que celle du sulfate calcique, de l'eau de Louesche, ne peut être mise à côté des vertus thérapeutiques des autres sels calcaires ou magnésiens. Ce n'est, du reste, pas là le seul point où nos classifications sont en défaut en matière balnéologique ou thérapeutique.

L'action de l'iode dans l'eau de Saxon a l'avantage d'être dégagée de toute autre influence, en même temps qu'elle est portée à un degré inconnu jusqu'ici dans les eaux minérales naturelles. Cette considération est d'une importance majeure. Les eaux de Willdegg et d'Adélaïde prescrites fréquemment chez les scrofuleux et les goîtreux, sont loin d'être supportées par tous les malades. S'il existe quelque irritation locale habituelle dans les bronches et dans l'estomac, il est rare qu'elle ne s'exaspère pas par leur emploi. L'eau de Willdegg chargée de chlorures est moins bien supportée que celle d'Adélaïde ; la plupart des scrofules florides, alors surtout qu'il existe un état fébrile, ne la supportent pas. L'une et l'autre de ces eaux (ou leurs analogues), si réputées contre le goître, ne doivent être prescrites qu'avec la plus grande précaution dès que les malades sont atteints de cardialgies habituelles.

J'ai vu plus d'une fois, en cas pareil, la disparition du goître coïncider avec le développement rapide du squirrhe de l'estomac. J'ai plus d'un motif de croire que la même cause qui sur la thyroïde produit le goître (quelle que soit sa nature) transportant son action sur l'estomac, y produit l'hypertrophie blanche de ses parois et le rétrécissement du pylore. Quelle que soit, du reste, la cause de cette métastase, le fait n'en est pas moins démontré à mes yeux, en sorte que tout remède contre le goître qui aura l'inconvénient de produire une excitation sur l'estomac, aura d'autant plus celui de favoriser le développement du squirrhe. Dans ces divers cas l'eau iodurée de Saxon sera bien préférable à toutes celles qui renferment des chlorures.

On a voulu voir dans cette grande quantité d'iodures un danger pour l'emploi à l'intérieur : ce n'est pas, il est vrai, des praticiens qui ont fait cette observation, elle leur siérait mal. Le danger le plus grand n'est pas d'avoir trop d'iode, mais de n'en avoir pas du tout et de boire de l'eau claire au lieu de remède. Lorsque le médecin prescrit de l'iode, c'est afin que son malade en prenne, et l'eau de Saxon ne sera jamais trop active à ses yeux, pourvu qu'il connaisse la dose à laquelle il l'administre. J'ai dit, ci-devant, quel est le moyen le plus simple et le plus pratique d'arriver à cette connaissance (1). L'intérêt du propriétaire de la source est trop fortement engagé à ne livrer au public que de l'eau réellement iodurée pour qu'il ne prenne pas la peine de s'assurer préalablement qu'elle l'est, en effet, et d'une manière suffisante.

Il va sans dire que le contenu de l'iode étant approximativement déterminé, il importera de ne laisser boire au malade qu'une dose fixée d'eau. Pour l'eau à son maximum d'activité, je me suis contenté de prescrire trois à quatre verres moyens par jour. On pourrait sans doute en prescrire le double et le triple sans inconvénient ; mais ce ne serait plus une cure d'eau minérale que l'on ferait subir, et j'estime qu'il vaudrait mieux alors recourir tout simplement à l'iodure de potassium tiré de la pharmacie et en prescrire la dose voulue. On demande avant tout à une eau minérale une action très-lente et prolongée, afin qu'elle soit insensible et aussi générale que possible. Toute eau minérale dont l'action locale sur les organes digestifs est trop prononcée ne remplit pas complètement le but. Du reste, attendons que l'expérience se soit prononcée plus péremptoirement.

Dans tout ce qui précède j'ai eu surtout en vue l'emploi de l'eau iodurée à l'intérieur ; il n'est pas douteux que son application en bains n'obtienne des résultats satisfaisants. Tant que l'eau n'aura pas une température plus élevée que celle de 25° C., il sera nécessaire de continuer à la chauffer. Cette opération ne saurait lui nuire pourvu qu'elle ait lieu en vase clos, à cause de la volatilisation d'une petite quantité d'iode non fixée par les bases. Les maladies pour lesquelles il est à souhaiter que l'effet des bains soit bien déterminé appartiendront surtout à la classe des affections cutanées. J'estime que leur nombre sera plus restreint qu'on ne le pense généralement. Depuis quelques années on fait un abus ridicule des eaux thermales dans les maladies de la peau. Les simples bains tièdes, les bains émollients, comptent généralement bien plus de succès que les bains alcalins, soufrés ou salins que l'on administre à tout propos. Là où ces premiers bains sont inefficaces ou insuffisants même dans la plupart des eczéma, des psoriasis et des impetigo invétérés qui recouvrent une grande étendue du derme, le traitement hydropathique, seul, ou associé au bain de vapeur, produit des résultats qu'aucune eau thermale ne saurait revendiquer.

On affirme que le rhumatisme chronique se guérit à merveille à Saxon ; je ne doute pas de la possibilité du fait ; mais il faudrait avant tout savoir ce qu'il faut entendre par l'expression vague de rhumatisme chronique. Il est d'ailleurs bien des rhumatismes qui cèdent parfaitement au bain tiède pris durant l'été. Nous ne savons que croire sur l'efficacité des douches et des étuves d'Aix (Savoie), et sur celle des thermes de Baden (Suisse), parce que nous voyons tous les jours les guérisons qu'ils produisent là où tout autre moyen analogue reste sans effet ; nous avons à apprendre ce que Saxon *seul* peut produire. L'expérience nous dira aussi son action sur les ulcères cutanés, dans les fistules, dans les abcès scrofuleux avec ou sans altération des os, quoiqu'il soit permis *à priori* de leur annoncer des succès.

Au résumé, la source de Saxon nous fournit un moyen simple et peu dispendieux d'employer l'iode sans courir le risque d'attribuer à d'autres principes qu'à lui les effets constatés. L'action de l'iode sur l'organisme malade est actuellement suffisamment connue pour qu'il ne soit pas nécessaire d'indiquer au praticien les diverses formes de ma-

(1) MEDICINISCHE ZEITUNG, etc., c'est-à-dire JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE, etc., de Zurich et de Berne, an. 1853, 1er cah., p. 114.

(2) JOURN. DE MÉD., DE CHIRUR., ETC., de Zurich et de Berne, année 1850, cah. 3, p. 283.

(1) Il est bon de mettre peu d'amidon dans l'eau à éprouver afin de ne pas trop la troubler, et plus encore de n'ajouter qu'une petite quantité de chlore dissous ou d'acide sulfurique. La réaction ne se montre pas toujours immédiatement.

ladies chroniques dans lesquelles il peut recourir à son emploi. On peut d'ailleurs consulter à ce sujet la brochure citée du docteur Claivaz, ainsi que la notice sur les eaux de Saxon que vient de publier, à Lausanne (mai 1853), M. J. Pignant, docteur-médecin.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

VI. GAZETTA MEDICA ITALIANA (TOSCANA.)

Les livraisons du premier semestre de 1853 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Observations pratiques sur le traitement local du charbon par la pâte d'Oliban*; par M. Caifassi. 2° *Sur les fleurs du kousso et sur l'ammoniaque dans les plantes*; par MM. Viale et Latini. 3° *De l'usage interne du mercure dans la constipation opiniâtre et dans l'iléus*; par M. Franceschini. 4° *Examen de quelques nouvelles expériences de M. Palagi (de Bologne), sur les variations électriques auxquelles sont soumis les corps en s'éloignant du sol ou des autres corps, ou en s'en rapprochant*; par M. Grilleazoni. 5° *Éclaircissement sur la structure et sur les fonctions de la rate*; par M. Tigri. (Ces fonctions consistent à recevoir dans ses vaisseaux un sang riche de matériaux solides qui doivent être éliminés, de cellules épithéliaques et de globules rouges usés, à les rendre assimilables et à les réduire de nouveau en principes nutritifs.) 6° *Volvulus guéri par le mercure*; par M. Ceru. 7° *Bains dits de Cachiana dans les collines de Pise*; par M. Chiari. 8° *Observations sur la constitution médicale qui a régné à Sienne en avril et novembre* 1852; par M. Sadun. 9° *Carreau guéri par l'iode*; par M. Pey rani. 10° *Opération pratiquée pour recouvrir les corps caverneux dénudés de leurs téguments*; par M. Marchettini. 11° *De l'acétate de morphine dans la pneumonie*; par M. Cotti. 12° *Projet de bains publics*; par M. Lampronti. 13° *Observations cliniques d'aglobulie ou chlorose de l'homme*; par M. Rodolfo. 14° *Sur les blessures, au point de vue médico-légal*; par M. Lepri. 15° *De la combinaison de la lithotripsie avec la lithotomie*; par M. Laudi. (Il discute, en s'étayant de raisons spéculatives, et sans apporter aucun fait à la discussion, sur une méthode importante qui compte déjà de grands noms et de grands succès. Voy. plus haut l'analyse du RACCOGLITORE DI SANO, mémoire de M. Malagodi.) 16° *L'ophthalmologie en Italie*; par M. Alessi. 17° *Quelques réflexions médicales touchant les expériences électriques de M. Palagi (de Bologne)*; par M. Gamberini. 18° *Sur la constitution épidémique miliaire qui a régné dans la commune de Poggibosi, de* 1847 *à* 1853; par M. Burresi. 19° *Guérison prompte de la gale*; par M. Salvolini. 20° *Nouvelle application de l'électro-puncture dans un cas qu'on a pensé être une grossesse extra-utérine tubaire*; par M. Bacchetti. 21° *Sulfate de quinine et acide tartrique dans les fièvres intermittentes*; par M. Bartella. 22° *De la préparation et de l'emploi du bromure de fer*; par M. G. B. S. 23° *Observations sur un mémoire de M. Cl. Bernard, intitulé : Usage de l'appareil chilifère dans l'absorption des substances alimentaires*; par M. Puccianti. 24° *Hydropisie : méthode curative rationnelle*; par M. Volontério. 25° *Compte rendu de la clinique ophthalmologique, en* 1850, 1851, 1852; par M. Paoli. 26° *Réflexions sur le mémoire de M. Bacchetti*; par M. Lepri. 27° *Emploi thérapeutique du matico contre les diarrhées*; par M. Mozzanti. 28° *Histoire d'une hémorrhagie cérébrale, et quelques considérations pratiques sur cette maladie*; par M. Ferrini. 29° *Empoisonnement produit par un étrange breuvage*; par M. Ferrario.

OPÉRATION D'ANAPLASTIE POUR RENDRE A LA VERGE SON FOURREAU; par M. MARCHETTINI.

Voici comment l'auteur décrit son procédé, vraiment ingénieux, pour recouvrir la verge de ses téguments détruits par un ulcère syphilitique phagédénique. Les corps caverneux avaient été mis entièrement à nu; toute la peau de la verge, à l'exception d'une petite portion du prépuce, une partie de la peau du pubis avaient disparu; la peau du scrotum était intacte.

« Ayant donné à tenir à deux aides, dit-il, les testicules appliqués aux anneaux inguinaux, je me plaçai à la gauche du malade, j'appliquai l'index de la main gauche à la racine du scrotum et le pouce de la même main au bord inférieur de la plaie du pubis, et serrant les doigts l'un contre l'autre, je parvins à former un pli du scrotum. — Ensuite, avec la main droite, je saisis en deuxième position un bistouri droit, je l'introduisis dans le fond du pli du scrotum, pour le traverser de part en part, et j'élargis l'incision proportionnellement au volume du membre qui devait passer.

» L'incision faite, je pris le bout de la verge, je l'introduisis dans l'ouverture, après quoi j'abandonnai le pli du scrotum. Le pénis se trouva ainsi recouvert, dans toute son étendue, par la peau des bourses. Cela fait, je cherchai, par le moyen de points de suture et de bandelettes agglutinatives, de réunir la peau du scrotum à la peau qui bordait la plaie du pubis; mais cette réunion ne s'obtint que par seconde intention.....

» Huit jours après l'opération, ayant déjà obtenu une parfaite adhésion entre la peau et les corps caverneux, afin de rendre libre l'érection, qui était impossible au membre obligé de se tenir pendant, je fis, parallèlement au pénis et au scrotum, deux incisions qui allaient de la racine au sommet de la verge. Les plaies résultant de ces deux incisions mettaient à découvert les testicules, par la rétraction du reste du scrotum. C'est pourquoi le membre étant porté en haut, je les réunis par une suture à points séparés, et je pus ainsi rendre libre l'érection et refaire un petit scrotum. »

Un mois après, le malade sortit de l'hôpital, se maria et eut des enfants.

DE LA CHLOROSE DE L'HOMME; par M. RIDOLFI.

La chlorose a longtemps été considérée comme l'apanage exclusif du sexe féminin, et on la plaçait sous la dépendance spéciale de l'appareil utérin. Aujourd'hui cette doctrine est surannée. MM. Blaud et Walm ont signalé l'existence de cette maladie chez l'homme; M. Pétrequin, dans son MÉMOIRE SUR LES PRÉPARATIONS FERRO-MANGANIQUES, a fait remarquer que la chlorose est beaucoup plus commune qu'on ne le pense chez les adolescents et même les adultes du sexe masculin. M. Lemaire en a récemment publié six observations tirées du service de M. Bouillaud. M. Ridolfi vient à son tour relater douze observations nouvelles, dans un long travail qu'il consacre à l'étude de *la chlorose chez l'homme*; il admet trois degrés dans la maladie; il montre de quelle importance il est, en pratique, de bien diagnostiquer le mal, pour ne pas le laisser passer inaperçu ou ne pas l'attaquer par des méthodes défectueuses de traitement; dans les deux cas, l'état du malade s'aggrave notablement. En Italie, on considère généralement la chlorose, soit comme une phlogose lente des vaisseaux sanguins, soit comme une altération de la crase du sang. M. Ridolfi s'élève contre la doctrine de ses compatriotes et professe que la maladie provient d'une diminution des globules rouges du sang, ce qu'on nomme *aglobulie*. Il conclut, de ses observations cliniques, que la médication martiale est la meilleure à lui opposer, que les ferrugineux en sont pour ainsi dire spécifiques; et qu'en partant, au contraire, de l'hypothèse d'une inflammation lente du système vasculaire, si on emploie les saignées et les antiphlogistiques, on ne fait qu'aggraver la chlorose au lieu de la guérir. M. Ridolfi ajoute judicieusement que la chlorose masculine peut se compliquer d'autres lésions sthéniques ou inflammatoires, mais qu'alors il importe beaucoup d'établir un diagnostic différentiel rigoureux; car alors, avec la méthode antiphlogistique, on réussit à la vérité à combattre les inflammations qui la compliquent; mais aussi, en même temps que ces dernières guérissent, l'aglobulie augmente au contraire, et il importe ensuite de la traiter à part.

Le mémoire de M. Ridolfi lui a attiré des récriminations de la part de M. Balocchi, qui, dans sa critique de l'auteur, fait toutes ses réserves en faveur des doctrines italiennes et de son maître, M. Bufalini, qui les propage par ses livres. Mais nous croyons que les faits, qui sont ici les vrais et seuls juges, concluront plutôt en faveur de M. Ridolfi.

VII. GAZETTA MEDICA ITALIANA (STATI SARDI).

Les livraisons du premier semestre de 1853 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Observations cliniques*; par M. Borelli. 2° *Expériences cliniques sur les semences de ciguë*; par M. Parola. 3° *Sur les nosologies*; par M. Zambianchi. 4° *Des pilules de Lartigue dans le traitement de la goutte*; par M. Bottini. 5° *Sur la statistique médicale*; par M. Zambianchi. 6° *Sur l'abus de la pommade citrine*; par M. Dehernardi. 7° *Observations de tumeurs traitées par la méthode de l'injection unique de teinture alcoolique d'iode*; par M. Borelli. 8° *Pathologie générale : Des hypothèses*; par M. Zambianchi. 9° *Communication sur une épidémie de fièvre typhoïde*; par M. Rotta. 10° *Lettre de M. Caire sur les indications pratiques de l'ongle incarné*; par M. Borelli. 11° *Convulsions chez une enfant de trois mois guéries par les inhalations de chloroforme*; par M. Salvolini. 12° *Des doctrines médicales*; par M. Zambianchi. 13° *Guérison prompte de la gale*; par M. Salvolini. 14° *Compte rendu de la clinique chirurgicale de M. Bo-*

relli; par M. Garelli. 15° *Du scepticisme en médecine.* 16° *Observations pratiques sur l'action thérapeutique de l'huile de foie de morue;* par M. Musizzano. 17° *Du langage médical.* 18° *Observation de vaste fistule vésico-vaginale amenée par les caustiques à cicatrisation complète;* par M. Antonelli. 19° *Des sources d'erreur en médecine et d'une logique médicale;* par M. Zambianchi. 20° *De quelques lois logico-médicales;* par le même. 21° *Empoisonnement par le sublimé corrosif;* par M. Gazelli. 22° *Méthode des injections iodées répétées; innocuité des injections iodées à haute dose;* par M. Borelli. (Réclame de priorité.)

EMPLOI DES SEMENCES DE CIGUË DANS LA PHTHISIE PULMONAIRE; par M. PAROLA.

Rien de plus contradictoire que les opinions des expérimentateurs sur les propriétés de la ciguë; tandis que les uns, avec Stoerk, Cullen, Hoffmann, lui accordent une grande valeur thérapeutique, d'autres, avec de Haën, Hanley, lui refusent toute espèce de vertu. Ces divergences tiennent au mauvais choix des parties de la plante employées et surtout à leur mauvaise préparation Aujourd'hui on connaît le principe actif de la ciguë et sa grande altérabilité. Royle et Rognetta presque en même temps avaient annoncé que les fruits sont plus actifs que les feuilles et plus constants dans leur action, et que conséquemment ils devaient être préférés dans la pratique, lorsque MM. Devay et Guillermond, après de sévères investigations, en introduisirent l'usage dans la pratique, et en fixèrent les doses et le mode d'administration.

Les faits publiés par les médecins lyonnais engagèrent l'auteur à essayer les semences de ciguë; seulement au lieu de rechercher leur action élective dans le cancer, la scrofule, la syphilis, il se proposa d'étudier leur action dynamique. Il en retira de bons effets dans quelques maladies du cœur et des gros vaisseaux, dans une affection cérébrale, dans la phthisie pulmonaire. Voici une des observations rapportées par M. Parola.

TUBERCULES PULMONAIRES; PECTORILOQUIE A DROITE; FIÈVRE HECTIQUE; DIMINUTION DES PRINCIPAUX SYMPTÔMES PAR LA CIGUË.

OBS. — Jeune fille de la campagne, 18 ans, tempérament lymphatico-sanguin, constitution moyenne, n'ayant jamais eu d'autre maladie. Ayant été mouillée par une forte pluie et ayant négligé de se changer, elle fut prise d'une toux sèche, qui amena à sa suite la cachexie tuberculeuse, la fièvre hectique, les crachats puriformes, le marasme. Après deux mois de traitement inutile, on rencontrait de la pectoriloquie à la région claviculaire droite, et en même temps les autres signes de l'existence de cavernes dans les deux poumons.

Entrée à l'hôpital, la malade fut soumise à quelques déplétions sanguines et à l'usage continu du seigle ergoté. Les principaux symptômes, surtout la fièvre et l'abondance des excrétions, étaient avantageusement modifiés, quand, après s'être repue clandestinement de châtaignes et d'autres aliments indigestes, elle prit une fièvre plus vive, une toux plus fréquente, des crachats plus abondants. C'est alors que pour tout remède, on lui donna de la poudre de semence de ciguë, d'abord à la dose d'un grain, ensuite de 3 et 4 grains, et enfin de 6, au point qu'elle en a déjà pris environ un drachme, et qu'elle éprouve un soulagement notable dans les principaux symptômes et surtout dans la toux et les crachats.

L'auteur conclut que, à part son action élective dans les affections cancéreuses, scrofuleuses, syphilitiques, la ciguë est encore douée d'une action éminemment déprimante et antiphlogistique qui la rend utile dans divers genres de maladies et surtout dans les affections angio-cardiaques, non moins que dans la phthisie pulmonaire.

VIII. CORRISPONDENZA SCIENTIFICA IN ROMA.

Les numéros du premier semestre de 1853 nous sont parvenus trop irrégulièrement pour qu'il soit permis d'en esquisser un compte rendu convenable; il en sera tout autrement à l'avenir, et nous sommes convaincu que le deuxième semestre fournira d'amples matériaux à une revue substantielle.

Nous nous bornerons ici à mentionner dans les livraisons de février et d'avril 1853 les travaux originaux suivants: 1° *Histoire d'une fièvre nerveuse simulant l'hystérie;* par M. Ulfreduzzi. 2° *Sur l'existence de l'ammoniaque dans les plantes;* par M. Pargotti.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 8 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

ACTION TOXIQUE DE L'OXYDE DE CARBONE.

M. A. CHENOT adresse sous ce titre une note additionnelle à la note qu'il a récemment présentée et qui avait pour objet de signaler les grands dangers de l'oxyde de carbone pur. L'auteur disait dans cette note que l'oxyde de carbone, plus ou moins étendu d'autres gaz, offrait déjà des dangers. Les faits dont il entretient l'Académie dans cette nouvelle note confirment cette opinion.

PREMIER FAIT. Le premier fait s'est produit pendant une ascension aérostatique. M. Dupuis-Delcourt, dans une ascension faite dans un but scientifique, avait fait remplir son ballon de gaz oxygène obtenu par la décomposition de la vapeur d'eau par le charbon porté au rouge. A une hauteur d'environ 1,500 mètres et trois quarts d'heure après son départ, la raréfaction de l'air à cette hauteur et l'influence des rayons solaires dilatant considérablement le gaz, il *fusa* par la partie inférieure du ballon. A cet instant, M. Dupuis-Delcourt fut subitement incommodé et dut interrompre ses observations; il ne tarda pas à *perdre complétement connaissance*, et, l'aérostat continuant à se vider, il ne tarda pas à descendre progressivement, et M. Dupuis-Delcourt ne fut tiré de l'état de stupeur dans laquelle il était, qu'aux questions pressantes qui lui furent adressées et au mouvement que lui imprimaient les personnes qui l'environnaient lorsqu'il toucha terre.

DEUXIÈME FAIT CONNEXE AVEC LE PREMIER. Plus de trois cents personnes s'étaient trouvées en un moment près du point où devait toucher le ballon, un coup de vent vint l'abattre tout à coup jusqu'à terre, et quatre ou cinq personnes se trouvèrent empêtrées dans les cordes et le filet. M. Dupuis-Delcourt, voulant alors éviter et le déchirement du ballon et les atteintes du gaz pour la foule, entreprit une manœuvre dans le but de renverser le ballon pour que le gaz s'échappât en l'air. A l'instant où M. Dupuis-Delcourt se baissait pour faire cette manœuvre, l'empressement de la foule produisit de tels effets de compression sur le ballon, que le gaz s'échappa abondamment, et M. Dupuis-Delcourt fut subitement renversé. Plusieurs personnes, les nommés Ferrand et Carteron, soldats au 17ᵉ de ligne, qui avaient voulu secourir M. Delcourt, allèrent tomber en tournoyant à quelque distance. D'autres personnes, entre autres une dame Ancelin, furent malades toute la journée.

M. Delcourt demeura pendant deux heures complétement privé de connaissance.

TROISIÈME FAIT. Également en 1842, le gaz de l'usine de M. Sellique servait à l'éclairage de plusieurs points des Batignolles. Le corps de garde de la barrière de Clichy était éclairé par ce gaz; une fuite ayant donné issue à celui-ci pendant une nuit, quatre soldats qui étaient restés sur le lit de camp, plus particulièrement que les autres furent gravement malades et l'un d'eux mourut. Une enquête fut ouverte; on considéra le fait comme une cause d'asphyxie simple, et encore ce ne fut qu'à l'état de présomption; mais on ne soupçonna pas la vraie cause, qui était, suivant moi, la présence du gaz, oxyde de carbone, mêlé nécessairement à l'hydrogène de la décomposition de l'eau.

QUATRIÈME FAIT. Lorsque parurent les précieux travaux du savant ingénieur des mines, M. Ebelmen, sur la transformation des combustibles en gaz, M. Dupont, directeur des mines de Guériedzo (Espagne), songea à utiliser de cette manière des menus charbons qui encombraient les halles. Les gaz se rendaient dans une cuve pour être régularisés dans leur émission. Ce régulateur ou gazomètre était muni d'une soupape. Un ouvrier robuste voulut ouvrir cette soupape; le gaz qui s'échappa le renversa et donna des nausées, des spasmes et des suffocations aux autres ouvriers qui l'entouraient. On soigna l'ouvrier renversé; mais, après quelques mois d'un malaise continuel dans lequel il manifestait une extrême agitation et éprouvait le besoin d'un mouvement perpétuel, il devint fou et mourut dans cet état deux ans après. (Comm. déjà nommée.)

SUR LE CORACOÏDIEN DES MAMMIFÈRES.

M. A. LAVOCAT adresse sur ce sujet la note suivante :

Dans un précédent travail, inséré dans les Comptes rendus, le 28 juin 1852, j'ai eu l'honneur, dit l'auteur, de communiquer à l'Académie quelques détails sur l'ostéologie comparée des membres thoraciques. Parmi les questions que je traitai alors se trouvait celle de l'apophyse coracoïde de l'omoplate. A ce sujet, j'ai cherché à établir que, chez les mammifères, la base de cette apophyse fait toujours partie de la cavité glénoïde. J'ai voulu compléter ces données par de nouvelles recherches : les résultats que j'ai obtenus font l'objet de la présente note.

Dans les mammifères, de même que dans les oiseaux et les reptiles, l'épaule a pour base osseuse trois pièces qui sont : l'omoplate, la clavicule et le coracoïdien.

Le coracoïdien des mammifères se distingue de celui des oiseaux et des reptiles en ce qu'il se soude avec l'omoplate. Il est connu sous le nom d'*apophyse coracoïde.* Chez l'homme, il ne se soude que vers la quinzième ou la seizième année. Dans les quadrupèdes, sa réunion a lieu beaucoup plus tôt. Dans les équidés, par exemple, elle s'effectue à un an. Cette précocité de

soudure est évidemment une condition de solidité, ayant pour but de résister aux pressions déterminées par l'attitude quadrupède.

L'un des caractères essentiels et constants du coracoïdien, c'est de concourir par sa base à former la surface articulaire dite *glénoïde*, sur laquelle joue la tête de l'humérus. Cette disposition est incontestable dans le jeune âge, tant que le coracoïdien est encore à l'état d'épiphyse. Alors on voit parfaitement que toute la partie antérieure de la surface articulaire est formée par le coracoïdien, et si l'on enlève cette pièce complémentaire, la cavité glénoïde reste fortement échancrée en avant. Et même chez l'adulte, surtout dans les chevaux, on rencontre souvent, à la surface de la cavité, un sillon transverse indiquant la séparation primitive des deux parties. En outre, chez l'homme, ainsi que dans presque tous les quadrupèdes, il y a du côté interne une dépression longitudinale entre le coracoïdien et la partie inférieure de l'omoplate. Enfin une autre trace de division est constituée par une échancrure plus ou moins marquée dans les différents mammifères, et faisant brèche au bord de la cavité glénoïdale sur son contour antérieur interne. Cette échancrure, très-visible dans l'homme, les rongeurs, les carnassiers, les pachydermes, les équidés et les ruminants, existe aussi quelquefois sur le côté externe dans le lièvre, le bœuf, etc.

La base du coracoïdien forme environ le tiers de la surface glénoïde chez l'homme, le quart chez les carnassiers, et le cinquième dans les rongeurs, le porc, les ruminants et les équidés. On remarque aussi que cette même partie articulaire prolonge en avant la surface propre à l'omoplate, en s'incurvant vers la partie inférieure. Ce prolongement est nécessairement plus marqué dans les quadrupèdes que chez l'homme, afin de résister à la pression de l'humérus. Il est très-prononcé dans les carnassiers, les équidés, les rongeurs, et surtout dans le lièvre, où il a la forme d'un bec ou d'un crochet. Au-dessus et en avant de sa base, le coracoïdien forme une protubérance, sorte de tête plus saillante et mieux détachée dans l'homme et les équidés que dans les rongeurs, les carnassiers, les pachydermes et les ruminants. Sur cette éminence arrondie et rugueuse, se fixe le biceps brachial des quadrupèdes, et seulement la branche interne de ce muscle chez l'homme. Enfin le coracoïdien est pourvu d'un prolongement en forme de bec ou de crochet qui, très-développé chez l'homme, se dirige en dedans et en bas. Encore très-prononcé dans les rongeurs et un peu moins dans le chat, il se recourbe en dedans et en arrière. Plus court dans le cheval et simplement dirigé en dedans, il est réduit à un mamelon un peu plus saillant, et mieux détaché dans les ruminants que dans le chien et les pachydermes (porc, éléphant). Sur la partie antérieure de ce prolongement se fixe une branche du petit pectoral chez l'homme, ainsi que dans le chat; et la pointe ou le sommet donne toujours attache au tendon du muscle omobrachial. (Comm. précédem. nommée.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 16 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Le ministre du commerce adresse :

1° Un rapport de M. Vergne, médecin des épidémies pour l'arrondissement d'Aubusson, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans le courant de février dernier, au village de Montfrima (commune de Raugnot);

2° Un rapport de M. le docteur Brouillet, médecin cantonal à Grispolsheim (Bas-Rhin), sur une épidémie de suette miliaire qui a régné dans la commune de Dattlenheim, depuis les premiers jours de janvier jusqu'au commencement de février dernier;

3° Un rapport de M. Lemazurier, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Versailles, sur une épidémie de fièvres typhoïdes qui a régné dans la commune de Plaisir, en 1853;

4° Diverses lettres sur des remèdes secrets.

EMPOISONNEMENT PAR LE PHOSPHORE.

M. Chevallier adresse sur ce sujet une lettre dont nous extrayons les passages suivants :

Parmi les mémoires qui ont été envoyés à l'Académie, il en est un qui présente le plus haut intérêt; ce mémoire est celui adressé par M. le docteur Caussé, il est relatif à l'empoisonnement par le phosphore et par les allumettes chimiques.

La lecture du mémoire de M. Caussé nous a porté à vous demander que des essais soient faits :

1° Sur l'action sur les animaux du phosphore amorphe (phosphore rouge, phosphore qui ne brûle pas lorsqu'il est exposé à l'air);

2° Sur l'action de ce phosphore mêlé de chlorate de potasse.

S'il était démontré par l'expérience que ce phosphore rouge n'a pas d'action toxique sur l'économie animale, et qu'on peut l'employer à la fabrication des allumettes chimiques, on aurait résolu une question importante et rendu un service à l'humanité; en effet, il serait possible de faire des allumettes chimiques dont on ne pourrait se servir pour empoisonner, et déjà on compte plus de 20 cas d'empoisonnement par le produit fixé sur les allumettes, dont l'action est malheureusement connue dans les campagnes.

Je viens vous demander de prier MM. les membres de la section de médecine vétérinaire de vouloir bien faire ces essais; dans le cas où ma demande serait agréée, je remettrais aux membres de la commission, et du phosphore amorphe et du chlorate de potasse.

Je m'occupe, d'un autre côté, de rechercher si on peut donner à la préparation phosphorée une saveur amère qui pourrait, dans des cas d'empoisonnement, prévenir le crime en avertissant la victime. (Renvoyé à MM. Renault et Delafont.)

ALGALIMÈTRE MILLIMÉTRIQUE.

M. Mathieu présente une filière angulaire qu'il a exécutée pour M. Blatin, et qui est destinée à remplacer les compas d'épaisseur et les filières percées de trous plus ou moins réguliers.

Voici, d'après M. Blatin, qui rapporte à M. Dantzell, habile graveur en médaille, l'idée première de l'algalimètre, les avantages de ce simple moyen de mensuration.

Il donne très-exactement, par quart de millimètre, le diamètre des sondes et des bougies, qu'elles soient rondes ou déformées. Il est beaucoup plus petit et plus léger que toutes les autres filières, étant exécuté en buffle ou en ivoire et n'ayant, comme le dessin l'indique, que 9 centimètres de longueur sur 2 et demi de large. Il coûte moins cher aussi que les instruments qu'il remplace.

Pour s'en servir, on place la sonde dans l'écartement angulaire de la filière, qui ne présente *aucune encoche*, et, sur la face supérieure ou inférieure de l'ivoire, on lie à la division correspondante, au plus grand diamètre de la sonde.

L'algalimètre millimétrique peut servir en outre à la mensuration de tout autre corps pouvant se loger dans l'écartement des deux branches de l'instrument, tels qu'un calcul, une petite tumeur, un cathéter, etc.

— M. Vallat (d'Autun), secrétaire du conseil d'hygiène, accuse réception de la circulaire concernant les données positives que l'Académie désire obtenir sur les résultats thérapeutiques des eaux minérales naturelles et des bains de mer; l'auteur accompagne cette lettre de quelques réflexions sur le parti que l'Académie pourrait tirer, suivant lui, pour cet objet de l'institution des comités d'hygiène du département. (Comm. des eaux minérales.)

— M. Delasalle, de Matignon (Côtes-du-Nord), expose à l'Académie le résultat de ses observations et de sa pratique au sujet du choléra. (Comm. du choléra.)

— M. le Président annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire du vénérable M. Duval, âgé de 96 ans.

TRAITEMENT DES DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS PAR LES PESSAIRES INTRA-UTÉRINS.

M. Depaul lit, au nom d'une commission, un rapport sur ce sujet, à l'occasion d'une observation communiquée par M. Broca. Il s'exprime en ces termes :

Messieurs, cinq années ne se sont pas encore écoulées depuis la mémorable discussion que souleva dans cette enceinte le rapport de notre collègue M. Hervez de Chégoin, sur un travail que M. le docteur Baud avait soumis au jugement de l'Académie, et déjà vous êtes appelés à vous prononcer encore sur un mode de traitement qu'on donne comme nouveau et qu'on s'efforce depuis quelque temps de substituer à la thérapeutique habituelle de certaines affections utérines.

Quoique la note qui vous a été lue il y a quelque temps par M. le docteur Broca soit relative à un cas de mort survenue à la suite du cathétérisme utérin employé comme redresseur, la commission que vous nommâtes alors, et qui est composée de MM. Robert, Huguier et moi, n'a pas cru qu'elle dût s'en tenir à cette partie restreinte de la question : elle a pensé dès l'origine que le traitement des déviations par les divers redresseurs intra-utérins devait être de sa part l'objet d'un examen complet. La nature et l'importance des communications qui vous ont été faites depuis sur ce grave sujet ne pouvaient que la confirmer dans cette résolution; mais elle n'a rien voulu précipiter : elle a dû laisser à tous, aux partisans comme aux adversaires, le temps de faire connaître les faits favorables ou contraires qu'une pratique qui compte déjà plusieurs années a permis de recueillir, et vous savez que son attente n'a pas été vaine. Cependant le moment lui paraît venu de répondre aux vœux qui lui sont exprimés de toutes parts et de vous dire, en faisant passer sous vos yeux les nombreuses pièces de cet important procès, le jugement qu'elle porte sur cette nouvelle méthode thérapeutique.

Votre rapporteur, messieurs, ne s'est dissimulé aucune des difficultés du travail que vous lui avez confié, et s'il n'a pas décliné l'honneur que vous lui avez fait, c'est qu'il a compté encore une fois sur votre bienveillance, et qu'il a été soutenu par le témoignage que lui rend sa conscience de n'avoir été dirigé que par le désir de connaître la vérité.

Toutefois, et j'éprouve le besoin de le dire dès le début, il me sera pénible de me trouver en désaccord avec certains hommes dont personne plus que moi n'apprécie le talent et la droiture de caractère. Je les crois, dans cette circonstance, dans une erreur complète; mon devoir est de le prouver, et je vais m'efforcer de le faire. J'espère connaître assez leurs principes en matière de discussions scientifiques pour être certain qu'ils ne se méprendront pas sur mes intentions. Ce qui me rassure, surtout à l'endroit de M. Valleix, qui a été mis plus particulièrement en cause devant vous, c'est la déclaration formelle par laquelle il a débuté dans le travail remarquable qu'il vous a lu récemment, et qui doit être considéré comme l'expression de son opinion définitive sur le traitement mécanique dont il s'est constitué le propagateur et le défenseur en France.

Pour moi, nous a-t-il dit, je mets toute préoccupation personnelle de côté, bien persuadé que nous ne voulons tous qu'une chose : connaître d'une manière définitive les avantages et les dangers du procédé, convenablement et prudemment employé; être sûrs qu'il s'adresse à une affection qui demande

un traitement particulier, et décider s'il y a d'autres moyens aussi efficaces; puis il a ajouté qu'il était disposé à adopter un autre traitement, ou même à ne rien faire, si on lui démontrer par des faits convenablement observés et suffisamment nombreux qu'on peut agir mieux en faisant autre chose ou même en ne faisant rien du tout.

J'accepte la déclaration de notre très-honorable confrère, et je vais essayer de démontrer :

1° Qu'on s'est trompé en attribuant aux déviations de l'utérus des accidents qui ont habituellement une tout autre origine;

2° Qu'on n'a pas tenu un compte suffisant dans la plupart des cas d'un autre état pathologique beaucoup plus fréquent, qui peut exister seul, produire les mêmes phénomènes, qui peut aussi, et cela arrive souvent, entraîner l'utérus dans une position vicieuse;

3° Que la science possède déjà une thérapeutique simple et rationnelle qui donne tous les jours, entre les mains des praticiens expérimentés, les résultats les plus satisfaisants, qui n'ont rien à craindre de la comparaison qu'on peut en faire avec ceux qu'à tort, selon moi, on persiste à attribuer aux redresseurs utérins; qu'elle n'est pas désarmée non plus, soit pour les rares déplacements qui, existant seuls, entraînent cependant des incommodités auxquelles il faut remédier, soit pour ceux beaucoup plus communs qui, d'abord simple conséquence d'un autre état morbide, peuvent l'aggraver ou en retarder la guérison;

4° Que les faits qui ont été produits, soumis à une critique sévère, mais impartiale, sont loin d'avoir la signification qu'on leur a donnée; que presque tous, au contraire, témoignent de l'insuffisance de la nouvelle méthode;

5° Que, malgré tout ce qu'on a pu dire, il faut enfin cesser de se faire illusion, et se demander si, en présence d'avantages aussi incontestables, il n'est pas temps de prendre en sérieuse considération les faits déjà trop nombreux (quoique certainement tous ne soient pas connus) qui prouvent que les accidents les plus formidables et la mort même sont souvent la conséquence de manœuvres qui, de prime abord, répugnent d'ailleurs à la raison.

Afin d'être bien compris dans les développements que je vais donner à ces différentes propositions, il est indispensable que je vous fasse connaître les instruments sur lesquels est fondé le nouveau traitement des déviations utérines, et que je vous rappelle aussi, après avoir cherché à établir quelle est la direction normale de la matrice, quels sont les divers déplacements qu'elle peut subir. Je serai sur ces points aussi bref que possible.

INSTRUMENTS. — Les uns (les sondes) sont destinés surtout à l'exploration, et ont une importance incontestable pour le diagnostic de certaines affections de l'utérus. Kiwisch et M. Simpson ont en tort de s'en disputer l'idée. Avant eux, Récamier avait introduit des instruments d'une forme spéciale jusqu'au fond de la cavité utérine, et s'en servait comme d'un moyen d'exploration, bien qu'il les utilisât aussi pour autre chose. Comme on le verra bientôt, M. Amussat pratiquait, dès 1827, le cathétérisme utérin, dans le but de préparer la face interne de l'organe au contact d'un autre instrument qui devait rester en permanence, mais il faut bien le dire, personne n'a mieux compris que notre collègue M. Huguier tous les avantages qu'on pourrait retirer de la sonde pour le diagnostic des affections utérines, et en lui imprimant des modifications importantes au point d'en faire un instrument presque nouveau, il lui a donné le nom d'hystéromètre, sous lequel il est généralement connu en France.

La sonde de Simpson, que j'ai l'honneur de mettre sous vos yeux, et qui est aussi celle de Kiwisch, est une tige métallique très-fortement courbée, se terminant par une petite extrémité arrondie et présentant une série de saillies et de dépressions que le doigt peut facilement sentir, et dont il se sert comme point de repère pour déterminer à quelle profondeur l'instrument a pénétré. Celle de M. Huguier se distingue par une courbure infiniment plus petite. Une échelle graduée est établie sur sa concavité, et elle est munie d'un curseur qu'on pousse à volonté, qui sert à indiquer le degré de pénétration. Depuis, diverses modifications destinées à rendre l'instrument plus portatif ont été apportées par les fabricants, et récemment un élève de la Pitié vous en a communiqué un de son invention; mais au fond il est resté le même, et c'est à peu de chose près celui dont se sert M. Valleix. Seulement il en a changé ou du moins étendu la destination, puisque, ainsi que nous le verrons par la suite, c'est avec lui qu'il opère aujourd'hui (presque exclusivement) le redressement de l'utérus. Aussi, je le dis par avance, les reproches que j'adresserai dans le cours de ce travail aux pessaires et aux redresseurs intra-utérins s'appliqueront-ils (en grande partie du moins) à la sonde utérine employée dans le but de replacer la matrice dans sa direction normale.

J'aurai occasion de revenir plus tard sur l'hystéromètre; je ferai voir alors les avantages incontestables qu'il présente comme moyen de diagnostic. Mais je ne dissimulerai pas que, tout en établissant entre lui et les redresseurs une grande différence, il n'est pas à l'abri de tout inconvénient, et qu'il demande à être manié avec une grande réserve.

Je me contente de mentionner la sonde à branches divergentes et élastiques de Kiwisch, qui peut être à la fois un instrument d'exploration et servir de redresseur par une de ses portions qu'on laisse à demeure dans la cavité utérine. Quoique très-vantée par son auteur, cette sonde a été vivement critiquée par le docteur Mayer (de Berlin), qui en a fait ressortir les inconvénients, et qui a proposé d'y remédier par des modifications qui n'en ont pas fait un instrument plus utile et surtout moins dangereux.

Au reste, il me paraît très-probable que l'origine de la sonde utérine est beaucoup plus ancienne qu'on ne semble l'avoir cru jusqu'à ce jour, et je pense qu'il faut la rapporter à Oziander, qui se servait d'une espèce de stylet, soit pour dilater l'orifice utérin, soit même pour ramener l'utérus dans sa direction normale. (Vide Kilian, OPERIONSTCHE FUR GEBURTSHELFER, 2e partie, p. 211.)

C'est un instrument semblable qu'employa plus tard le docteur Mackintoch (d'Edimbourg), et ce n'est que postérieurement qu'il a été modifié et mis en grande vogue par M. Simpson.

(Nous continuerons la reproduction textuelle de ce rapport dans notre prochain numéro.)

TRAITEMENT D'UN ANÉVRISME ARTÉRIOSO-VEINEUX PAR LA DOUBLE INJECTION DE PERCHLORURE DE FER. — PERCHLORURE ENKYSTÉ DANS LA VEINE ET L'ARTÈRE.

M. JOBERT (de Lamballe) présente un jeune malade chez lequel il a pratiqué une double injection avec une dissolution de perchlorure de fer, pour un anévrisme artérioso-veineux du pli du bras développé à la suite d'une saignée.

Au niveau du pli du coude, sur le trajet de l'artère brachiale, on reconnaît une tumeur éloignée de l'épithrochlée de 0,04 centim. et de 6 centim. de l'épicondyle dont on peut estimer le volume à celui d'une petite noix. Elle est fluctuante et offre des battements isochrones à ceux du cœur. L'application de l'oreille seule ou armée du stéthoscope fait percevoir des tintements ou bruits de souffle commandant avec les battements de l'artère. La compression de l'artère brachiale fait cesser le susurrus, mais ne fait pas disparaître complètement la tumeur coïncidant encore du sang veineux. La compression directe fait disparaître complètement la tumeur fluctuante, et il en est de même de la flexion forte de l'avant-bras sur le bras.

Deux cicatrices se rencontrent à la surface de l'anévrisme: l'une occupe le côté externe, l'autre le côté interne.

Le malade éprouve de la gêne dans le membre et désire se débarrasser de son mal.

En présence de M. le docteur Brossart et MM Hebert, Konoff, Rozé, Brun, etc., M. Jobert pratiqua la ponction de la tumeur le 20 février avec un mince trocart qui fut plongé à son côté interne et enfoncé doucement jusque dans son intérieur, ce qui fut annoncé par l'absence de résistance, l'artère brachiale continuant toujours à être comprimée. Après avoir retiré la tige du trocart, il s'échappa quelques gouttes d'un sang noir par la canule. La petite seringue fut vissée, et six gouttes de perchlorure de fer furent injectées dans l'intérieur du sac. La piqûre fut recouverte d'un morceau de diachylum. Cette injection a été suivie de très-peu de douleurs, mais les battements n'avaient pas cessé.

Pendant les vingt-quatre premières heures qui suivirent l'opération, la force des battements diminua et le bruit de souffle parut disparaître. Cette amélioration fut de courte durée, et le 24 février le malade était dans le même état qu'avant l'opération. Les battements avaient en effet la même étendue, et le susurrus était aussi sensible qu'autrefois.

Le 24 février, à quatre heures du soir, on tenta une nouvelle injection. Elle fut pratiquée de la même manière que la première; mais au moment où la tige du trocart fut retirée, la compression de l'artère brachiale étant moins forte, il sortit par la canule un jet de sang rouge et rutilant mêlé à une matière granuleuse noire, ressemblant assez bien à du charbon animal.

L'artère fut de nouveau comprimée fortement, et tout écoulement de sang cessa. C'est alors que six gouttes de perchlorure de fer furent injectées dans la poche. Cette fois le malade éprouva de vives douleurs, accompagnées d'une sensation de cuisson douloureuse qui se propageait jusqu'à une certaine distance en dessus et en dessous de la tumeur en suivant le trajet des artères radiale et cubitale.

Pendant la journée et la nuit qui suivirent l'opération, le 25 et le 26, le malade éprouva de vives douleurs, de l'agitation, de l'insomnie, de la fièvre et des contractions dans les muscles de l'avant-bras. Ce ne fut que quelques jours après que le calme revint.

Le 27 février 1854, à quatre heures de l'après-midi, M. Jobert examina Léopold Loëb.

1° Il y avait absence de battements dans la tumeur.

2° Elle n'était pas douloureuse à la pression.

3° Il existe des tiraillements dans la partie antérieure de l'avant-bras.

4° L'oreille ne découvre aucun susurrus, et par la pression avec les doigts, on reconnaît dans tous les sens une masse solide et résistante et nulle par de la fluctuation.

5° On sent un cordon au-dessus de la tumeur qui suit le trajet de l'artère brachiale dans l'étendue d'un pouce et demi environ.

6° Les petites plaies faites par le trocart sont entièrement cicatrisées.

7° Le stéthoscope ne découvre aucun bruit anormal.

Le 3 mars, il existe encore quelques tiraillements dans l'avant-bras. La tumeur du pli du coude n'offre aucune fluctuation; elle est dure et résistante dans toute sa circonférence, et se continue sous forme de cordon le long de l'artère brachiale qui est évidemment oblitérée dans l'étendue de 3 centim. à peu près, et c'est dans ce point seulement que l'on perçoit les battements de l'artère qui sont plus forts que du côté opposé.

La main du côté opéré est plus froide que celle du côté gauche.

L'artère radiale est sensible à la main qui l'explore, et les battements qu'elle offre sont isochrones à ceux de l'artère radiale gauche; mais les pulsations sont faibles si on les compare à celles du côté sain où elles sont étendues et résistantes.

Les battements de l'artère cubitale sont très-sensibles à gauche, et on ne peut pas encore les reconnaître à droite.

Le 12 mars, les battements artériels de la radiale ont acquis plus d'ampleur et plus de force.

L'artère cubitale est devenue facile à sentir, mais ses battements sont excessivement faibles. Il n'existe plus de tiraillements dans le bras et dans l'avant-bras. L'avant-bras ne s'étend pas encore complétement sur le bras. La tumeur ne présente aucun battement, elle est remarquablement dure et a perdu de son volume. Les battements de l'artère brachiale sont plus forts au-dessus du cordon que dans le même point du côté sain.

Le 6 avril, l'artère radiale présente des battements isochrones à ceux du cœur, mais il n'ont ni l'impulsion ni la force de l'artère radiale gauche. On efface facilement l'artère radiale droite, et difficilement la gauche. L'artère cubitale droite présente des battements sensibles au toucher, mais ils ne sont ni aussi forts que ceux du côté gauche ni aussi remarquables que ceux de l'artère radiale droite. La tumeur du pli du coude est limitée, dure, résistante, comme cartilagineuse, bilobée. Le malade plie et allonge le bras, mais les forces musculaires sont moins puissantes à droite qu'à gauche.

Le 8 mai, 1° il n'existe plus au pli du coude que deux petites tumeurs rapprochées l'une de l'autre, et évidemment formées par le perchlorure enkysté dans la veine et l'artère. Une pression modérée, exercée sur ce métal, ne détermine aucune douleur.

2° Les mouvements d'extension de l'avant-bras sur le bras sont encore incomplets.

3° Dans l'avant-bras, il existe encore des tiraillements.

4° Il y a une certaine faiblesse dans les mouvements de l'avant-bras, que le malade accuse comme gênant l'exercice de la fonction du membre dans les travaux qu'il est appelé à exécuter.

Des réflexions dont M. Jobert fait suivre la relation de cette observation, il ressort que le perchlorure de fer n'est pas aussi innocent dans son action qu'on l'a prétendu; car tous les symptômes éprouvés par ce malade doivent être regardés comme des accidents.

M. Jobert termine cette communication en résumant en ces termes son opinion sur l'emploi du perchlorure de fer :

Le perchlorure de fer me paraît donc principalement devoir être employé dans les anévrismes traumatiques, dans les sacs exempts d'inflammation et récents, et je le regarde comme dangereux lorsque les poches anévrismatiques sont enflammées, ou le siége d'un travail ancien qui ne permet pas de penser que les parois de l'anévrisme sont saines.

Dans cette séance, l'Académie a procédé au remplacement d'un membre pour la commission du prix Nadand. M. Chatin a réuni la majorité des suffrages.

La séance est levée à cinq heures.

PÉRIPNEUMONIE ÉPIZOOTIQUE.

RÉSUMÉ GÉNÉRAL DES EXPÉRIENCES DE LA COMMISSION SCIENTIFIQUE INSTITUÉE POUR L'ÉTUDE DE LA PÉRIPNEUMONIE ÉPIZOOTIQUE DU GROS BÉTAIL; extrait du rapport de M. H. BOULEY, (1).

La commission scientifique de la péripneumonie a institué deux séries principales d'expériences ayant pour but :

Les premières de rechercher l'influence que peut exercer sur l'organisme des animaux sains de l'espèce bovine leur cohabitation avec des animaux malades de la péripneumonie;

Les deuxièmes d'étudier les effets de l'inoculation de la péripneumonie sur les animaux sains de l'espèce bovine, et surtout de reconnaître si les animaux, inoculés avec le liquide extrait des poumons d'une bête affectée de cette maladie, acquéraient par ce fait le privilége d'une immunité qui les mît à l'abri de la contagion.

Voici le résumé de ces deux séries d'expériences et les conclusions auxquelles elles conduisent :

A. — EXPÉRIENCES SUR LA COHABITATION.

La commission, en instituant ces expériences, s'était proposé la solution des questions suivantes :

1° La péripneumonie épizootique du gros bétail est-elle susceptible de se transmettre, par voie de cohabitation, des animaux malades aux animaux sains?

2° Dans le cas où la contagion de la péripneumonie s'opérerait par cette voie, tous les animaux de l'espèce bovine qui vivent dans un foyer d'infection, contractent-ils la maladie, ou en est-il qui résistent à l'influence contagieuse? Dans ce dernier cas, quelle est la proportion des animaux qui deviennent malades et des animaux qui restent sains?

3° Parmi les animaux qui contractent la maladie, combien récupèrent leur santé et dans quelles conditions?

Combien succombent par la maladie?

4° Y a-t-il des animaux de l'espèce bovine qui soient décidément réfractaires à la contagion de la péripneumonie?

5° Les animaux de cette espèce sont-ils préservés à l'avenir des atteintes de la péripneumonie, lorsque, à la suite d'une première cohabitation, ils n'ont présenté que les symptômes d'une indisposition légère, caractérisés principalement par une toux plus ou moins persistante?

6° Les animaux qui ont contracté une première fois la péripneumonie, ne sont-ils plus susceptibles de la contracter de nouveau?

Pour obtenir la solution de ces questions, la commission a soumis à différentes épreuves de cohabitation 46 animaux de l'espèce bovine, parfaitement sains, et dans de telles conditions de provenance qu'ils n'avaient jamais été exposés à l'influence du contact d'animaux atteints de la péripneumonie.

Ces 46 sujets d'expérience ont été répartis ainsi qu'il suit :

20 à la Pomeraye (première expérience);
2 à Charentonneau (deuxième expérience);
13 à Maisons-Alfort (troisième expérience);
11 à Charentonneau (quatrième expérience).

Sur ce nombre :

21 animaux ont paru réfractaires à la contagion dans une première épreuve de cohabitation;
10 ont éprouvé une indisposition passagère;
15 ont contracté la maladie.

46

Sur ces 15 malades de la péripneumonie, contractée par cohabitation, 11 sont guéris et 4 sont morts.

Conséquemment, le nombre des animaux réfractaires, en apparence, à une première épreuve de cohabitation, s'élèverait à 45,65 pour 100.

Celui des animaux indisposés, à. . . . . 21,73 pour 100.
Celui des animaux malades et guéris, à. . . . . . 23,91 pour 100.
Celui des animaux morts, à. . . . . 8,69 pour 100.

Mais si, au lieu de s'en rapporter aux apparences extérieures des animaux exposés à la cohabitation, on prend en considération les résultats donnés par les autopsies, qui ont démontré que 6 des 11 animaux, mis en expérience à la ferme de Charentonneau (quatrième expérience), avaient contracté la maladie, on voit qu'il faut compter 6 animaux en plus, comme malades par suite de la cohabitation, et 6 réfractaires en moins, ce qui donne, en définitive, les résultats suivants :

15 réfractaires	32,61 p. 100
10 indisposés.	21,73 p. 100
17 malades guéris	36,95 p. 100
4 morts.	8,98 p. 100
46	100,27

Sur les 42 animaux qui ont été exposés aux premières épreuves de cohabitation faites à la Pomeraye et à Charentonneau, et qui en sont sortis avec leur santé sauve ou recouvrée, 18 ont été soumis une deuxième fois aux mêmes épreuves, et sur ces 18, 4 une troisième fois.

Ces 18 animaux se décomposaient ainsi qu'il suit :

5 avaient contracté la maladie à la suite de la première cohabitation et en étaient guéris;

9 étaient demeurés réfractaires à une première influence contagieuse;

4 n'avaient été qu'indisposés par suite d'une première cohabitation.

Quant aux 4 animaux qui furent soumis à la troisième expérience de cohabitation, ils faisaient partie de la catégorie de ceux qui avaient contracté la maladie par le premier contact, et qui en étaient guéris.

Aucun des 18 sujets soumis à ces nouvelles épreuves, dans ces conditions, ne contracta la péripneumonie et ne présenta même les plus légers symptômes d'indisposition.

Des résultats de ces expériences de cohabitation, la commission a tiré les conclusions suivantes :

CONCLUSIONS.

1° La péripneumonie épizootique des bêtes à cornes est susceptible

(1) On se rappelle que, dès l'origine, la GAZETTE MÉDICALE (voir 1852, p. 715, 729, 798; 1853, p. 20) a appelé l'attention sur l'important sujet de l'inoculation de la péripneumonie épizootique. Le rapport de la commission, instituée par le gouvernement pour répéter les expériences belges, vient d'être publié. En attendant que nous le soumettions à une discussion approfondie, nous croyons devoir en publier le résumé textuel. C'est un document du plus haut intérêt pour la pathologie comparée et l'histoire des épidémies.

de se transmettre par voie de cohabitation, des animaux malades aux animaux sains de la même espèce.

2° Tous les animaux exposés à la contagion par cohabitation ne contractent pas la péripneumonie; il en est, parmi eux, qui demeurent complétement réfractaires à l'action contagieuse, et d'autres qui n'éprouvent, sous son influence, qu'une indisposition légère et de peu de durée.

3° Parmi les animaux qui contractent la maladie, les uns guérissent et recupèrent avec leur guérison toutes les apparences extérieures de la santé, et les autres succombent.

4° Les animaux qui ne présentent que des symptômes d'une indisposition légère à la suite d'une première cohabitation, paraissent préservés par ce fait, à l'avenir, contre les atteintes de la péripneumonie.

5° Les animaux qui ont été atteints une première fois de la péripneumonie, ne paraissent plus susceptibles de la contracter de nouveau.

Telles sont les conclusions générales que la commission s'est crue autorisée à déduire de ses expériences sur la contagion par cohabitation. Quant aux questions de savoir quelles peuvent être, dans un troupeau soumis à l'influence de la contagion, les proportions relatives des animaux qui demeurent réfractaires à son action; de ceux qui deviennent indisposés; de ceux enfin qui contractent la péripneumonie, et parmi ces derniers quel est le rapport des morts aux guérisons, la commission n'a pas pensé avoir réuni un assez grand nombre de faits, pour formuler une conclusion qui fût l'expression absolue de ce qui se passe dans les conditions habituelles de la pratique. Elle a dû se borner à énoncer ici les chiffres qui résultent de ses expériences particulières.

D'après le relevé de ces expériences, 45 animaux sur 100 ont contracté la péripneumonie par le fait de la cohabitation, et 21 ont éprouvé une indisposition légère; ce qui fait, en résumé, 65 animaux qui ont ressenti l'influence contagieuse à des degrés divers, et 32 qui s'y sont montrés réfractaires.

La proportion des animaux qui ont récupéré toutes les apparences extérieures de la santé, après avoir contracté la maladie, a été de 83 pour 100 des animaux malades, et celle des sujets qui ont succombé a été de 17 pour 100.

B. — Expériences sur l'inoculation de la péripneumonie.

Les questions que la commission s'était proposé de résoudre par ses expériences sur l'inoculation de la péripneumonie, étaient les suivantes :

1° La péripneumonie est-elle susceptible de se transmettre aux animaux sains par l'inoculation du sang, de la bave, de la matière de l'écoulement nasal, et des matières excrémentitielles provenant d'animaux affectés de cette maladie?

2° Les animaux sains que l'on a soumis à l'inoculation de l'une ou de l'autre de ces substances, ont-ils contracté, par ce fait, une immunité à un degré quelconque, contre l'influence contagieuse de la maladie?

3° La péripneumonie est-elle susceptible de se transmettre, avec sa forme et ses symptômes caractéristiques, aux animaux sains de l'espèce bovine, par l'inoculation du liquide extrait du poumon d'une bête malade de cette maladie?

4° Dans le cas où l'inoculation de ce liquide ne déterminerait pas sur les animaux sains une répétition exacte de la forme et des symptômes de la maladie inoculée, comme cela se remarque à la suite de l'inoculation de toutes les maladies contagieuses, quels sont les phénomènes locaux ou généraux qui en sont la conséquence? Dans quelles proportions et avec quels caractères plus ou moins graves d'intensité ces phénomènes se traduisent-ils? Combien d'animaux succombent aux suites de l'inoculation? Combien récupèrent la santé après avoir été soumis à son épreuve, et dans quelles conditions?

5° Les animaux de l'espèce bovine soumis à l'épreuve de l'inoculation du liquide pulmonaire, acquièrent-ils par ce fait, le privilége de résister à la contagion de la péripneumonie?

Les expériences faites pour résoudre la question de la contagion de la péripneumonie par l'inoculation du sang, de la bave, du mucus nasal, etc..... n'ayant porté que 6 animaux, la commission n'a pas pensé qu'elles fussent assez nombreuses pour servir de base à une conclusion quelconque, aussi ne les a-t-elle fait enregistrer dans ce compte rendu que pour mémoire. Toutefois, la commission a cru devoir signaler ici cette circonstance, que les 2 vaches qu'elle a fait inoculer avec le mucus nasal et qu'elle a soumises ensuite à l'épreuve de la contagion par cohabitation, n'ont pas contracté la péripneumonie.

Les expériences d'inoculation du liquide extrait des poumons d'une bête affectée de la péripneumonie, ont été faites sur 54 animaux parfaitement sains, et dans de telles conditions de provenance, qu'ils n'avaient jamais été exposés à la contagion de la maladie.

En voici le résumé :

Des 54 sujets inoculés, aucun n'a contracté la péripneumonie par le fait de l'inoculation.

Sur 33, les effets de l'inoculation ne se sont traduits que par une inflammation locale légère et très-circonscrite;

Et sur 21, cette inflammation, consécutive à l'inoculation, a été très-grave, très-étendue, et s'est compliquée de phénomènes gangréneux, dont les conséquences ont été mortelles pour 6 des sujets inoculés.

Conséquemment, le nombre des animaux sur lesquels l'inoculation a été bénigne, s'élève à. . . . . . . 61,11 p. 100

La proportion de ceux dans lesquels la gangrène s'est déclarée à la suite de l'inoculation et a déterminé la chute de la queue, est de. . . . . 27,77 p. 100

Et enfin, celle des morts est de. . . . . 11,11 p. 100

Donc 88,88 sujets sur 100 sortiraient des épreuves de l'inoculation avec leur santé sauve ou recouvrée, et 11,11 succomberaient à ses suites.

Des 48 sujets sortis sains ou saufs des épreuves de l'inoculation, 2 sont morts d'accidents étrangers à cette opération et 34 ont été exposés pendant une période de cinq à six mois à l'influence directe de la contagion par cobabition, avec 24 sujets de même provenance non inoculés, devant servir de termes de comparaison.

12 animaux inoculés, qui avaient été placés dans une étable à part pour être utilisés à des expériences ultérieures, ne furent pas exposés au contact direct d'animaux malades de la péripneumonie, mais ils furent pansés par le même vacher qui était chargé du soin de ces malades.

Sur ces 46 sujets inoculés, un seul (soit 2 pour 100), habitant l'étable non contaminée, contracta la péripneumonie, tandis que sur les 24 animaux non inoculés, servant de termes de comparaisons, qui furent soumis à l'influence directe de la contagion, en même temps que 34 des sujets inoculés, 14 (soit 58 pour 100), avec ou sans symptômes apparents, ont ressenti l'influence contagieuse.

Des résultats de ces expériences sur l'inoculation de la péripneumonie, la commission a tiré les conclusions suivantes:

1° L'inoculation du liquide extrait des poumons d'une bête bovine, malade de la péripneumonie, ne transmet pas aux animaux sains de la même espèce, auxquels on la pratique, une maladie semblable, tout au moins par son siége, à celle d'où procède le liquide inoculé.

2° Les phénomènes appréciables, consécutifs à l'inoculation, sont ceux d'une inflammation locale, légère et circonscrite au lieu de l'inoculation, sur un certain nombre des sujets inoculés; grave, diffuse, accompagnée d'une réaction générale, proportionnelle à l'intensité de la réaction locale, et compliquée d'accidents gangréneux sur un autre nombre des animaux inoculés, pouvant enfin se terminer par la mort pour quelques-uns de ces derniers. — (Dans les expériences de la commission, l'inoculation a été bénigne dans ses effets sur 61 p. 100 des sujets inoculés; grave et compliquée d'accidents gangréneux sur 38, mortelle pour 11. 88 sujets, sur 100, ont donc récupéré leur santé après l'inoculation; 61 sans présenter de traces apparentes de l'opération qu'ils avaient subie, et 27 avec des lésions extérieures locales, plus ou moins étendues et accusées, suivant l'intensité des accidents gangréneux auxquels l'inoculation avait donné naissance.)

3° L'inoculation du liquide extrait des poumons d'un animal malade de la péripneumonie possède une vertu préservatrice, elle investit l'organisme du plus grand nombre des animaux auxquels on la pratique d'une immunité qui les protége contre la contagion de cette maladie, pendant un temps qu'il reste à déterminer, mais qui, dans les expériences rapportées plus haut, n'a pas été moindre que six mois.

— Si maintenant, pour apprécier la valeur économique de l'inoculation dont l'expérience directe démontre les propriétés préservatrices, on voulait comparer les résultats que sa pratique a donnés dans les différents essais rapportés plus haut, avec ceux qui ont été fournis par toutes les expériences de cohabitation relatées dans ce compte rendu, voici les conclusions auxquelles ce rapprochement conduirait :

Du relevé statistique des expériences faites par la commission, il résulte d'une part :

Que sur 100 animaux de l'espèce bovine exposés à l'influence de la contagion par cohabitation,

32,61 sont épargnés, et

21,73 n'éprouvent qu'une indisposition passagère et de peu d'importance pour leur santé; considérable cependant, en ce sens favorable, qu'elle les prémunit à l'avenir contre les atteintes du mal;

Soit en tout 54,34 sujets, sur lesquels les effets de la cohabitation sont tout à fait nuls ou très-légers;

45,65 sujets contractent la maladie à un degré plus ou moins intense;

35,95 en guérissent, et

8,69 succombent aux suites de la maladie.

D'autre part, il résulte des expériences d'inoculation faites par la commission, que sur le même nombre 100 d'animaux soumis à l'épreuve de cette opération :

61,11 n'en éprouvent que des effets très-bénins; qu'elle est plus ou moins dangereuse, ou tout à fait nuisible par ses suites, pour 38,88 sujets;

Que sur ces 38,88 sujets, 27,77 guérissent après avoir éprouvé des accidents gangréneux plus ou moins graves, et 11, 11 succombent par suite de ces accidents gangréneux.

Le tableau suivant présente, en regard, les résultats chiffrés donnés par les deux expériences d'inoculation et de cohabitation faites par la commission.

COHABITATION.		INOCULATION.	
Le nombre des sujets d'expérience étant supposé	100	Le nombre des sujets d'expérience étant supposé.	100
La cohabitation serait ou nulle dans ses effets, ou très-bénigne pour.	54,34	L'inoculation serait bénigne pour.	61,11
Et plus ou moins nuisible pour	45,65	Et plus ou moins nuisible pour	38,88
Dans ce dernier chiffre, la guérison serait représentée par	36,95	Dans ce dernier chiffre, la guérison serait représentée par	27,77
Et la mort par	8,69	Et la mort par	11,11
En résultat définitif, le nombre des animaux sortis des épreuves de cohabitation avec la santé *sauve* ou *recouvrée* s'élèverait, d'après ce relevé, au chiffre de.	91,29	En résultat définitif, le nombre des animaux sortis des épreuves de l'inoculation avec leur santé *sauve* ou *recouvrée* s'élèverait, d'après ce relevé, au chiffre de. . .	88,88
Et celui des morts à.	8,69	Et celui des morts à	11,11

Le premier fait qui ressort de ce rapprochement est que l'inoculation a causé une mortalité plus grande que la maladie dont elle avait pour but de prévenir les ravages.

En outre, il faut considérer que les animaux qui ont résisté aux accidents gangréneux consécutifs à l'inoculation, ont perdu une grande partie de leur valeur vénale après leur guérison, parce qu'ils n'ont pu recouvrer leur santé qu'après un long temps de souffrance qui les a beaucoup amaigris, et qu'ils demeurent à jamais tarés et d'une manière difforme, par la perte d'une partie plus ou moins étendue de leur queue; tandis que, au contraire, les vaches qui, dans les expériences de la commission, ont contracté la péripneumonie et en sont guéries, ont récupéré à peu près leur valeur après leur guérison, la maladie n'ayant laissé sur elles aucune trace extérieure appréciable, et n'ayant pas sensiblement modifié, par son influence, l'aptitude des animaux, soit à la lactation, soit à l'engraissement.

Mais il est juste de dire, pour faire entrer en ligne de compte tous les éléments de la solution impartiale de cette grave question, que le plus grand nombre des animaux qui récupèrent les apparences de la santé après avoir contracté la péripneumonie ne guérissent pas complétement de cette maladie. Dans l'immense majorité des cas, ainsi qu'en témoignent les autopsies faites par la commission, une partie de leurs poumons, plus ou moins étendue suivant l'étendue de la maladie primitive, reste frappée d'une véritable mortification. Cette lésion demeure isolée, il est vrai, au milieu du reste de l'organe conservé parfaitement sain; il s'opère autour d'elle un travail remarquable de séquestration, en vertu duquel toute communication est interceptée entre les conduits aériens et la partie mortifiée qui échappe ainsi à la décomposition putride, et c'est ce qui explique comment une lésion de cette nature peut, malgré sa gravité apparente, n'être pas incompatible pendant un assez long temps tout au moins, avec la conservation des aptitudes de l'animal à l'engraissement et à la lactation; mais ce mode de terminaison de la péripneumonie ne peut pas, après tout, être considéré comme une guérison, dans le sens rigoureux du mot, et en définitive il est juste de dire que si, au point de vue économique, le plus grand nombre des animaux qui récupèrent la santé après avoir contracté la péripneumonie, n'éprouvent pas dans leur valeur vénale de dépréciation notable, ils n'en sont pas moins atteints de lésions assez graves d'un organe essentiel qui, au point de vue physiologique, ne laissent pas que d'avoir une grande importance, et qui peut-être finiraient par faire sentir leur influence, si la vie des animaux de l'espèce bovine se prolongeait davantage.

Doit-on conclure des résultats donnés par le relevé statistique des expériences de la commission, que l'inoculation ne saurait être conseillée dès aujourd'hui comme une mesure pratique à opposer à la propagation de la péripneumonie, et que les propriétaires de bêtes bovines auraient moins d'avantage à l'adopter qu'à laisser la maladie se répandre dans leurs troupeaux, suivant son mode habituel?

Non sans doute, car il faut considérer d'une part que les tâtonnements des premiers essais, les imperfections des premiers procédés ont pu grossir, dans les expériences de la commission, le nombre des accidents et des pertes que la pratique de l'inoculation peut entraîner, tandis que d'un autre côté le chiffre de 8 pour 100, qui dans ces expériences représente la mortalité causée par la contagion de la péripneumonie, est de beaucoup inférieur à celui qui exprime les pertes déterminées par la marche naturelle de cette maladie, dans les circonstances les plus graves et peut-être les plus ordinaires de la pratique; différence qu'explique sans doute la rusticité du plus grand nombre des sujets dont la commission s'est servis, dans ces expériences sur la contagion par cohabitation.

En définitive, quoiqu'il ne ressorte pas des expériences actuelles de la commission, que l'inoculation soit économiquement une mesure avantageuse; cependant, comme ces expériences paraissent démontrer sa vertu préservative, en présence de ce fait considérable, la commission est d'avis que la pratique de l'inoculation doit être encouragée, et elle a l'espérance qu'elle deviendra profitable à l'agriculture lorsqu'elle aura été perfectionnée, dans l'application, par une étude plus complète.

La commission ne s'est pas basée exclusivement sur ses propres expériences pour formuler l'opinion qu'elle vient de vous soumettre, Monsieur le Ministre, elle a cru devoir aussi s'inspirer des résultats des expériences ou analogues aux siennes ou poursuivies dans une autre voie, qui ont été entreprises parallèlement en Hollande, en Belgique et dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais par des commissions scientifiques, instituées dans le but de rechercher la valeur de l'inoculation préventive de la péripneumonie épizootique du gros bétail.

Le résumé analytique des travaux de ces commissions se trouve présenté dans le paragraphe suivant que la commission française a cru utile d'annexer au compte rendu de ses propres recherches, afin de les compléter et de grouper en un seul faisceau tous les documents qui peuvent contribuer à l'éclaircissement de l'importante question d'hygiène publique dont votre administration poursuit la solution.

(*La fin au prochain numéro.*)

VARIÉTÉS.

Il sera intéressant, pour connaître l'organisation du service de santé des armées, de comparer ta composition du service médical de l'armée anglaise en Orient avec celle du personnel médical de nos troupes. On trouvera dans les données suivantes les éléments de cette comparaison.

Les troupes anglaises, sous le commandement de lord Raglan, comptent 27,000 hommes. Le personnel médical de cette armée est composé de la manière suivante : 1 inspecteur général des hôpitaux, 4 sous-inspecteurs généraux, 12 chirurgiens d'état-major de première classe, 13 de deuxième classe, 48 chirurgiens adjoints d'état-major. On compte en sus à l'état-major général 1 pharmacien en chef ayant sous ses ordres 17 employés d'un grade inférieur, parmi lesquels figure un coutelier.

Dans les corps de troupe, le personnel médical est ainsi composé : 1 chirurgien et 3 chirurgiens adjoints pour chaque régiment d'infanterie (850 hommes), 1 chirurgien et 1 chirurgien adjoint pour deux escadrons de cavalerie (250 hommes), 1 chirurgien adjoint pour chaque troupe d'artillerie à cheval, 1 chirurgien adjoint pour chaque batterie de campagne. — Total des officiers de santé, 203.

Pendant les guerres de la Péninsule, un peu plus du tiers du personnel médical de l'armée anglaise était constamment hors d'état de servir, par suite des maladies. Comme il est probable que le chiffre des malades sera aussi considérable en Turquie qu'en Espagne, il faudrait au moins une réserve de 68 officiers de santé prêts à partir.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE GÉNÉRALE.

RAPPORT GÉNÉRAL DE LA COMMISSION DE LA PÉRIPNEUMONIE ÉPIZOOTIQUE.

Nous donnons aujourd'hui les dernières conclusions du rapport général de la commission instituée le 30 mai 1850 par le gouvernement, pour l'étude de la péripneumonie épizootique du gros bétail. Ce travail remarquable sur une des maladies contagieuses les plus intéressantes à étudier au point de vue de la médecine et de l'hygiène vétérinaires, à part les applications immédiates qu'il recevra sans doute, et les développements ultérieurs que d'autres études pourront lui donner, éclaire tel qu'il est des questions importantes de pathologie générale, relatives à la nature de la contagion et à l'inoculation des maladies virulentes. C'est à ces deux titres que la GAZETTE MÉDICALE ne pouvait laisser passer ce rapport sans extraire des faits nombreux qu'il présente ceux qui, placés en première ligne et dégagés des inconnues qui en masquent la valeur, doivent servir à la pathologie humaine, comme moyen de démonstration expérimentale et d'induction prophylactique dans la question si discutée de la contagion des différentes maladies.

En parlant d'éliminer du rapport les inconnues, nous entendons seulement distinguer les faits démontrés et positivement établis de ceux qui exigeraient encore pour leur solution des expériences que la commission ne pouvait faire et qu'elle n'avait même pas mission d'entreprendre. Ces désidérata, on les trouve dans toutes les recherches expérimentales depuis les questions les plus simples jusqu'aux plus complexes, comme celle qu'a analysée la commission; ils sont inhérents à ce genre de faits, qui ne donnent jamais que des vérités incomplètes. Il faut donc les prendre pour ce qu'ils sont et n'y point trouver un obstacle à l'établissement des vérités expérimentales.

La première solution du rapport de M. Bouley est relative à la *transmission de la péripneumonie épizootique, par voie de cohabitation, des animaux malades aux animaux sains*. Cette transmission est mise hors de doute par les expériences de la commission qui établissent dans le fait absolu les conditions suivantes qui régissent plus ou moins ses manifestations.

1° On trouve dans les diverses catégories un certain nombre d'animaux réfractaires à l'action de la contagion.

2° L'influence contagieuse se manifeste à des degrés très-divers sur les animaux susceptibles d'infection.

3° La transmission de la péripneumonie peut s'opérer dans les étables à une certaine distance, et il n'est pas nécessaire d'un contact immédiat pour que ce phénomène se manifeste.

La péripneumonie épizootique offre ainsi l'exemple d'une affection transmissible à distance, à un certain nombre de sujets, avec des intensités variables; on voit en outre la transmission s'effectuer dans les étables, tantôt par voie de voisinage, et d'autres fois plutôt à distance. Il n'y a donc rien d'absolu dans cette transmission de la maladie des sujets affectés aux sujets sains. Elle peut atteindre les uns et épargner les autres; chez ceux qu'elle atteint, elle peut être légère ou grave. Des conditions particulières aux sujets qui reçoivent les impressions contagieuses ou aux moyens de transmission de cette contagion font ici la préservation, là la contagion, ici une affection légère, là un cas grave. Dans telle circonstance, la contagion pourra se manifester d'abord sur un sujet éloigné, et épargner ceux qui sont en contact avec les sujets malades. Dans toutes ces divergences, qui ne sont qu'apparentes, il y a le même fait fondamental, initial, et la même cause, la contagion.

L'expérimentation, impossible sur l'homme, mais réalisée sur les animaux, permet ainsi de résoudre expérimentalement la plupart des difficultés qu'on a soulevées au sujet de la contagion. Si donc la péripneumonie épizootique est contagieuse, on ne dira point qu'elle se communique dans tous les cas; de ce qu'elle ne se communique qu'à un certain nombre de sujets, on ne dira pas qu'elle n'est point contagieuse; et de ce que la maladie ne se transmet pas avec tous ses caractères à tous les individus, on ne dira pas que ces ébauches affaiblies ne sont pas la maladie.

La deuxième solution présentée par le rapport est relative à *l'immunité dont jouissent, dans de nouveaux foyers d'infection, les animaux qui ont subi une première fois les atteintes de la péripneumonie*. Ainsi se classe, à côté de l'immunité naturelle, inexpliquée, dont jouissent certains animaux totalement réfractaires à la contagion, une autre immunité qui peut être opérée artificiellement, immunité analogue à celle que procure la vaccine dans certaines maladies virulentes. Il est nécessaire d'insister sur ce caractère de la péripneumonie épizootique, afin de bien établir que ce n'est point la continuation du mal et la persistance de lésions pulmonaires ignorées qui déterminent cette immunité, mais bien une sorte de neutralisation de l'économie entière. Les animaux sont préservés contre de nouvelles atteintes de la péripneumonie, soit qu'ils aient contracté une première fois cette maladie, soit qu'ils n'aient présenté que des symptômes d'une indisposition légère à la suite d'une première cohabitation.

Si l'on rapproche cette seconde solution de la première, on remarquera combien elle lui correspond. On a vu d'abord la contagion provoquer des réactions différentes, suivant les sujets, et quelquefois même ne donner lieu à aucune réaction. On voit ensuite l'immunité, qui est un des effets de la contagion, avoir lieu suivant les mêmes modes, chez les mêmes sujets et pour des conditions identiques. Nous relevons ces faits qui ressortent directement du rapport de M. Bouley, afin de faire voir l'enchaînement qui unit les différentes parties de ce sujet complexe les unes aux autres, et d'extraire des faits la conclusion la plus générale applicable à la pathologie humaine comme à la pathologie comparée, aux différentes maladies contagieuses comme à la péripneumonie épizootique.

Nous arrivons maintenant à la seconde partie du rapport, celle qui a trait aux expériences sur l'inoculation de la péripneumonie. Si l'inoculation du liquide extrait du poumon d'une bête malade ne transmet pas aux animaux sains, sur lesquels on la pratique, une maladie semblable à celle d'où procède le liquide inoculé, quels sont les accidents que cette inoculation provoque, et qu'elle influence exerceront-ils sur la contagion de la péripneumonie? La solution de cette question complexe est contenue dans les résultats suivants: « Les phénomènes appréciables, consécutifs à l'inoculation, sont ceux d'une inflammation plus ou moins intense, quelquefois même gangreneuse, qui se développe au lieu de l'inoculation au bout d'un temps variable de deux à

FEUILLETON.

ASSOCIATION DE PRÉVOYANCE ET DE SECOURS DES MÉDECINS DU RHÔNE.

On a souvent parlé des besoins du corps médical; ce qu'il appelle de ses vœux les plus ardents, c'est une réforme qui rehausse la dignité de la profession, qui, en lui imposant des devoirs, protége du moins ses droits, qui resserre les liens de la confraternité et réunisse les hommes de l'art dans un but de philanthropie et de moralisation, qui enfin vienne, en récompense de tous leurs dévouements, garantir leur existence et leur honorabilité, en les mettant à l'abri des rudes atteintes du charlatanisme.

L'attente générale a malheureusement été vaine jusqu'à ce jour; or il nous semble qu'il est jusqu'à un certain point au pouvoir du corps médical de réaliser ces vœux en opérant peu à peu dans son sein ces réformes si désirées; il faut qu'il se mette résolument à l'œuvre, et qu'il commence par s'organiser de lui-même. Les membres de la grande famille médicale ont en eux des ressources qu'on n'a pas encore suffisamment utilisées; les associations de prévoyance et de secours des médecins par département nous paraissent un des moyens les plus sûrs d'arriver au résultat qu'on se propose; en les préparant sur une grande échelle, ce sera un acheminement infaillible à une révolution fondamentale. Le pouvoir un jour sera forcé de mettre la législation en rapport avec les exigences d'une profession qu'aucune autre ne devrait surpasser en dignité et en garanties, comme aucune ne la surpasse en utilité.

L'association médicale a une haute portée: la charité et la morale en sont le but; elle resserre efficacement les liens de la confraternité; elle protége les droits de tous; elle tend la main à l'infortune; elle accorde des secours aux nécessiteux; elle concilie; elle prévient ou apaise les conflits; elle retient les faibles dans la ligne du devoir; elle empêche le mal par la peur du blâme; on peut dire qu'elle tient tous les membres unis sous le double empire de la philanthropie et de la moralisation. N'est-ce pas là un grand pas dans la voie des réformes? Quel autre expédient meilleur pourrait-on mettre en œuvre pour y arriver?

L'esquisse de ce que Lyon a commencé à faire, en suivant l'exemple de Paris, suffira amplement à la démonstration de cette thèse. L'origine première de l'association médicale du Rhône remonte à 1846. Orfila a fondé celle de la Seine; et parmi tous les titres qui consacrent à jamais l'illustration de son nom, le titre de fondateur de l'association parisienne doit être celui auquel il attachait le plus grand prix. Il sera permis à l'auteur de ces lignes, qui a eu l'honneur de l'initiative dans son département, d'attacher aussi le plus grand prix à la fondation d'une œuvre qui est appelée à faire beaucoup de bien.

L'association médicale du Rhône n'a pu être légalement constituée que le 15 novembre 1852; elle fonctionne depuis lors, et le 18 mai 1854, elle a tenu

trente jours, et qui s'accompagne d'une réaction générale plus ou moins intense. L'inoculation donne lieu, chez les animaux auxquels on la pratique, a une immunité analogue à celle dont jouissent les animaux qui ont contracté une première fois la péripneumonie. » Ces données capitales sur lesquelles la commission fonde le vœu que la pratique de l'inoculation soit encouragée et perfectionnée, ont une signification bien nette. Quoiqu'il ne ressorte pas des expériences entreprises que le procédé de M. le docteur Willems soit une mesure économiquement avantageuse, cependant on espère qu'il deviendra profitable à l'aide de certains perfectionnements. Tels sont les termes auxquels se trouve réduite, dans le rapport, la question prophylactique; les bases en sont ainsi déterminées, et il reste à trouver le procédé opératoire le moins dangereux. Cette partie toute spéciale du travail de M. Bouley ne doit point nous arrêter davantage. Ce qu'il nous importe de constater, c'est qu'une affection contagieuse et virulente, dont le siége est dans les poumons, peut produire des phénomènes d'inflammation spécifique dans différentes parties du corps où elle est inoculée, et qu'à la suite de cette maladie artificielle et communiquée, l'immunité s'établit comme à la suite de la contagion ellemême. Y a-t-il là encore contagion, c'est-à-dire production d'accidents spécifiques analogues, par leur nature, à la maladie primitive, et pouvant la reproduire dans sa nature essentielle sous des formes et à des degrés très-différents? Tel est le résultat auquel conduit l'induction la mieux établie.

L'immunité n'est pas un fait explicable par la coïncidence ou l'existence antérieure d'une lésion inflammatoire. Ceux qui savent avec quelle facilité les maladies se superposent les unes aux autres ne seront pas tentés d'expliquer la préservation par une influence non spécifique. Toutefois nous pensons qu'une dernière série d'expériences aurait ici légitimement clos les travaux de la commission, en faisant voir jusqu'à quel point les accidents produits par l'inoculation étaient eux-mêmes susceptibles de se transmettre par voie de contagion, et quels effets préservatifs résultaient de ces inoculations secondaires. Les exemples de maladies spécifiques donnant lieu, par l'inoculation ou la contagion, à des lésions différentes, par leur siége et leur apparence, de la maladie primitive, ne sont pas tellement communs qu'il n'y ait véritablement lieu de dégager le fait dont nous parlons de toute incertitude expérimentale.

La solution que l'on attend à ce sujet, et à laquelle d'autres recherches conduiront sans doute, permettra de confirmer à nouveau d'une manière expérimentale ce que la GAZETTE MÉDICALE a dès longtemps établi dans le domaine de la pathologie générale, à savoir l'identité de nature des maladies sous une grande diversité de formes.

THOLOZAN.

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

IL A ÉTÉ ÉTABLI, AU MOMENT DE LA CRÉATION, DES LOIS QUI GOUVERNENT TOUS LES CORPS DE L'UNIVERS; par J. B. G. BARBIER.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

LOI DES AFFINITÉS MOLÉCULAIRES. — Cette loi s'applique à la matière de tous les corps terrestres, à leurs principes élémentaires comme aux composés qu'ils forment. Mais son autorité n'est pure et absolue que sur les êtres minéraux ou abiotiques. Elle se manifeste dans les molécules de ces êtres comme une force virtuelle qui les pénètre, qui les domine, qui les anime de tendances à s'unir à des substances déterminées, qui leur imprime ce que nous nommons des affinités.

Ces affinités plastiques sont constantes, invariables, définies dans chaque substance; le cours des siècles ne les a ni affaiblies ni modifiées. Lorsque les molécules d'un composé minéral rencontrent d'autres molécules qui leur conviennent davantage, ces affinités se montrent électives ou divellentes. Le premier composé disparaît; un nouveau le remplace. Les décompositions, les créations de corps abiotiques, par suite du choix de leurs principes, sont incessantes, sont multipliées. Toutefois rien ne se perd, rien ne se crée; les formes de la matière varient, jamais le poids, comme l'a dit Lavoisier.

Un corps minéral constitué possède une proportion fixée, déterminée, de chacun des principes qui entrent dans sa composition. Il y a eu dans l'acte de sa formation un point de saturation où il a pris l'être, au delà duquel les composants en excès restent adhérents à ce corps, mais ne sont pas à l'état de combinaison.

Les corps minéraux qui prennent librement une forme solide sont toujours modelés sur le même type, lorsqu'ils se composent des mêmes principes. Cette fixité, cette stabilité de leur forme extérieure, de leurs caractères physiques, attestent une règle souveraine qui préside à leur développement. Les cristallisations des mêmes sels renaissent toujours semblables. Le polymorphisme dépend de causes qui ont accidentellement modifié l'état moléculaire des corps.

L'acte plastique qui accompagne l'exercice des affinités moléculaires est une opération où la force qui régit la matière devient évidente, où l'on observe des efforts réciproques, des mouvements, des bruits, un dégagement d'électricité, de lumière, où se produit de la chaleur ou du froid.

Les affinités sont des facultés qui appartiennent aux molécules de la matière, qui sont indélébiles, toujours présentes. Ces facultés peuvent être dominées par une autre puissance, comme dans les êtres organisés; mais elles tendent toujours à reprendre leur indépendance. Dans les corps abiotiques, les affinités ne constituent pas une force qui puisse se communiquer, se transmettre comme la vie. Aucune filiation ne rattache, dans le monde minéral, les êtres qui précèdent à ceux qui les suivent.

Le corps des êtres abiotiques prend un volume variable, indéterminé. Ces êtres s'accroissent par des couches qui viennent successivement s'ajouter à leur masse. Leur intérieur ne présente pas, comme les corps

---

une séance publique, en présence d'un nombreux auditoire composé de l'ensemble des médecins du département. L'ordre du jour se composait du compte rendu de l'exercice de 1853, et du renouvellement partiel de la commission générale. A la fin de la séance, M. Munaret a lu l'Éloge historique du docteur Pravaz, et l'on s'est plu à reconnaître que son talent littéraire s'est révélé sous un nouveau jour. Toutefois, malgré le mérite éminent de l'écrivain, beaucoup de personnes ont prétendu que cette innovation est en dehors de l'esprit de la Société, qu'on n'en trouve pas de traces dans les autres réunions de ce genre, et que le privilége de faire l'éloge isolé d'un seul membre lorsqu'on a à déplorer la perte de plusieurs ne saurait obtenir l'assentiment des sociétaires. Il ne nous appartient pas de trancher cette question; l'avenir en décidera.

Reprenons notre analyse plus en détail. M. de Polinière, président, a ouvert la séance par une allocution pleine de convenance et d'à-propos. Nous y avons remarqué un éloge bien senti d'Orfila, et un portrait de l'association que nous croyons devoir reproduire : « Si, dit-il, l'association des médecins du Rhône se bornait à répandre des secours pécuniaires, elle n'accomplirait qu'une partie de sa mission; celle-ci est plus haute et plus étendue, car l'association s'occupe des intérêts publics tout autant que des intérêts privés. — Au milieu de ce débordement du charlatanisme qui revêt les formes les plus variées pour abuser cruellement d'une crédulité trop confiante, l'association cherche à sauvegarder la société et signale par tous les moyens en son pouvoir les manœuvres honteuses et coupables, les abus, en un mot, relatifs à l'exercice de la médecine et de la pharmacie.

» Pour chacun des membres qui la composent, l'association resserre les liens de la confraternité, et devient un point d'appui moral. Refuge assuré contre les attaques injustes qui ne respectent ni le talent ni le caractère du médecin le plus adonné à l'accomplissement de ses devoirs, elle veille au maintien de la dignité du corps médical, prévient le danger ou l'atténue; c'est la famille avec ses affections réciproques, avec ses secours et ses ressources que féconde l'ensemble de ses membres rapprochés et confondus dans une même pensée de mutualité généreuse. »

Quoique naissante à peine, l'association a déjà révélé ce qu'elle est dans le présent et ce qu'elle peut être dans l'avenir : secours pécuniaires; assistance morale, intervention paternelle dans des conflits qui menaçaient les intérêts de plusieurs de ses membres : ce sont là des services dont elle peut s'honorer et que je ne puis indiquer en détail.

En ma qualité de trésorier, j'ai recueilli, dans l'exercice de 1853, une somme de 2,310 fr., formée ainsi :

112 souscriptions (dont 3 incomplètes).	1,980	2,310
Don de la Société de médecine de Lyon	200	
Legs de la Société médicale d'émulation	130	

Cette somme de 2,310 fr. se décompose, d'après le règlement, en deux parts : l'une pour la *réserve*, et l'autre pour les *dépenses et secours*, comme il suit :

Le *fonds de réserve* s'élève à 1,488 fr., comprenant :

organisés, cet ensemble de pièces distinctes dont l'action coordonnée entretient l'existence de ces êtres. On y voit une substance partout homogène, partout en repos, dont les molécules ont pris l'état quiescent. Les corps minéraux ne connaissent pas la succession des âges; ils ne sont pas soumis à ces perturbations que nous nommons des maladies dans les êtres organisés. Ils n'ont pas une fin limitée, fixée, irrévocable, comme ces derniers.

On reconnaît que le jeu des affinités moléculaires est réglé par une loi, quand on considère que jamais ces affinités, toujours actives, toujours sollicitées, ne se pervertissent, que jamais elles ne donnent naissance à des composés capricieux, désordonnés, à des combinaisons monstrueuses.

La loi des affinités moléculaires constitue la science du chimiste : ce sont les tendances, le caractère, le pouvoir de ces affinités qu'il étudie. C'est leur autorité qu'il dirige quand il opère des combinaisons, ou qu'il sépare, qu'il isole les principes d'un corps. La science de l'analyse et la science de la synthèse ne sont que des applications de la loi des affinités moléculaires à la matière. Le chimiste peut bien décomposer tous les corps naturels; mais il ne peut ni former ni même imiter ceux qui ont été créés sous l'empire d'une autre loi. Ainsi les parties fluides et solides des plantes et des animaux sont journellement soumises à des analyses qui font exactement connaître leurs principes constituants; mais le chimiste tente en vain de les refaire : il faudrait qu'il pût disposer de la biogénie, de cette force secrète qui compose ces produits si précieux pour nous, la fécule, le sucre, l'huile, la fibrine, etc., qui prépare si facilement, en si grande abondance, ces matières dans lesquelles l'homme trouve sa nourriture, ses boissons, ses vêtements, etc., sans lesquelles les arts n'existeraient pas.

Loi biogénique. — La loi de la gravitation s'étend à tous les êtres créés. La loi des affinités moléculaires embrasse tous les corps terrestres. La loi biogénique ne concerne qu'un ordre particulier des productions naturelles, que celles qui sont douées de la vie, qui ont reçu une organisation.

La loi biogénique s'applique aux plantes et aux animaux. Le pouvoir souverain de cette loi apparaît dans chacun de ces êtres, comme un mobile mystérieux qui met en action les divers organes de leur corps, qui dirige l'accomplissement des actes, des fonctions dont le but est le développement, l'entretien de ce composé matériel ou la génération de nouveaux individus, comme une force intime qui a réglé la forme, la structure, le volume, la constitution chimique de ces êtres.

La puissance qui a créé les êtres organisés a voulu que ces êtres pussent exister un temps donné, pussent se multiplier. C'est alors que la loi biogénique a été portée. Elle est contenue dans ces paroles: *Crescite et multiplicamini*. Au moment de la création, les individus étaient élevés à la condition d'espèces. Chacun d'eux représentait un type primitif qui devait se conserver, se reproduire. Aussi la force qui donnait la vie à tous ces êtres a-t-elle reçu dans chacun d'eux une modification, des aptitudes particulières. La vie s'est comme partagée en autant de courants distincts qu'il y avait d'espèces créées. Les premiers individus ont été l'origine d'un courant qui s'est propagé sans interruption à travers toutes les générations qui se sont succédé après eux. La biogénie a pris dans les premiers êtres créés une direction qu'elle conserve; elle refait toujours l'organisation de l'espèce dans les individus. L'action plastique que la biogénie dirige leur donne à tous un corps de la même configuration, des caractères extérieurs semblables, une composition chimique identique.

Un même système d'organisation ne pouvait convenir à tous les êtres organisés. Ceux qui devaient vivre dans les eaux, dans les mers, et ceux qui devaient habiter la terre ou s'élever dans les airs, ne pouvaient être établis sur le même plan, construits sur le même modèle. Des organes différents étaient dus aux animaux qui devaient se nourrir de végétaux et à ceux qui étaient destinés à vivre de chair, d'insectes, etc. Si la toute-puissance du Créateur éclate dans le nombre, dans la diversité des êtres organisés, sa prévoyance, sa bonté, se manifestent également dans le soin avec lequel tous les besoins ont été prévus, et les moyens de les satisfaire assurés.

Tous ces modes si divers d'organisation se conservent fidèlement, toutes ces enveloppes matérielles de la vie se reproduisent dans les individus avec une constance que nous admirons; dans chaque espèce la loi biogénique travaille sur un dessin différent.

Si on compare entre eux les êtres organisés, on en voit qui sont d'une simplicité de structure remarquable. Leur corps offre seulement le fond obligé d'une organisation vivante, les appareils qui servent à sa nutrition, à sa conservation, et les appareils qui assurent la pérennité de l'espèce. Au milieu de ces organisations si bornées se distinguent une multitude d'autres êtres dont le système organique est plus compliqué. De nouveaux instruments ont été ajoutés à ceux qui exécutent la nutrition et la fonction génératrice; de nouvelles facultés sont résultées de la possession de ces instruments, et ces facultés se sont multipliées comme le nombre de ces additions.

Les rapports qui existent dans les êtres organisés entre la vie et la matière sont importants à reconnaître, à bien saisir. La vie emprunte en quelque sorte au monde minéral la portion de matière avec laquelle elle construit l'être qui lui sert de demeure; ainsi nous voyons les plantes tirer de l'air et de la terre les principes qui constituent leur corps. Les plantes servent à la nourriture des animaux herbivores où la matière subit un autre mode d'élaboration. Ces animaux sont la pâture des carnivores, etc. Partout la matière est modifiée, façonnée, travaillée par la force biogéoique; partout elle est convertie en liquides, en tissus, en organes, douée de propriétés, de facultés nouvelles. Mais la matière ne perd pas ses qualités en entrant dans la composition des corps organisés; elle conserve ses affinités, qui étaient seulement dominées transitoirement par la puissance de la vie. Que celle-ci s'éteigne, aussitôt ces affinités reprennent leur liberté, leur activité, et le corps organisé se décompose.

Les êtres vivants nous présentent, comme sujets de considération, cinq points principaux :

1° Leur organisation. Ils sont composés de fluides qui pénètrent toutes les parties de leur corps, et de solides qui sont convertis en organes d'une forme arrêtée, d'un volume fixé, d'une structure déterminée, dont la position est obligée, dont la constitution chimique est assignée. Tous ces organes exécutent des mouvements, remplissent des fonctions, fournissent des produits, qui sont nécessaires, essentiels à l'existence des êtres qui les possèdent.

2° Leur mode de naissance. Un être organisé a toujours pris son origine sur un corps vivant; il n'est jamais le produit des combinai-

---

1° Les droits d'admission, ou 112 fois 6 fr., soit	672	1,438
2° Le tiers de la cotisation annuelle, ou 109 fois 4 fr., soit	436	
3° Les dons et legs	330	

Le *fonds de dépenses et de secours* conserve une somme de 872 fr., sur laquelle il a été :

Dépensé en frais d'impression, reconvrements, etc.	310	Reste 462 fr.
Alloué en secours divers	100	

Ce reliquat de 462 fr. n'ayant pas été dépensé, se tronve, une fois l'exercice de 1853 clos, ajouté à la *réserve* dont le fonds s'élève ainsi, le 1er janvier 1854, au chiffre de 1,900 fr.

Tel est, à ce jour, l'état financier de l'association médicale du Rhône. Je laisse maintenant la parole à M. Diday, secrétaire général, pour rendre compte des travaux de la commission exécutive. Voici d'abord comment il retrace l'historique de l'institution: « Rendons, dit-il, à nos prédécesseurs l'hommage qu'ils méritent; c'est payer une dette de reconnaissance, c'est obéir aussi à ce sentiment de légitime orgueil qu'un héritier met à compulser dans les archives de sa famille les nobles exemples dont l'ascendant devient désormais pour lui une tradition obligatoire. — La première impulsion donnée à Lyon dans le sens de l'union confraternelle fut une émanation de ce grand mouvement qui, vers la fin de 1845, avait poussé dans une voie de sage réforme le corps médical tout entier. L'un de nos collaborateurs actuels les plus méritants, M. le docteur Pétrequin, fut délégué à cette époque, par la commission permanente du congrès de Paris, pour fonder parmi nous une association dans le triple but de la science, de la philanthropie et de la dignité professionnelle. Ainsi, avec la coopération de MM. Rougier et Munaret, il convoqua, le 9 février 1846, une assemblée générale des médecins du département. Cent vingt adhésions furent recueillies. M. de Polinière obtint, à une immense majorité, les honneurs de la présidence, et une commission spéciale élabora un règlement dont les sages dispositions nous ont puissamment aidés dans la rédaction de nos présents statuts. »

L'orateur a esquissé à grands traits et sous une forme piquante les phases diverses de l'association, ses travaux, les services qu'elle a rendus et ceux qu'elle est appelée à rendre. Il a parfaitement fait apprécier le caractère à la fois philanthropique et moralisateur de l'institution; il a fait voir comment, en comprenant tout ce qu'il y a dans le département de médecins honorables, elle exerce sur ses membres une juridiction de famille qui contribue puissamment à les retenir dans la ligne du devoir et de l'honneur, et comment cette juridiction remplace avec avantage les conseils de discipline, nul n'étant justiciable des arrêts de ce tribunal qu'autant qu'il en a accepté l'empire. Enfin il a montré tout l'ascendant qu'elle a déjà su conquérir et toute l'autorité dont la commission exécutive se trouve dès aujourd'hui investie. Il s'est alors demandé comment une si haute influence lui est dévolue. « C'est, dit-il, que nous formons un corps compacte de médecins honorables réunis par l'amour de l'humanité et par la religion du devoir. Rester en dehors de nous, c'est déjà laisser planer sur soi le reproche d'égoïsme ou le soupçon d'indignité. En être tenu à l'écart, c'est montrer que l'un ou l'autre vous était réellement

sons fortuites de la matière. Sa génération est confiée à deux appareils qui restent étrangers aux actes de la nutrition, et dont l'un a pour mission de préparer les germes et l'autre de les féconder. Le germe est d'abord une production du corps auquel il est attaché; il partage la vie de ce dernier. La fécondation lui imprime des qualités nouvelles. Le germe fécondé tend à se rendre indépendant. Soit qu'il prenne l'état de graines ou d'œufs, soit qu'il continue de se développer dans l'être qui lui sert de mère, toujours il s'isole, il devient libre; mais alors son avenir est assuré; la force biogénique le gouverne. Dans ces êtres naissants nous trouvons la vie de l'espèce qui lie entre elles toutes les générations, et une portion de matière qui change dans chaque individu, et qui prend toujours la forme de l'espèce à laquelle ce dernier appartient.

3° Le matériel des êtres vivants demande un entretien journalier. L'air, l'eau, des principes tirés de la terre ou des productions déjà organisées, sont introduits dans leur corps. Ces substances y subissent des élaborations successives qui amènent la formation de matériaux propres à restaurer les fluides et les solides, à servir au développement de toutes les parties, à maintenir leur intégrité. L'intérieur d'un être organisé n'offre pas le repos des corps abiotiques dont les affinités sont satisfaites. La matière qui compose un corps vivant se renouvelle sans cesse, et cette rénovation exige l'exercice continuel d'absorptions, d'une circulation, d'une respiration, de sécrétions, etc.

4° Le temps qu'un être organisé existe se divise en époques bien marquées par des états corporels différents. Les âges, l'enfance, la jeunesse, l'âge adulte, la vieillesse, ont une durée fixée pour chaque espèce. Les actes qui se rapportent à l'organisation se font toujours a une date précise de la vie des êtres organisés.

5° Les êtres organisés n'ont qu'une existence temporaire. Un moment arrive fatalement où tout mouvement s'arrête dans la matière qui les forme, où la force biogénique qui protégeait cette matière contre les tendances des affinités chimiques s'éteint, où le corps organisé se détruit.

Comment des êtres qui, au milieu de la création, se signalent par un mode d'existence si éloigné de celui que présentent les autres corps terrestres ont-ils pu leur être assimilés pour leur étude? Comment a-t-on été conduit à leur appliquer sans mesure la loi de la pesanteur et celle des affinités moléculaires, à chercher dans les données de la mécanique, de la physique, de la chimie, l'explication des phénomènes de la vie, à méconnaître la puissance spéciale qui régit les êtres organisés?

L'observation, la contemplation du mouvement des astres aura forcé l'astronome à s'incliner devant la cause surnaturelle qui dirige leur cours. Le chimiste aura accepté la loi des affinités moléculaires; il avouera avec candeur qu'il n'est, comme l'a dit Fourcroy, que le ministre ou le directeur de ces affinités mystérieuses; et le physiologiste refusera de reconnaître, pour les êtres organisés, l'autorité d'une loi, dont l'application se manifeste par l'exercice d'une force secrète toujours présente, toujours active, qui dirige les mouvements de leurs organes, qui règle les produits des fonctions dont la fin est la conservation des individus ou la perpétuation des espèces. Le physiologiste continuerait de chercher la raison de la vie dans la structure organique des êtres qui nous occupent, ou dans l'impression d'excitants extérieurs, l'électricité, le calorique, etc., dont l'action, en vivifiant la matière, offrirait un mystère plus impénétrable que l'existence d'une loi divine.

Les sciences physiologiques sont-elles donc menacées de quelque perturbation dans leur étude, de quelque révolution fâcheuse dans leur doctrine, si imitant l'astronomie et la chimie, elles reconnaissent qu'une force vitale anime l'organisation des êtres vivants, que la biogénie est à l'égard de ces êtres ce qu'est l'attraction pour les corps célestes, ce que sont les affinités moléculaires pour les corps abiotiques?

La botanique restera l'étude des plantes et la zoologie celle des animaux. Les méthodes naturelles, la nomenclature des êtres conserveront les mêmes principes. L'anatomie sera toujours l'examen détaillé des organisations végétales et animales, du nombre, de la forme, de la structure, des rapports des organes qui les constituent. La physiologie comprend encore l'étude approfondie des actes, des fonctions qui s'exécutent dans les êtres vivants, l'exposition du mode d'exercice des diverses opérations de la vie, de leur enchaînement, des produits qu'elles donnent. La méthode expérimentale conservera la faveur que lui ont acquise ses précieuses découvertes. La physiologie s'éclairera même dans beaucoup d'occasions des analyses de la chimie, des notions de la physique.

Les définitions de la vie que l'on a proposées sont bien nombreuses. Leur multiplicité, leur diversité prouvent l'impuissance où nous sommes de la comprendre, si nous n'admettons une cause souveraine. Pour nous, *la vie est l'état, la condition des corps terrestres qui sont soumis à la loi biogénique*. Quand Bichat dit que la vie est l'ensemble des fonctions qui résistent à la mort, il montre à la fois la loi des affinités moléculaires qui tend toujours à s'emparer de la matière, et une autre puissance, la biogénie, qui retient, qui gouverne temporairement la matière des corps organisés.

L'admission d'une loi pour les êtres vivants préviendrait bien des écarts qui retardent les progrès des sciences physiologiques. Elle n'aurait pas permis que l'on élevât au rang de causes indépendantes des facultés secondaires, la sensibilité, la contractilité, qu'on leur attribuât la direction des fonctions qui s'exécutent dans les corps vivants. Cette loi se serait opposée à ce que l'on fît consister la vie dans l'action d'agents extérieurs sur une propriété de l'organisation — et que l'on nomme excitabilité, incitabilité — dont on voile l'origine.

Considérer la vie comme le résultat nécessaire de l'action d'une cause excitatrice, électricité, calorique, sur un corps terrestre, par la seule raison qu'il se compose de fluides et de solides, qu'il offre un ordre, un état de choses qui permettent aux parties intérieures de ce corps d'obéir à l'action de la cause excitatrice (Lamarck, Philosophie zoologique), c'est montrer une crédulité qui contraste avec l'opposition que l'on fait à tout ce qui prend dans les sciences physiologiques une forme mystérieuse.

L'innervation a été donnée comme la cause de la vie; mais les végétaux et un certain nombre d'animaux naissent, croissent, se reproduisent, et ils n'ont pas l'appareil nerveux. Dans les animaux des classes supérieures, les germes fécondés commencent leur évolution, passent à l'état embryonnaire, avant l'apparition de cet appareil. De

---

applicable. En avoir été exclu, c'est prouver que ces griefs ont paru pleinement justifiés. — Voilà en deux mots le sens de notre puissance. Le tribunal où chacun de nous peut siéger à son tour est d'autant plus respecté par ses justiciables volontaires que ses arrêts trouvent un assentiment certain dans l'opinion publique, dont ils ne sont que l'expression anticipée. »

Les moyens de parer à l'insuffisance de la législation actuelle en ce qui concerne les délits et abus relatifs à l'exercice de l'art de guérir; les ressources que l'association possède pour faire elle-même sa police avec autant de discernement que de profit, et pour préparer avec maturité les éléments de cette réorganisation tant désirée, tout cela a été examiné et présenté avec beaucoup d'art par l'orateur, qui termine par cette péroraison chaleureuse : « Eh bien! messieurs, cette réforme! elle est ici sous vos yeux, entre vos mains, réalisée, agissante, autorisée par le pouvoir, montrant déjà sa vie par ses services. — Comme œuvre de bienfaisance, comme levier de moralisation, pour que ses secours soient efficaces, pour que ses arrêts soient respectés, il faut, il faut absolument à notre institution l'appui du nombre. — Si vous voulez que les misères respectables des vétérans de la pratique reçoivent un soulagement digne de leur origine, apportez-nous votre obole. Si vous voulez qu'un confrère injustement poursuivi trouve, pour présenter sa défense, un imposant ensemble de volontés et de lumières, renforcez de votre adhésion ce faisceau protecteur de nos droits. Si vous voulez qu'un médecin, se rendant indigne de ce nom, trouve aussitôt sa juste punition dans l'isolement qui se fait autour de lui, augmentez la phalange honorable que nous sommes fiers de représenter. »

Si nous avons insisté avec quelques détails sur cette solennité, c'est qu'elle n'est point exclusivement particulière à une localité, et qu'à nos yeux elle renferme d'utiles enseignements pour le corps médical tout entier. On omet souvent de faire le bien, faute de le connaître; il importe donc de porter les bonnes choses à la connaissance du public; tout le monde y gagne. Les paroles de MM. de Polinière et Diday ont été chaleureusement applaudies; ce nous est un sûr garant qu'elles ont été comprises, et nous sommes convaincu que rien ne saurait mieux conduire à une véritable réforme, ainsi que nous le disions en commençant. Nous avons l'espoir que, dans le département du Rhône, chaque médecin tiendra à honneur de faire partie de l'association; chacun voudra contribuer aux bienfaits qu'elle est destinée à répandre autour d'elle. Déjà plusieurs honorables confrères sont venus se faire inscrire depuis la séance publique; et peut-être le jour n'est-il pas loin (puissent nos vœux le hâter!) où il sera vrai de répéter avec un des fondateurs de l'institution : que désormais le titre de membre de l'association devienne à lui seul un certificat de moralité, et que ce titre ne puisse plus être repoussé que par une vanité excessive, une indifférence coupable, ou une formelle indignité.

J. E. Pétrequin.

plus, on exagère le pouvoir d'un appareil nerveux sur une organisation animale. L'influence qui sort de cet appareil n'est qu'un auxiliaire de la force vitale; elle se borne à exciter les organes, à les tenir dans une condition matérielle qui favorise leurs mouvements. Mais il y a loin de là à la faculté de vivifier la matière, de l'organiser, de régler l'ordre des fonctions qui s'accomplissent dans un corps vivant. Il faut cesser de plus de confondre l'innervation, puissance organique qui naît à la fois du système des nerfs céphalo-rachidiens et de ceux du système ganglionnaire, avec l'action des nerfs sensitifs, quand ils rapportent au cerveau les sensations que lui transmettent les organes des sens, ou les sentiments qui s'élèvent de l'intérieur du corps; ni avec l'action des nerfs moteurs de la moelle allongée et de la moelle épinière, lorsqu'ils portent aux muscles soumis à la volonté l'impulsion qui détermine leurs contractions.

Nous ne pouvons terminer sans nous demander ce que devient l'application de la loi biogénique à l'homme. L'observation nous montre que cette loi conserve sur lui toute son autorité. Son organisation matérielle ressemble à celle des animaux des classes supérieures. La partie essentielle des actes qui ont pour objet l'entretien du corps ou la perpétuation de l'espèce ont chez lui comme chez eux un cours obligé, forcé, indépendant de sa raison. L'intelligence, la volonté de l'homme restent étrangères à l'exercice des fonctions nutritives, à la digestion des aliments, à la circulation du sang dans toutes les parties du corps, aux changements nécessaires que l'action de l'air opère dans la constitution de ce fluide; à la restauration continue des solides, etc. Considéré dans le jeu de ses organes intérieurs, l'homme vit sous la loi commune aux êtres organisés.

Ce qui distingue l'homme au milieu de la création, ce qui l'élève au-dessus de tous les autres êtres, ce qui en fait une créature privilégiée, c'est sa partie spirituelle, c'est le souffle divin, c'est l'âme.

Serait-il téméraire d'avancer que l'homme était créé, que son organisation était établie, que la force biogénique l'avait vivifiée, lorsqu'il reçut le souffle divin, lorsque par cette addition sublime il eut la raison, l'intelligence, qu'il fut mis en rapport avec son Créateur, qu'il devint un homme nouveau? C'est une pensée que fait naître le rapprochement réfléchi des versets 26, 27, 28 du chapitre I de la Genèse et du verset 7 du chapitre II. Quelque court que l'on fasse l'intervalle qui s'écoula entre la création de l'homme et le moment suprême où Dieu par son souffle le doua d'une âme, l'homme était *vivant*, lorsqu'il devint *animé* (1).

Le premier homme serait passé par trois états successifs: 1° l'homme primitif avec un corps qui révélait sa destinée; 2° l'homme rendu intelligent, libre mais responsable, par le don éminent d'une âme; 3° l'homme dégénéré par suite de sa désobéissance.

(1) La Genèse ne parle du souffle divin qu'après le septième jour. L'homme était créé, il était organisé, puisque c'est sur son visage qu'il reçut le souffle. *Finxit Deus hominem, pulverem accipiens de terrâ, et insufflavit in faciem ejus spiritum vitæ, et factus est homo in animam viventum.* Cap. II.

CHIRURGIE PRATIQUE.

HERNIE TRAUMATIQUE DU POUMON GUÉRIE SANS OPÉRATION SANGLANTE; par M. GUSTAVE DUFOUR, docteur en médecine de la Faculté de Paris, lauréat des hôpitaux militaires, médecin aide-major au 12e dragons, membre correspondant de la Société de biologie de Paris, de la Société de médecine de Bordeaux. (Observation communiquée à la Société de biologie par M. le docteur LABOULBÈNE.)

« Je le pansay, Dieu le guarit. »
(AMBROISE PARÉ.)

OBS. — Le 8 mai 1852, dans la soirée, la population agricole du village de Barral, près Bône (Algérie) fut mise en émoi par la nouvelle d'une double tentative d'assassinat commise par des Arabes sur deux jeunes hommes de la colonie. Ceux-ci étaient allés, avec leurs attelages, dans la forêt voisine de la Seybouse, pour travailler à abattre du bois. Pendant qu'ils s'acheminaient pour le retour, Prévost, le plus âgé, fut brusquement assailli par un Arabe d'une très-haute taille, qui le saisit au-dessus du cou de la main gauche, et, de la main droite, lui tendit un pistolet sur la gorge. Dans un premier moment d'effroi, Prévost crie : « Grâce! au secours! » Heureusement il s'aperçoit que le pistolet n'est pas armé et qu'un poignard est appendu dans le sein gauche de son agresseur. Avec une rapidité de coup d'œil et d'exécution qui lui a sauvé la vie, il saisit de la main gauche le manche du poignard, le tire du fourreau et plonge la moitié de la lame dans la poitrine du brigand. Celui-ci chancelle un moment; le jeune homme s'enfuit, éperdu d'effroi, à travers les broussailles; malgré le coup terrible qui l'a frappé au cœur, l'Arabe trouva encore assez d'énergie pour armer son pistolet et le décharger sur la trace du fuyard; après ce second et inutile effort homicide, il tomba roide mort (1). Le jeune Campagne, à peine âgé de 16 ans, avait entendu les cris d'alarme de son compagnon; intrépide, il accourait à son aide; deux nouveaux assassins surgirent tout à coup du milieu des fourrés, il tomba frappé d'un coup de feu à l'avant-bras. Après la poudre vient le poignard pour les meurtriers arabes. Ils s'élancèrent sur ce malheureux enfant. Il a raconté lui-même que l'un de ces monstres avait relevé blouse et chemise tandis que l'autre frappait à coups redoublés sur sa poitrine.

Ils l'abandonnèrent enfin, soit qu'ils l'aient cru mort, soit plutôt parce qu'ils virent tomber l'agresseur de Prévost et celui-ci s'enfuir vers le village. Après avoir erré longtemps dans la forêt et jusque dans les marécages de la Seybouse, Prévost arrive enfin à Barral, tenant encore à la main le poignard dont il a dû se servir; il annonce la cruelle situation dans laquelle il a laissé, sous l'empire d'une terreur involontaire, son jeune camarade (2). Le lieutenant Dupeyre, directeur de la colonie, fait immédiatement armer quelques colons, et se rend précipitamment sur le théâtre de ce drame. On trouve le cadavre de l'Arabe gisant dans une mare de sang, à *vingt-cinq pas* du lieu où il avait été frappé, et Campagne baigné aussi dans son sang, mais respirant encore. Les bœufs, qui avaient été sans doute le motif du crime, n'avaient pas été volés, mais, par un étrange raffinement de cruauté, ces animaux avaient, eux aussi, reçu un contingent de coups de poignard.

Le blessé fut transporté à Barral; quand j'arrivai auprès de lui, trois heures après l'événement, je le trouvai gisant sur un lit, dans le décubitus horizontal, en proie à une suffocation imminente, proférant à chaque minute cette simple parole : « J'étouffe! » La face était pâle, les paupières fermées, la peau froide, le pouls presque imperceptible. Sur le côté gauche de la poitrine, je constatai l'existence de six blessures récentes par un instrument à la fois piquant et tranchant. Une seule était pénétrante. Située au niveau du dixième espace intercostal, du côté gauche, un peu au-dessus de la région splénique proprement dite, cette plaie donne issue à une portion d'organe intérieur hernié qui me parut tout d'abord être une portion d'épiploon; c'est un appendice de couleur rougeâtre, long de 6 centimètres, non crépitant à la pression des doigts, revêtu de feuillets séreux très-mobiles l'un sur l'autre; sur sa surface, on distingue nettement de petits caillots, indices d'hémorrhagies récentes, mais suspendues. Du reste, aucune de ces plaies de la poitrine n'est le siége d'un écoulement sanguin extérieur. La sonorité pectorale est normale partout; la matité du cœur est un peu voilée. L'abdomen est météorisé, très-douloureux. Plusieurs traces de contusions sont disséminées sur les diverses parties du corps; les plus fortes siégent sur la région malaire et sur l'épaule gauche. L'avant-bras du même côté offre à la réunion du tiers moyen avec le tiers supérieur deux solutions de continuité produites par le coup de feu. La plaie d'entrée qui existe sur le côté antéro-externe de l'avant-bras est plus grande, plus déprimée, plus noire que la plaie de sortie qui se voit au côté postéro-interne du membre. Ces plaies ne sont pas saignantes. Le corps de l'avant-bras est un peu gonflé, douloureux; la continuité des deux os paraît être intacte, bien que le projectile ait traversé l'épaisseur transversale de l'avant-bras. La manche de la blouse du blessé offre, au point correspondant à l'orifice d'entrée, un trou rond taillé comme par un emporte-pièce, tandis que le trou de sortie est pratiqué comme par écartement, par dilacération du tissu vestimentaire. Ces blessures de l'avant-bras ne présentent aucune indication spéciale; j'appliquai tout simplement des compresses imbibées d'eau froide sur le membre mis en pronation. Des pansements simples furent posés sur les plaies pénétrantes de la poitrine. La conduite à tenir était beaucoup plus délicate pour la blessure avec issue d'une portion de viscère intérieur. Un *boyau* est sorti, disaient les assistants, il faut le faire rentrer. Au premier examen, comme la plaie siégeait à la limite inférieure de la poitrine, sur l'hypocondre gauche, et vu l'apparence graisseuse du bout herniaire et le défaut d'exhalation gazeuse par les petites plaies de sa surface, je crus à l'existence d'une hernie épiploïque; d'ailleurs l'abdomen était excessivement douloureux, très-distendu. Je pouvais craindre, en essayant la réduction, de rouvrir des sources d'hémorrhagie incoercible. Immédiatement, pour combattre à la fois la menace de suffocation et la douleur abdominale, j'appliquai des ventouses scarifiées et quelques sangsues sur la base de la poitrine et l'abdomen, puis un cataplasme arrosé de teinture d'opium; j'établis une compression modérée sur le bout herniaire après avoir serré un fil au-dessus des petites plaies; enfin, et comme principale ancre de salut, je prescrivis l'administration d'une potion opiacée, par cuillerée toutes les dix minutes.

(1) Ce brigand, qui se nommait Mabrouk ben Dorbein, était réputé un des chefs les plus dangereux des *chapardeurs* (pillards). Nous trouvâmes autour de son cou un chapelet de marabout, des amulettes et une lettre dans laquelle son père l'excitait à continuer ses œuvres pour la plus grande gloire de Mahomet.

Le poignard avait pénétré, par le quatrième espace intercostal, dans la cavité ventriculaire gauche; la plaie, un peu oblique de droite à gauche et de haut en bas, avait 3 centimètres de longueur et n'intéressait que la paroi antérieure du ventricule.

(2) Prévost a été si fort impressionné par ce tragique événement, qu'il parut être pendant plusieurs semaines sous l'imminence d'une affection cérébrale; il avait des terreurs subites, des hallucinations d'Arabes vengeurs de celui qu'il avait immolé.

Deux heures après, le blessé gémissait beaucoup moins; l'anxiété de la respiration avait notablement diminué. Je fis renouveler la potion opiacée, qui me parut dompter réellement la douleur.

Le lendemain, vers huit heures du matin, le pouls était devenu fréquent et assez fort, la peau chaude; les douleurs étaient encore vives par intervalles. Dans un effort subit de vomissement, le blessé et sa mère entendirent un véritable sifflement d'air du côté de la plaie. Je pensai aussitôt que le poumon avait pu s'y engager. Je la mis à découvert et je reconnus en effet que le bout épiploïque, dont j'avais la veille conjecturé l'issue, était une languette du lobe inférieur du poumon. L'effort du vomissement avait eu pour effet d'augmenter la longueur de la hernie et de rendre très-perceptible le sifflement de l'air. D'ailleurs, je n'en persistai pas moins à ne pas tenter la réduction de cette hernie qui, laissant passer de l'air par les petites plaies de sa surface, pourrait bien, une fois réduite, laisser couler du sang. Je pensai qu'à l'aide d'une compression assez forte et de ligatures successives posées sur cet appendice, en allant de l'extrémité vers le collet même de la hernie, elle finirait par se mortifier, se détacher naturellement, sauf, après la chute, à réunir la plaie cutanée, en la ravivant au besoin. Ce qui me faisait douter aussi de l'absolue gravité de la hernie proprement dite, c'est que les douleurs les plus vives siégeaient dans l'abdomen. N'y aurait-il pas eu plaie pénétrante à la fois de la poitrine et de l'abdomen? Le poignard avait été enfoncé de 5 à 6 centimètres dans un lieu où le diaphragme touche la paroi costale (1). Du côté des voies respiratoires, aucun accident sérieux n'avait encore éclaté, pas de toux, pas d'hémoptysie; les signes stéthoscopiques sont satisfaisants; pas de matité, il y a au contraire de la sonorité exagérée à la base du thorax, du côté de la blessure.

La fièvre de réaction étant vive vers midi, je pratique une saignée du bras de 500 grammes. J'avais prescrit, le matin, des frictions avec l'onguent mercuriel sur l'abdomen. Le cathétérisme v'sical donne issue à une très-petite quantité d'urine. Un lavement simple est rendu sans matières fécales.

La saignée fut suivie de plusieurs heures d'un calme très-profond. Mais, dans la soirée, le météorisme abdominal s'augmente beaucoup par la production de l'emphysème sous-cutané qui a son point de départ autour des plaies de la poitrine. Il se produit même une petite hernie intestinale (bubonocèle) par l'anneau inguinal du côté gauche, qui est naturellement très-large chez ce jeune homme; heureusement la réduction se fit sans difficulté; à défaut de bandage herniaire, j'appliquai des bandes et une pelote en linge.

La nuit du 9 au 10 fut assez tranquille.

Le 10, la respiration n'est pas sensiblement gênée. Le facies est redevenu plus calme, plus expressif. L'eau froide, incessamment renouvelée sur les plaies du coup de feu, maintient très-heureusement le *molimen* inflammatoire; néanmoins la persistance des douleurs abdominales me fait tenir dans une réserve presque absolue pour le pronostic. Pas de selles volontaires, une seule fois miction spontanée.

Le 11, quelques minutes avant la visite, le blessé fut repris de douleurs abdominales très-vives dans la zone sous-ombilicale. Elles cédèrent bientôt à une application de ventouses sèches et à l'ingestion de quelques cuillerées de potion opiacée. La hernie pulmonaire présente déjà les phénomènes du travail phlegmasique; le feuillet séreux est injecté, recouvert sur quelques points d'un enduit pseudomembraneux. Aucun phénomène extraordinaire ne survient du côté de la respiration, qui a recouvré son rhythme presque normal. L'épaule gauche est encore très-douloureuse, surtout vers l'épine scapulaire. Les plaies de l'avant-bras sont d'un rouge vif, le corps même du membre est un peu dur et tendu, mais sans rougeur ni chaleur.

Le 12 (quatrième jour), le blessé a souffert encore par crises du côté de l'abdomen, qui est cependant moins tendu, moins emphysémateux. Le travail inflammatoire de la hernie fait des progrès sans retentissement sur l'appareil respiratoire. La gangrène commence à se manifester sur l'extrémité de la hernie, autour de laquelle j'avais posé, dès le premier jour, un fil modérément serré. Je renouvelle un appareil compressif à l'aide d'une plaque de diachylum et de compresses graduées. Les autres plaies du thorax sont en bonne voie. La hernie inguinale n'a pas reparu. L'avant-bras ne peut être mis en supination sans de vives douleurs; la main n'est pas engorgée. Apyrexie complète. L'appétit renaît. (Bouillon.)

Le 14 (sixième jour), il a éprouvé, la veille, des souffrances assez vives du côté de la plaie pénétrante. Les plaies simples se cicatrisent. La hernie est dure, engorgée; sa surface est grisâtre. Je pose une seconde ligature près de l'orifice de sortie pour déterminer un travail de mortification lent et progressif, selon les vœux de la nature. La striction, quoique très-modérée, est assez vivement sentie par le malade. Apyrexie, pas de toux. Le ventre est affaissé. La vessie et le rectum fonctionnent bien.

Du 14 au 16, aucun accident particulier; les inspirations fortes s'accompagnent de douleur localisée vers la plaie herniaire. La peau environnante est encore emphysémateuse; la sonorité thoracique est encore exagérée. L'emphysème existe aussi sur le côté gauche de l'abdomen, et le malade y accuse parfois de vives douleurs. La langue est bonne. Un bouillon et quelques cuillerées de confiture ont été bien supportés. Les plaies de l'avant-bras ont bon aspect; la plaie antéro-externe située sur l'espace intermusculaire du grand supinateur et du rond pronateur, tend à bourgeonner. Les mouvements de supination du membre ne sont pas sensiblement douloureux. Le travail de mortification herniaire marche très-lentement.

Le 18 (dixième jour), je soumis l'état de mon jeune blessé et la conduite que j'avais tenue à M. le docteur Mestre, un de nos chirurgiens les plus expérimentés de l'armée d'Afrique. Il approuva ma réserve chirurgicale, qu'il avait lui-même observée dans plusieurs cas semblables, notamment sur des blessés de Zaatcha. Il trouva l'état général très-satisfaisant et ne douta pas de la possibilité d'une guérison prompte et durable. Les plaies du coup de feu étaient un peu blafardes; je substituai le vin aromatique à l'eau froide. J'augmentai le régime.

Le 20 (douzième jour), les plaies de l'avant-bras sont en bonne voie de cicatrisation; les plaies non pénétrantes du thorax sont presque toutes réunies. La hernie pulmonaire offre son extrémité libre gangrénée dans une étendue de 4 centimètres; la mortification y est complète, attendu que la striction, dès les premiers jours, avait pu être faite très-exactement.

Quant à la ligature posée le 14, près de la plaie elle-même, je la resserre modérément jusqu'à ce que le blessé accuse de la douleur.

Entre les deux ligatures, le poumon forme un bourrelet dur, tendu, grisâtre.

En cherchant à ausculter avec le stéthoscope cette portion dénudée de l'organe aérien, je pus y distinguer encore de la respiration soufflée. D'ailleurs la respiration intra-thoracique est partout normale.

Le 22, l'état général continue d'être excellent; l'extrémité gangrenée de la hernie est prête à se détacher; mais la gangrène ne paraît pas encore envahir le gros bourrelet qui est cependant très-turgescent. Le blessé dit que, pendant la nuit, il entend souvent un bruit d'air du côté de la plaie. Les plaies de l'avant-bras sont presque fermées.

Le 24 (quinzième jour), malgré l'influence ordinairement désastreuse d'un violent *sirocco*, l'amélioration ne se suspend pas. La congestion de la hernie est moindre; sa surface est comme flétrie.

Du 24 au 28, le mouvement de flétrissure continue; les lèvres de la plaie commencent à faire saillie au-dessus de ce qu'on peut appeler le collet de la hernie. La nature paraît se comporter pour le mieux. Les plaies de l'avant-bras sont cicatrisées. Les fonctions digestives se font bien. La physionomie et le caractère du jeune malade ont repris leur vivacité habituelle.

Le 30 (vingt et unième jour), l'extrémité de la hernie s'est détachée complètement, sans accident; la flétrissure et la diminution du volume de la portion restante continuent progressivement; ses deux tiers externes sont d'un rouge vineux; la partie la plus rapprochée de la plaie est recouverte de fausses membranes, et en dessous je remarque un commencement de suppuration. La lèvre antérieure ou supérieure de la plaie forme une sorte de bourrelet qui tend à s'élever sur le tissu du poumon; la lèvre inférieure ou postérieure ne manifeste pas encore cette tendance. Le blessé, quand on panse cette plaie, souffre très-modérément; il rapporte la douleur plutôt à la plaie même qu'à la hernie dont le tissu paraît être maintenant imperméable à la respiration. A l'avant-bras gauche, en dessous de la cicatrice de la plaie antéro-externe (ouverture d'entrée), je constate un noyau d'induration dont la nature me paraît difficile à préciser, c'est sans doute un corps étranger ou une petite esquille osseuse que l'admirable *vis medicatrix* s'efforce d'éliminer. On sent battre l'artère radiale, avec son calibre normal, à un centimètre de la cicatrice. Les mouvements de supination, d'élévation, de pronation du membre sont exécutés sans douleur. L'emphysème sous-cutané a presque disparu.

Depuis quelques jours le blessé a vu reparaître des épistaxis assez abondantes qui étaient, avant l'accident, une habitude morbide constitutionnelle. Depuis le premier jour il a gardé forcément le décubitus horizontal; plusieurs fois j'ai essayé de le faire asseoir sur son séant; mais il ne peut encore garder cette position qu'une ou deux minutes, à cause d'une imminence de vertiges ou de syncope.

Le 1er juin, la lèvre supéro-antérieure de la plaie est végétante, la lèvre postéro-inférieure est de niveau avec le reste de la peau. Le blessé a un peu souffert au niveau de la plaie et sympathiquement vers le point correspondant de la poitrine, du côté opposé. Au-dessous de la cicatrice de la plaie antérieure de l'avant-bras, on sent aujourd'hui un petit corps mobile.

Le 4, je constate la continuation de l'atrophie du bout herniaire qui, par sa conformation et sa coloration d'un rouge vif, ressemble beaucoup au gland de la verge, dans le cas de balanite aiguë. Les épistaxis se reproduisent, mais sans aucun caractère alarmant. Apyrexie complète. La cicatrice de la plaie de l'avant-bras a donné issue spontanément à un très-petit fragment osseux détaché par suite d'une simple écornure que la balle avait produite sur l'un des deux os, en traversant l'espace qui les sépare.

Du 4 au 23 (vingt-septième au quarante-sixième jour), la hernie reste rouge, dure, sans odeur gangréneuse; malgré des pansements avec l'onguent de la mère renouvelés deux fois par jour, le travail de mortification et de suppuration marche très-lentement. Les bourgeons de la plaie cutanée ne se rétractent pas encore au gré de nos conjectures sur la possibilité d'une gangrène spontanée par une sorte d'étranglement graduel du collet herniaire. Du reste, la station assise est toujours très-difficile à supporter; il se produit presque immédiatement vers la plaie et vers le point similaire du côté opposé un tiraillement qui, joint au vertige, décourage presque aussitôt le malade et le fait renoncer à de nouvelles tentatives. Je pratique la constriction avec un ruban étroit, et je fais appliquer sur la hernie un cataplasme dit suppuratif avec pulpes d'oignons chaudes et onguent de la mère.

Le 24, la suppuration a été notablement augmentée par le topique excitant et la ligature de la veille.

(1) Pour juger pratiquement la valeur de cette conjecture, je simulai sur le cadavre de l'assassin Mahrouk la blessure de mon malade : j'enfonçai la lame d'un couteau à 5 ou 6 centimètres de profondeur, au niveau du dixième espace intercostal; il me fut facile d'amener par la plaie une longuette du poumon, et je constatai la pénétration de l'instrument dans les deux cavités splanchniques à travers le diaphragme.

Le 2 juillet (cinquante-quatrième jour), la plaie cutanée a contracté des adhérences tellement intimes avec la périphérie du poumon qu'il y a continuité de tissu comme celle de la peau avec les membranes muqueuses; vers la partie supéro-interne de la plaie, l'adhésion n'est pas complète. La surface de la hernie est rouge, inégale, bourgeonnante, suppurante; en outre, elle présente une particularité très-digne d'intérêt, ce sont des pertuis fins, de la grosseur d'une tête d'épingle; ces orifices donnent issue à du pus bien caractérisé; les épreuves de la flamme d'une bougie et de la surface d'un miroir donnent des résultats négatifs quant à la communication de ces pertuis avec l'arbre aérien; le malade affirme cependant qu'il entend souvent comme un bruit d'air qui s'échappe du côté de la plaie; il accuse aussi la sensation de gouttes d'eau qui tomberaient du côté de l'estomac.

Le 5, je me décide à provoquer l'élimination de la hernie par une forte striction; je recommande les applications d'eau froide en permanence.

Le 7, le tissu de la hernie est très-tuméfié.

Le 11, l'effort inflammatoire produit par la striction paraît se localiser très-heureusement à la hernie elle-même et à la peau circonvoisine qui est un peu érythémateuse. La percussion du côté gauche de la poitrine donne une sonorité normale. Le blessé a pu se lever pendant une heure et demie pour la première fois sur son séant et même hors de son lit. Le bruit d'air qu'il entendait et qui le fatiguait beaucoup est bien moins sensible depuis trois jours.

Le 13, il fait une courte promenade hors de sa chambre. La striction est continuée sans accident.

Le 20, la hernie a pris une couleur noirâtre; elle exhale une légère odeur de gangrène et présente l'aspect de certains champignons; un suintement sanguinolent très-peu abondant se fait à la surface; légère douleur persistante au-dessous de la plaie.

Le 21, je constate enfin, non sans un vif sentiment de satisfaction médicale, que la hernie ne tient plus à la paroi pectorale que par un pédicule filiforme. La surface de la plaie et d'un rose assez vif, les bords sont un peu durs et relevés; je les touche légèrement avec le crayon de nitrate d'argent.

Pendant la nuit du 21 au 22 (soixante-quatorzième jour), l'élimination du sphacèle pulmonaire est complète; il en résulte une plaie ovalaire longue de 3 centim., à bords relevés et durs; le centre est granuleux, un peu grisâtre, offrant de légères traces de suppuration.

Depuis ce jour, la plaie, redevenue simple, a marché rapidement vers une cicatrisation très-régulière, sans renversement des bords en dedans, sans exubérance fongueuse.

Le 12 août, quatre-vingt-quinze jours après l'accident et vingt-deux jours après la chute de la hernie, la mère de mon jeune blessé m'écrivit que la plaie était entièrement fermée. L'état général était excellent.

Depuis mon retour en France, j'ai pris plusieurs fois des renseignements sur la santé de Campagne. D'après une lettre que m'écrivit, en novembre 1853, M. le curé, desservant la paroisse de Mondovi et Barral, la guérison ne s'était pas un instant démentie.

Deux motifs principaux m'ont fait désirer d'appeler sur cette observation l'attention de la Société de biologie: le premier est tiré de sa valeur *scientifique*, le second de sa valeur *pratique*. Et d'abord quelle est sa place dans le cadre nosologique? D'après les auteurs les plus modernes, la hernie du poumon, complication rare des plaies pénétrantes de la poitrine, peut être *primitive* ou *consécutive*. Dans le premier cas, il y a issue immédiate du poumon à travers une plaie large de la paroi thoracique; dans le second cas, il se fait une hernie proprement dite, le poumon se déplace lentement et est recouvert par les parties molles de la poitrine. Le fait du jeune Campagne doit prend rang dans la première catégorie. L'auteur de l'article MALADIES DU POUMON du DICTIONNAIRE DES SCIENCES MÉDICALES (t. XLIV, 1820) a enregistré comme exemples de l'issue du poumon au dehors, à la suite d'une plaie pénétrante de la poitrine, des observations peu détaillées empruntées aux écrits de Shenckius, de Tulpius, de Fabrice de Hildeo, de Félix Plater et de Rruysch. Voici celle qui offre la plus grande analogie avec la nôtre: « Un homme fut blessé à la partie antérieure et inférieure de la poitrine; une portion du poumon sortit par la plaie; un chirurgien les prit pour l'épiploon. Pruysch, qui vit le malade, découvrit la méprise, mais cependant s'en inquiéta peu. L'événement justifia sa tranquillité: la portion de poumon liée tomba, et le blessé guérit. »

M. Morel-Lavallée a récemment analysé toutes ces observations pour élucider les problèmes interessants de physiologie pathologique que soulève l'étude de ces hernies pulmonaires (MÉM. DE LA SOC. DE CHIRUR., t. 1er).

« La paroi thoracique étant largement ouverte, si la poitrine vient à se rétrécir brusquement, en même temps que la glotte se ferme, l'air ne pouvant s'échapper par la trachée, se trouve emprisonné dans les cellules pulmonaires. Ainsi comprimé, il tend à s'échapper au dehors, et trouvant un point qui offre moins de résistance, c'est-à-dire celui qui correspond à la plaie, il refoule par cette voie la portion du poumon qui n'est pas, comme les parties voisines, contenue par la paroi thoracique. On comprend que pour que les choses se passent ainsi, il faut que l'air extérieur n'ait pas pu s'introduire dans la cavité pleurale. » (Mém. cité.)

D'après ce mécanisme on s'explique très-bien, dans notre observation, comment l'effort du vomissement eut pour effet d'augmenter le volume de la hernie, dès le lendemain de l'accident.

Cette observation nous a paru importante, surtout par le côté pratique ou thérapeutique. En effet, la plupart des chirurgiens conseillent, dans des cas analogues, l'intervention chirurgicale (excision, réduction de la hernie). Sans opération sanglante, notre blessé a parfaitement guéri. L'honneur d'une pareille cure revient surtout à la puissance médicatrice de la nature, à cette puissance que les praticiens judicieux et sincères aiment toujours à proclamer. Un illustre chirurgien de Turin, Augustin Belloste, après cinquante-huit ans de pratique, exaltait encore les succès de la *mécanique* de la nature, précisément dans le traitement des plaies de poitrine les plus compliquées.

« Il est très-vrai, dit-il, que la nature n'a besoin que d'un peu d'assistance pour terminer très-heureusement les maux les plus importants tant internes qu'externes; plus j'ai vieilli dans ma profession, et plus j'ai fait d'expériences qui m'ont confirmé dans mon opinion. Elle est réglée dans ses opérations; elle va d'un pas égal, et toujours occupée à réparer les dommages que le corps a soufferts dans les parties qui le composent; elle refait les chairs qui ont été ruinées par le fer, par le feu et par la pourriture, par le moyen du baume du sang, elle réunit les parties divisées, chasse les corps étrangers, et rejoint dans un temps limité les os fracturés par un calus qui part de sa seule industrie... Ayant par de judicieuses évacuations remis la nature accablée en état d'agir, elle ne manque jamais de procurer, dans un certain terme, une parfaite guérison. » (CHIRURGIEN D'HÔPITAL, t. II, p. 233.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS

I. DEUTSCHE KLINIK,

publiée par le docteur ALEXANDRE GOESCHEN.

(Premier semestre 1853.)

UTÉRUS BICORNE AVEC JUMEAUX ET PRÉSENTATION DU PLACENTA; par le professeur HOHL (de Halle).

Après avoir relaté les cas semblables déjà enregistrés dans les annales de la science, l'auteur rapporte l'observation qui fait le sujet de cet article.

OBS. — Jeanne-Sophie, 30 ans, enceinte pour la seconde fois, arrive à l'établissement obstétrical de Halle, après avoir fait à pied une route de treize lieues; elle avait eu plusieurs hémorrhagies.

L'examen obstétrical donna les résultats suivants: ventre très-développé et convexe des deux côtés, plat dans son milieu, un peu déprimé le long de la ligne blanche. La pression de la main percevait dans cette région un espace vide, large vers le pubis d'environ 1 pouce et demi, et qui, vers le haut, allait en s'élargissant jusqu'à 4 pouces. La percussion donnait le son intestinal, tandis que sur les côtés elle produisait un son obscur. En suivant les branches horizontales du pubis, on parvenait à sentir l'utérus, et l'on put s'assurer qu'il était divisé en deux parties, dont la droite était plus grosse que la gauche. Les deux cornes dépassaient le niveau de l'ombilic, et dans chacune d'elles on sentait le corps d'un fœtus. L'auscultation faisait entendre des deux côtés les battements du cœur, ainsi que le bruit placentaire. L'exploration intérieure confirma les données fournies par l'examen extérieur. Vagin et bassin réguliers; le vagin se termine par deux culs-de-sac sur les côtés du col utérin. Celui-ci, court et beaucoup plus large que d'ordinaire, aussi large en bas qu'en haut; orifice large d'un pouce. Sur chaque côté de cet orifice s'ouvre en haut une corne utérine; chacune d'elles a environ un demi-pouce d'ouverture. Sur l'orifice de la corne droite est inséré le placenta; du côté gauche, on sent aussi le bord du placenta, qu'on peut écarter avec le doigt.

L'hémorrhagie augmenta un peu à la suite de l'exploration, mais cessa bientôt. Le lendemain matin elle recommença, et l'on fut obligé de procéder à la délivrance, quoique les deux orifices internes fussent peu dilatés. On commença par la corne droite; les deux opérations se firent sans grande difficulté. Les deux enfants étaient du sexe masculin, d'égale grosseur, pesant trois livres; ils respirèrent un instant et moururent tous les deux. Les couches se passèrent assez bien, sauf une pleurésie qui se termina heureusement.

On s'assura de nouveau, après l'accouchement, par l'exploration à l'aide de la main, de la palpation, de la percussion, et en s'aidant d'une sonde utérine, que l'on avait en réellement affaire à un utérus bicorne.

LE COLLODION CONTRE LES INFLAMMATIONS DE L'ÉPIDIDYME; par le docteur LANGE (de Koenigsberg).

La communication faite à l'Académie de médecine par M. Bonnafont et les oppositions que cette communication a soulevées (GAZ. MED., 1854, nos 18 et 19), donnent de l'intérêt à l'article du docteur Lange, inséré dans le n° 2 (1853) de la CLINIQUE ALLEMANDE; mais il est à regretter que le nombre des cas d'épididymite traités par M. Lange soit très-restreint, et que l'auteur ne soit pas entré dans quelques détails sur la nature des épididymites qu'il a soumises à ce mode de traitement. Son article consiste plutôt dans des essais sur l'efficacité du collodion dans diverses affections, que sur ses effets contre les inflammations de l'épididyme en particulier.

Le chirurgien de Kœnigsberg traitait ordinairement les épididymites par la cautérisation avec le nitrate d'argent. Peu satisfait des résultats, il eut recours au collodion, et dans 5 cas successifs il en obtint de si bons effets qu'il n'hésite pas à préférer ce mode de traitement à la cautérisation, comme moins douloureux et plus rapide. Dans 3 cas, une seule application fut suffisante : la guérison survint au bout de trois, cinq et six jours; une fois il fallut faire deux applications de collodion et une autre fois 3. Les malades guérirent le septième et le onzième jour. Dans ce dernier cas, il existait en même temps une orchite qui datait de six mois.

L'auteur a aussi employé le collodion pour une tumeur considérable du scrotum provenant de fistules urinaires qui s'ouvraient dans ce sac. La tumeur diminua; mais le malade ne voulut pas se soumettre à ce traitement et sortit avant la guérison.

M. Lange a en recours au collodion dans plusieurs autres affections : ainsi, dans l'érysipèle de la face et de la tête, 9 fois (six femmes et trois hommes); dans l'érysipèle des membres inférieurs, 53 fois. Le plus souvent une application fut suffisante; dans 8 cas seulement, il fallut revenir à une nouvelle application. On fut quelquefois obligé de donner de l'émétique pour combattre la gastricité. En général, la guérison fut rapide : déjà, au bout de douze heures, la rougeur et la douleur avaient considérablement diminué. Ces symptômes disparaissaient ordinairement au bout de quarante-huit heures. La maladie n'était pas pour cela toujours guerie; il restait souvent une tuméfaction qui persistait assez longtemps. Il y eut aussi plusieurs cas de phlegmons. L'auteur a aussi essayé l'emploi du collodion dans le traitement des ulcères des pieds, dans une quarantaine de cas : 3 fois seulement la guérison marcha rapidement; mais dans l'immense majorité des cas, le collodion n'exerça aucune influence, ni bonne ni mauvaise, sur l'état des ulcères.

Dans 6 cas d'inflammation des grandes lèvres et dans 6 cas de tumeurs hémorrhoïdales, le collodion resta sans succès.

L'auteur ne fut pas plus heureux dans le traitement de l'engorgement des mamelles. Il employa le collodion dans 6 cas sans succès; il ne put prévenir la formation des abcès. Cependant il lui a semblé que ceux-ci étaient plus circonscrits, et conséquemment moins étendus que d'ordinaire.

Dans l'eczéma, il l'a employé 5 fois : 4 fois sans succès, une fois, au contraire, avec un succès remarquable. La guérison complète eut lieu au bout de cinq jours, après deux applications du remède.

Le collodion n'a été employé que 2 fois contre les brûlures, mais sans aucun effet; d'après Klose, il n'est utile que dans les brûlures du premier degré.

— Il est probable que l'action de cet enduit est tout à fait mécanique, et que ses effets curatifs proviennent de la compression qu'il exerce sur les capillaires superficiels. Cette manière d'envisager son mode d'action explique comment il peut être utile dans les érysipèles, les brûlures au premier degré, etc.

GUÉRISON D'UN ILEUS APRÈS DOUZE JOURS DE DURÉE; par le docteur E. GURLT (clinique du professeur LANGENBECK).

Le cas suivant, extrait du compte rendu de la clinique du professeur Langenbeck, montre qu'il ne faut pas désespérer de la guérison de l'iléus, même après une longue durée et malgré la gravité des symptômes.

OBS. — Une femme âgée de 42 ans portait depuis un an une hernie crurale du côté droit, qui ne pouvait être maintenue qu'imparfaitement par un bandage.

Le 4 décembre, elle ressentit tout à coup, sans cause connue, une vive douleur dans la région ombilicale, et fut obligée de se coucher. Vomissements qui augmentent en fréquence et en intensité, douleurs abdominales persistantes, constipation, soif.

Un médecin, appelé le 7 décembre, prescrivit de l'eau gazeuse, de l'huile de ricin, des lavements simples ou avec de l'*assa fœtida*. Tous les symptômes, les vomissements surtout, allèrent en augmentant.

Le 12, commencèrent les vomissements de matières stercorales.

Le 14, la malade entra à la clinique. Le ventre était médiocrement météorisé, peu douloureux à la pression; on distinguait à la vue et par le toucher, à travers les parois amincies de l'abdomen, les circonvolutions intestinales. Celles-ci devenaient, toutes les cinq on les dix minutes, plus tendues et plus apparentes. La percussion donnait un son tympanique qui n'était pas le même partout.

On ne voyait rien de la hernie que cette femme disait avoir depuis quelque temps. Les vomissements stercoraux continuaient; la malade ne pouvait garder que très-peu d'aliments; les selles manquaient complétement; sommeil presque nul, affaiblissement considérable, pouls faible, à 112.

Il était évident qu'on avait affaire à un obstacle au cours des matières, mais il était impossible de déterminer le lieu ni la nature de cet obstacle; une sonde élastique de plusieurs pieds de longueur introduite par le rectum montra que le passage était libre dans le gros intestin. On commença par injecter dans le colon, à l'aide du long tube en question, une infusion de camomille avec de l'huile de ricin, puis une assez grande quantité d'eau froide; on fit des fomentations froides sur le ventre. Evacuations alvines contenant très-peu de matières fécales. Le soir, infusion de tabac (un demi-gros sur 8 onces); un quart de grain de morphine. Insomnie; continuation des vomissements stercoraux. Pendant la journée du 15, injections abondantes d'eau et deux injections de tabac. La nuit suivante une selle contenant un peu plus de matières; cependant les vomissements continuent. Le 16, injections d'eau froide. La malade garde pour la première fois ses aliments. Un dernier vomissement stercoral a lieu le matin; six selles copieuses ont lieu dans la journée; amélioration telle que la malade tombe dans un profond sommeil qui dure une partie de l'après-midi et la nuit suivante presque tout entière. A partir de ce moment les selles se régularisèrent et la malade se remit parfaitement.

SUR LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE; par le docteur CLÉMENS (de Francfort).

Il ne faut pas confondre la syphilis héréditaire avec la syphilis congénitale; elle s'en distingue par sa forme et par sa marche; elle provient de parents sains en apparence, qui n'étaient pas syphilitiques lors de la procréation de l'enfant, mais qui ont eu la syphilis antérieurement. Quand même la mère a été exempte de toute affection pendant la grossesse et pendant la lactation, l'enfant peut porter avec lui les germes du virus vénérien, et présenter plus tard tous les symptômes d'une syphilis confirmée. Un enfant en apparence plein de santé peut tout à coup être affecté d'un exanthème entané ou muqueux, auquel viennent se joindre des ulcères et des affections osseuses ou glandulaires. Il faut que le médecin se tienne en garde contre cette forme insidieuse et inattendue de la syphilis, surtout sous le rapport de la vaccination, car on peut transmettre par le vaccin le virus syphilitique à un autre enfant. Le fait suivant, rapporté par le docteur Clémens, nous a paru instructif à ces divers points de vue (n° 14, p. 157).

OBS. — Marie G... était le troisième enfant de parents qui, tous les deux, avaient eu des chancres avant et pendant leur mariage. Pendant ses deux premières grossesses, la mère était syphilitique; elle avait donné le jour, la première fois, à un enfant mort et décomposé; la seconde fois à des jumeaux dont l'un était mort et dont l'autre ne vécut que trois semaines. Pendant la troisième grossesse, la mère n'offrit aucun signe de syphilis; lors de l'accouchement l'auteur examina avec soin les parties génitales et ne trouva que trois anciennes cicatrices.

La petite fille, allaitée par sa mère, avait très-bonne mine et paraissait parfaitement saine. Elle fut vaccinée par l'auteur à l'âge d'un an; les pustules vaccinales se développèrent très-bien et devinrent si belles que l'auteur, ne songeant nullement à la syphilis héréditaire, en présence d'un enfant si plein de santé, prit de ce vaccin pour revacciner une jeune fille de 19 ans.

Deux mois environ après la vaccination de l'enfant, l'auteur fut appelé pour lui donner des soins. Il s'était développé, en différentes régions du corps, de petits tubercules sous-cutanés, très-douloureux; l'enfant était sans appétit, sans sommeil et gémissait continuellement. L'éruption siégeait particulièrement aux fesses; elle était formée par des taches d'un rouge bleuâtre, de diverses grosseurs. Sous chaque tache, on sentait une induration du tissu cellulaire, douloureuse au toucher; l'enfant ne pouvait ni rester couchée ni s'asseoir; elle avait beaucoup maigri et était dans un état fébrile continuel. Le pharynx avait une couleur rouge pourpre et des taches livides; amygdales tuméfiées, visage terreux; selles muqueuses, non digérées. L'auteur diagnostiqua une syphilis héréditaire, et pour s'en assurer, il prescrivit des bains salés et quelques cuillerées d'une solution de sel de cuisine dans l'eau de chaux. Au bout de trois jours une vingtaine d'ulcères sécrétant un pus fétide s'étaient formés. Les lèvres de la bouche étaient fendillées et couvertes de petits ulcères lardacés; l'état général de l'enfant était déplorable (calomel à petites doses, pommade de précipité rouge et décoction de salsepareille). Les ulcères s'étendirent, se propagèrent au dos et aux extrémités et prirent un caractère phagédénique. En même temps apparut aux mains une éruption papuleuse semblable à la gale, mais sans acarus; cette éruption céda après l'application de linges imprégnés de fleurs de zinc et de magnésie et l'usage

de bains dans une décoction de jacée. Les gros ulcères des fesses furent touchés avec une légère solution de sublimé et de teinture d'opium, et l'enfant fut baignée tous les jours dans une forte décoction de bois de gaïac. Malgré tout, l'état de ce malheureux petit être ne s'améliorait pas; épuisé et semblant près de mourir, il nageait dans un pus infect, au point que c'est à peine si l'on trouvait quelqu'un qui consentît à le soutenir dans son bain et à le panser.

L'auteur prescrivit alors, après trois semaines d'un traitement mercuriel resté sans effet, des bains d'eau de chaux aussi forts que l'enfant put les supporter; on donna trois de ces bains par jour. Au bout du sixième bain, les ulcères avaient déjà un meilleur aspect; ils marchèrent bientôt vers la cicatrisation; on donna de nouveau le calomel; l'enfant se rétablit peu à peu, au grand étonnement de tout le monde.

La jeune fille de 19 ans, qui avait été revaccinée, fit appeler le docteur Clemens, six semaines après la revaccination. Trois ulcères durs et douloureux s'étaient formés dans la région fessière, et déjà six jours après l'opération, les glandes de l'aisselle des deux côtés s'étaient fortement tuméfiées. On trouva sous chaque aisselle un abcès de la grosseur d'un œuf et plein de pus, et sur chaque fesse trois furoncles entourés d'une grande auréole indurée. Les glandes inguinales des deux côtés étaient tuméfiées et douloureuses; on voyait des traînées rouges qui se portaient de ces glandes jusqu'aux furoncles. Anxiété, langue chargée, céphalalgie frontale, constipation, pouls à 120; chaleur et sécheresse de la peau. (8 sangsues à chaque furoncle, calomel et jalap, frictions mercurielles et opiacées dans les aines; ouverture des abcès des aisselles.)

La guérison se fit lentement, les ulcères ne perdirent leur dureté que lorsqu'ils eurent été pansés avec une pommade de précipité rouge.

Un an et demi plus tard, l'auteur fut de nouveau appelé auprès du même enfant, qui était alors âgé de 3 ans.

Il portait un gonflement bleuâtre d'un des orteils du pied gauche, des ulcères syphilitiques entre les orteils, six autres ulcères aux fesses, de couleur livide, à bords calleux et comme formés par un emporte-pièce. Ces ulcères sécrétaient un pus liquide, saignaient facilement et paraissaient extrêmement douloureux.

L'auteur prescrivit de nouveau l'usage interne et externe du sel marin, et le quatrième jour de son emploi, des ulcères syphilitiques s'étaient aussi montrés au pied gauche. On voyait en outre, sur la muqueuse de la lèvre inférieure, trois ulcères lardacés. On prescrivit du calomel et des bains salés.

Au bout de trois semaines, les ulcères étaient guéris; il ne resta plus que le gonflement osseux de l'orteil du pied gauche.

SUR UNE ACTION PARTICULIÈRE DE LA SANTONINE; par le docteur G. ZIMMERMANN (de Hamm).

Le docteur Schmidt a publié deux observations dans lesquelles les malades qui faisaient usage de la santonine voyaient les objets colorés en vert. Ce phénomène trouve peut-être son explication dans une coloration en jaune du sérum du sang. Le docteur Zimmermann suppose cette coloration du sérum du sang, à cause de celle de l'urine qui devient couleur de citron ou d'orange; il a observé plusieurs fois sur lui-même la propriété qu'a la santonine de colorer l'urine en jaune; il s'est assuré que cette couleur jaune n'était pas due à la présence de la bile.

GUÉRISON, PAR LA LIGATURE, D'UN KYSTE DE LA RÉGION SACRÉE, AVEC SPINA-BIFIDA; par le docteur SCHINDLER (de Greiffenberg).

OBS. — Anna, âgée de 2 ans, vint au monde portant au sacrum une tumeur de la grosseur d'un œuf d'oie. Un chirurgien déclara qu'il n'y avait rien à faire pour la guérison, qu'il existait un spina-bifida et que l'enfant ne vivrait pas longtemps. Cependant la petite fille grandit, quoique très-lentement, et les parents s'adressèrent à l'auteur pour savoir si l'on ne pourrait pas l'opérer. L'examen de la tumeur y fit reconnaître de la fluctuation dans plusieurs points; mais il fut impossible de constater ses rapports avec la colonne vertébrale et s'il existait une séparation osseuse; on sentit seulement que la tumeur pénétrait à l'intérieur et ne siégeait pas seulement dans le tissu cellulaire. Sur les instances de la mère, l'auteur se décida à tenter une opération.

Le 7 juin, on enfonça trois aiguilles dans la tumeur; il en sortit un liquide aqueux.

Le 12, une nouvelle ponction produisit le même résultat; plus tard on fit une ponction avec un petit trocart, et on injecta une faible solution d'iode; mais la tumeur restait au même degré. Après avoir mûrement pesé les chances favorables ou contraires à l'opération, l'auteur se décida à employer la ligature.

Le 20 juin, il pratique une incision circulaire à la base de la tumeur jusqu'à la peau interne, place une forte ligature en soie et la serre aussi fortement qu'il peut; chaque jour il la serre davantage.

Le quinzième jour seulement, on put enlever la tumeur avec des ciseaux; la ligature resta en place. Celle-ci tomba trois jours plus tard, et il en résulta une ouverture assez profonde, qui se cicatrisa au bout de quatre semaines.

L'enfant supporta mal l'opération; on crut plusieurs fois qu'elle succomberait; cependant elle se rétablit peu à peu, et maintenant elle se porte à merveille. La tumeur, à parois très-épaisses, renfermait deux cordons qu'on prit d'abord pour des nerfs, mais qui furent reconnus être des faisceaux fibreux.

Ce qui a rendu l'opération praticable, c'est l'absence de la queue de cheval dans la tumeur; il est probable que les os s'étaient déjà en partie rejoints et que la tumeur s'était ainsi peu à peu séparée de la cavité du rachis.

EXAMEN ANATOMIQUE D'UNE HYDROCÈLE SPERMATIQUE; par le professeur UHDE (de Brunswick).

On explique de différentes manières la présence des spermatozoïdes dans le liquide des hydrocèles :

1° Par une ponction qui aurait lésé un ou plusieurs conduits séminifères;

2° Par la production spontanée des spermatozoïdes dans le liquide épanché;

3° Par la rupture d'un canal efférent;

4° Par une dilatation extraordinaire d'un canal efférent et la transformation de ce sac en kyste ou en tumeur simulant l'hydrocèle.

La deuxième hypothèse est inadmissible; la troisième ne saurait pas plus être acceptée, car le contenu du canal se répandrait en dehors de la tunique vaginale et non dans sa cavité. C'est à la quatrième de ces hypothèses que l'auteur se rallie. Il a eu l'occasion d'examiner le testicule d'un homme âgé de 68 ans, mort d'un charbon, et qui portait une hydrocèle. Après qu'on eut incisé avec précaution et couches par couches le scrotum, on tomba sur trois kystes, dont deux se trouvaient dans le corps de l'épididyme. Le premier de ces sacs était pyriforme, bosselé; il avait 4 pouces de longueur sur une épaisseur de 2 pouces et demi; il contenait 8 onces d'un liquide aqueux; il reposait contre l'épididyme sans communiquer avec lui par aucune ouverture. Un peu en dehors de ce kyste au devant de la portion inférieure du cordon spermatique, se trouvait, en dehors de la tunique propre du testicule, un second kyste de près de 2 pouces de long sur trois quarts de pouce de large, mince et bosselé, contenant un liquide trouble, blanchâtre. On voyait à sa surface deux vésicules de la grosseur d'un pois, remplies également d'un liquide laiteux. Sa base était munie d'un pédicule et l'on pouvait pénétrer, à l'aide d'une sonde fine, dans une ouverture de la grosseur d'une tête d'épingle. Le troisième kyste, situé entre les deux précédents, était long d'un pouce et contenait un liquide couleur d'ambre; on remarquait à sa base trois poches et trois ouvertures dont la plus grande conduisait à une autre poche. On constata dans le liquide de ces trois kystes la présence de l'albumine et de spermatozoïdes; ceux-ci étaient réunis en faisceaux dans le dernier de ces kystes, dans lequel on trouve aussi des cellules spermatiques.

L'auteur conclut de ses recherches que ces sacs en forme de kystes ne sont autre chose que des conduits séminifères dilatés, les *vasa aberrantia Halleri*; cette opinion a été partagée par le docteur Krukenberg. L'auteur n'a trouvé aucune oblitération du canal déférent, ni aucune lésion de nature à expliquer le mode de production de cette forme particulière d'hydrocèle.

TRAITEMENT DE LA LARYNGITE CHRONIQUE PAR INSPIRATIONS DE NITRATE D'ARGENT; par le docteur OSCAR SAEMANN (clinique du professeur BUROW).

On connaît les excellents effets du nitrate d'argent dans les inflammations chroniques des muqueuses. On l'a aussi recommandé contre les laryngites, et l'on sait que M. Trousseau surtout s'en est servi avec succès dans le traitement de cette affection rebelle. Le professeur Burow prescrit 3 grains de nitrate d'argent sur un gros de sucre de lait et fait respirer chaque jour une quantité de cette poudre à peu près égale à celle qui tiendrait sur la pointe d'une plume à écrire. Le succès a été très-satisfaisant; plusieurs malades affectés de laryngites qui dataient de nombreuses années et qui étaient accompagnées d'une aphonie presque complète, ont recouvré la voix dans l'espace de quelques semaines. Mais l'emploi de ce médicament offre des difficultés de la part des malades qui s'y prennent mal, le plus souvent, pour pratiquer l'inspiration de ce remède. La difficulté est surtout très-grande chez les enfants; c'est ce qui a engagé l'auteur à faire construire un petit appareil pour servir à l'inhalation de la poudre de nitrate d'argent. Il se compose d'un tube en verre faiblement recourbé à celle de ses extrémités qu'on place dans la bouche et se terminant au dehors par deux tubes parallèles munis chacun d'une ventouse qui s'ouvre d'un côté pendant l'inspiration, de l'autre pendant l'expiration. Le tube portant la ventouse qui s'ouvre pendant l'inspiration est muni d'une ouverture latérale par laquelle on introduit la poudre et qu'on ferme ensuite

avec un bouchon. On comprend que la poudre reste toujours dans l'appareil jusqu'à ce qu'une inspiration l'ait fait pénétrer dans le larynx. Cet appareil peut aussi servir dans les angines couenneuses.

SUR L'EMPLOI DE LA DIGITALE POURPRÉE DANS LA PNEUMONIE; par le docteur HEUSINGER.

La propriété que possède la digitale de ralentir la circulation a dirigé l'auteur dans le choix qu'il a fait de ce médicament pour le traitement de la pneumonie. Il la prescrit en infusion, un scrupule à demi-gros sur 5 ou 6 onces d'eau, par cuillerées à bouche, d'heure en heure L'infusion est donnée pure, sans aucune espèce d'adjuvant, et dès le début de la maladie. Seulement, quand il existe des douleurs pleurétiques, l'auteur fait appliquer des ventouses scarifiées; quand il y a des signes de gastricité, il prescrit un demi-grain à un grain d'émétique toutes les heures et continue le même traitement lorsqu'il voit arriver du soulagement, sinon il remplace l'émétique par la digitale. Ordinairement, dit-il, au bout du premier ou du second jour, apparaissent les signes particuliers qui dénotent l'action de la digitale, et à ces signes, qui consistent surtout dans une perversion des fonctions digestives et un ralentissement considérable du pouls, se joint une rémission très-marquée des divers symptômes. On cesse alors la digitale et on la remplace par une simple décoction de guimauve. L'auteur affirme que ce genre de traitement est suivi d'une convalescence rapide, ce qui n'est pas le cas, dit-il, pour les autres modes de traitement, particulièrement pour le traitement antiphlogistique pur, c'est-à-dire les émissions sanguines répétées.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 15 MAI.—PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

RECHERCHES SUR LES COURANTS MUSCULAIRES.

M. JULES REGNAULT communique sous ce titre le résultat de nouvelles études dont l'objet principal est la recherche du rapport qui existe entre la force électromotrice du tissu musculaire et celle des diverses sources d'électricité dynamique, point de l'électro-physiologie que les recherches étendues de M. Matteucci et les travaux si précis de M. du Bois-Reymond ont laissé complétement à l'écart.

La méthode nouvelle dont j'ai donné la description dans une précédente communication, dit l'auteur, se prête très-bien à l'appréciation de ce rapport; car elle évite, par l'élimination des résistances, la mesure de quantités impossibles à évaluer quand il s'agit de matières organisées comme les tissus animaux. Ce procédé permet des études sur les sources voltaïques les moins constantes et sur des phénomènes de courte durée.....

M. du Bois-Reymond, en fixant les lois du courant musculaire, a montré que les phénomènes observés dans le muscle d'un animal récemment tué sont la résultante des courants partiels qui, dans chaque fibre élémentaire, circulent de la section transversale à la section longitudinale. L'assimilation d'un muscle à un couple voltaïque ordinaire serait peu exacte; mais il est permis, en se fondant sur des faits bien établis, de chercher quelle est la valeur des effets électrodynamiques complexes qui constituent le courant musculaire.

En opérant avec les précautions convenables sur le gastro-cnémien de la grenouille, j'ai trouvé que la force électromotrice maxima de ce muscle est comprise entre 5 et 4 unités thermo-électriques (bismuth et cuivre, différence de 0 à + 100 degrés).

Le faisceau des muscles de la cuisse sur lequel M. Matteucci a toujours opéré, et qu'il désigne sous le nom d'*élément* dans sa pile musculaire, présente une valeur plus considérable, de 10 à 9 unités du même genre. Ces déterminations, faites sur une grande quantité de ces reptiles très-différents par leur taille, m'ont prouvé que ces nombres sont indépendants de cette condition. J'ai constaté plusieurs muscles bien isolés, tels que le gastro-cnémien, le couturier, etc., des valeurs renfermées dans les deux limites indiquées plus haut.

Il serait prématuré d'énoncer une opinion sur la cause de ces différences dans un même individu; car en admettant, ce qui est peu probable, une valeur constante pour chaque fibre élémentaire, l'effet résultant peut être influencé par l'ordonnation des fibres dans un même muscle, et sans doute aussi par des distributions variables de la couche *parélectronomique* décrite par M. du Bois-Reymond.

Dans le but de savoir si, chez un animal à température constante, la force électromotrice musculaire est du même ordre que pour les animaux à température variable, j'ai opéré avec plusieurs muscles préparés très-rapidement sur un lapin vivant. J'ai choisi le gastro-cnémien, le biceps brachial, le jambier, muscles très-propres par leur forme à des recherches de ce genre. Le biceps donne un nombre variant de 6 à 5 unités, le gastro-cnémien de 7 à 6, le jambier de 11 à 10.

M. Matteucci a remarqué que dans les muscles d'un animal dit à sang froid, la diminution d'intensité du courant est plus lente que dans ceux d'un animal à sang chaud; j'ai pu vérifier ce fait. Mais, pour connaître la loi du décroissement de la force électromotrice, j'ai laissé le muscle en opposition avec les éléments thermo-électriques qui lui font équilibre, en notant les temps successifs nécessaires pour que la valeur décroisse d'une unité.

Voici la relation de deux expériences prises entre plusieurs, qui donnent une idée exacte de la marche du phénomène :

	Élément Matteucci.	Muscle jambier d'un lapin.
Le passage de 10 unités à 9 unités a duré	1'. . .	0'48"
Le passage de 9 unités à 8 unités a duré	1'20"..	1'10"
Le passage de 8 unités à 7 unités a duré	2'. . .	2'52"
Le passage de 7 unités à 6 unités a duré	2'25"..	4'8"
Le passage de 6 unités à 5 unités a duré	5'. . .	7'
Le passage de 5 unités à 4 unités a duré	7'. . .	10'
Le passage de 4 unités à 3 unités a duré	12'. . .	17'
Le passage de 3 unités à 2 unités a duré	42'. . .	30'
Le passage de 2 unités à 1 unité a duré	120'. . .	45'
Le passage de 1 unité à 1 fraction a duré	129'. . .	64'

On voit d'après ces nombres que, pour tomber au même degré d'affaiblissement, le muscle de l'animal à température variable a employé cinq heures, tandis qu'il a suffi de trois heures au muscle du mammifère.

Ce tableau montre en outre que, à partir de la plus grande intensité du courant jusqu'à son extinction, le temps nécessaire pour que la force électromotrice perde une même fraction de sa valeur, subit des accroissements remarquables.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 23 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Le ministre du commerce adresse :

1° Copie d'un rapport de M. le docteur Penchinat, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Céret, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Villelongue (Pyrénées-Orientales);

2° Un rapport de M. le docteur Lecadre, médecin des épidémies pour l'arrondissement du Havre, sur une épidémie de variole qui a régné à Fécamp en 1853 et 1854.

— M. VIDAL (de Bayonne), en réponse à la circulaire de l'Académie relative aux eaux minérales, adresse un rapport sur les divers établissements thermaux des Pyrénées. (Comm. des eaux minérales.)

— M. WITTMACK (de Hambourg) adresse un travail relatif au choléra. (Comm. du choléra.)

— M. le docteur LIMA LEITAO, professeur de clinique médicale de l'École médico-chirurgicale de Lisbonne, fait hommage à l'Académie d'une version portugaise du poëme de Lucrèce, DE RERUM NATURA, qu'il vient de publier. (Comm. des correspond.)

— M. E. BITTERLIN (de Saint-Maur-les-Fossés) adresse un mémoire intitulé : DE LA NATURE DES ULCÉRATIONS DU COL DE L'UTÉRUS ET DE LEUR IMPORTANCE SUR LA SANTÉ DE LA FEMME (partie nosographique). (Comm. : MM. Robert, Huguier, Depaul.)

— M. DE LARUE, médecin de l'hospice des Vieillards à Bergerac, adresse une observation d'emploi de feuilles de frêne contre la tumeur blanche de nature rhumatismo-goutteuse. (Comm. : MM. Grisolle, Requin.)

— M. LE PRÉSIDENT rend compte à l'Académie de la part qu'elle a prise aux obsèques de M. Duval. M. Londe, au nom de l'Académie, a prononcé un discours.

Sur l'invitation de M. le président, M. Londe lit ce discours, qui est accueilli par les applaudissements unanimes de l'assemblée.

— M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la nouvelle perte qu'elle vient de faire de l'un de ses correspondants, M. le docteur Mongeat (de Lorient).

— L'ordre du jour appelle la suite de la lecture du rapport de M. Depaul.

TRAITEMENT DES DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS PAR LES PESSAIRES INTRA-UTÉRINS (1).

DES PESSAIRES ET REDRESSEURS INTRA-UTÉRINS. — On n'a pas encore fait remonter jusqu'à son véritable auteur l'idée première de ces instruments, et lorsque, dans la discussion de 1849, M. Velpeau réclama la priorité pour son compte, je fus surpris qu'une autre voix ne s'élevât pas dans cette enceinte pour la revendiquer. Serait-ce que notre collègue M. Amussat, comme le savant professeur de la Faculté, n'ait pas eu beaucoup à se louer de son innovation? J'espère, en rétablissant cette partie historique de la question, l'en-

(1) Voir la première partie du rapport de M. Depaul dans notre dernier numéro.

gager à nous faire connaître les résultats de ses premières tentatives, et à nous dire les motifs pour lesquels il a cru devoir les abandonner depuis longues années déjà.

Voici comment elles ont été exposées en 1828, dans la thèse de M. Quetier, qui a pour titre : QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LA RÉTROVERSION DE L'UTÉRUS (Thèses de Paris, année 1828, n° 229) :

« M. Amussat a fait usage plusieurs fois d'un moyen qui lui a parfaitement réussi, dit l'auteur : il consiste à introduire une petite tige droite en ivoire dans la cavité de l'utérus ; mais elle ne peut, dit-il, être portée qu'avec une très-grande prudence, et ne doit être mise en usage qu'après avoir émoussé la sensibilité en introduisant préalablement une sonde en gomme élastique. Ce procédé a l'avantage d'empêcher que l'utérus ne puisse se recourber sur lui-même, comme cela a lieu dans l'emploi des pessaires ordinaires, qui retiennent élevé le col de la matrice, tandis que la masse intestinale, appuyant sur son fond, tend à faire recourber cet organe. Avant d'accorder une confiance entière à cette méthode, il convient d'attendre qu'elle ait été sanctionnée par l'expérience ; car on pourrait craindre qu'elle ne déterminât une inflammation aiguë de la cavité utérine. »

Puis il rapporte une première observation recueillie dans des leçons orales de M. Amussat, faite en 1827. En voici le résumé :

Une dame âgée de 40 ans éprouva, à la suite d'une chute de cheval, des accidents variés qui parurent se rattacher à un déplacement de l'utérus. Une exploration permit de constater l'existence d'une rétroversion complète, et de s'assurer en même temps que l'utérus était mobile et qu'on pouvait facilement le ramener à sa direction normale.

Notre collègue, après avoir employé inutilement plusieurs instruments pour rétablir les parties dans leur état naturel, pensa que le meilleur moyen de redresser l'utérus et de le maintenir serait d'introduire une tige droite dans la cavité de l'organe pour pouvoir agir sur toute la longueur, de manière que le bas-fond fût porté en haut, en avant, et le col en bas et en arrière.

Il habitua d'abord l'utérus, pendant une quinzaine de jours, au contact des corps étrangers, en y introduisant des sondes de plus en plus grosses. Lorsque la sensibilité de l'organe eut été un peu émoussée, il introduisit une tige droite en ivoire, longue de 5 pouces, du diamètre de 2 lignes environ, et qui, par son extrémité, se vissait sur un pessaire en bilboquet. Cette tige étant placée dans l'utérus, il ramena en bas et en arrière le manche du pessaire, qui fut fixé dans cette position au moyen de rubans. Pendant tout le temps que cette dame porta cet instrument, elle n'éprouva aucune douleur, même en marchant ; mais aussitôt qu'il fut retiré, l'utérus revenant à sa position vicieuse, les symptômes ordinaires reparurent.

La malade ayant quitté Paris, ce moyen ne put être continué.

Ainsi, il ne peut rester aucun doute, c'est à M. Amussat qu'il faut faire remonter le traitement mécanique des déviations utérines, et, comme on va le voir, tout ce qu'on a fait depuis n'a consisté que dans le développement de son idée et dans le perfectionnement de son instrument.

Le pessaire imaginé et appliqué un petit nombre de fois par M. Velpeau, il y a quinze ou vingt ans, était destiné à soutenir l'utérus, en introduisant dans sa cavité une tige droite qui était supportée par un demi-disque en caoutchouc qu'on dirigeait soit en avant, soit en arrière, selon qu'on voulait remédier à une antéversion ou à une rétroversion.

Ce ne fut que beaucoup plus tard que parurent les redresseurs de Kiwisch et de M. Simpson. Ce dernier a donné une longue description de ses instruments dans un mémoire publié dans DUBLIN QUARTERLY JOURNAL FOR 1848.

On y voit figurer :

1° Le *pessaire pubien*, qui se compose d'une branche interne et d'une branche externe : la première porte la tige intra-utérine, qui part de la partie supérieure d'un disque ovalaire ; la seconde est flexible, et est destinée, après sa jonction avec l'autre, à prendre un point d'appui solide sur la partie antérieure et supérieure du bassin. C'est celui dont l'auteur se sert généralement dans les cas d'hypertrophie ou de procidence légère compliquant la rétro ou l'antéversion.

2° Le *pessaire à ressort avec tige articulée sur un disque ovale*. Il est principalement employé pour remédier aux déplacements qui coïncident avec un relâchement du vagin, et il a, comme on peut le voir, la plus grande analogie avec celui de M. Velpeau, avec cette différence cependant qu'il est muni d'un disque complet.

3° Le *pessaire à bulbe simple, surmonté d'une tige*. C'est celui qui sert pour les cas ordinaires non compliqués. La face du bulbe opposée à celle d'où se détache la tige utérine est percée d'un trou destiné à recevoir l'extrémité d'une espèce de mandrin qui fait office de manche quand on veut faire pénétrer l'instrument, et qu'on retire dès qu'on y est parvenu.

4° *Le pessaire galvanique*, destiné à combattre l'aménorrhée. Il est, quant à la forme, semblable au précédent ; mais il en diffère en ce que la moitié supérieure de la tige, qui doit entrer dans la matrice, est en zinc, tandis que le reste est en cuivre. M. Simpson accorde à la réunion de ces deux métaux la propriété de rendre à l'utérus l'exercice de ses fonctions ; je suis même qu'il s'en est assez souvent servi dans des cas de développement incomplet de cet organe, et aussi pour remédier à l'hystérie ; mais je crois pouvoir ajouter qu'il lui serait impossible de publier des faits concluants qui en prouvassent l'efficacité.

5° *Les pessaires dilatateurs, contre la dysménorrhée par obstruction, la stérilité*, etc. Ils sont, pour la forme et la composition, tes mêmes que le pessaire ordinaire à bulbe et à tige ; seulement le volume des tiges varie depuis celui d'un stylet assez fin jusqu'à celui qui appartient aux sondes d'hommes d'un calibre ordinaire. On se sert d'abord des tiges les plus petites, et on augmente ensuite progressivement le volume. On laisse généralement un de ces instruments dans la cavité utérine pendant trois ou quatre jours. Au bout de ce temps, l'orifice est tellement relâché qu'une tige d'un calibre beaucoup plus fort est facilement introduite. C'est surtout dans les cas où le tissu du col est induré qu'on dire de M. Simpson on se trouve bien de cette pratique. (*Vide* MONTHLY JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE for 1844, p. 734.)

Ces divers instruments sont métalliques dans toutes leurs parties. La tige intra-utérine a la même longueur dans tous (*six* centimètres). Le diamètre du disque qui la supporte varie depuis 6 centimètres jusqu'à 2 centimètres et demi seulement ; de telle sorte que pour ces derniers, qui précisément ne sont pas assujettis par une branche externe, on comprendra difficilement comment ils pourraient être maintenus en place.

Au reste, toutes ces variétés ne paraissent pas avoir été accueillies avec la même faveur, et il en est quelques-unes dont M. Valleix lui-même n'a pas dit un mot dans ses nombreuses publications ; il ne s'est emparé que d'un seul, le pessaire pubien. C'est avec lui qu'il a débuté, et bien qu'il lui ait dû ses premiers succès, comme il le dit, il ne tarda pas à voir qu'il était d'un emploi difficile et qu'il avait besoin d'être modifié.

Rigby avait déjà substitué l'ivoire au métal dont se trouvait formée la tige intra-utérine. Il accepta ce changement ; puis, après de nombreuses tentatives, il s'adressa au redresseur articulé avec disque en caoutchouc vulcanisé, qu'on insuffle après l'introduction de l'instrument, qu'il fixe avec une ceinture de ruban de fil.

Je n'en ferai pas la description ; il me suffira de le montrer pour que le mécanisme en soit facilement compris. Ce qui le distingue du redresseur de M. Simpson, c'est la composition et le volume beaucoup moins considérable du disque ; c'est surtout la mobilité de la tige utérine, qui rend son introduction plus facile, principalement dans les déplacements en avant. Malgré ces avantages, notre confrère pensa qu'on pouvait le modifier plus avantageusement encore, et c'est alors qu'il fit confectionner ce qu'il appelle le *redresseur à flexion graduelle*. Après lui, M. Bonnafont et quelques autres s'occupèrent d'obvier à quelques inconvénients qui se présentaient dans son application, et à la difficulté qu'on avait assez souvent à la maintenir en place.

Mais, il faut bien en convenir, en y réfléchissant un peu, il est facile de reconnaître que jusqu'alors l'instrument n'avait subi aucune modification radicale, et en le réduisant à sa plus simple expression, on le trouve, avant comme après, essentiellement constitué par une tige longue de 6 centimètres qui, mesurant la cavité de l'utérus dans toute sa longueur, sert comme de tuteur à cet organe et le maintient, après l'y avoir ramené, dans une position déterminée.

La modification fondamentale, à mon sens, est celle qui est venue plus tard et qu'on doit, ceci mérite d'être noté, à M. Valleix lui-même : je veux parler du raccourcissement successif de cette tige intra-utérine qui, ayant d'abord eu au moins 6 centimètres de long, n'en a plus maintenant que 3 environ ; de telle sorte qu'elle ne peut plus exercer son action que sur une portion très-limitée de la matrice. Je me contente, pour le moment, de constater le fait ; on verra plus tard que c'est un des arguments sérieux qui prouvent l'inutilité de la méthode.

Il serait superflu que j'indiquasse la manière d'introduire le redresseur : la connaissance des organes dans lesquels on le place, la forme de l'instrument, laissent facilement deviner en quoi doit consister la manœuvre ; mais je dois dire que M. Valleix a beaucoup insisté pour qu'on prît certaines précautions.

Ainsi il veut que l'utérus soit habitué au contact de l'instrument par un certain nombre de cathétérismes ; il veut que quatre ou cinq jours se soient écoulés depuis la cessation des règles, et qu'on ait au moins devant soi sept ou huit jours avant leur prochaine apparition.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LA DIRECTION NORMALE DE L'UTÉRUS DANS L'ÉTAT DE VACUITÉ. — Comme plusieurs des organes renfermés dans la cavité abdominale, l'utérus possède une grande mobilité qui lui était indispensable pour l'accomplissement de l'une des fonctions qui lui sont dévolues. Placé d'ailleurs entre la vessie et le rectum, dont le volume est sujet à des variations incessantes, il devait pouvoir céder sans effort et se porter à chaque instant soit en avant, soit en arrière. Surmonté et entouré par de nombreuses circonvolutions intestinales, dont la pression augmente ou diminue sous l'influence de causes diverses ; solidement attaché par sa partie inférieure à des organes qui ont eux-mêmes des rapports intimes avec le plancher du bassin, dont la résistance est si variable ; souvent soulevé dans l'acte de la copulation, on comprend combien sont nombreuses les causes qui peuvent en changer la direction dans les conditions si variées de la vie. Aussi ai-je eu de la peine à m'expliquer l'étonnement qu'ont soulevé les paroles de M. Cruveilhier, quand il a dit que l'utérus n'avait pas d'axe ; cela m'a prouvé qu'on n'en avait pas compris la véritable signification : il n'a certainement pas voulu prétendre que l'utérus n'avait pas un axe à lui propre, ce qui n'aurait pas de sens ; c'était dans sa pensée une manière de faire comprendre combien de causes passagères et accidentelles pouvaient en changer la direction relativement au bassin, et sans doute aussi de faire voir qu'avant de considérer comme état pathologique telle ou telle direction, il fallait s'être bien assuré qu'il n'existait pas une autre disposition morbide.

Ainsi interprétée, l'opinion de notre savant collègue me paraît parfaitement fondée. Il n'en est pas moins vrai que les différentes forces qui peuvent agir sur l'utérus sont combinées en général de façon à le maintenir dans l'excavation, dans la direction de l'axe du détroit abdominal, c'est-à-dire un peu

obliquement de haut en bas et d'avant en arrière (en supposant la femme assise ou debout).

A cette proposition, qui avait été acceptée sans contestation jusque dans ces derniers temps, on a voulu récemment en substituer une autre qui consiste à admettre que l'utérus a deux axes, l'un pour le corps, qui serait à peu près horizontal, et l'autre pour le col, qui serait oblique dans la direction déjà indiquée; de telle sorte que l'antéflexion devrait être considérée comme une conformation primordiale qui persisterait jusqu'à ce qu'une grossesse actuelle ou passée l'eût fait disparaître.

J'ai déjà eu occasion de m'occuper ailleurs de cette question, et je crois avoir démontré que MM. Boullart et Verneuil avaient pris une disposition accidentelle et purement cadavérique pour une loi d'anatomie normale. Les nombreuses recherches que j'ai faites sur le cadavre, et dont j'ai déjà publié une partie, m'ont prouvé que l'expansion intestinale agissait avec beaucoup plus de force lorsque, après la cessation de la vie, les organes n'obéissaient plus qu'aux lois de la matière. J'ai fait voir que les empreintes profondes laissées sur l'utérus par les circonvolutions de l'intestin, que l'abaissement presque constant de cet organe, que son refoulement soit en avant, soit en arrière, aussi bien que ses diverses flexions, étaient ordinairement un effet purement cadavérique. Je puis ajouter aujourd'hui qu'ayant examiné l'utérus *de trois femmes* qui étaient vouées à une mort prochaine, et qu'ayant très-positivement constaté chez elles la direction oblique de haut en bas et d'avant en arrière, j'ai pu, au moment de l'autopsie, faite vingt-quatre ou trente-six heures après la mort, m'assurer que la matrice avait pris une direction toute différente, puisque dans un cas elle était antéfléchie, quoique la femme eût eu des enfants, et dans les deux autres, il y avait une rétroversion complète.

J'ai naturellement conclu des investigations auxquelles je me suis livré que, pour avoir des notions positives sur la direction de l'utérus, il fallait l'étudier sur la femme vivante, que la position qu'affectait cet organe au moment de l'autopsie pouvait, dans beaucoup de cas, être toute différente de celle qui avait existé pendant la vie.

J'ai fait connaître aussi le résultat de l'examen attentif que j'ai fait sur 50 femmes qui n'avaient jamais été mères, et dont l'âge variait entre 17 et 30 ans. J'ai trouvé dans 32 cas, que l'axe de l'utérus était droit, qu'il avait à peu près la direction de celui du détroit abdominal. 7 fois il était simplement incliné en avant, et par conséquent dans un degré variable d'antéversion; dans 4 cas, il était incliné en arrière, c'est-à-dire en rétroversion. Dans 3 cas il était manifestement antéfléchi, et dans 4 en rétroflexion.

Des résultats aussi manifestement contraires à ceux annoncés par MM. Boullart et Verneuil devaient faire naître de nouvelles expériences. Huit jours après la publication de mon travail, mon excellent ami, M. Gosselin, lisait une note à la Société de chirurgie, dans laquelle il est dit que sur 48 femmes qui n'avaient jamais eu de grossesse, et qu'il a examinées dans le but d'éclairer la même question que moi, il en a trouvé 18 dont l'axe utérin était droit et normalement dirigé. Sur 16, il a constaté une antéflexion assez marquée pour que le doigt pût sentir 1 ou 2 centimètres de la portion sus-vaginale antérieure de l'utérus. Sur 11, il a noté que la flexion était si peu prononcée, que le doigt ne sentait que quelques millimètres de la face antérieure du corps. Dans 3 cas, il est resté dans l'incertitude.

De ces faits, il a naturellement conclu que l'antéflexion était plus commune qu'on ne le pensait généralement, mais qu'ils ne confirmaient pas la loi presque générale que M. Boullard avait voulu établir dans ces derniers temps. Je note en passant un point sur lequel j'aurai à revenir plus tard, c'est qu'aucune des femmes qui ont servi aux recherches de notre confrère ne souffrait de l'utérus, bien que plusieurs eussent des déviations assez marquées. Enfin, quoique ce point d'anatomie normale me paraisse définitivement jugé, on pourra consulter avec fruit le résumé statistique suivant, qui a été communiqué récemment à la Société anatomique, par M. Gallard, ancien interne de M. Valleix :

Dans les leçons cliniques faites en 1852 par M. Valleix :
- 11 cas d'antéflexion sont signalés ;
- 7 appartiennent à des femmes ayant été enceintes une ou plusieurs fois ;
- 4 seulement n'avaient pas eu de grossesse.

Sur 17 nouveaux cas observés postérieurement par M. Gallard :
- 6 ont eu un ou plusieurs enfants ;
- 4 n'ont pas eu de grossesse ;
- 7 n'ont pas été interrogées à ce sujet.

Sur 9 cas d'antéflexion observés en 1852 et 1853 dans le service de M. Huguier :
- 8 femmes avaient eu un ou plusieurs enfants ;
- 1 seule n'avait jamais été grosse.

Sur 2 cas d'antéflexion observés en 1854 dans le service de M. Huguier :
- 1 femme avait eu deux enfants ;
- 1 en avait eu un.

En résumé :

Sur 39 cas d'antéflexion :
- 23 appartiennent à des femmes ayant eu un ou plusieurs enfants ;
- 9 seulement à des femmes qui n'en avaient pas eu ;
- 7 fois on a omis de prendre des renseignements à cet égard.

Ainsi réduite à sa juste valeur, l'assertion de nos confrères n'en conservera pas moins le mérite d'avoir de nouveau appelé l'attention, d'une manière toute spéciale, sur cette particularité de la description de la matrice. L'opinion déjà ancienne de M. Velpeau, sur la fréquence assez grande des flexions utérines, trouvera aussi, dans ce qui précède, une éclatante confirmation; mais, indépendamment des causes déjà signalées et qui, existant chez toutes les femmes, peuvent pousser l'utérus dans des directions si diverses, il ne faut pas oublier que lui-même peut se trouver dans des conditions de structure qui en favorisent singulièrement l'action. Ainsi, par exemple, l'épaisseur des parois n'est pas toujours la même; chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants, elle est habituellement moins considérable que chez les autres; des différences notables existent, sous ce rapport, dans ces différents points; la consistance du tissu présente aussi des variétés qui ne sont pas sans importance; le poids lui-même, qui peut tenir à une augmentation de volume portant sur la totalité ou sur une portion de l'organe, doit être pris en considération, quoiqu'on ait dit le contraire. Ajoutons à tout cela l'influence exercée par les tumeurs développées dans ses parois ou à l'entour d'elles, l'action de certaines adhérences, et nous comprendrons sans peine que peu d'organes soient aussi favorablement placés pour subir à chaque instant des modifications dans leur situation; mais, parmi ces modifications, les unes sont passagères, les autres deviennent permanentes. Un mot, maintenant, pour rappeler les différentes variétés qui peuvent se présenter.

J'ai déjà dit que l'axe normal de l'utérus était représenté par une ligne droite qui passerait au centre du bassin, et qui aurait à peu près la direction de l'axe du détroit supérieur.

Mais il peut arriver que cet axe normal continuant à rester droit, s'incline soit en avant, soit en arrière, soit à gauche, soit à droite, chaque extrémité se portant en sens inverse l'une de l'autre; c'est ce qui constitue l'inclinaison ou la version utérine des auteurs; de là quatre variétés désignées sous les noms d'anté, de rétro ou de latéro-versions.

Dans d'autres cas, au contraire, au lieu de s'incliner et de basculer comme je viens de l'indiquer, il peut avoir été repoussé en masse, conservant, ou à peu près, sa direction normale; c'est ce que je désignerai sous les noms de refoulement en avant, en arrière ou sur les côtés.

Dans toutes ces variétés, l'une ou l'autre des inclinaisons peut se combiner à des degrés divers avec chacun des déplacements en masse, d'où résultent des nuances nombreuses qu'une habitude suffisante et un examen attentif permettent de constater.

Un autre ordre de déplacements qui a été méconnu pendant longtemps, mais dont on s'est beaucoup occupé pendant ces dernières années, consiste dans une véritable flexion de l'utérus sur lui-même, et alors, tantôt et le plus souvent, c'est la partie supérieure de l'axe qui s'infléchit sur la partie inférieure, et la coudure peut avoir lieu soit en avant soit en arrière, et même, mais ces cas sont beaucoup plus rares, sur les régions latérales. Ce sont ces dispositions spéciales qui ont été désignées plus particulièrement sous les noms d'antéflexion, de rétroflexion et de latéro-flexion.

Dans d'autres circonstances plus exceptionnelles, c'est la partie inférieure de l'axe, au contraire, qui se présente infléchie sur la partie supérieure : de là d'autres variétés qui constituent de véritables flexions du col sur le corps, et qui peuvent avoir lieu soit en avant, soit en arrière, soit sur les côtés.

D'autres dispositions peuvent encore être observées; c'est ainsi que l'axe peut être courbé sur une partie de son étendue, de manière que ses deux extrémités, dirigées soit en avant, soit en arrière, tendent à se rapprocher (l'utérus offrant alors une convexité plus ou moins saillante dirigée dans un sens et une concavité correspondante tournée en sens contraire). La forme de l'utérus peut être modifiée d'une façon plus singulière encore : elle peut ressembler à une **S** italique, c'est-à-dire que tandis que l'une des extrémités de son axe est infléchie en avant, par exemple, l'autre est infléchie en arrière.

Une autre disposition qui s'observe souvent seule et qu'on peut trouver aussi combinée avec celles précédemment indiquées, consiste dans un abaissement plus ou moins marqué de l'organe dans l'excavation pelvienne. Habituellement, c'est l'extrémité inférieure de l'axe utérin qui se rapproche de l'orifice vulvaire, et qui peut même le franchir. Beaucoup plus rarement, c'est sa partie moyenne, comme dans les cas où il est transversalement placé, et dans des cas plus exceptionnels encore, il n'est pas impossible que ce soit son extrémité supérieure, le fond de la matrice représentant alors le point le plus déclive.

En France, les partisans du traitement mécanique ont complétement mis de côté cet élément de la question, et il est vraiment singulier que, dans les écrits de M. Valleix, il soit à peine fait mention de l'abaissement de l'utérus, et qu'il n'en soit tenu aucun compte, soit au point de vue de la symptomatologie, soit au point de vue de la thérapeutique. Dans sa préoccupation constante, il n'a vu que les déviations auxquelles il a tout rapporté et contre lesquelles il a dirigé tous ses efforts.

Je viens de dire quelle était la direction de l'utérus qu'il fallait prendre pour type et considérer comme l'état normal; mais si les divers déplacements dont j'ai parlé devaient, avec toutes leurs nuances, être pris pour de véritables états pathologiques, je ne crains pas de le dire, beaucoup plus de la moitié des femmes devraient être regardées comme malades et traitées en conséquence. Heureusement il n'en est rien, et, je me hâte de le dire, personne ne l'a prétendu. Mais si on n'a pas été aussi exclusif, on a, depuis qu'on s'occupe des redresseurs surtout, singulièrement exagéré l'influence des déviations sur la santé des femmes, et, si je ne m'abuse, on leur a attribué beaucoup trop souvent des accidents qui avaient leur point de départ dans un autre état pathologique. C'est ce que je vais essayer de prouver maintenant.

La solution de cette importante question ne me paraît pas aussi difficile que l'ont prétendu quelques médecins. Pour la donner juste, il faut, dans les

investigations auxquelles on se livre; être d'une rigueur extrême et apporter dans l'interprétation des symptômes cet esprit philosophique qui sera, je n'en doute pas, une des gloires de notre époque. Pourquoi donc procéder, quand il s'agit de l'utérus, autrement qu'on le fait pour les autres organes? Pourquoi persister à le placer sans cesse en dehors des lois générales qui régissent la pathologie et qui doivent présider à une saine thérapeutique? Que dirait-on d'un pathologiste qui, voulant tracer la symptomatologie d'une affection, de la pneumonie par exemple, choisirait un cas compliqué de pleurésie ou de toute autre maladie, et qui, ne tenant aucun compte de la complication, rapporterait tout à l'inflammation du tissu pulmonaire? C'est cependant de la sorte ou à peu près qu'on procède tous les jours à l'égard de l'utérus, et, à mon grand étonnement, c'est à M. Valleix lui-même que je puis adresser un semblable reproche. J'ai analysé avec le plus grand soin les vingt observations qu'il a rapportées dans ses leçons cliniques (et il est probable qu'il n'y a pas placé celles qui lui ont paru les moins concluantes). Eh bien! voici ce qu'on y trouve au point de vue des symptômes :

Six sont relatives à l'antéversion. Dans la première, quoique le déplacement fût complet, il y est dit que la marche était facile et les courses, même longues, possibles; qu'il n'y avait pas de pesanteur ni de dérangement dans l'émission des urines ou des garde-robes; que l'utérus était lourd.

Dans la seconde, la malade éprouvait de la faiblesse dans les membres, de la pesanteur, des tiraillements au bassin, aux lombes et aux aines; les digestions étaient difficiles, la marche douloureuse; mais la miction et la défécation se faisaient facilement.

La troisième manque de détails sur l'état du col; mais il y avait de la leucorrhée, des douleurs et de la constipation. Dans un moment, on signale que l'utérus a été redressé, mais que cependant les accidents durent encore quelque temps.

Dans les quatrième, cinquième et sixième, l'antéversion était loin d'être exempte de complications, puisque dans la première le col était volumineux, granuleux, et l'utérus tout entier hypertrophié, car la sonde pénétrait à 7 centimètres et demi; que dans la seconde l'utérus était également volumineux; qu'il existait sur la lèvre antérieure rouge et tuméfiée un point blanc qu'on traita par des cautérisations; et que, dans la dernière, où des flueurs blanches existaient avec douleurs aux aines et aux reins, des tiraillements, des besoins fréquents d'uriner, de la constipation, l'utérus y est noté lourd, augmenté de volume (la sonde pénétrant à 7 centim. et demi); le col, volumineux aussi, avec une large ulcération qui se prolongeait jusque dans la cavité de l'organe.

Il y a cinq observations concernant l'antéflexion, avec des variétés diverses: Dans le premier fait, où l'on indique que la marche était pénible, le coït douloureux, qu'il y avait des douleurs aux lombes et au périnée, et des métrorrhagies fréquentes, on a noté que le col était pointu et volumineux.

La deuxième est un exemple d'antéflexion considérable constatée seulement à l'autopsie, et alors que rien, pendant la vie, ne parait en avoir fait soupçonner l'existence. Dans la troisième, l'utérus était lourd et peu mobile; la sonde pénétrait à 7 centim.; comme symptômes : douleurs de ventre, constipation rebelle. Il en était de même dans la quatrième, puisque la sonde pénétrait aussi à 7 centim. Ici c'étaient les phénomènes nerveux qui prédominaient.

La cinquième appartient à une femme atteinte de lypémanie qu'on attribue à la déviation. Les autres symptômes manquaient probablement, car on n'en indique aucun.

Les trois exemples de rétroversion (12e, 13e et 14e obs.) parlent dans le même sens que les précédents. Pour la première, il est indiqué qu'il y avait une leucorrhée très-abondante, des pertes, des douleurs vives et lancinantes au sacrum, à l'hypogastre, aux aines; de la constipation, des besoins fréquents d'uriner. Le coït était douloureux. On dit bien qu'il n'y avait pas d'ulcération, mais on ne parle pas du volume de l'organe ni de sa mesure par la sonde. Dans la seconde, on a noté un engorgement de l'utérus; le col était volumineux; une ulcération rouge, granuleuse, existait sur la lèvre antérieure. Les accidents notés sont : constipation, douleurs aux aines et aux lombes, sensation de poids, leucorrhée habituelle. Il y avait aussi une fissure à l'anus.

La troisième était compliquée d'un engorgement notable de la matrice. La malade éprouvait de la fatigue en marchant; elle avait de la douleur au sacrum, à l'abdomen, aux membres inférieurs, de la constipation, de la pâleur.

Le n° 14 *bis* est un exemple de rétroflexion du corps et du col; mais il n'est pas dit que la malade éprouvât quelque accident tenant à ce déplacement. Il n'est pas indiqué, d'ailleurs, quel était le volume de l'utérus et si son tissu était sain.

Dans le n° 15, qui est aussi un cas de rétroflexion, on a noté des hémorrhagies, une leucorrhée très-abondante, des douleurs aux reins, la marche était presque impossible.

Dans le n° 16, il s'agit d'une tumeur inflammatoire de la partie postérieure du corps de l'utérus avec très-légère déviation du col. Les symptômes sont les mêmes : marche pénible, constipation, douleurs aux lombes, aux cuisses.

Enfin, dans les trois derniers faits, où les symptômes indiqués sont toujours à peu près identiques, deux fois on ne donne aucun détail sur l'état du col. Dans l'un d'eux, il est dit que la cavité de l'organe avait 7 centim. de long; dans l'autre, c'était une nourrice épuisée par l'allaitement; dans le troisième, outre la rétroflexion, il y avait un col volumineux, ouvert, une matrice volumineuse aussi, puisque la sonde pénétrait à 7 centim. et demi.

De tous ces faits, je suis rigoureusement autorisé à conclure, qu'exclusivement dominé par l'idée de la déviation, leur auteur a fait jouer au déplacement un rôle beaucoup trop exclusif dans l'explication des symptômes; car, en effet, on y voit, ou bien des cas de déviation qui ne produisent aucun des accidents ou incommodités que M. Valleix regarde comme l'expression presque constante de ce genre de lésion, ou bien la preuve que le développement partiel de l'utérus existant seul ou à peu près, et dû à un état simplement inflammatoire, a suffi pour les produire; ou bien encore, et cela est presque constant, des observations démontrant sans cesse qu'avec le déplacement utérin, quelquefois insignifiant, existaient d'autres lésions beaucoup plus sérieuses, à côté desquelles on passe avec une facilité vraiment surprenante, sans même se demander quelle part elles pouvaient prendre dans la production des phénomènes symptomatiques. Il me semble cependant qu'un utérus qui est lourd et volumineux, dont le col, qui est également hypertrophié, présente des granulations et de larges ulcérations se prolongeant quelquefois dans la cavité, qu'un utérus qui est douloureux à la pression et de la cavité duquel partent des écoulements abondants, doit être considéré comme atteint d'une affection qui mérite d'être prise en grande considération.

C'est avec le même esprit d'exclusion, et par conséquent avec la même idée préconçue, qu'ont été recueillies les cinq observations de M. Gaussail, souvent citées par M. Valleix, et dans lesquelles il a cru avoir trouvé une confirmation éclatante des siennes. L'Académie m'ayant chargé de les examiner, je ne puis m'empêcher de les lui faire connaître. Voici sur le point que j'examine en ce moment les détails vraiment curieux qu'on y trouve :

Dans la première, avec une rétroflexion, existait un abaissement considérable de l'utérus, dont le col était volumineux, dur, un peu douloureux au toucher, et présentait quelques saillies au pourtour de l'orifice. Le corps de l'organe lui-même était volumineux, dur et un peu douloureux.

Dans la seconde, avec une antéversion incomplète, il y avait un engorgement du col et du corps de la matrice. Le premier est volumineux, abaissé, très-sensible à la pression, rouge, inégal.

Dans la troisième, on signale avec une inflexion du col en arrière, de la tuméfaction et de la sensibilité, et de plus trois ulcérations irrégulièrement arrondies, profondes et reposant sur un fond rouge et grenu.

Dans la quatrième, c'est une antéversion complète avec un grand relâchement des parois du vagin. On ne dit pas que l'utérus ait été examiné avec le spéculum.

Enfin dans la cinquième, que M. Gaussail donne comme un exemple d'antéversion avec flexion du col en arrière, ce confrère ne dit pas non plus que l'utérus ait été examiné au spéculum; mais quelque temps avant lui, un autre médecin l'avait fait et avait trouvé un engorgement utérin et une ulcération du col.

Quant aux accidents éprouvés par les femmes, ce sont toujours à peu près les mêmes : marche plus ou moins pénible, douleurs aux reins, aux aines, pertes blanches et sanguines, constipation, miction difficile, trouble des fonctions digestives, etc.

En présence de faits aussi complexes, il semblait tout naturel de se demander quelle part, dans les accidents produits, revenait aux déplacements, quelle était celle qu'il fallait attribuer aux autres altérations. Nos deux confrères ne paraissent pas beaucoup se préoccuper de ce point, qui, pour eux, semble jugé dans le sens que voici : aux déviations doivent être rapportés tous ou presque tous les symptômes. Les autres altérations, ils les placent sur un plan tout à fait secondaire, si même ils ne les oublient complétement.

J'en puis dire autant des observations de M. Piachaud, qui, ancien élève de M. Valleix, a tout naturellement suivi la voie tracée, et qui, après avoir fait une thèse où il préconise le traitement mécanique, a adressé trois nouvelles observations à la Société de chirurgie, qui ne sont pas plus concluantes que les précédentes. Il déclare, au reste, qu'il a été témoin d'hémorrhagies graves, et il sait que, dans deux cas, il y a eu perforation de l'utérus.

Pour avoir quelque chose de positif sur cette question fondamentale, il faut rechercher : 1° si, parmi les femmes qui se portent bien, qui peuvent vaquer à toutes leurs occupations et qui n'éprouvent aucun des symptômes qu'on veut forcément rapporter aux déviations, il n'y en a pas un certain nombre dont la matrice est plus ou moins déviée; 2° si, chez celles qui ont simultanément une autre affection et un déplacement, il ne suffit pas, le plus habituellement, de guérir la première pour voir disparaître le second, ou du moins les accidents qu'on était tenté de lui imputer; 3° si des affections utérines, sans qu'il existe aucun déplacement appréciable, ne produisent pas souvent tout le cortége des symptômes précédemment indiqués, sans compter aussi la part large, je ne crains pas de le dire, qu'il faut faire aux erreurs de diagnostic.

Sur le premier point, messieurs, vous connaissez déjà l'opinion d'un des hommes les plus compétents en pareille matière. M. le professeur P. Dubois vous disait, dans la discussion de 1849, qu'en mettant de côté les troubles que les flexions en particulier produisent souvent dans la menstruation, il considérait ces dernières comme des anomalies toujours inoffensives. Quant aux autres déviations, abaissement, antéflexion et rétroversion, il leur prêtait une innocuité complète toutes les fois qu'elles n'étaient pas exagérées. Enfin, il vous a dit que, contrairement à l'opinion de quelques-uns de nos collègues, il pensait, avec Lisfranc, que ces déviations n'avaient d'autre influence fâcheuse que celle qu'elles tiennent de quelques complications pathologiques et en particulier d'un état inflammatoire chronique. Cette opinion est encore partagée par d'autres médecins très-expérimentés en pareille matière, et je sais qu'elle a, parmi vous, de nombreux partisans. Cependant, une manière de voir un peu différente s'est produite à différentes époques, même dans cette enceinte, et comme elle sera sans doute défendue par quelques-uns de nos collègues, il est de mon devoir d'apporter de nouvelles preuves pour vous

expliquer pourquoi je ne saurais la partager, et à cet égard, je le déclare, ma conviction est complète.

Sur les 27 cas d'antéflexion à des degrés divers, mentionnés par M. Gosselin, dans la note récemment lue par lui à la Société de chirurgie (22 mars 1854), et dont je vous ai déjà parlé, aucune des femmes ne souffrait de l'utérus. Puis il a ajouté que, sur ce point, ses études (on sait qu'elles ont été nombreuses et consciencieuses comme tout ce que fait ce savant confrère) lui permettent d'avancer que l'on a exagéré à notre époque l'importance des déviations utérines. Il a vu, à l'hôpital de Lourcine, un bon nombre de femmes qui avaient des abaissements, des rétroflexions, des antéversions, des rétroversions, et qui ne souffraient pas de l'utérus.

Il en a observé un bon nombre d'autres qui avaient des douleurs utérines, et chez lesquelles, ne constatant aucune déviation, il était autorisé à attribuer les douleurs soit à une phlegmasie, soit à une névralgie.

Enfin, chez celles qui avaient en même temps des douleurs et une déviation, il a vu souvent les douleurs cesser après l'emploi du repos, des antiphlogistiques, des carcotiques, quoique la déviation persistât.

Dans des recherches que je poursuis depuis plusieurs mois et que j'ai pu beaucoup multiplier soit dans ma pratique, soit dans les hôpitaux, soit dans le service du bureau central, j'ai déjà rencontré 27 cas de déviations diverses de l'utérus, sans aucune autre lésion appréciable de l'organe. Sur 10 de ces femmes qui avaient une rétroversion, une seule se plaignait de quelques besoins plus fréquents d'uriner que d'habitude, et d'un petit sentiment de pesanteur dans la région pubienne, quand elle avait fait des courses un peu longues ou qu'elle s'était beaucoup fatiguée; les autres n'éprouvaient aucun phénomène qui pût être rapporté à une affection quelconque de la matrice. Il en était de même de 5 qui avaient une antéflexion, de 4 qui avaient une rétroflexion, et de 5 qui avaient une rétroversion. Sur 3 qui présentaient un abaissement, une chez laquelle le col était assez descendu pour appuyer contre le périnée, accusait quelques douleurs à la face interne et supérieure des cuisses et un sentiment de pesanteur dans le bassin, quand elle faisait un travail fatigant.

Sur le second point, je fais encore appel à l'expérience de tous. Chacun de vous, en fouillant un peu dans ses souvenirs, ne pourrait-il pas apporter ici de nombreuses observations dans lesquelles on verrait que dans les cas de phlegmasies variées de l'utérus, que dans des cas de névralgies, compliquées de déviations, il suffisait de combattre et de détruire l'élément inflammatoire ou névralgique, pour voir souvent disparaître le déplacement sans qu'on eût dirigé contre lui aucun traitement spécial, ou pour constater que ce déplacement, quand il persistait, n'exerçait habituellement aucune influence fâcheuse sur la santé des femmes? Vous n'avez pas oublié ce que je viens de vous dire du résultat des recherches cliniques de M. Gosselin, résultat qui est entièrement favorable à cette opinion.

Quant à moi, je vis depuis plusieurs années dans une conviction profonde à cet égard, et chaque jour, à mesure que l'âge grandit mon expérience, je la sens s'affermir de plus en plus. Comment en serait-il autrement, lorsque, consultant les notes que j'ai prises depuis quelques années sur ce sujet, j'y trouve que sur plus de 60 maladies variées de l'utérus (phlegmasies partielles ou générales du tissu propre, catarrhes, granulations, ulcérations diverses du col, névralgies, etc.), compliquées de l'une ou l'autre des déviations dont j'ai parlé, c'est à peine si je puis compter trois cas où des accidents de quelque importance aient persisté, lorsque après un traitement qui a rarement dépassé deux ou trois mois, j'ai fait disparaître les lésions qui me paraissaient fondamentales. Bon nombre de fois aussi après leur guérison, j'ai pu m'assurer que les déviations notées au début avaient disparu, et lorsque dans des cas assez nombreux j'ai eu à constater qu'elles persistaient, je me suis bien gardé de tourmenter l'utérus, sous le futile prétexte de le ramener dans sa position normale. Et qu'importe, en effet, que cet organe soit plus ou moins dévié, plus ou moins fléchi, si cette difformité n'a aucune influence fâcheuse sur la santé des femmes?

Je crois inutile de m'étendre longuement sur le **troisième point**. La démonstration se trouve dans les faits que chacun de nous est appelé à constater chaque jour. De quoi se plaignent, en effet, les femmes qui ont une phlegmasie chronique d'une portion ou de la totalité de l'utérus (ulcérations, granulations, catarrhe, etc.)? de douleurs dans le bassin, aux aines, à la face interne des cuisses, dans la région du sacrum; d'irrégularités dans la menstruation, d'écoulements blanchâtres, puriformes, glaireux; de fatigues insolites dans la marche, de ballonnements du ventre, de troubles divers dans les fonctions digestives, d'amaigrissement, de dépérissement général, de phénomènes nerveux plus ou moins extraordinaires, de constipation, de besoins plus fréquents d'uriner, de douleurs dans l'accomplissement de cette fonction, etc. Qui ne voit, dans ce tableau, la répétition de celui qui se trouve tracé dans les observations de M. Valleix, avec cette différence qu'il fait remonter la cause presque exclusive des phénomènes morbides aux déviations, tandis que moi j'en trouve le point de départ presque constant dans une autre lésion? Qui de nous est dans le vrai? Après tout ce qui précède, et confiant dans l'expérience de chacun de vous, je suis tranquille sur la décision du plus grand nombre.

Relativement à l'influence des déviations sur la stérilité des femmes, je pourrais, après avoir entendu notre confrère nous dire que jamais, sur cette considération seule, il ne s'était déterminé à tenter le redressement, laisser cette question de côté, car je trouve sa réserve, à cet égard, parfaitement raisonnable; mais dans le monde médical, et surtout dans une autre sphère, on lui prête d'autres convictions et une pratique moins réservée. D'ailleurs, M. Simpson professe une opinion contraire. Vous savez même qu'il a, pour combattre la stérilité, des instruments spéciaux. Je vous ai fait connaître, au commencement de ce travail, ses pessaires dilatateurs. Il importe donc que je m'explique, au moins rapidement, sur ce sujet.

D'un autre côté, quoiqu'il ait rejeté l'usage du pessaire intra-utérin dans ce but unique, M. Valleix ne nous a pas dissimulé que, s'il n'agissait pas, il avait au moins des croyances favorables. Il a fait ressortir que, sur 117 cas qu'il avait rassemblés, la stérilité avait existé 19 fois, et que parmi les autres femmes 12 n'avaient eu qu'un seul enfant, bien que plusieurs eussent le plus vif désir d'être mères encore. Mais, pour donner quelque valeur à ce résultat statistique, s'est-il demandé si les autres affections utérines, qui peuvent exister seules ou être compliquées de quelque déplacement, ne jouent pas le rôle le plus important dans la production de la stérilité? Est-il donc difficile de comprendre que les inflammations du col, et surtout celles qui se propagent à la cavité utérine, et même dans les trompes, puissent mettre un obstacle insurmontable soit au passage de la partie fécondante du sperme, soit à la marche en sens inverse de l'œuf qui s'est détaché de l'ovaire, de manière à s'opposer au contact de ces deux éléments? N'est-il pas même probable que les liquides sécrétés par une muqueuse malade doivent acquérir des propriétés nuisibles capables d'annihiler celle de la matière fécondante? Ne voit-on pas fréquemment, dans la pratique, des femmes qui, ayant des affections utérines anciennes, n'avaient pu être fécondées depuis longtemps, et qui le sont presque aussitôt après qu'on les a guéries, sans qu'on se soit le moins du monde occupé de la déviation, en admettant qu'il en existât une concurremment? Ce n'est pas cependant que je veuille refuser toute influence à certains déplacements et aux flexions en particulier, mais il faut pour cela qu'elles soient considérables, c'est-à-dire très-anciennes, et peut-être même congénitales. Or, dans ces cas, il y a presque toujours atrophie partielle ou générale de l'organe, et cette disposition, à laquelle on ne peut remédier, a certainement la plus grande part dans l'impossibilité de la reproduction. La question de la stérilité a toujours été et sera longtemps encore une des questions les plus obscures; car, indépendamment des causes qui peuvent être rapportées à l'utérus, qui ne sait combien sont variées les altérations des ovaires et des trompes qui peuvent la produire, sans parler des causes complètement indépendantes de la femme, et qu'il faut rechercher dans l'autre sexe?

Cependant, messieurs, je ne veux rien exagérer, et je reconnais que, dans un très-petit nombre de cas, la santé des femmes peut être assez dérangée par le fait seul de quelque déviation, et surtout par un abaissement de l'utérus, pour qu'il devienne nécessaire d'opposer à ces faits exceptionnels une thérapeutique exceptionnelle aussi. Je reconnais même très-volontiers que, dans quelques circonstances, le déplacement, quoique phénomène tout à fait secondaire, peut exercer une influence fâcheuse, retarder la guérison des autres lésions qui existent concurremment et en aggraver notablement les symptômes; mais, ainsi que je l'ai déjà donné à entendre, nous possédons, pour remplir les différentes indications qui découlent de ces conditions, de nombreux moyens, dont quelques-uns surtout ont une efficacité incontestable, et qui, dans tous les cas, ne compromettraient jamais ou presque jamais la santé et surtout la vie des femmes.

Ce qui importe surtout, c'est d'immobiliser l'utérus, ainsi que le faisaient justement remarquer MM. Chassaignac et Gosselin, dans une circonstance récente, c'est de le mettre à l'abri de ces mouvements continuels qui, le poussant sans cesse dans des directions variées, font subir au col et aux autres parties des frottements et des pressions bien capables d'entretenir un état pathologique, et peut-être même, dans quelques cas rares, de le faire naître.

Si de nos jours, et avec juste raison, on ne condamne plus les femmes à un repos absolu, comme le faisait Lisfranc, pendant le traitement des affections du col de la matrice, ne sait-on pas qu'il est nécessaire d'exiger au moins qu'elles évitent tout ce qui est de nature à exagérer les mouvements de l'organe affecté? et chacun de nous ne voit-il pas à chaque instant des malades qui, ne prenant pas suffisamment au sérieux les sages conseils qu'on leur donne à cet égard, retardent ainsi leur guérison et font reparaître des lésions que, dans un examen précédent, on avait trouvées presque entièrement terminées?

Je ne crains pas d'avancer que, si un certain nombre d'affections utérines résistent aux moyens qu'on leur oppose, cela doit être bien moins imputé à l'impuissance de la thérapeutique qu'aux obstacles de toute sorte que rencontre sa rigoureuse application. C'est le petit nombre, il faut bien en convenir, qui consent à mettre de côté les exigences de la position, de la famille, de la société, et on peut dire que beaucoup de femmes sont guéries malgré elles. Celles qui, mieux inspirées, ou qui, placées dans des conditions plus favorables, se soumettent rigoureusement, obtiennent presque constamment une guérison définitive.

Pour mon compte, lorsque je suis consulté par des femmes qui éprouvent des symptômes dont il faut faire remonter nécessairement la cause dans un état anormal de l'utérus, la première question que je cherche à résoudre est celle-ci: Le tissu de l'organe est-il sain? N'est-il pas altéré dans la totalité ou dans une partie de son étendue? Lorsque, par un examen suffisant, je suis édifié sur ce point fondamental, il sert de base aux moyens thérapeutiques que je fais intervenir. Si j'ai constaté une lésion quelconque, c'est elle d'abord que je cherche à faire disparaître; si, au contraire, j'ai trouvé le tissu utérin dans un état d'intégrité complète et reconnu une simple déviation, c'est à elle que je m'adresse, après m'être assuré toutefois qu'un état névralgique ne donnait pas l'explication des accidents observés.

Dans les abaissements, par exemple, tout ce qui est de nature à diminuer la pression intestinale, la suppression ou la modification des corsets, l'em-

ploi des ceintures hypogastriques, convenablement faites et convenablement appliquées, sont des moyens qui donnent d'excellents résultats; quand ils sont insuffisants, ils trouvent un auxiliaire puissant dans l'usage des différents pessaires, et en particulier de celui que l'on doit à notre confrère M. Garriel, et qui est constitué, comme on le sait, par une vessie en caoutchouc distendue par de l'air. Il offre sur tous les autres d'incontestables avantages, que je n'ai pas à faire ressortir ici.

Dans les déplacements, soit en avant, soit en arrière, qui sont à peu près constamment compliqués d'un certain degré d'abaissement, et qui, outre les accidents ordinaires, apportent quelquefois des troubles dans l'excrétion de l'urine ou des matières fécales, les mêmes moyens réussissent souvent à calmer la plupart des symptômes. C'est surtout dans les antéversions, compliquées ou non d'abaissement en masse, que les ceintures hypogastriques sont utiles. Dans les rétroversions, les pessaires, en remontant et en fixant l'utérus, font obtenir un résultat également favorable.

Je n'ai pas besoin de dire que, toutes les fois qu'on peut agir par les parois abdominales, cela est infiniment préférable, et ce n'est que comme ressource dernière qu'il faut se décider à condamner les femmes à porter dans le vagin un corps étranger quelconque.

Dans les cas de rétroversions exagérées et rebelles aux moyens simples que je viens de rappeler, peut-être, en supposant toujours que le tissu de l'utérus est sain et que les troubles apportés dans l'excrétion des matières fécales sont considérables, pourrait-on essayer d'un moyen qui, entre les mains de M. Huguier, paraît avoir donné de bons résultats: je veux parler de l'introduction de mèches volumineuses dans le rectum, procédé déjà ancien, conseillé par Aetius, et employé depuis par quelques autres. On trouvera dans la thèse de M. Dufraigne, ancien élève de M. Huguier, tous les détails relatifs au manuel opératoire.

Plus récemment M. le docteur Favrot dit s'être servi avec avantage d'un moyen qui a la plus grande analogie avec le précédent, et qui n'en diffère que parce que le tampon appliqué dans le rectum est constitué par une vessie en caoutchouc vulcanisé, au centre de laquelle est ménagé un canal destiné à permettre le passage des gaz. On pourra consulter le mémoire que notre confrère a lu devant l'Académie en octobre 1851, et qui a été publié la même année dans la REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE de Paris.

Indépendamment des nombreux pessaires qui ont été imaginés depuis quelques années, et qui, d'après les idées souvent théoriques de leurs auteurs, ont varié quant à la forme, quant au volume et quant à la substance qui les compose, je vous signalerai celui en baleine du docteur Mayer, et celui en caoutchouc de M. Joret. Avec ces deux instruments, on prend un point d'appui sur le col, et on les fait agir ensuite comme des leviers destinés à pousser l'utérus dans telle ou telle direction. Outre les difficultés souvent insurmontables dans l'application, les faits n'ont pas montré jusqu'ici leur efficacité. Mais du moins, si ces redresseurs externes n'ont pas une utilité démontrée, ils ont été conçus et construits de manière à ne pouvoir léser en rien les organes sur lesquels on voulait les faire agir. Je n'en pourrai dire autant d'un autre plus récent, qui est fondé sur le même principe, mais qui, entièrement métallique, même dans la partie qui embrasse et étreint le col pour y prendre son point d'appui, a déjà produit des accidents graves, et en particulier la gangrène du col.

Quant à la cautérisation de l'un des points de la circonférence du col et de la partie correspondante de la muqueuse vaginale, dans le but de provoquer des adhérences et d'entraîner ainsi l'utérus en sens inverse de la déviation, j'avoue que je doute fort que l'expérience sanctionne l'utilité d'une semblable méthode, et je suis loin d'être rassuré sur son innocuité. La destruction d'une partie ou de la totalité de la portion vaginale du col, et surtout son amputation complète, m'inspirent une sécurité moins grande encore.

Ce qui a fait la plus vive impression sur mon esprit dans la note de M. Valleix, ce qui, de prime abord, paraît un argument irrésistible, ce sont les résultats statistiques qu'il nous a donnés touchant les guérisons qu'il croit avoir obtenues. Certes je suis comme lui très-disposé à accorder la plus grande confiance aux conséquences qui découlent rigoureusement de faits nombreux et convenablement observés; mais le cachet d'une bonne observation, c'est de porter la conviction non-seulement dans l'esprit de celui qui l'a recueillie, mais encore de tous ceux qui seront appelés à la méditer. Eh bien! je n'hésite pas à le déclarer, les observations de notre confrère laissent beaucoup à désirer; il y a plus, elles contiennent tous les éléments nécessaires pour justifier une opinion diamétralement opposée à la sienne.

En réunissant aux faits qui lui sont propres ceux qui ont été publiés ou qui lui ont été communiqués par divers médecins, il s'est cru autorisé à vous dire que sur 180 cas, 129 guérisons définitives avaient été obtenues; qu'un bon nombre de malades qui n'ont pas été guéries ont éprouvé une amélioration notable; que plusieurs étaient encore en traitement, et que d'autres n'avaient subi qu'un traitement incomplet et insuffisant, ce qui semblerait prouver que la méthode est efficace dans la presque totalité des cas, et que c'est à peine si quelques déviations rebelles parviennent à lui résister: résultat vraiment extraordinaire, et qui à lui seul est de nature à faire naître quelques doutes au sujet de l'interprétation donnée.

Mon examen critique va nécessairement porter sur les vingt observations qui ont été publiées par M. Valleix, et qui, ainsi que j'ai déjà eu occasion de vous le dire, doivent être pour lui des plus concluantes, ce qui m'autorise à croire que l'interprétation que je vais leur donner est tout à fait applicable à celles dont nous ne connaissons pas les détails. J'examinerai aussi celles, au nombre de cinq, qui vous ont été envoyées par notre correspondant, M. Gaussail, pour venir en aide à la défense du traitement mécanique. Enfin je dirai un mot des trois faits communiqués par M. Piachaud à la Société de chirurgie. J'ai vivement regretté, quand j'ai voulu connaître les résultats obtenus par M. Simpson, de ne trouver que des assertions sans preuves. Je me suis adressé directement à lui; mais au lieu d'observations que je réclamais, je n'ai reçu que des instruments, et c'est ce qui m'a permis de faire passer sous vos yeux ceux dont il se sert à Édimbourg. Cependant je ne me suis pas tenu pour satisfait, et je pourrai, grâce à de bienveillantes communications que j'ai dû solliciter ailleurs, vous parler de la pratique du médecin d'Édimbourg.

Commençons par M. Valleix :

OBS. I. — Des attaques hystériques avec d'autres phénomènes nerveux, attribués, sans preuves suffisantes, à une antéversion (car il est dit aussi que l'utérus était lourd), sont d'abord traitées avantageusement par de nombreux moyens; puis on fait intervenir le traitement mécanique et on lui rapporte l'honneur de la guérison, quoique les troubles nerveux n'aient pas entièrement disparu.

OBS. II. — Le diagnostic est une antéversion; mais on ne donne aucun détail soit sur l'état du corps, soit sur celui du col de l'utérus. Les symptômes sont cependant de nature à faire supposer qu'il y avait quelque maladie, et la guérison, qu'on dit n'avoir été obtenue qu'après un temps assez long, peut être très-raisonnablement attribuée au repos.

OBS. III. *Antéversion* (sans autre mention sur l'état de l'utérus). — On le redresse, et cependant les symptômes durent encore. Quelque temps après, on le trouve plus incliné que la première fois, ce qu'on attribue à une chute faite la veille, et cette fois il suffit de quelques pilules purgatives pour produire une guérison complète. Il est vrai de dire que c'est un élève qui a donné ce dernier renseignement.

OBS. IV. — *Antéversion avec légère déviation latérale gauche*; mais de plus *col volumineux et granuleux, hypertrophie du corps.* — Après un long traitement et de nombreuses applications du pessaire, l'utérus se maintient dans sa situation normale. La malade est revue environ trois mois après la dernière application; on dit bien que la santé générale est parfaite et que le déplacement ne s'est pas reproduit, mais on a oublié de nous faire savoir si les autres lésions du corps et du col ont disparu.

OBS. V. — *Guérison attribuée à la sonde, et qui doit être rapportée à de nombreuses cautérisations.* — C...., âgée de 31 ans, d'une bonne constitution, accoucha heureusement à 20 ans; quelques années après, elle eut des attaques d'hystérie, de la leucorrhée, de la fatigue dans la marche, avec pesanteur dans le bassin. Traitée, il y a vingt-huit mois environ, par des saignées répétées, elle devint anémique, et lorsque, le 15 juin 1851, M. Valleix l'examina, elle était pâle, décolorée, très-faible; l'utérus était volumineux, non douloureux, couché transversalement en avant. Sur la lèvre antérieure, qui était rouge et volumineuse, existait une saillie plus foncée, présentant au milieu un petit point blanc. Le col est cautérisé avec le nitrate acide de mercure à trois reprises successives; puis on pratique le cathétérisme six fois, en laissant trois ou quatre jours d'intervalle. Au bout d'un mois environ, l'utérus était replacé dans sa situation normale. La cautérisation fut alors reprise et répétée treize fois pendant deux mois environ. Il n'y eut pas d'accident, et le col fut guéri.

OBS. VI. — C'est un exemple remarquable de métrite chronique, avec large ulcération du col, se prolongeant dans la cavité, qui a été surtout guérie par le repos et par des cautérisations répétées deux fois par semaine pendant près de deux mois.

OBS. VII. — La déviation insolite qui paraît avoir existé n'a pas été guérie, puisque l'auteur dit lui-même qu'après le traitement l'utérus fut trouvé bien redressé, bien qu'il présentât encore à sa face antérieure une légère concavité. Il y a dans cette assertion une contradiction que je ne sais comment expliquer.

OBS. VIII. — Il s'agit d'une antéflexion qui n'a pas été traitée, et qui ne fut reconnue qu'à l'autopsie.

OBS. IX. — *Antéversion avec hypertrophie*, puisque l'utérus était lourd, peu mobile, et que la sonde pénétrait à 7 centimètres. — Le redresseur ayant produit des accidents graves, un traitement antiphlogistique énergique fut employé, à la suite duquel la malade fut guérie.

OBS. X. — *Antéversion compliquée de versions; utérus volumineux*, puisque la sonde pénètre à 7 centimètres. — Le traitement mécanique est très-longtemps continué, on fait intervenir en même temps les préparations de fer, les vésicatoires morphinés, et lorsque, plus de six mois après, on déclare la malade guérie, et après avoir dit que la flexion n'existait plus, on ajoute cependant que la dépression antérieure existait toujours, et que l'axe de l'utérus était un peu plus incliné en avant que dans l'état normal.

OBS. XI. — Dans ce cas, la malade avait un dérangement des facultés intellectuelles, avec idées de suicide. On redresse la matrice; les règles supprimées reparaissent, la raison revient. On n'hésite pas à rapporter ce résultat au rétablissement de la direction normale de l'organe; mais rien ne donne le droit de tirer une semblable conclusion.

OBS. XII. — Il y a dans les détails consignés la preuve évidente pour moi que la femme avait une métrite chronique. Le repos qu'elle a longtemps gardé suffit bien pour expliquer la guérison qu'on a obtenue.

OBS. XIII. — *Rétroversion avec légère flexion à gauche;* mais en même temps *métrite chronique avec ulcération et de nombreuses granulations rouges* (la sonde pénétrait à 7 centimètres et demi). — Le redresseur est appliqué une

seule fois et laissé pendant quatorze jours; mais longtemps encore on fit intervenir des traitements variés contre un état anémique et des névralgies, contre une fissure à l'anus qui n'avait pas été d'abord reconnue. Le col fut cautérisé pendant des mois entiers; mais, je le demande, à qui revient la plus grande part de la guérison obtenue dans ce cas? Évidemment, pour tout esprit non prévenu, ce n'est pas au traitement mécanique.

Obs. XIV. — Ici encore le traitement a été complexe; car, outre le redressement de l'organe, on a eu recours aux bains froids l'été, aux douches froides l'hiver, à des sangsues, à des calmants et à des astringents, et il est bien probable que le volume exagéré de l'utérus ayant disparu sous l'influence de ces moyens, cet organe a pu conserver plus facilement sa direction normale.

Obs. XIV (*bis*). — Dans ce cas, où le redresseur a été employé pour corriger une simple difformité qui ne produisait pas d'accidents, il est dit qu'on a réussi à redresser l'utérus, et cependant on ajoute qu'il y avait de l'affaissement de l'organe sur lui-même et des plis là où précédemment existaient des flexions. Comment peut-on se mettre en si flagrante contradiction avec soi-même?

Obs. XV. — La malade, chez laquelle des accidents graves ont été produits, n'a pas été guérie: cela résulte des détails consignés dans l'observation.

Obs. XVI. — J'ai parlé de ce fait intéressant à un autre point de vue; mais je n'ai pas à m'en occuper ici, puisque le traitement mécanique n'a pas été employé.

Obs. XVII. — Même en se plaçant au point de vue de M. Valleix, c'est un fait qui témoigne hautement de l'impuissance de la méthode. En effet, l'auteur termine l'observation en disant que les accidents reparaissaient encore quelquefois, et que de temps en temps la malade est obligée de se faire appliquer par son médecin ordinaire un redresseur qu'elle garde deux ou trois jours.

Obs. XVIII. — La guérison n'a pas été obtenue d'une manière définitive, et d'ailleurs la matrice n'était pas simplement déviée.

Obs. XIX. — C'est une femme épuisée par l'allaitement. Ce fut surtout à partir du sevrage, et sous l'influence du repos et d'une alimentation convenable, que la santé se rétablit.

De pareils faits, messieurs, n'ont pas besoin de commentaires. A quiconque voudra se donner la peine de les étudier et de les méditer comme je l'ai fait, ils fourniront la preuve la plus frappante de l'illusion dans laquelle on s'entretient et dans laquelle on engage quelques-uns de nos confrères. Je n'ai pu les faire passer sous vos yeux dans tous leurs détails; mais j'ai la conviction profonde d'en avoir fait sortir l'expression de la vérité.

Voyons maintenant si ceux que nous devons à notre honorable correspondant, M. Gaussail, sont plus concluants. Je puis le dire par avance, ils parlent encore plus haut, si c'est possible, contre la nouvelle méthode.

Dans le premier, une dame, qui, à la suite d'une fausse couche, avait été affectée d'une métrite chronique, et chez laquelle de nombreux moyens avaient été employés sans produire une guérison définitive, fut soumise au traitement mécanique en juin 1851 (l'engorgement de l'utérus étant considérable): on se sert plusieurs fois du redresseur, pendant vingt-deux mois: mais, dans les intervalles, la malade gardait le repos et on lui faisait prendre des bains et des injections. Au bout de ce temps, on constate une grande amélioration dans l'état général; mais la matrice est seulement moins saillante (ce qui veut dire qu'elle l'était encore). La marche et la station sont toujours fatigantes. On recommence le traitement pendant sept mois, auquel on ajoute, dans les intervalles, le pessaire à air de M. Garriel.

Enfin, en septembre 1853, M. Valleix, qui se trouvait à Toulouse, déclare qu'il n'y a plus de déviation; cependant, quelques cautérisations avec le nitrate d'argent sont reconnues nécessaires, et elles suffisent pour ramener le col à son état normal. Aujourd'hui la guérison date de cinq mois, et madame G... a pu marcher trois heures sans autre fatigue que celle des jambes. Mais auquel des nombreux moyens employés pendant plus de deux ans faut-il attribuer ce résultat? N'est-il pas permis de se demander si l'usage du redresseur, au lieu de concourir à la guérison, n'a fait au contraire que la retarder pendant longtemps?

Dans le second, une femme souffrait depuis dix ans du côté de l'utérus. En 1851, elle avait un engorgement du corps et du col de la matrice, qui était rouge, inégal et abaissé: un traitement antiphlogistique et le repos ne produisent que peu de soulagement. En 1844, deux ulcérations de la surface interne du col sont difficilement guéries; mais l'engorgement utérin persiste. En 1847, à la suite d'une secousse éprouvée en voiture, les symptômes s'aggravent: un repos absolu pendant trois mois, puis l'introduction d'une éponge dans le vagin, améliorent l'état de la malade, qui peut rester debout et marcher. Plus tard encore, une névralgie abdominale, qui s'était déjà montrée, fait des progrès et résiste à divers moyens.

En 1851, M. Valleix, consulté, reconnaît une antéversion incomplète et propose le traitement mécanique, qui est mis en usage pendant vingt-six mois, en laissant des intervalles pendant les diverses applications, de telle sorte qu'on évalue à huit mois le temps pendant lequel le redresseur est resté dans la matrice. Durant ces interruptions, la thérapeutique ne restait pas inactive: c'est ainsi que, pendant une saison, madame B... a été envoyée aux bains d'Ussat, et que pendant une autre on lui a fait prendre les bains de rivière.

Le traitement n'a pas exercé une influence manifeste sur l'état névralgique, mais la marche est facile.

Il y a un mois on a encore introduit le redresseur, mais il n'a pu être maintenu dans la cavité utérine.

Le col, examiné, est trouvé plus gros que dans l'état normal.

Peut-on considérer ce fait comme un exemple de guérison, et, dans tous les cas, peut-on oublier que d'autres moyens très-énergiques ont été employés?

Dans le troisième, une simple inflexion du col en arrière, compliquant une phlegmasie chronique de l'utérus (car il y avait sur cette partie de l'organe trois ulcérations profondes reposant sur un fond grenu et rouge, avec tuméfaction et sensibilité), est traitée par le redresseur; mais, au préalable, on a recours aux injections et à dix cautérisations.

Les ulcérations étant cicatrisées, l'instrument est appliqué trois fois, et reste en tout environ un mois et demi.

Quoique le col soit trouvé redressé, on note qu'il est survenu de la constipation qui n'existait pas avant; des granulations existant encore, on fait de nouvelles cautérisations.

On donne ce cas comme un exemple de guérison, et cependant on ajoute que la malade, revue plusieurs fois depuis deux ans, se plaint de temps en temps de douleurs vagues dans les reins, que les règles sont irrégulières, puisqu'elles se montrent quelquefois deux fois par mois.

Un dernier examen, fait au moment où cette observation était écrite, montre le col dans sa direction normale, mais il est sensible, volumineux, granuleux, et on se dispose à traiter cet état morbide. Je laisse à ceux qui m'écoutent le soin de conclure.

Dans le quatrième, une dame T..., qui éprouvait les phénomènes ordinaires dans les affections utérines et surtout dans la métrite chronique, est examinée, et on diagnostique une antéversion complète avec grand relâchement des parois du vagin. Pendant deux mois, M. Gaussail a recours aux bains et aux injections toniques, au repos absolu. L'état restant le même, il se sert du redresseur, qui paraît produire quelque amélioration. Le repos et les injections sont continués. L'utérus examiné est moins incliné, mais il n'est pas dans sa situation normale.

Dès ce moment on fait des injections toniques, et à la fin d'octobre, c'est-à-dire quatre mois après le début du traitement, on dit que la malade ressent encore de la faiblesse, des douleurs sourdes dans les reins. On la soumet alors à un traitement tonique, bains à basse température, injections froides avec l'eau saline de Salies. Son état devient satisfaisant, elle peut aller en voiture sans éprouver trop de fatigue. La position horizontale n'est plus une nécessité.

En janvier 1853, on lui applique le pessaire du docteur Garriel, et elle s'en trouve très-bien.

Au mois de mars, à la suite de grandes fatigues, quelques-uns des accidents primitifs reparaissent. (Cependant l'utérus est droit.) Le repos et le pessaire à air la soulagent.

En ce moment, elle est au début d'une nouvelle grossesse.

Les détails qui précèdent parlent assez d'eux-mêmes. Mais le travail de notre confrère renferme une cinquième et dernière observation, beaucoup plus instructive encore que celles qui précèdent pour quiconque voudra se donner la peine de l'examiner sans idée préconçue. Je ne comprends pas pourquoi M. Valleix n'a pas cru devoir en parler, sous le vain prétexte qu'elle n'était pas complète. Rien n'est plus complet et plus concluant que l'enseignement qui découle d'un pareil fait, et pour vous en donner une idée, je me contente de citer presque textuellement les paroles de l'auteur, qui a résumé lui-même son observation de la manière suivante. Après avoir employé pendant plusieurs mois la sonde et divers redresseurs, il est obligé de convenir que ce traitement n'a produit aucune amélioration. Il semble même à ta malade qu'elle est plus fatiguée par la marche, la station et les simples mouvements des bras. Les modifications dans la position de l'utérus sont peu saisissables. La malade et notre confrère lui-même demeurent convaincus que ce traitement ne pourrait plus être supporté.

Je dois donc à M. Gaube, interne distingué de la Pitié, deux observations recueillies dans le service de M. Aran, et qui prouvent que deux femmes qui avaient, l'une une antéflexion et l'autre une antéversion, furent guéries de tous les accidents qu'elles éprouvaient, bien que, malgré l'emploi du redresseur, l'utérus ne se fût pas redressé. Il est vrai de dire que ces deux malades avaient en même temps une inflammation chronique de la matrice avec hypertrophie, et que ces états pathologiques furent naturellement guéris, ainsi que leurs conséquences, par le repos et les autres moyens qui furent employés.

Le fait suivant, que je dois à notre honorable confrère M. Perrin, prouve encore combien il est facile de se faire illusion sur les résultats définitifs du traitement mécanique:

« Madame P..., âgée de 37 ans environ, demeurant rue Châteaubriand, 6, ayant eu deux enfants, d'une bonne santé habituellement, éprouvait, depuis le commencement de l'année, des douleurs inaccoutumées dans les aines, le bas-ventre, dans les reins et dans les cuisses. Jamais elle n'avait accusé d'accidents semblables. Elle n'avait aucune trace de flueurs blanches et elle était régulièrement réglée. La marche et la station debout augmentaient notablement ses souffrances. Plus tard vinrent s'ajouter des besoins fréquents d'uriner, surtout le jour, des garde-robes rares et difficiles. La malade attribuait ses souffrances à de grandes fatigues et à l'obligation où elle était de monter et descendre à chaque instant un escalier.

Elle avait en outre remarqué que toutes ses douleurs étaient singulièrement amendées, et cela presque instantanément, par le repos au lit.

Ce ne fut que quatre mois après que son médecin reconnut une antéver-

sion de l'utérus. C'est alors qu'il conseilla à la malade d'entrer dans le service de M. Valleix, pour se faire traiter de ce déplacement. Elle fut reçue quelques jours à la Pitié et couchée au lit n° 4 de la salle Sainte-Geneviève. C'était dans le courant du mois de mai 1853.

L'habile médecin de la Pitié reconnut facilement l'antéversion. Pendant les premières semaines, et à cause d'une certaine sensibilité de l'organe, il laissa reposer la malade et combattit, à l'aide de moyens appropriés, le degré d'irritation et peut-être de métrite légère qui existait. Ce ne fut qu'après trois semaines environ qu'il essaya d'introduire la sonde, dans le but de préparer la cavité de la matrice à recevoir l'extrémité du redresseur. Trois applications préparatoires plus ou moins douloureuses eurent lieu; la dernière ayant été facilement supportée, M. Valleix considéra comme suffisamment éteinte et calmée la sensibilité accusée de ce côté, et quelques jours après il introduisit son redresseur utérin. L'application fut facile et n'occasionna pas des douleurs bien vives. Pendant quatre jours et quatre nuits, l'appareil fut bien supporté. En opposition à ce qui arrive très-fréquemment dans les salles de M. Valleix (au dire de la malade), l'instrument en place ne détermina chez elle aucun écoulement. Ajoutons que le redressement forcé ent même pour effet de faire disparaître la plupart des symptômes morbides accusés depuis longtemps. Le cinquième jour, on retira le redresseur, le déplacement avait disparu. Pendant quinze jours encore, le malade resta à l'hôpital, se considérant comme guérie.

M. Valleix lui-même, se félicitait chaque jour du merveilleux résultat qu'il avait obtenu, et donnait, aux médecins qui suivaient en grand nombre sa visite, l'histoire de notre malade comme un exemple probant de l'efficacité de son instrument.

Au moment de sa sortie, la malade fut examinée, touchée et renvoyée comme radicalement guérie. M. Valleix lui recommanda, toutefois, de s'abstenir de tout coït, de ne prendre qu'un exercice modéré, et de pratiquer autour du bassin des lotions d'eau froide. Elle était restée en tout sept semaines à l'hôpital.

Notre malade, guérie, n'était pas à deux cents pas de la Pitié, donnant le bras à la personne qui était venue la chercher, que déjà elle ne pouvait plus marcher. Arrivée au pont Marie, on fut obligé d'aller la quérir en voiture. Le lendemain, elle se trouvait aussi souffrante que la veille du jour de son entrée à l'hôpital. Les douleurs du bas-ventre étaient entièrement revenues. Quelques jours après, la malade se rendit à la consultation de la Pitié, et là, à son grand étonnement, M. Valleix reconnut le retour de l'antéversion: il accusa vertement cette femme d'avoir commis des imprudences, et particulièrement d'avoir cohabité avec son mari, et cependant cette accusation n'était pas fondée, car la malade et le mari nous ont formellement affirmé qu'ils s'étaient abtenus complétement.

Madame P... revint chez elle, chagrine de l'accueil qui lui avait été fait, et ce fut alors que je fus appelé. Aujourd'hui, l'antéversion persiste, bien que les douleurs soient notablement moins vives. »

Scanzoni, en rendant compte d'un travail de Mayer, sur les applications de l'instrument de Kiwisch dans les cas de déviation utérine, dit: « Sur 20 cas de déviation, j'ai essayé de ce moyen sans obtenir une seule fois de guérison permanente.

L'instrument de Kiwisch fut employé dans 12 de ces cas. (COMPTES RENDUS DE CANSTATT pour 1851, vol. IV, p. 296, publiés en 1852.)

Messieurs, l'attention soutenue avec laquelle vous avez bien voulu écouter la lecture de la première partie de mon rapport, m'a prouvé que je ne m'étais pas trompé en accordant la plus grande importance à la question qui s'agite devant vous; mais j'ai besoin de compter encore sur votre indulgence pour terminer la mission difficile et pénible que vous m'avez donnée. Je crois avoir déjà démontré, par tout ce qui précède, l'inutilité du traitement mécanique; cependant il est encore un argument que je ne puis passer sous silence; car il fera, j'en ai la conviction, une vive impression sur vos esprits: je le puise dans la pratique de M. Valleix lui-même. Il est curieux, en effet, de suivre toutes les transformations par lesquelles il a fait passer la méthode primitive. Dans l'origine, la tige intra-utérine avait 6 centimètres de long. Les succès étaient presque constants; cependant quelques accidents qu'on dit légers, et surtout la crainte d'en voir survenir de plus graves, firent réduire cette tige à 5 centimètres et même à 4, et on ne nous a pas dit que les résultats eussent été moins satisfaisants. Ces perfectionnements ne paraissent pas suffisants encore. Un peu plus tard notre confrère pose cette règle générale (un peu vague, il faut en convenir), que la tige utérine doit avoir le moins de longueur possible. Mais ce n'est pas tout: quoique les succès aient été toujours les mêmes, quoiqu'il déclare que les rares accidents qu'il a eu à constater aient toujours été sans importance, il cherche encore à simplifier, et la dernière modification à laquelle il s'arrête est tellement radicale qu'elle constitue un véritable abandon de la méthode première. Il ne s'agit plus, en effet, que d'introduire l'hystéromètre dans la cavité utérine, de redresser l'organe par un mouvement convenable de l'instrument, qui est retiré aussitôt et qu'on remplace par un ballon en caoutchouc dilaté avec de l'air, après l'avoir placé entre la face antérieure du col et la paroi correspondante du vagin. Le procédé n'est appliqué jusqu'ici que pour les déplacements en arrière (rétroversion et rétroflexion), et la seule raison qui ait empêché l'auteur de l'étendre aux déplacements en avant, c'est l'obstacle que la sonde rencontre dans le pubis, et qui ne permet pas d'obtenir un redressement préalable et complet; mais il espère qu'on parviendra à vaincre cette difficulté par une heureuse modification de l'hystéromètre. Sur 9 cas traités de cette manière, 7 guérisons radicales auraient été obtenues, et dans le huitième, une grande amélioration existait déjà lorsque, pour des causes particulières, le traitement fut interrompu. — M. Valleix déclare lui-même « que ces faits n'ont pas besoin de commentaires: ils prouvent que, par ce procédé, l'utérus est et reste redressé aussi bien que par le redresseur à tige intra-utérine. »

Quant à moi, je ne suis pas plus édifié sur le redressement définitif par la nouvelle méthode que par l'ancienne; mais je trouve dans ce que je viens de rappeler, la condamnation la plus complète des redresseurs intra-utérins.

Une des raisons sur lesquelles M. Valleix a souvent appuyé ses convictions, c'est que la nouvelle méthode compterait maintenant de nombreux partisans, soit en France, soit dans divers pays voisins du nôtre. Je crois que, sous ce rapport encore, il s'abuse singulièrement; pour ce qui est de la France, quelques voix se sont élevées çà et là pour vanter l'utilité du nouveau traitement; mais elles sont encore infiniment peu nombreuses, si on les compare à la répulsion presque générale qu'il a inspirée aux hommes les plus compétents et les plus considérables. Et qu'on ne dise pas que les opposants sont exclusivement ceux qui n'ont pas essayé: beaucoup se sont laissé tenter d'abord, et ce n'est qu'après avoir pu juger par eux-mêmes qu'ils ont repoussé un moyen qui ne leur a laissé que des regrets.

Il importe que vous sachiez aussi que la pratique de la Grande-Bretagne est loin d'être favorable. Je me suis livré à de nombreuses recherches pour pouvoir vous en faire connaître les résultats, et il ne sera pas sans intérêt de vous dire ce qu'on pense dans un pays où le traitement mécanique compte son plus fervent apôtre. J'ai déjà regretté que M. Simpson, au lieu de faits dont nous aurions pu apprécier la valeur, se soit contenté d'émettre des opinions; mais je puis vous dire que ces opinions sont loin d'être partagées par tous nos confrères d'outre-Manche. Je dois à l'obligeance de l'un d'eux, qui pendant deux ans a été témoin des nombreuses tentatives du professeur d'Édimbourg, les renseignements suivants, auxquels son savoir et son honorabilité donnent un grand poids:

« La tolérance de l'utérus pour une telle intervention mécanique, m'écrit-il, diffère beaucoup selon les individus: chez quelques malades, ces instruments ne produisent que peu de malaise pendant les premières minutes ou les premières heures qui suivent l'introduction; chez d'autres, au contraire, ils sont aussi prompts à exciter une inflammation qui peut avoir des conséquences sérieuses. Il en résulte que, dans quelques cas, ils ont pu être portés pendant des jours, des semaines, des mois et même des années, sans qu'il surgît aucun inconvénient; mais, dans d'autres cas, la sensibilité de l'utérus a, dès le premier moment, posé un *veto* qu'on aurait dû respecter. Malheureusement il ne l'a pas été suffisamment par ceux qui se sont en quelque sorte identifiés avec le traitement mécanique, et c'est pour avoir méconnu ces avertissements de l'organisme qu'un certain nombre de femmes ont été victimes des redresseurs.

» Si l'exquise sensibilité de la matrice, réveillée par la présence du corps étranger, est parfois vaincue, il semble que cet organe peut le supporter longtemps avec une impunité apparente. J'ai vu quelques cas de ce genre, mais je les crois très-rares. Chez *la grande majorité des femmes* il est survenu quelque état morbide de l'utérus ou de ses annexes, et un prompt retrait de l'instrument, ainsi qu'un traitement actif, sont devenus nécessaires.

» L'effet immédiat de ces pessaires est, pour un temps court, singulièrement trompeur. Une malade, épuisée par la continuité de la douleur et par les autres symptômes, consulte un médecin *mécanique*; un pessaire est introduit; l'utérus est redressé. On la prie de se promener dans la salle de consultation, et, à son grand étonnement, comme si elle était sous l'influence d'un enchantement magique, tous les symptômes semblent avoir disparu: la marche est possible. On vante le médecin, on exalte son génie; le cœur plein de joie, on raconte aux amis étonnés la cure merveilleuse, et l'avenir apparaît plein d'espérance; mais à peine la merveilleuse durée quelques heures, qu'on voit la scène changer: une irritation commence; une inflammation aiguë la suit bientôt. On met en usage le calomel et l'opium, avec tous les moyens antiphlogistiques, et la malade, si elle échappe à quelques-unes des plus graves maladies, a souvent à supporter les affreux résultats d'une salivation portée très-loin. Telle est l'histoire d'un certain nombre de femmes qui ont été soumises au redressement utérin.

» Il ne peut y avoir aucun doute; car l'expérience est là pour en témoigner, l'usage de ces instruments peut être suivi des plus graves accidents: des hémorrhagies, des fistules rectales, des ulcérations du rectum, des métrites, des métro-péritonites, des abcès pelviens, en sont des conséquences assez fréquentes; plus d'une fois même la mort en a été le résultat final. »

M. Simpson lui-même a reconnu la possibilité de quelques accidents, puisqu'il dit: « J'ai parfois rencontré des cas dans lesquels le pessaire utérin a produit une irritation telle qu'elle a nécessité son retrait peu de temps après son introduction; mais il est vrai qu'il ajoute que « ces cas sont des exceptions à la règle générale...: quelquefois aussi une légère ménorrhagie suit leur usage, particulièrement à la première ou à la deuxième période menstruelle. » (*Vide* DUBLIN QUARTERLY JOURNAL FOR 1848, p. 395.)

Le docteur Churchill (de Dublin) décrit cette méthode de traiter les affections utérines comme « une tentative dangereuse d'intervention mécanique. » (*Vide* DISEASES OF WOMEN, p. 110.) Plus loin, p. 288, il ajoute: « Dans les cas de rétroversion ancienne, quoiqu'on remette l'utérus en place, il reprend bientôt sa position première, et on parait, en définitive, n'avoir rien gagné. A la première vue, l'instrument semble exactement répondre au but qu'on se propose; mais l'expérience a montré qu'on ne pouvait pas toujours s'en servir sans danger... Deux cas m'ont été racontés, dans lesquels l'instrument

introduit occasionna une telle douleur que chaque fois on dut le retirer dans les vingt-quatre heures... Somme toute, j'hésiterais à recommander un tel instrument. »

En parlant de la dysménorrhée, le même auteur ajoute encore : « Non contents cependant de dilater graduellement les rétrécissements, M. Simpson et d'autres en ont conseillé la section au moyen d'un instrument ressemblant au lithotome caché, et la dilatation ultérieure au moyen de l'éponge préparée ou d'un dilatateur mécanique. J'avoue, dit Churchill, préférer le traitement le plus lent, mais le moins dangereux. Je ne puis admettre que l'utérus tolère, aussi bien qu'on le pense, la présence d'un corps étranger, et je pourrais citer plusieurs cas qui démontrent les résultats fâcheux de cette pratique intempestive. »

On peut voir, dans le DUBLIN MEDICAL PRESS FOR 1852, p. 1, que le même auteur a vu des abcès pelviens résulter de l'usage des pessaires intra-utérins.

Le docteur Ashwell (de Londres) a vu également des accidents considérables résulter de l'usage de ces pessaires.

Dans un article qui a pour titre: QUELQUES CAUSES DE STÉRILITÉ AUXQUELLES ON PEUT REMÉDIER AU MOYEN D'UN TRAITEMENT MÉCANIQUE, le docteur Gream remarque, en passant, que la pratique qui consiste à introduire des instruments dans l'utérus et à les y faire séjourner n'exigerait aucun commentaire, s'il n'était de toute nécessité de prévenir ceux qui seraient tentés de faire des expériences de tout le danger qui peut résulter d'une semblable introduction. Il dit que les cas ne sont pas rares dans lesquels beaucoup de mal a été fait par ces instruments, et les femmes qui ont pu les garder pendant un voyage de douze heures, pour venir à Londres, ont été le plus souvent très-enchantées de les faire retirer aussitôt leur arrivée; heureuses celles qui n'ont pas été obligées, comme cela est arrivé à d'autres, de subir un traitement destiné à remédier aux conséquences fâcheuses déjà produites! (*Vide* LANCET FOR 1849, vol. 1, p. 205.)

Dans une discussion qui eut lieu en 1852, dans la Société médico-chirurgicale de Londres, le docteur Robert Lee dit qu'il donnait des soins à une malade qui avait été d'abord soumise à un traitement pour une ulcération du col, et qu'ensuite une rétroversion ayant été alléguée comme la cause de ses souffrances, un horrible instrument avec une longue tige avait été introduit dans l'utérus... Il ajouta que lorsque la malade fut presque tuée par cette machine à empaler, on la retira; mais la santé était dans un état déplorable. (*Vide* LANCET FOR 1852, vol. 1, p. 160.)

Le même accoucheur distingué a rapporté un cas à peu près semblable. « Une jeune femme commença, peu de temps après son mariage, à éprouver de fortes douleurs dans le dos et la partie inférieure de l'abdomen, avec leucorrhée; elle consulta un praticien, qui ordonna des injections, qu'elle employa pendant cinq mois sans éprouver aucun soulagement. Elle consulta alors un autre médecin, qui la traita pour une ulcération, mais avec aussi peu de succès. Un troisième praticien, consulté, lui dit qu'elle n'avait jamais eu d'ulcération; que son véritable état avait été méconnu et mal traité, et que sa maladie consistait dans une rétroversion. Elle fut placée dans la position horizontale; un instrument fut introduit dans l'utérus, en produisant des douleurs atroces. Les souffrances étant devenues intolérables, il fut retiré au bout d'une semaine. Un mois après, il fut réintroduit; mais quoique la douleur produite fût très-intense, la femme resta couchée sur le dos et porta l'instrument pendant six semaines. A cette époque, il le retira, et elle fut trop heureuse d'échapper à la vie sauve des mains de son cruel exécuteur. » (*Vide* LANCET FOR 1851, vol. I, p. 290.)

(Nous publierons la fin de ce rapport dans notre prochain numéro.)

Plusieurs membres sont inscrits pour prendre la parole sur ce rapport. Mais vu l'heure avancée et sur la demande d'un grand nombre de membres, la discussion est remise à la séance prochaine.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

PÉRIPNEUMONIE ÉPIZOOTIQUE.

RÉSUMÉ GÉNÉRAL DES EXPÉRIENCES DE LA COMMISSION SCIENTIFIQUE INSTITUÉE POUR L'ÉTUDE DE LA PÉRIPNEUMONIE ÉPIZOOTIQUE DU GROS BÉTAIL; extrait du rapport de M. H. BOULEY.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

EXPOSÉ SOMMAIRE DES EXPÉRIENCES FAITES EN HOLLANDE, EN BELGIQUE ET DANS LES DÉPARTEMENTS DU NORD ET DU PAS-DE-CALAIS, PAR LES COMMISSIONS SCIENTIFIQUES INSTITUÉES POUR RECHERCHER LA VALEUR DE L'INOCULATION COMME MOYEN PRÉVENTIF DE LA PÉRIPNEUMONIE.

Les rapports officiels des commissions hollandaise, belge et lilloise contiennent des documents de deux ordres différents qu'il faut bien distinguer les uns des autres, afin de simplifier, autant que possible, le problème à résoudre.

Parmi ces documents, les uns ont été obtenus dans les conditions suivantes :

Les expérimentateurs ont fait choix de bêtes bovines parfaitement saines et exemptes, par leur pays de provenance, de toute influence contagieuse préalable ;

Ils ont inoculé ces animaux avec du liquide extrait des poumons d'un sujet malade de la péripneumonie ;

Une fois cette inoculation faite et ses effets obtenus et éteints, les sujets inoculés ont été soumis à l'épreuve de la contagion par cohabitation, en même temps que des animaux de même provenance, non inoculés, qui devaient servir de sujets de comparaison.

Ces expériences, dans lesquelles les éléments du problème à résoudre sont aussi simples que la matière le comporte, ont, comme on le voit, une grande analogie avec les expériences de la commission française dont le compte rendu vient d'être donné dans ce rapport, et conséquemment les résultats des unes et des autres peuvent être considérés comme des quantités de même nature qui peuvent être réunies dans un même groupe.

Les documents du deuxième ordre ont une valeur probative moins rigoureuse ; ils ont été obtenus en pratiquant des inoculations sur des troupeaux de bêtes bovines qui, ou bien renfermaient en eux déjà le germe de l'épizootie, ou bien subissaient actuellement ses ravages, en sorte que lorsque la maladie se déclarait sur des sujets inoculés dans de pareilles conditions, il était impossible de discerner si son développement tenait à la nullité d'influence de l'inoculation comme moyen préventif, ou à la préexistence du germe morbide que cette opération aurait été impuissante à éteindre.

Cette distinction nécessaire établie, voici l'exposé sommaire des expériences instituées par les commissions hollandaise, belge et lilloise, et les résultats que ces expériences ont donnés :

A. — EXPÉRIENCES D'INOCULATION SUR DES ANIMAUX PARFAITEMENT SAINS.

1° Expériences de la commission scientifique de Hollande.

Dix-neuf vaches furent achetées par les soins de la commission à Scherpenzeel et Woudemberg, localités reconnues pour être demeurées exemptes, jusqu'à présent, des ravages de la péripneumonie.

Ces vaches, après avoir été soumises pendant quelque temps à une observation rigoureuse, furent, à l'exception de 2, toutes inoculées, du 1er au 4 août 1852, à l'extrémité de la queue, d'après le procédé de M. Willems et avec la matière pulmonaire qu'il indique.

L'inoculation fut mortelle pour une de ces vaches, entraîna la perte de l'extrémité de la queue chez une autre, et suivit ses phases habituelles, sans complications graves, avec des degrés variables, chez toutes les autres, à l'exception d'une seule, sur laquelle les effets d'une première inoculation furent nuls et qui fut réinoculée au bout de quatre semaines, mais sans plus de succès.

Le 16 septembre, lorsque tous les phénomènes produits par l'inoculation eurent cessé, on réunit dans une même étable les 17 animaux inoculés avec 5 autres provenant du même pays, mais vierges de toute inoculation et devant servir de termes de comparaison, et l'on introduisit dans cette étable, successivement, depuis le 16 septembre jusqu'au 8 octobre, 5 animaux affectés de la péripneumonie bien confirmée, plus 1 chez lequel la maladie parut douteuse, en tout 6 animaux, dont 4 moururent et 2 guérirent. Le nombre des journées pendant lesquelles les animaux malades restèrent dans l'étable, soit simultanément, soit successivement, en contact avec les sujets d'expérience, a été de soixante-quatorze; il ne fut pas assigné de places fixes aux bêtes malades; elles étaient alternativement mises aux côtés des animaux inoculés et non inoculés qui mangeaient le fourrage souillé de leur bave.

Au bout de trente-huit, quarante et un, quarante-quatre et quarante-huit jours de cohabitation, la péripneumonie se déclara successivement sur 4 des 5 bêtes non inoculées de ce troupeau d'expérience, et toutes 4 succombèrent à cette affection.

Quant à la cinquième bête non inoculée, elle ne présenta que des symptômes obscurs qui laissèrent douteuse la question de savoir si elle avait été atteinte de la péripneumonie.

Toutes les bêtes inoculées ont présenté jusqu'au 28 décembre, date de la rédaction du rapport de la commission, tous les signes d'une santé parfaite.

« Chez aucune de ces vaches, dit le rapporteur, il ne s'est manifesté, pendant une période de trois mois que l'étable est demeurée infectée, le moindre symptôme morbide qui ait pu faire soupçonner, même au degré le plus faible, l'existence de la pleuropneumonie. Toutes se sont fait remarquer, au contraire, par leur état d'embonpoint, leur aspect luxuriant et le lustre du poil. »

Ces expériences fournissent la preuve remarquable, suivant la com-

mission néerlandaise, que l'on ne saurait dénier à l'inoculation un pouvoir du moins temporaire de garantir contre la contagion de la pleuropneumonie; il reste néanmoins incertain pour elle jusqu'à quel point la prédisposition à contracter cette maladie se perd ou totalement ou pour un temps limité.

2° Expériences de la commission scientifique de Belgique.

Voulant dégager l'inoculation des nombreuses questions accessoires que cette pratique soulève, la commission adopta pour ses expériences ce simple programme :

1° Acheter des bêtes saines; les observer pendant un certain temps, afin de s'assurer de l'intégrité des organes pulmonaires;

2° Prier M. Willems de les inoculer;

3° N'admettre comme préservées que celles chez lesquelles ce médecin aurait reconnu l'inflammation spécifique provoquée par une inoculation *fructueuse;* et qu'il aurait déclarées jouir de l'immunité;

4° Faire cohabiter ces bêtes avec des animaux atteints de la péripneumonie exsudative, tout en plaçant dans des conditions identiques des animaux non inoculés.

En conséquence de ce programme, un premier convoi de 8 vaches et génisses ardennaises fut acheté dans des localités préservées de la pleuropneumonie et inoculées par M. Willems le 16 août 1852; le 16 septembre suivant, 6 d'entre elles présentaient tous les signes d'une inoculation réussie.

Le même jour, M. Willems inocula 8 autres bêtes bovines achetées pour le compte de la commission à la foire de Tirlemont, sans qu'on pût savoir si elles étaient originaires d'une localité exempte de la pleuropneumonie; la commission constata seulement qu'elles étaient parfaitement saines. Le même jour, les 2 bêtes du premier convoi, réfractaires à une première inoculation, furent inoculées de nouveau; toutes les bêtes du convoi de Tirlemont, à l'exception d'une seule, s'étant montrées réfractaires à une première inoculation, la commission répéta l'opération sur 6 d'entre elles à la date du 18 octobre, et pour la troisième fois sur une des vaches du premier convoi, inoculée déjà deux fois sans succès. Elle réserva seulement 2 animaux déjà inoculés sans succès, un du premier convoi et l'autre du second, pour les soumettre, sans les réinoculer, à l'épreuve de la cohabitation. Enfin, une troisième inoculation fut essayée encore, mais sans plus de succès, sur les 6 animaux du convoi de Tirlemont déjà inoculés deux fois infructueusement.

Soit donc en tout 16 animaux inoculés, dont 8 avec succès à la première inoculation, 6 sur lesquels l'inoculation fut répétée trois fois infructueusement, et 2 qui la subirent deux fois infructueusement aussi, à en juger tout au moins par les symptômes de réaction locale qui furent nuls.

Ces inoculations achevées, on mit dans une même étable, en contact avec des animaux atteints de la péripneumonie :

1° 2 des vaches ardennaises et 1 bœuf du convoi de Tirlemont inoculés avec succès;

2° 2 des vaches ardennaises inoculées deux fois sans succès;

3° Et plus tard 2 vaches âgées, inoculées par M. Willems à Hasselt et envoyées par lui à l'École de Curghem pour subir cette épreuve.

« Depuis le 24 septembre, jour du commencement de l'expérience, » dit la commission, jusqu'au 6 février 1853, date de la rédaction du » rapport, il ne s'est passé qu'une première période d'un jour et une » seconde de huit, pendant lesquelles l'étable n'a pas enfermé de bêtes » péripneumoniques; le nombre de celles-ci a varié de 1 à 3; jusqu'à » ce jour toutes les bêtes d'expérience renfermées dans cette étable » n'ont éprouvé aucune atteinte de la cohabitation avec les animaux » infectés. »

Les autres bêtes inoculées, avec ou sans succès, ont été envoyées, par les soins de la commission et sous sa surveillance, dans des étables infectées par la péripneumonie, et pas une d'elles n'a contracté la maladie.

Il n'est pas dit, dans le rapport belge, que la commission ait fait la contre-épreuve de ces essais comme dans les expériences des commissions française et hollandaise, en mettant simultanément en contact avec les animaux malades, et des sujets inoculés, et des bêtes de même provenance n'ayant pas subi l'épreuve de l'inoculation.

Tels sont les faits que le dépouillement des rapports officiels des commissions étrangères a permis à la commission française de recueillir.

Les expériences de ces commissions viennent appuyer, par leurs résultats, les conclusions que la commission française a formulées, d'après ses propres recherches, sur la vertu préventive de l'inoculation, mais elles n'ont pas une égale valeur probative, parce qu'elles n'ont pas été faites dans des conditions identiques relativement au nombre et au choix des sujets et à la durée de l'expérimentation.

Toutefois si l'on groupe ensemble les faits obtenus par les expériences de la commission française et ceux de la commission néerlandaise, qui sont assez analogues aux premiers pour en être rapprochés, on arrive à ce résultat remarquable que, sur 100 animaux inoculés, moins de 2 contracteraient la péripneumonie, tandis que, sur le même nombre de sujets non inoculés et soumis à l'épreuve de la contagion par cohabitation, plus de 65 seraient atteints de cette maladie et 17 succomberaient.

Voyons maintenant, d'après les nombreux relevés statistiques publiés jusqu'à aujourd'hui, les résultats qu'on a obtenus, dans la pratique, en recourant à l'inoculation pour prévenir ou arrêter les ravages de l'épizootie dans les troupeaux qui en étaient menacés ou qui en subissaient les atteintes.

B. — EXPÉRIENCES D'INOCULATION, FAITES DANS LA PRATIQUE, SUR LES TROUPEAUX DE BÊTES A CORNES MENACÉS OU RAVAGÉS PAR L'ÉPIZOOTIE PÉRIPNEUMONIQUE.

1° Expériences de la commission scientifique de Hollande.

Le nombre total des animaux sur lesquels ont porté les expériences d'inoculation pratique que la commission néerlandaise a fait connaître dans son premier rapport, s'élevait à 247, se décomposant ainsi, savoir :

154 vaches laitières,
6 jeunes vaches n'ayant pas encore vêlé,
82 génisses,
5 veaux.
———
247

Tous ces animaux appartenaient à des cultivateurs des environs d'Utrecht, chez lesquels la péripneumonie sévissait depuis longtemps.

On s'est servi, pour l'inoculation, du liquide exprimé de poumons provenant de bêtes bovines abattues dès l'apparition des premiers signes de la péripneumonie, en prenant la précaution d'employer ce liquide dans les premières heures où il avait été recueilli.

Les effets de l'inoculation ne se manifestèrent par des symptômes apparents que sur 132 sujets; 115 demeurèrent réfractaires. Il n'est pas dit dans quelle proportion se déclarèrent les accidents gangréneux non suivis de mort; 10 animaux succombèrent aux suites de l'inoculation, soit dans la proportion de 7,50 pour 100 des animaux inoculés avec succès. L'autopsie n'a fait reconnaître aucune lésion pulmonaire dans les animaux qui avaient succombé à l'inoculation. Sur les 247 sujets inoculés, avec ou sans symptômes extérieurs au point de l'inoculation, 16 ont contracté la péripneumonie, soit dans la proportion de 6,47 pour 100.

« Ces expériences, dit la commission hollandaise, ne démontrent » pas la valeur de l'inoculation comme moyen préventif de la pleuro- » pneumonie, parce que les inoculations ont été pratiquées sur des » troupeaux parmi lesquels la pleuropneumonie sévissait depuis long- » temps; elles n'établissent qu'une présomption qui ne sera convertie » en certitude que lorsque les animaux sains, inoculés avec fruit, au- » ront été exposés à l'influence de la contagion et y seront demeurés » réfractaires. »

2° Expériences de la commission scientifique de Belgique.

La commission belge n'a pas recueilli moins de 5,301 faits d'inoculation pratique.

Pour obtenir une masse de documents aussi considérable, elle a mis à profit l'organisation du service vétérinaire civil, en Belgique, qui lui a permis d'appeler à son aide le concours empressé et intelligent d'un grand nombre de collaborateurs à la fois.

De son côté, le gouvernement encouragea l'inoculation, d'une part, en assimilant les pertes causées par l'application de cette opération à celles qui résultent de l'abatage d'animaux ordonné par mesure d'utilité publique, et d'autre part, en instituant des commissions locales, chargées de diriger l'inoculation et de rassembler tous les faits propres à éclairer son histoire.

Le chiffre total de 5,301 bêtes bovines inoculées, dont la commission belge fait mention dans son rapport général, se décompose ainsi qu'il suit :

Bêtes à l'engrais	2,732
— maigres ou laitières	2,189
Veaux et jeune bétail	380
	5,301

Dans ce chiffre total,

2,330 habitaient des étables saines,
2,971 habitaient des étables infectées.

L'inoculation réussit, c'est-à-dire se manifesta par des symptômes d'inflammation locale appréciables sur 4,324 animaux, dont

2,030 habitaient des étables saines,
2,294 habitaient des étables infectées,

1,077 animaux sont restés réfractaires ;
86 bêtes (soit dans la proportion d'à peu près 2 pour 100 des animaux inoculés avec réaction locale) sont mortes des suites de l'inoculation ;
304 (soit 7,03 pour 100) ont perdu une partie de la queue ;
74 (soit 1,07 pour 100) ont perdu la queue complétement ;
73 (soit 1,06 pour 100) ont contracté la pleuropneumonie exsudative, malgré l'inoculation préventive.

Tel est le résumé statistique du rapport de la commission belge, dans la forme même où elle l'a présenté. Si on laissait à ces chiffres, ainsi groupés, une signification absolue, le résultat qu'ils expriment militerait fortement en faveur de l'inoculation comme moyen préventif, puisqu'en définitive, il tendrait à prouver que la mortalité, par suite de cette opération, ne serait que de 1 et une fraction pour 100, et que le bénéfice de l'immunité serait acquis, par le fait de l'inoculation, à plus de 96 animaux sur 100. Mais la commission belge n'a pas cru devoir laisser à ces chiffres une telle signification.

Pour elle, les faits qu'elle a réunis en un seul faisceau, dans le but de présenter un resumé statistique général, doivent se diviser en trois catégories.

La première comprend tous les faits qui lui semblent prouver que l'inoculation possède réellement une vertu préventive. Leur nombre serait environ de 1,800 à 1,900, d'après le relevé que nous en avons fait.

Dans la deuxième catégorie, admise par la commission de Belgique, doivent être rangés tous les faits dont la valeur probative, en faveur de l'inoculation, se trouve atténuée, suivant elle, par cette circonstance que les effets de l'inoculation coïncideraient avec un mouvement de décroissance dans l'intensité de la maladie, et que conséquemment cette immunité actuelle dont les bestiaux paraîtraient jouir, pourrait tout aussi bien s'expliquer par cette diminution d'intensité de l'épizootie que par l'influence de l'opération préventive.

Enfin la troisième catégorie embrasse tous les faits desquels il résulte que l'inoculation n'a pas été préservative.

Après avoir donné dans cet ordre l'exposé des faits qu'elle a recueillis, la commission belge en a conclu : « que l'inoculation avec le liquide extrait d'un poumon hépatisé par suite de la péripneumonie exsudative, n'est pas un préservatif absolu contre cette maladie. »

Puis, comme les conditions complexes dans lesquelles elle avait expérimenté avaient fait naître dans son esprit certains doutes sur la valeur des résultats généraux qu'elle avait obtenus, elle a ajouté à cette première conclusion une deuxième ainsi formulée :

« Quant au point de savoir si l'inoculation possède réellement une vertu préservative, et en ce cas, dans quelles proportions et pour quelle durée elle conserve l'immunité aux animaux qui l'ont subie, cette question ne pourra être résolue que par des recherches ultérieures. »

— Outre les rapports officiels des commissions belge et néerlandaise dont elle vient de présenter le résumé, la commission française a reçu le compte rendu d'expériences d'inoculation pratiquées dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais, par une commission mixte de la Société de médecine et du Comice agricole de Lille. Elle croit utile à l'éclaircissement de la question de faire connaître ici la substance de ce compte rendu.

3° *Expériences d'inoculation de la péripneumonie épizootique du gros bétail dans le nord de la France, par une commission mixte de la Société centrale de médecine et du comice agricole de Lille.*

Les expériences de la commission lilloise ont été faites sur 1,245 animaux de l'espèce bovine, appartenant tous à des propriétaires du département du Nord.

Elles avaient pour double objet d'étudier comparativement les effets de l'inoculation du liquide de la péripneumonie et des matières septiques.

Les inoculations avec le liquide de la péripneumonie sont au nombre de 1,216. Sur ce nombre, 978 ont réussi, c'est-à-dire se sont manifestés à l'extérieur par des symptômes de réaction local appréciables, et 238 sont restées sans effets au moins apparents.

La proportion des accidents gangréneux entraînant la chute d'une partie plus ou moins étendue de la queue a été de 179 (soit 14,72 pour 100).

Et celle des accidents mortels de 17 (soit 1,39 pour 100).

Enfin 29 animaux (soit 2,38 pour 100) ont contracté la pleuropneumonie, malgré l'inoculation, et parmi eux 8 ont succombé.

Les expériences d'inoculation de matières septiques ont porté sur 29 sujets ; elles ont réussi sur 27 et sont restées sans effet sur 2. 10 ont perdu une partie plus ou moins considérable de la queue, à la suite de ces inoculations (soit 34 pour 100).

Aucun n'est mort.

Voulant apprécier si les animaux qui avaient été soumis à l'épreuve de cette inoculation avaient contracté à un degré quelconque l'immunité contre l'influence contagieuse de l'épizootie, la commission les mit au contact avec les animaux malades. Trois contractèrent la péripneumonie dont un succomba.

Après avoir obtenu ces résultats comparatifs, la commission lilloise a formulé ses conclusions en ces termes :

1° Comme en Belgique et en Hollande, les inoculations exécutées sur divers points des départements du Nord et du Pas-de-Calais démontrent que l'insertion à la queue des bêtes bovines et l'absorption de la sérosité provenant des poumons atteints de lésions pleuropneumoniques n'ont pas conjuré, sur une certaine proportion d'animaux, l'invasion, les désordres et les conséquences funestes de l'épizootie régnante du gros bétail.

2° Le procédé opératoire dont il s'agit provoque lui-même des accidents et des dangers chez les animaux qui le subissent ; les uns entraînent la mortification et la chute totale ou partielle de la queue ; les autres la mort par la propagation, de proche en proche, des phénomènes gangréneux.

3° La sérosité pulmonaire morbide n'agit pas de la même manière que les virus, c'est-à-dire en produisant une maladie identique à celle qui lui a donné naissance ; son action ne diffère en rien de celle résultant de l'insertion du sang putréfié, et semble conséquemment bien plutôt se rattacher à une absorption purement septique.

4° L'influence précise exercée sur l'action désastreuse de la pleuropneumonie épizootique, par l'inoculation telle que la pratique le docteur Willems, reste entourée de doutes et d'incertitudes qui ne peuvent être dissipés qu'en élucidant, par l'observation et l'expérience, plus complétement qu'on ne l'a fait jusqu'à présent, les termes nombreux d'une question aussi complexe.

Tel est le résumé des différents documents officiels qui sont parvenus à la commission (1).

Que si maintenant on additionne ensemble tous les faits semblables obtenus en France, en Belgique et en Hollande, par l'inoculation de la péripneumonie à des troupeaux de bêtes bovines menacées ou ravagées par l'épizootie, on arrive au résultat suivant :

D'après la récapitulation sommaire qui vient d'être faite, l'inoculation a été employée, comme moyen pratique de prévention de la péripneumonie, sur 6,764 animaux de l'espèce bovine, savoir :

Par la commission hollandaise, sur	247
Par la commission belge, sur	5,301
Par la commission lilloise, sur	1,216
Total	6,764

Sur ce chiffre de 6,764 inoculations, 5,434 ont réussi, et 1,430 sont restées sans effets extérieurs appréciables.

(1) M. le docteur Desaive a annoncé il est vrai, dans un travail spécial sur l'inoculation préventive du gros bétail, qu'il avait pratiqué cette opération sur une grande échelle dans les provinces de Prusse, sous le patronage du gouvernement prussien, et qu'il était parvenu par ce moyen à arrêter les ravages de l'épizootie dans les étables où il l'avait employé ; mais, comme il ne donne dans son compte rendu aucun résultat chiffré, ses expériences ne peuvent être rappelées ici que pour mémoire.

Le nombre des accidents mortels consécutifs à l'inoculation s'élève à 113, ou dans la proportion d'un peu moins de 2 pour 100.

Et enfin le chiffre des animaux qui ont contracté la péripneumonie, après et malgré l'inoculation, est de 118; soit environ 2 pour 100.

Le rapport de la commission hollandaise n'ayant pas indiqué le chiffre des accidents gangréneux survenus à la suite de l'inoculation, on ne peut pas établir ici la proportion entre ces accidents et la somme totale des inoculations pratiquées; mais si l'on fait ce calcul d'après les seuls chiffres fournis par les commissions belge et lilloise, on voit que les accidents compliqués de la perte d'une partie plus ou moins considérable de la queue sont, relativement aux inoculations faites en Belgique et dans le département du Nord, dans la proportion de 4 pour 100.

Maintenant, si l'on donne à ces chiffres leur signification la plus simple, on voit qu'en définitive ils expriment le résultat suivant, à savoir :

Que sur 100 animaux de l'espèce bovine auxquels on pratique l'inoculation comme moyen préventif de la péripneumonie, dans les conditions les plus défavorables, c'est-à-dire alors que les troupeaux dont ils font partie sont ou sous la menace de l'épizootie ou actuellement ravagés par elle :

2 animaux succombent aux suites de l'inoculation ;
2 malgré l'inoculation contractent la maladie ;
Et 96 demeurent à l'abri de ses atteintes.

Sur ces 96 animaux, 92 sortent parfaitement sains et saufs des épreuves de l'inoculation, et 4 éprouvent des accidents gangréneux très-graves qui les déprécient considérablement.

Il ressort incontestablement de ces relevés statistiques des inoculations essayées jusqu'à aujourd'hui dans la pratique, comme mesures préventives contre la contagion de la péripneumonie, que la décroissance dans l'intensité de cette maladie, le nombre des animaux qu'elle attaque et conséquemment la mortalité qu'elle entraîne, a coïncidé constamment avec la pratique de l'inoculation dans les troupeaux ravagés actuellement ou menacés par l'épizootie.

En rapprochant les résultats donnés par ses expériences directes sur l'inoculation préventive, des résultats semblables obtenus par les expériences de même nature faites à l'École vétérinaire d'Utrecht; en comparant le chiffre si affaibli de la mortalité dans les troupeaux inoculés aux chiffres si considérables des accidents mortels dans les troupeaux ravagés par l'épizootie suivant sa marche naturelle, la commission française s'est crue autorisée à formuler la proposition suivante comme la conclusion définitive de ses recherches sur l'inoculation préventive de la péripneumonie épizootique du gros bétail :

« L'inoculation du liquide extrait des poumons d'un animal malade » de la péripneumonie possède une vertu préservative; elle investit » l'organisme du plus grand nombre des animaux auxquels on la pra» tique d'une immunité qui les protège contre la contagion de cette » maladie pendant un temps encore indéterminé. »

De nouvelles expériences restent à faire, monsieur le ministre, pour rechercher si cette immunité constatée reste acquise pour toute la vie de l'animal ou si elle ne l'est que pour un temps limité ;

Pour savoir si elle est puissante non-seulement contre la contagion et dans toutes les circonstances de la pratique où elle exerce son influence, mais encore contre les différentes conditions de régime et d'hygiène qui peuvent faire développer spontanément la maladie ;

Pour perfectionner enfin les procédés d'inoculation.

Telles sont, monsieur le ministre, les propositions que la commission instituée près de votre ministère pour étudier la péripneumonie épizootique du gros bétail, a l'honneur de soumettre à l'appréciation de Votre Excellence.

BIBLIOGRAPHIE.

DU PRONOSTIC ET DU TRAITEMENT CURATIF DE L'ÉPILEPSIE; par M. HERPIN (de Genève).

En pathologie, le milieu social dans lequel on observe constitue un élément dont il importe beaucoup de tenir compte, et qui explique, quand il est négligé, pourquoi tant d'auteurs aboutissent sur une même question à des résultats différents, à des conclusions contradictoires. S'il était besoin d'exposer ici ce point de philosophie médicale dans toute son évidence, si j'avais à prouver que le pronostic d'une même maladie, que ses chances, bonnes ou mauvaises à l'égard du traitement, varient suivant qu'on pratique en ville ou dans les hôpitaux, selon qu'on exerce parmi la classe riche ou parmi la classe pauvre, le livre de M. Herpin viendrait fort à propos à l'appui de ma thèse.

Le but de cet ouvrage est de faire connaître les résultats d'une assez longue pratique dans le traitement de l'épilepsie, et d'une pratique heureuse. L'auteur cherche à établir que dans la majorité des cas, la guérison de cette maladie tient à une seule chose, la volonté soutenue du malade et du médecin.

La curabilité de l'épilepsie, qu'il proclame au milieu de l'incrédulité générale, ne dispose pas tout d'abord le lecteur d'une façon bien favorable; mais on ne tarde pas beaucoup à se laisser convaincre, si l'on considère le nombre et la valeur des faits, la rigueur, la précision, la méthode qui président à leur analyse et à leur induction. Du concours de deux séries d'observations sur lesquelles repose le travail de M. Herpin, il résulte que la médecine peut intervenir utilement chez les trois quarts des épileptiques; qu'elle peut en guérir plus de la moitié, et procurer une amélioration plus ou moins durable dans un cinquième des cas; enfin, que le nombre des épilepsies rebelles aux traitements dirigés avec persévérance est d'un quart environ.

Sans prétendre nous prononcer sur ces évaluations numériques en principe, nous sommes de l'avis de l'honorable médecin de Genève : nous croyons qu'il faut beaucoup moins désespérer de la guérison de l'épilepsie qu'on ne le fait généralement.

Les pessimistes, à cet égard, comptent en majorité des écrivains ayant observé le mal caduc dans les hôpitaux, où on ne voit d'habitude que les cas anciens, graves, rebelles, compliqués de désordres intellectuels. Les optimistes, au contraire, sont des médecins qui ont observé le mal dans la pratique privée, c'est-à-dire là où l'on trouve le plus ordinairement les cas à leur état de simplicité, et au début de l'affection. Mais toutes les circonstances capables d'influer sur le pronostic sont loin d'avoir la même valeur; il en est même plusieurs dont l'action est très-équivoque. En tête de ces dernières, M. Herpin place l'hérédité. Sur 28 cas où l'épilepsie lui a paru remonter des descendants aux ascendants, il a constaté 18 guérisons, 7 améliorations et 3 insuccès; tandis que sur 10 cas où le cachet héréditaire a manqué, il y a 6 guérisons, 1 amélioration et 4 cas rebelles. Quelle différence entre ce résultat et le pronostic de la plupart des auteurs, de M. Seunert, par exemple, qui affirme que l'épilepsie héréditaire est incurable! Contrairement à l'opinion de Scribonius, M. Herpin pense que les femmes guérissent plus souvent que les hommes. Quant à l'âge, son pronostic est conforme à celui de Posidonius. La période de vingt à trente ans est celle qui a offert au médecin de Genève le plus de cas rebelles. Après la vieillesse, les âges les plus favorables à la guérison sont la période de dix à vingt ans, puis l'enfance. Parmi les autres conditions avantageuses au pronostic, l'auteur signale la stature élevée, la complexion forte, la bonne conformation de la tête, le développement de l'intelligence, l'état de parturition, la date récente du début de l'affection, la rareté des crises, etc. Il mentionne, au contraire, comme conditions défavorables, la naissance avant terme, l'atrophie des membres, l'idiotisme ou un désordre mental antérieur, une longue durée de la maladie, surtout au delà de dix ans, la fréquence des accès, etc.

Dans la symptomatologie, jusqu'à M. Herpin, les auteurs s'étaient contentés de prendre aux deux extrémités de l'échelle un certain nombre de variétés dont ils faisaient deux genres : l'attaque proprement dite et le vertige. Mais entre ces deux points extrêmes il restait un bon nombre de degrés dont personne n'avait donné la description générale. De là beaucoup de controverses sur la nature réelle de certains accès convulsifs, et partant de l'obscurité sur leur diagnostic. S'appuyant d'une part sur les résultats de sa propre observation, et de l'autre sur le fruit de nombreuses lectures, le médecin de Genève fait connaître l'épilepsie dans tous ses degrés; il donne une description complète et méthodique de ses formes, tout en posant les limites qui séparent cette maladie de certaines autres névroses, l'hystérie, par exemple.

En étiologie, les données que la statistique fournit à M. Herpin diffèrent sensiblement sur beaucoup de points des assertions numériques émises par ses devanciers. Était-il mieux placé que ceux-ci pour rendre à chaque genre de causes sa valeur réelle? ses sources d'information étaient-elles plus nombreuses, ses moyens de contrôle plus sévères? C'est une question que les limites de cet article ne me permettent pas d'aborder. Quoi qu'il en soit, à l'égard de certaines causes déterminantes, de la frayeur, par exemple, une de celles dont l'influence est la mieux démontrée et la plus active, M. Herpin n'est d'accord ni avec MM. Bouchet et Cazauvieilh, ni avec M. Beau, ni avec Leuret. Il trouve que les auteurs dont il s'agit ont beaucoup exagéré l'influence de la

frayeur. Estimée à 30 pour 100 dans les chiffres cités par MM. Bouchet et Cazauviehl, à 45 dans ceux de M. Beau et à 37 dans la statistique établie par Leuret, cette cause morale n'est estimée qu'à 9 pour 100 par M. Herpin. Toutefois, il se rencontre avec Leuret pour regarder les scrofules comme une cause prédisposante.

Sous le rapport du traitement, l'ouvrage de M. Herpin n'est pas moins riche en résultats satisfaisants ou négatifs. Soit en cas d'insuccès, soit en cas de guérison, l'auteur a accumulé un grand nombre d'observations où il a expérimenté les effets physiologiques de plusieurs médicaments, les doses initiales, leur accroissement graduel, leur maximum, le mode d'administration, la durée de la cure et la quantité totale du remède ingéré. Les agents qui ont servi de base à ces recherches thérapeutiques s'élèvent au nombre de huit. Les voici dans l'ordre de leur emploi le plus fréquent : l'oxyde de zinc, le sulfate de cuivre ammoniacal, la valériane et le valérianate de zinc, le salin des marais, la poudre de taupe grillée, l'armoise, la jusquiame, l'ammoniaque.

L'oxyde de zinc est la substance dont M. Herpin a fait le plus fréquent usage. Il l'a prescrit à quarante-six épileptiques sur cinquante-cinq, et c'est l'agent qui lui semble mériter le plus de confiance. Introduit dans la matière médicale par Gaubius, qui découvrit le secret d'un empirique, l'oxyde de zinc est placé par Hufeland à la tête des spécifiques proposés contre l'épilepsie. Odier le range au second rang, après la valériane, avant l'ammoniure de cuivre et le nitrate d'argent. Malheureusement, dans plusieurs cas, M. Herpin associa l'oxyde de zinc à l'extrait de valériane ; de sorte qu'il n'est guère possible de savoir au juste quelle part revient dans ces cas à l'un et l'autre agent. La poudre de taupe grillée est un antiépileptique très-populaire en Suisse. Employée depuis un siècle à Neufchâtel, cette substance fit bientôt fortune à Genève, où elle s'introduisit sous le patronage d'un banquier de cette ville, M. Heutsch. Plusieurs médecins conseillent de la donner chaque matin deux heures avant le déjeuner, à la dose d'un dé à coudre, dans un demi-verre d'eau froide ou d'infusion de tilleul. Malgré les succès enregistrés par plusieurs de ses compatriotes, M. Herpin n'eut point à se louer de ce remède. Il le vit échouer dans tous les cas où il eut occasion de le mettre en usage.

Avant de terminer l'analyse de l'ouvrage de M. Herpin, je ne veux point passer sous silence les belles considérations sur la méthode en thérapeutique, qu'il donne en qualité de préface. L'auteur y examine avec beaucoup de soin toutes les causes capables de nuire à la science du traitement. Et ce n'est pas sans raison qu'il signale parmi ces causes le défaut de persévérance, qui fait si souvent passer pour inefficaces et rejeter de la pratique des moyens dont l'efficacité est incontestable. En somme, si M. Herpin a été plus favorisé que beaucoup d'autres médecins dans le traitement de l'épilepsie, je ne doute pas le moins du monde que tout l'avantage en revienne à sa méthode sévère et patiente d'expérimentation, méthode qui a valu à l'auteur une récompense de l'Institut, et qui est, sans contredit, la qualité la plus éminente de son œuvre.

MICHÉA.

VARIÉTÉS.

BULLETIN DU CHOLÉRA.

	19 mai.	20	21	22	23	24
Décès aux hôpitaux civils. . .	3	3	6	4	4	X
— — — militaires.	1	1	0	0	1	0
— à domicile.	2	0	1	4	0	1
Cas déclarés à l'intérieur. . . .	2	0	2	0	2	X
— admis dans les hôpitaux. .	5	8	0	5	4	4

Dans la banlieue, en sus des chiffres que nous avons donnés précédemment, on avait enregistré, le 20 mai, à Bercy, 4 décès et 1 à Boulogne.

La proportion des décès cholériques depuis l'invasion, par rapport au chiffre de la population civile, donne 0,88 sur 1,000 ; par rapport à la population militaire, le chiffre, beaucoup plus élevé, est de 2,18 sur 1,000.

— M. le ministre de l'instruction publique vient d'inviter la Faculté de médecine de Paris à lui adresser, conformément aux dispositions du décret organique du 9 mars 1852, une double liste de candidats pour la chaire de clinique externe vacante par suite du décès de M. le professeur Roux.

Cette liste devant être présentée dans un très-court délai, MM. les docteurs qui désirent y être portés sont invités à déposer leur demande et leurs titres, au secrétariat de la Faculté, avant le 1er juin 1854.

— La Société de médecine de Lyon met au concours les deux questions suivantes :

1° Déterminer l'influence que les récentes découvertes chimiques et physiologiques, relatives aux fonctions des organes digestifs, doivent exercer sur la pathologie et la thérapeutique des maladies de ces organes.

Le prix est une médaille d'or de 300 fr.

2° Rédiger, pour les ouvriers de Lyon, un opuscule où ils puissent trouver les notions qu'il leur importe le plus de posséder sur leurs intérêts hygiéniques et sanitaires.

Cet écrit, adressé directement aux ouvriers, sous une forme substantielle et dans un style qui sache les attacher, doit avoir pour principal but de les éclairer sur leurs préjugés et de les mettre en garde contre les suggestions du charlatanisme.

Le prix est, exceptionnellement pour cette question, une médaille d'or de 500 fr.

Les prix seront décernés dans la séance publique de janvier 1856.

Les mémoires, écrits en français, devront être adressés, dans la forme ordinaire *et francs de port*, avant le 1er août 1855, à M. le docteur Diday, secrétaire général, rue des Célestins, 5.

— PROGRAMME DU PRIX INSTITUÉ PAR LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG. — Personne ne met en doute l'influence que des notions précises sur le mode de formation et sur la composition des tubercules pourraient exercer dans le traitement de la phthisie pulmonaire.

En conséquence, la Société de médecine de Strasbourg met au concours la question suivante :

« Faire l'histoire anatomo-pathologique des tubercules considérés en eux-mêmes, en s'aidant de tous les moyens d'investigation modernes. »

Les auteurs auront à rechercher comment se forment les tubercules ;

Sont-ils toujours le produit d'une diathèse ou état général de l'économie ? Ne sont-ils pas quelquefois la conséquence d'une lésion toute locale ou idiopathique ?

Le tubercule diathésique diffère-t-il par sa composition du tubercule idiopathique ?

Les granulations (phthisie granuleuse de Bayle) et les tubercules proprement dits ont-ils la même origine et la même composition ? Dérivent-ils les uns des autres ?

Rappeler et contrôler les travaux chimiques et microscopiques ayant trait à ces questions, qui ont été réalisés dans ces derniers temps.

Si les concurrents veulent joindre à leurs réponses aux questions précédentes, quelques détails sur les modifications que les tubercules déterminent dans les tissus où ils se produisent et dans l'économie en général, il leur sera tenu compte de ces travaux accessoires.

Un prix de 300 francs sera décerné au mémoire couronné.

Ce prix sera décerné dans la séance publique de juillet 1855.

Les mémoires, écrits très-lisiblement en français, en allemand ou en latin, devront être adressés francs de port à M. le docteur GABRIEL TOURDES, secrétaire de la Société, rue de la Nuée-Bleue, 18, avant le 1er juin 1855.

Les membres résidants de la Société ne peuvent point concourir ; les concurrents sont tenus de ne point se faire connaître. Ils doivent distinguer leurs mémoires par une sentence qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant leurs noms, leurs adresses ou celles de leurs correspondants. Si ces conditions ne sont pas remplies, leurs ouvrages seront exclus du concours.

Le billet cacheté ne sera ouvert que lorsqu'une récompense aura été décernée.

Le travail couronné sera publié dans les Mémoires de la Société, et l'auteur recevra le titre de membre correspondant de la Société.

— ÉTAT SANITAIRE DE LA GUYANE FRANÇAISE. — Les dernières nouvelles de la colonie pénitentiaire de Cayenne étaient tout à fait favorables, au point de vue de la santé des condamnés et des troupes.

Au 17 avril dernier, on pouvait remarquer une diminution sensible non-seulement dans le nombre des décès, mais encore dans celui des journées d'hôpital. Cette amélioration était surtout remarquable aux îles du Salut et à l'île de la Mère. A Saint-Georges et à la montagne d'Argent, les Européens continuaient à fournir un grand nombre de malades ; mais les affections dont ils étaient atteints avaient en général peu de gravité.

Le nombre des décès, du 1er au 31 mars, a été de 17 pour tout l'effectif des transportés.

— Les médecins de Berlin s'occupent en ce moment de fonder une association de secours pour les médecins pauvres résidant à Berlin ou dans les environs, et même pour les voyageurs.

— Sur une population moyenne de 19,240 individus qu'ont renfermée en 1852 les établissements pénitentiaires, on a compté 1,232 décès, c'est-à-dire 6 sur 100. Les cas d'aliénation mentale dont les symptômes s'étaient déjà manifestés avant la détention ont été de 16, et ceux qui se sont déclarés depuis la détention se sont élevés à 34. On a compté 8 suicides.

— M. Flourens, membre de l'Institut, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, ouvrira son cours de physiologie comparée au muséum d'histoire naturelle, mardi 30 mai 1854, à onze heures précises, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

Les leçons auront lieu dans l'amphithéâtre de géologie.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : RAPPORT SUR LE TRAITEMENT DES DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS PAR LES PESSAIRES INTRA-UTÉRINS.

La discussion sur le traitement des déviations de l'utérus à l'Académie de médecine n'a point encore véritablement commencé, et pourtant on peut déjà prévoir qu'elle ne modifiera pas de beaucoup le sens et la portée des conclusions du remarquable rapport de M. Depaul. Le soin apporté par le savant académicien dans la rédaction de ce travail, l'analyse qu'il y a faite de toutes les observations présentées en faveur de la méthode, les considérations critiques dont il a fait suivre chacun des faits, tout cela, joint à un certain nombre d'observations dans lesquelles l'emploi du redresseur ou du pessaire intra-utérin a déterminé des accidents graves et même mortels, nous semble très-défavorable aujourd'hui à la cause dont M. Valleix s'est constitué chez nous le promoteur et le défenseur. Telle est l'impression à peu près générale qui a été produite par l'audition ou la lecture du rapport.

En démontrant, à l'aide des faits publiés, que les déviations de l'utérus sur lesquelles on a opéré n'étaient point des déviations simples, mais des maladies complexes, dans lesquelles, à côté du déplacement, il y avait de l'hypertrophie ou des ulcérations, des inflammations, des états névralgiques ou des altérations organiques diverses, le rapporteur a cherché en débutant à ôter aux observations sur lesquelles on est appelé à se prononcer leur caractère probant, et je dirai même une grande partie de leur portée clinique. S'il était en effet prouvé, comme semblent l'indiquer un assez grand nombre de faits, que parmi des femmes qui n'éprouvent aucun des symptômes attribués aux déviations il y en a dont la matrice est plus ou moins déviée. Si, d'un autre côté, parmi celles qui présentent ces symptômes, il suffit souvent de combattre et de détruire l'élément inflammatoire ou névralgique coexistant pour voir disparaître, sinon le déplacement du moins les symptômes qu'on lui rapporte, il faudrait reconnaître que les observations publiées jusqu'aujourd'hui en faveur du redressement mécanique pèchent complétement au point de vue du diagnostic en rapportant, comme symptômes des déviations, des phénomènes qui peuvent être attribués à des altérations concomitantes. Mais tout en blâmant la manière dont ces faits sont relatés, on peut dire qu'ils n'ont point été publiés comme des modèles d'observation clinique, que les auteurs ont eu surtout en vue de mettre en relief la partie saillante du traitement. Alors quelle que soit l'interprétation que l'on donne à ces faits, ils n'en demeurent pas moins probants au point de vue thérapeutique.

Ainsi la question se trouve ramenée aux termes suivants : « Chez les femmes qui présentent différents troubles fonctionnels, tels que douleurs dans le bassin, aux aines, à la face externe des cuisses, au voisinage du sacrum, fatigues dans la marche, symptômes nerveux bizarres, troubles divers dans les fonctions digestives, ballonnement du ventre, constipation, besoins fréquents et difficultés de miction, qu'elles soient atteintes de déviations utérines simples ou de déviations compliquées de gonflements inflammatoires subaigus, de granulations, d'ulcérations, d'altérations organiques, quelle est la valeur du redressement mécanique pratiqué avec les précautions recommandées par M. Valleix? » Du moment que les observations citées à l'appui de la méthode ne se rapportent pas à des déviations utérines simples, le problème se déplace, et en cela il se déplace autant pour l'auteur du procédé opératoire que pour le rapporteur lui-même. En effet, si, pour fonder un traitement nouveau, il faut définir d'une manière précise les faits dans lesquels le traitement est applicable et utile, par contre, quand un traitement existe de fait, a été appliqué et s'applique à un grand nombre de malades, il importerait, avant de le proscrire, d'en peser les effets, d'en analyser les résultats, même dans les cas complexes qui ont été présentés. Sans aucun doute, la voie qu'indique M. Depaul est la plus rigoureuse : elle consisterait à n'opérer d'abord que sur des déviations simples; mais si les cas de ce genre, dans lesquels le médecin est appelé à intervenir, sont excessivement rares dans la pratique, comment en réunir des exemples? Il est une infinité de problèmes thérapeutiques dans lesquels, faute de cas identiques, faute de cas simples, on n'arriverait jamais à une solution si l'analyse étiologique ne pouvait suppléer jusqu'à un certain point à l'absence de faits. Nous allons essayer d'en trouver un exemple dans la première question que soulève le travail de M. Depaul, question préalable, dont il nous paraît nécessaire d'établir la solution, avant d'aller plus avant dans l'étude et la discussion du rapport.

Les déviations de l'utérus, dont M. Depaul a indiqué d'une manière si précise les variétés anatomiques, réclament-elles toutes un traitement? Il y a certainement des exceptions, puisque, dans bon nombre de cas, des femmes atteintes de déviations utérines à des degrés divers n'ont été averties de leur infirmité par aucune souffrance du côté de l'utérus ou des parties voisines. Parmi les malades qui présentent les douleurs et les phénomènes morbides que nous avons énumérés, c'est-à-dire chez celles qui réclament les soins médicaux, compte-t-on des cas de déviations simples? Ici l'embarras commence, et il existe pour tous. L'utérus offre, dans toutes ses parties, le volume, l'aspect, la consistance normale; il n'existe dans cet organe, il faut l'admettre au moins pour certains cas, aucune altération organique appréciable; mais il y a des douleurs névralgiques violentes, des troubles dans la menstruation, de la pesanteur, une gêne dans la marche. A quelle catégorie vont correspondre ces observations? Sont-ce des déviations utérines simples, entraînant à leur suite des accidents névralgiques et fonctionnels qui ne sont qu'une des expressions symptomatiques du déplacement de l'organe? ou bien n'y a-t-il pas dans ces sortes de cas un élément névralgique distinct? C'est là que se révèle l'impuissance de l'observation, ou plutôt de la méthode d'observation généralement usitée.

Les données numériques, si elles ne manquent pas tout à fait dans le rapport, ne sont pas du moins très-nombreuses, et à les prendre telles que l'auteur nous les donne, elles ne sauraient aucunement servir à établir la distinction recherchée. S'il en est ainsi pour des réactions nerveuses et fonctionnelles, qui à tout prendre peuvent bien être l'effet d'un simple déplacement, que deviendra la difficulté quand l'utérus dévié sera en même temps le siége d'altérations organiques différentes pouvant avoir chacune des symptômes spéciaux? Cette difficulté que l'induction fait préjuger, cette difficulté qu'il faut bien accepter puisqu'il est de la nature des cas pathologiques de la présenter

---

FEUILLETON.

LETTRES D'UN MÉDECIN MILITAIRE SUR LA CAMPAGNE D'ORIENT.

LETTRE PREMIÈRE.

Gallipoli, camp des Fontaines, mai 1854.

Au Rédacteur.

Monsieur,

Si vos lecteurs peuvent prendre quelque intérêt aux impressions de voyage d'un médecin militaire faisant partie de l'armée d'Orient, je vous en adresserai un journal rédigé sans aucune espèce de prétention, si ce n'est celle d'être simple et vrai. On a dit que l'homme ressemble à tous les hommes; à ce titre, ce que j'aurai vu et senti pourra être un spécimen de ce que d'autres auraient vu et senti à ma place. Dans les circonstances où nous nous trouvons, des impressions personnelles empruntent nécessairement un caractère d'intérêt général qui expliquera l'abandon que je mets dans cette communication.

Un mot d'abord, monsieur, sur le sentiment qui m'anime et me guidera dans cette entreprise.

Les diverses spécialités qui constituent la fonction sociale portent toutes un cachet spécial, recèlent une poésie originale dont la grandeur et l'éclat se mesurent à la somme de dévouement que chacune d'elles exige. On a célébré la vie du soldat, si pleine de sacrifices et d'abnégation, et les misères du médecin de campagne, si rarement récompensées; mais on a trop négligé, ce me semble, de mettre en saillie les souffrances intimes, les froissements contenus, les fluctuations pénibles, l'incertitude constante et les douleurs de l'isolement, qui marquent l'existence du médecin militaire.

Nous comptons, certes, des praticiens distingués, des écrivains de mérite, toutefois ce qui spécialise le genre de courage que demande notre position n'a pas, suivant moi, assez vivement fixé l'attention. J'en parlerai donc chaque fois que l'occasion s'en présentera.

La partie chirurgicale et médicale m'occupera également; mais je ne pourrai la traiter que superficiellement, et je me bornerai aux indications générales indispensables sans vouloir aborder les détails importants.

Plus tard, et si les circonstances me le permettent, je ferai des faits médicaux que j'aurai recueillis un travail particulier. Je rendrai fidèlement les impressions qu'une telle guerre aura excitées en moi. Souvent, sans doute, mes observations seront tronquées, mes tableaux manqueront d'ampleur, mes descriptions pécheront par leur brièveté, mes jugements par leur roideur ou par leur sévérité trop concise, mais on se souviendra des lieux où j'écris et du milieu que j'habite.

souvent, est le fait d'une cause inconnue, d'une cause indéterminée, « le mode d'action des déviations utérines dans la production des accidents secondaires ou des phénomènes liés à ces déviations. »

Il suffit de poser ainsi le problème pour comprendre combien sa solution est difficile et combien pourtant elle serait importante pour donner des bases solides à la discussion qui va s'ouvrir. A prendre les faits publiés avec leurs caractères simplement objectifs, on est conduit à partager les préventions du rapport contre l'emploi du pessaire. Si, au contraire, on cherche à interpréter les observations, on trouve, dans un certain nombre de cas, des preuves trop manifestes de l'action de la méthode contre les phénomènes de douleur, de malaise, de gêne, attribués aux déviations utérines simples ou compliquées, pour qu'il n'y ait pas à se demander si, d'une part, il n'y a pas redressement, et, d'autre part, comment le redressement de l'organe peut faire disparaître à ce point des symptômes qui ne seraient pas imputables à sa déviation.

Ainsi la recherche de l'influence curative immédiate du redressement de l'utérus nous conduit d'une manière à peu près certaine à attribuer à la méthode une action curative directe relativement à la déviation de l'organe, et une action curative indirecte relativement aux phénomènes morbides accusés par les malades. Mais ceci ne regarderait encore que la méthode générale du redressement de l'utérus et sa valeur mécanique et thérapeutique considérée indépendamment du procédé en cause. C'est peut-être ce que le rapporteur aurait dû distinguer d'abord pour assurer plus de sévérité à ses conclusions. La question spéciale reste donc tout entière, c'est-à-dire : quelle part le redresseur intra-utérin prend-il au redressement, quelle est la somme des accidents qu'il peut déterminer comparée aux effets curatifs qu'il produit. Il resterait aussi la question des indications pratiques. A quel genre de déviations réservera-t-on le traitement? Quelle influence le redressement exercera-t-il par la suite sur les altérations organiques ou fonctionnelles de l'utérus? Toutes questions dont la solution aurait besoin d'être dégagée, à cause de leur importance pratique. La Gazette Médicale aura occasion d'y revenir en passant en revue les autres parties du rapport, et à propos de la discussion qui va s'établir.

Tholozan.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Mémoire sur l'anatomie des tumeurs érectiles (lu à la Société de biologie); par M. le docteur Ch. Robin.

Lorsque, dans l'état actuel de l'anatomie et de la physiologie, nous employons l'expression *tissu érectile*, nous savons d'une manière précise quelle est la disposition anatomique, toujours la même, qui s'y rattache. Nous savons qu'il s'agit d'un tissu présentant une trame aréolaire formée de faisceaux de tissu cellulaire, accompagnés de fibres élastiques et de fibres musculaires de la vie organique. Et quelles que soient les variétés qu'il peut offrir dans les corps caverneux, le gland, le bulbe de l'urètre, celui du vestibule, la même disposition fondamentale se retrouve partout; comme, quelles que soient les différences d'aspect du tissu cellulaire ou du tissu musculaire, vers les sphincters et dans les membres, ou d'un animal à l'autre, partout la même structure fondamentale se retrouve, avec des modifications, mais au fond très-secondaires.

Nous savons aussi d'une manière précise, lorsque nous employons l'expression *tissu érectile*, quel est, au point de vue physiologique, l'ordre d'idées que nous devons poursuivre pour voir la propriété d'*érectilité* se manifester, ou, au contraire, cesser d'être en jeu.

Lorsque, d'autre part, dans l'état actuel de l'anatomie et de la physiologie pathologiques, nous employons les mots tumeurs *fibreuses*, *lipomateuses* ou *adipeuses*, *glandulaires hypertrophiques*, *fibro-plastiques*, *épidermiques* ou *épithéliales*, etc., nous savons très-nettement qu'il s'agit de productions morbides nettement caractérisées par les éléments du tissu cellulaire, de l'adipeux, du glandulaire, d'éléments fibro plastiques, de ceux de l'épiderme; éléments qui ont augmenté de nombre outre mesure dans telles ou telles conditions, en présentant, selon la nature de celles-ci, telle ou telle modification de leur arrangement réciproque ou texture normale, avec ou sans augmentation de volume. Nous savons même déjà quelles sont les modifications survenues dans les propriétés du tissu. Nous savons également, pour le tubercule et le cancer, qu'il s'agit de la production d'éléments anatomiques qui n'existaient pas dans l'état normal (corpuscules du tubercule et cellules cancéreuses), et nous savons aussi quelles sont les modifications qu'ils ont entraînées dans les tissus au sein desquels ils se sont produits.

L'expression *tumeur érectile* est inexacte, en ce qu'elle fait croire à tort à la production accidentelle d'un tissu anatomiquement analogue à celui du tissu érectile et jouissant de propriétés physiologiques analogues aussi. L'examen anatomique des tumeurs susceptibles de *s'ériger* dans quelques circonstances pour revenir ensuite sur elles-mêmes, montre en effet qu'elles n'ont rien de la structure du tissu érectile normal.

Si, d'autre part, on tient à rapprocher les unes des autres toutes ces tumeurs, parce qu'elles deviennent turgescentes lorsqu'on les place dans une situation déclive: lorsqu'on vient à comprimer les veines qui en rapportent le sang, parce que celles de la tête se gonflent durant la congestion céphalique amenée par la colère, la honte, la douleur, etc., l'anatomie viendra montrer que les tumeurs de nature très-diverse sont dans ce cas. La physiologie montrera également qu'il n'y a rien d'uniforme dans ces causes de turgescence, qui puisse être comparé à ce que présente d'uniforme et de constant le mécanisme de l'érection dès qu'on se reporte à l'examen du tissu érectile de la verge et de la vulve, ainsi que des vaisseaux qui s'y jettent.

Ces faits étant précisés, et l'esprit étant prévenu contre la confusion qu'entraîne une expression ingénieuse et séduisante, mais en désaccord avec les faits, passons à l'examen anatomo-pathologique des tumeurs qui ont pour caractère physiologique commun de se gonfler dans certaines circonstances qui sont très-diverses.

Division du sujet.

Anatomiquement, on distingue très-nettement quatre espèces de tumeurs sanguines susceptibles de devenir turgescentes, dont j'ai vu

---

Parti de Mostaganem vers le milieu du mois de mars, je m'embarquai à Oran. J'avais le cœur serré, je l'avoue, en voyant fuir et disparaître à l'horizon cette terre où se sont écoulées les plus belles et les plus solides années de ma vie peut-être. Comme Byron, je m'écriai : Adieu ! et si c'est pour toujours, pour toujours encore, adieu !

Contrée pleine de souvenirs, fertile et riche, mais condamnée à la stérilité par une race ingrate et abrutie, l'Afrique française jouera cependant un jour un splendide rôle sur la scène du monde.

Je n'hésite pas à croire que le travail, organisé au point de vue du progrès, la transformera complétement. Mais notre génération actuelle n'assistera qu'aux premières ébauches de ce travail régénérateur dont nos enfants recueilleront seuls les fruits.

L'isolement, les efforts partiels, enfin l'homme abandonné à ses propres forces, à ses seules ressources, voilà les causes qui étoufferont tout germe vivace de civilisation en Algérie. Pour remuer cette nature négligée depuis des siècles et pour lui faire rendre ce qu'elle peut, ce qu'elle doit donner, il est nécessaire que les bras et les cœurs obéissent, avec une intelligente soumission, à une pensée commune, à un but unique, bien défini et accepté par tous, à une discipline, enfin, ferme et juste.

Après une heureuse traversée, je touchai à Marseille.

Mon régiment avait déjà quitté Orléans ; il était à Valence. Je demandai à l'état-major de la division l'autorisation de l'attendre, et je l'obtins.

Trois jours après, mon régiment arrive.

Il est composé de soldats solides, bien trempés, et d'officiers jeunes, intelligents et remplis d'ardeur. Le colonel est resté vingt-deux ans en Afrique; c'est d'un bon augure.

Le 1er avril, nous partons pour Toulon.

Mes jambes sont un peu rouillées, je le sens; mais l'exercice leur rendra bientôt la solidité et la souplesse qu'elles ont perdues.

La route de Marseille à Aubagne est charmante. Couverte de bastides, de maisons de campagne, de champs soigneusement cultivés, cernée par une ceinture de montagnes aux crêtes adoucies, elle présente un panorama délicieux. Malheureusement une poussière fine et blanche vous pénètre, vous fatigue et vous asphyxie.

Aubagne est une petite localité de trois à quatre mille âmes, dont presque toutes les propriétés appartiennent aux riches négociants de Marseille.

Les habitants ont une certaine naïveté primitive.

D'Aubagne, nous partons pour Cuges, en traversant une route étroite, creusée dans deux montagnes à pic dont se détachent peu à peu des blocs énormes, qui sans cesse semblent vous menacer. Cuges est heureusement situé dans une sorte de bassin, et offre, de loin surtout, un agréable coup d'œil.

Le soir, nous couchâmes au Beausset, bourgade qui doit être la capitale de l'ennui.

Le lendemain, nous traversons ces belles gorges d'Ollioules, tant de fois décrites, et nous arrivons à Toulon par une route semée de jolis accidents de terrain, d'échappées de mer, et favorisés par un magnifique soleil.

quelques exemples de chacune. J'y joindrai aussi une cinquième espèce formée par les vaisseaux lymphatiques, tumeurs qui sont susceptibles aussi de se gonfler, de présenter une sorte d'érection.

Ce sont : 1° les tumeurs (dites érectiles) formées par dilatation des troncs artériels ;

2° Les tumeurs formées par dilatation générale, avec dilatation d'espace en espace des vaisseaux capillaires, qui ont pour type les *nævi materni* vasculaires, quel que soit leur volume ;

3° Les tumeurs formées par dilatation des veines, dilatation généralement irrégulière : tels sont les hémorrhoïdes, le cirsocèle, le varicocèle, etc., tumeurs analogues anatomiquement, et dont les symptômes ou phénomènes qu'elles produisent ne varient qu'en raison du siége qu'elles occupent ;

4° Les tumeurs formées par rupture des artères ou des veines, présentant des cavités plus ou moins grandes, limitées par des lames de tissu cellulaire ou par celles du tissu spongieux des os, avec ou sans caillots dans les plus grandes cavités.

Reprenons actuellement la description anatomique des variétés qui viennent d'être indiquées.

I. — TUMEURS CIRSOÏDES ARTÉRIELLES.

Dans le premier groupe se rangent les tumeurs dites *anévrismes cirsoïdes*, bien étudiées dans ces derniers temps. Il faut en rapprocher certaines tumeurs qu'on observe particulièrement à la tempe ou dans le reste du cuir chevelu, et qui sont formées par dilatation des artères devenues flexueuses, à parois plus épaisses, et qui semblent être plus nombreuses qu'à l'état normal, sans qu'il y ait pourtant autre chose qu'augmentation de volume des artérioles qui sont devenues visibles à l'œil nu.

Le siége et le volume des artères affectées sont les seules particularités qui distinguent ces tumeurs des anévrismes cirsoïdes ; mais l'altération des artères est la même, ainsi qu'il résulte pour moi de l'examen d'une tumeur de ce genre siégeant à la tempe droite et occupant une surface de la largeur du quart environ de la paume de la main. Il n'y avait pas de coloration de la peau, comme dans les *nævi materni*. Cette membrane était seulement amincie.

Les artères très-flexueuses devaient pendant la vie présenter des sortes de pelotons vermiformes et réunies ; mais je ne l'ai pu voir que sur le cadavre. Elles avaient un volume variant entre celui d'une plume d'oie et quelques dixièmes de millimètre. Il y avait à la fois augmentation de calibre et d'épaisseur des parois. L'augmentation d'épaisseur portait sur la tunique jaune élastique, qui était plus rouge et plus molle qu'elle n'est habituellement dans la temporale. On remarquait une certaine quantité de granulations graisseuses dans l'épaisseur de cette tunique. La tunique externe ou celluleuse, très-développée, était également évidemment épaissie, très-adhérente au tissu cellulaire ambiant. Celui-ci était peu abondant, et formait comme de minces cloisons entre les artères dilatées et flexueuses ; on y trouvait des fibres de tissu cellulaire, des fibres élastiques minces, ramifiées, presque sans anastomoses, ainsi que des éléments fibro-plastiques (noyaux et fibres fusiformes).

Ce sont les tumeurs de ce genre qui sont désignées par divers auteurs sous les noms de *fongus hématode artériel*, *tumeurs fongueuses sanguines artérielles acquises* (par opposition aux *nævi materni*), *tumeurs variqueuses artérielles*. Je crois inutile de combattre les expressions de *fongus hématode*, ou de *tumeurs fongueuses sanguines* : ce sont des termes trop vagues pour être employés autrement que comme épithète, si on ne veut les rejeter tout à fait ; mais ils s'appliquent à des productions de nature trop diverse pour qu'ils puissent jamais être employés comme termes *génériques*, et encore moins comme devant *désigner des espèces* d'un même genre de produits morbides.

II. — NÆVI VASCULAIRES.

Les *nævi materni* ou *tumeurs fongueuses sanguines artérielles*, ou *érectiles congénitales* des auteurs, comprennent aussi les *tumeurs fongueuses sanguines mixtes ou à la fois veineuses et artérielles commençant par les capillaires* ; plusieurs auteurs admettent que celles-ci sont différentes des autres *nævi materni* ; mais c'est là une pure hypothèse que n'a pas vérifiée l'observation.

Ces diverses tumeurs offrent la structure suivante :

Les vaisseaux malades sont les capillaires du derme, surtout les capillaires à deux tuniques ou à deux ordres de noyaux, ainsi que ceux plus gros qu'on peut commencer à voir à l'œil nu. Ce n'est que lorsque la tumeur ne reste pas stationnaire et s'étend en volume et en épaisseur que les artérioles et veines aboutissantes se dilatent, mais régulièrement, comme elles le font près de toute tumeur quelconque. Elles concourent alors à la production de l'hémorrhagie fournie par la tumeur ulcérée ou incisée, mais ce sont les capillaires dilatés et surtout privés de leur contractilité normale qui laissent suinter le sang comme d'une éponge qu'on exprime.

Dans les *nævi* et les tumeurs qu'ils forment en augmentant de volume, on constate facilement au microscope une dilatation des capillaires, avec amincissement de leur paroi propre ; le sang y stationne ou coule plus lentement qu'ailleurs, car toujours ces capillaires sont remplis de globules après la mort ou après l'ablation, ce qui est même un obstacle qui rend leur examen difficile. J'ai vu souvent, mais non toujours, ces parois parsemées de petites granulations jaunâtres, graisseuses, généralement isolées.

Un deuxième fait qui frappe encore, ce sont les fréquentes circonvolutions que présentent ces capillaires, soit qu'on observe ceux de deuxième ordre ou ceux de troisième ordre, c'est-à-dire déjà perceptibles à l'œil nu, mais ne pouvant pourtant être bien étudiés qu'au microscope. Ces circonvolutions sont toujours pleines de globules sanguins.

Enfin le fait le plus frappant est caractérisé par des dilatations locales, qu'on observe d'espace en espace sur beaucoup de capillaires. J'ai figuré les cas les plus tranchés, mais qui ne sont pas rares.

Un de mes dessins représente les dilatations telles qu'on les voit sur les *nævi* qui ne sont pas à l'état de tumeur, mais détachés seulement. Ce sont, soit des dilatations circulaires, soit des dilatations latérales ; elles peuvent aller jusqu'au double du diamètre du capillaire, déjà plus large lui-même qu'à l'état normal. Au niveau des circonvolutions, la dilatation peut dépasser quelquefois de moitié celle qui a été figurée ici.

Nous recevons immédiatement l'ordre de nous tenir prêts à nous embarquer.

Demain, 4 avril, le 2e bataillon prendra passage sur *le Napoléon*. Ce vaisseau à hélice, commandé par un amiral, ira à Bougie recevoir des troupes, puis se rendra à Gallipoli.

Le 1er bataillon, avec l'état-major, dont je fais partie, sera placé sur *le Suffren*, vaisseau de 90 canons.

L'effectif du régiment est de 2,130 hommes. Nous avons laissé en arrière quelques malades.

Le 4 avril, à cinq heures du matin, nous sommes reçus à bord du *Suffren* par le commandant, homme jeune, plein d'énergie, de cœur et d'une urbanité rare.

Aucun de nous ne l'a oublié. Puissent ces lignes tomber un jour sous ses yeux !

Les autres officiers du bord ont tous rivalisé de complaisance et d'égards pour nous. Je dois en particulier des remerciments à M. Mongrand, chirurgien-major de première classe.

Ce bâtiment sort des chantiers de Toulon, où il a dû subir des réparations importantes ; il est monté par 900 matelots.

Faiblesse ou sensibilité exagérée, peu importe, je n'ai jamais pu, je le confesse, quitter le rivage de France sans éprouver un sentiment de tristesse indicible. Il me semble que je m'éloigne d'une mère chérie, sans conserver l'espérance de la revoir.

Chacun de nous reste sur le pont jusqu'au moment où, remorqués par les vapeurs *le Vigilant* et *le Requin*, nous perdons de vue les côtes dénudées de la Provence.

Fertiles ou arides, ces côtes sont encore la patrie. Jetons-leur un dernier salut.

5 avril. La mer est calme ; cependant, vers la fin de la journée, nous pouvons nous mettre en route, prenant cap sur le côté sud de la côte de la Sardaigne.

On a beaucoup parlé du mal de mer ; on a même écrit de nombreuses pages sur les souffrances qu'il provoque, sur le mécanisme suivant lequel il se forme, ainsi que sur les moyens les plus propres à le conjurer.

J'ai fait bien des traversées, et je n'ai jamais éprouvé le mal de mer ; j'ai donc pu l'observer de sang-froid, et je regarde les dissertations médicales que j'en ai lues comme entachées d'erreur ou empreintes d'une exagération ampoulée.

A mon avis, le mal de mer consiste dans une congestion cérébrale, avec ralentissement sympathique sur l'estomac, résultant du vertige que donnent les oscillations du vaisseau. C'est un effet tout à fait analogue à celui que procurent les mouvements de la valse.

Pour s'en convaincre, il suffit d'analyser les symptômes qui le constituent, ou de les rapprocher de l'état dans lequel on se trouve aussitôt après le débarquement. Il est évident que les conséquences d'une pareille congestion sont subordonnées aux idiosyncrasies, aux habitudes de la mer, à la pru-

Dans une tumeur du bras ayant eu pour point de départ un *nævus*, les dilatations offraient de véritables culs-de-sac latéraux, et s'abouchaient même par un orifice rétréci dans le capillaire. On pouvait, par des pressions alternatives sur les bords opposés de la lamelle de verre, faire passer les globules sanguins du capillaire dans le cul-de-sac latéral et *vice versâ*. Je n'ai jamais rencontré cette disposition dans les *nævi* à l'état de taches seulement.

Il est à noter que jamais je n'ai vu les vaisseaux des papilles malades, et celles-ci conservent leur disposition normale à la surface du *nævus*; c'est tout au plus si elles offrent une légère augmentation de volume à peine notable (1).

(*La fin au prochain numéro.*)

CHIRURGIE PRATIQUE.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LES DÉVIATIONS ET L'ABAISSEMENT DE L'UTÉRUS; par M. le docteur BAIZEAU, médecin de la gendarmerie d'élite (2).

Il est un fait incontestable aujourd'hui pour tous les médecins, c'est que les déviations et l'abaissement de l'utérus peuvent exister sans produire de gêne ou de souffrance et sans la plus légère manifestation extérieure. Depuis que l'attention a été dirigée sur ce point on a même remarqué que ces modifications anatomiques sont loin d'être rares, et à l'assertion de M. Valleix, qui prétend qu'elles sont en petit nombre, j'opposerai les recherches de M. Depaul, qui, dans une communication faite récemment à la Société de chirurgie, dit avoir trouvé sur 50 femmes n'accusant aucun trouble des organes génitaux : 7 antéversions, 4 rétroversions, 3 antéflexions, 4 rétroflexions. M. Gosselin opérant dans les mêmes conditions, sur 48 femmes n'ayant eu ni enfants ni fausses couches, a rencontré 27 antéflexions, dont 16 étaient prononcées ; dans 3 cas le diagnostic était incertain. Comme on le sait, M. Boulard a été plus loin en avançant que l'antéflexion était un état normal chez les personnes n'ayant pas eu d'enfants; mais, ainsi qu'on peut le voir d'après les observations de MM. Gosselin et Depaul sur le vivant, cette assertion est beaucoup trop absolue. Les flexions rencontrées sur le cadavre sont-elles un fait normal, ou sont-elles déterminées, comme le veut M. Depaul, par la pression des intestins et des organes environnants? Cette question est encore en litige. Toutefois je suis très-disposé à croire que ces pressions ont une influence réelle non-seulement après la mort, mais pendant la vie, pour produire des déplacements et des inflexions utérins. Si l'on réfléchit, en effet, que la matrice suspendue dans le petit bassin est faiblement maintenue par les ligaments ronds et le vagin qui embrasse son col, et qu'elle est susceptible d'être refoulée en tous les sens, on est conduit à admettre que des pressions mécaniques agissant sur cet organe pendant un temps prolongé peuvent donner lieu à des déplacements permanents. La constipation, l'habitude de conserver longtemps les urines, l'interposition d'un paquet intestinal volumineux dans le cul-de-sac utéro-rectal ou utéro-vésical, doivent certainement, dans quelques cas, intervenir comme causes efficientes. Une autre condition anatomique qui prédispose spécialement à l'antéversion et à l'antéflexion est la direction normale de l'utérus. Son axe étant celui du détroit supérieur, c'est-à-dire oblique du haut en bas et d'avant en arrière, il en résulte que si cet organe vient à acquérir un poids plus considérable, si ses liens suspenseurs se relâchent, il aura une grande propension à basculer en avant.

A côté de ces déviations et de cet abaissement jouissant de l'innocuité la plus parfaite, il en est d'autres qui s'accompagnent de douleurs et de phénomènes morbides variés. D'où provient cette différence d'allure? Faut-il croire, avec quelques médecins, que la déviation par elle-même est toujours insignifiante et que les perturbations sont dues aux complications, ou doit-on partager l'opinion de M. Valleix pour qui la déviation est la cause principale et dominante de tous les troubles pathologiques? En présence d'assertions aussi contradictoires, avancées par des hommes dont le profond savoir commande également la confiance, l'esprit reste indécis, ne sachant de quel côté est la vérité.

Deux choses ont concouru à jeter de l'obscurité dans la question des déviations : la première, c'est qu'il est rare que les déviations soient indépendantes de toute autre lésion ou modification anatomique. Dès lors chaque observateur, acceptant comme le seul fait important celui qu'il a le plus vivement frappé, lui a attribué tous les accidents qui se sont offerts à lui. C'est ainsi que MM. P. Dubois, Cruveilhier, ont rattaché à l'engorgement inflammatoire et au catarrhe de l'utérus les phénomènes marchant conjointement avec les déviations, tandis que M. Valleix n'a vu dans les engorgements, dans les catarrhes utérins qui compliquent les déplacements et les inflexions, que des maladies secondaires et subordonnées à la position vicieuse de l'utérus. Ces deux opinions ont le tort d'être trop exclusives, et s'il est vrai que souvent l'engorgement utérin, ou une inflammation chronique de la muqueuse, ou même simplement des altérations du col, sont la source principale des souffrances éprouvées par les malades, il est positif aussi que l'on rencontre des déviations libres de toute complication qui s'accompagnent de manifestations pathologiques. M. Valleix, dans son dernier mémoire lu à l'Académie de médecine, en a signalé six cas. — La seconde cause de dissidence, c'est qu'on n'a pas tenu compte d'un phénomène s'ajoutant quelquefois aux déviations, et qui, ainsi que je m'en suis assuré maintes fois, a une influence réelle sur les souffrances qui les compliquent : je veux parler de la mobilité de l'utérus, déjà entrevue comme cause pathologique par M. P. Dubois et d'autres médecins, et sur laquelle M. Chassaignac vient dernièrement d'appeler l'attention. Mais déjà cet honorable et savant chirurgien, dans l'article qu'il a publié dans la GAZETTE DES HÔPITAUX du 13 avril, semble vouloir attacher à ce seul fait toute la symptomatologie des déviations. Ce n'est pas, dit-il, au vice de position ou de forme, mais aux mouvements, aux

(1) Depuis la rédaction de ce travail, M. le docteur A. Laboulbène a publié une seconde dissertation sur les *nævi*, qui renferme une histoire complète de ces productions congénitales ou accidentelles. J.-J.-A. Laboulbène, SUR LE NÆVUS EN GÉNÉRAL, ET SUR UNE MODIFICATION PARTICULIÈRE ET NON DÉCRITE OBSERVÉE DANS UN NÆVUS DE LA PAUPIÈRE SUPÉRIEURE. Thèse. Paris, 1854, 1 vol. n-4°.

(2) Le travail du docteur Baizeau que nous insérons aujourd'hui nous a été remis il y a déjà quelque temps, avant la lecture du rapport de M. Depaul à l'Académie de médecine.

dence hygiénique, et surtout à la force morale des personnes qui les ressentent.

J'ai vu peu d'enfants malades à la mer, et la plupart des animaux n'éprouvent pas ce mal.

Pour en souffrir le moins possible, il faut se coucher, prendre la position horizontale, avaler du café, du thé ou du bouillon, de manière à empêcher l'estomac de se contracter à vide.

Les individus que le mal de mer n'attaque pas ressentent ordinairement une prostration particulière, une tendance presque invincible au sommeil, ce qui vient à l'appui de notre opinion.

6 avril. Nous marchons lentement; les flots sont d'une immobilité désespérante.

A six heures du soir, l'aumônier du bord dit la prière sur la dunette. Rien n'est plus saisissant. Deux mille hommes sont sur le pont, silencieux et la tête découverte. On n'ôte pas son képi; il tombe en quelque sorte de lui-même.

Quelle belle nuit! Suivant moi, la mer est peut-être le seul spectacle au monde qui donne jusqu'au bout des émotions vraies. Elle n'a jamais dû tromper, même l'imagination la plus exigeante.

7 avril. Nous avons assez bien marché. A travers les brumes du matin, nous apercevons la terre, qui se dessine au loin comme une raie inégale : c'est la côte de Sardaigne.

A mesure que le soleil, en montant à l'horizon, dissipe les vapeurs blanchâtres qui nous entourent, nous voyons des maisons jetées çà et là, quelques barques de pêcheurs, aux voiles blanches comme des ailes de pigeon. A la lunette, nous distinguons le golfe d'Oristano, la Fiscina, l'île de San Pietro, l'île de San Antiocho. Puis, semblable à un pain de sucre, se détache le mont Toro.

Cette côte jette comme une teinte jaunâtre; elle est brûlée, calcinée, mais pittoresque. Elle s'efface peu à peu avec le jour qui tombe. Le soir, elle a disparu.

8 avril. La nuit a été délicieuse; c'est presque à regretter. Lorsque les premiers rayons du jour ont dispersé les brouillards qui obscurcissaient l'atmosphère, nous découvrons une ligne noirâtre, étendue : c'est la côte d'Afrique. A midi, nous relevons le cap Blanc, et, à quatre heures du soir, le cap Boy. Entre ces deux caps, se trouve Tunis.

Sur cette plage est mort saint Louis. Que de souvenirs elle rappelle! Marius, Bélisaire, Annibal.

Quatre de nos soldats sont entrés à l'hôpital du bord : le premier, atteint de variole légère; le second, de bronchite capillaire; le troisième, de diarrhée; le quatrième, de pleuro-pneumonie grave.

Ce dernier a succombé en trente-six heures. Demain, il sera jeté à la mer.

Dans l'ensemble des symptômes qu'ont offerts nos soldats, il nous a été facile de distinguer deux influences morbifiques différentes, agissant de concert : la constitution médicale inflammatoire qu'a subie antérieurement le régiment lorsqu'il tenait garnison à Orléans, et la constitution printanière de

secousses imprimées à l'organe, qu'il faut rattacher les accidents observés. Quel que soit, ajoute-t-il, le degré de déviation, s'il y a immobilité complète, il n'y a pas d'effets pathologiques produits. Longtemps avant la communication de M. Chassaignac, ayant été frappé de la mobilité de l'utérus dans certains cas de déviations, j'ai fait des recherches sur ce sujet, persuadé que cette disposition anatomique devait jouer un grand rôle dans les souffrances accusées par les malades. Or le résultat de mes observations, tout en étant d'accord dans son ensemble avec les idées de M. Chassaignac, en diffère un peu en ce qu'il ne me permet pas d'être aussi absolu. Après une étude sérieuse des rapports qui existent entre les déviations ou l'abaissement et la symptomatologie qui les accompagne, tenant compte des causes d'erreur que je viens de signaler, et observant en toute liberté d'esprit, sans idée préconçue, j'ai été conduit à grouper les déviations et abaissements, quelles que soient leur forme, renversement, inflexion ou autres, en trois classes :

1° Déviation ou abaissement simple ;

2° Déviation ou abaissement avec mobilité anormale de l'utérus ;

3° Déviation ou abaissement avec complication d'une autre lésion interne.

Cette division permet de saisir plus facilement la valeur pathologique de chacun des éléments morbides et de rendre les indications thérapeutiques plus sûres et plus rationnelles.

PREMIÈRE CLASSE. — DÉVIATION OU ABAISSEMENT SIMPLE.

Ainsi que je l'ai dit en commençant, on rencontre un nombre assez grand de déviations ou d'abaissements sans que les femmes qui en sont atteintes se doutent de leur présence. Toute espèce de déplacement, antéversion, rétroversion, antéflexion, rétroflexion, etc., peuvent exister sans manifestation extérieure. J'ai été à même d'en observer plusieurs cas, et dans tous j'ai remarqué que l'utérus ne présentait ni mobilité anormale ni autre complication. Cependant je dois avouer que tous n'offraient qu'une déviation ou un abaissement médiocres ; aussi ne conclurai-je pas, d'après ces observations, que la déviation simple est toujours exempte de tout phénomène pathologique. Il est évident pour moi qu'une antéversion ou une antéflexion très-prononcées doivent souvent avoir pour effet de rendre fréquente l'émission des urines et de déterminer une pression gênante et douloureuse pour la vessie ; tandis qu'une constipation habituelle, une pesanteur au sacrum, se dirigeant vers le périnée, doivent être la conséquence d'une rétroversion et d'une rétroflexion exagérées. En outre, s'il est vrai que, dans la plupart des déviations simples, les ligaments ronds sont peu distendus, il faut cependant reconnaître qu'une traction assez grande existe dans certains cas de prolapsus ou de renversements considérables. Peut-on alors se refuser à accepter la possibilité de douleur dans les aines, dans les cuisses, dans les reins ? Peut-on supposer que la marche ne deviendra pas difficile et plus ou moins pénible, et enfin que, par suite du tiraillement des filets nerveux, il ne surviendra pas des phénomènes nerveux plus ou moins intenses ? Il convient donc de distinguer deux degrés dans les déviations ou abaissements simples : les uns médiocres, sans manifestation extérieure, les autres prononcés, pouvant s'accompagner de troubles morbides. Toutefois, il faut ajouter que ces derniers sont très-rares, car si beaucoup de personnes tolèrent facilement des pessaires volumineux, ou portent sans accidents dans le petit bassin des tumeurs fibreuses énormes, comprimant la vessie et le rectum, de même des femmes peuvent avoir des déviations, des abaissements assez forts pour en être indisposées. J'ai eu deux malades ayant chacune une tumeur fibreuse remplissant tout le petit bassin, refoulant en avant l'utérus, comprimant fortement le rectum ; aucune d'elles n'éprouvait de douleur ou de gêne, la marche était très-facile, il n'y avait pas de leucorrhée, malgré l'aplatissement et la flexion dont l'utérus était le siége ; seulement il existait de l'irrégularité dans la menstruation et une constipation opiniâtre qui amenait de temps en temps des coliques.

DEUXIÈME CLASSE. — DÉVIATION OU ABAISSEMENT AVEC MOBILITÉ ANORMALE DE L'UTÉRUS.

Dans l'état normal, l'utérus jouit d'une certaine mobilité qui, comme on le sait, lui permet de fuir devant les pressions des organes environnants ; mais tout en étant susceptible d'un certain déplacement par *refoulement*, ainsi que les reins et la plupart des organes renfermés dans l'abdomen, il conserve une position stable dans les différents mouvements du corps, et ne tend nullement à se déplacer par lui-même, par son propre poids, retenu en équilibre dans l'axe du détroit supérieur, entre le rectum et la vessie, par les ligaments ronds et le vagin, maintenu également par le tissu cellulaire environnant sa partie inférieure et par les intestins, qui s'interposent entre cet organe et le rectum et la vessie. Si l'on cherche, par le toucher vaginal, à le refouler, soit en avant, soit en arrière, on y arrive, mais on sent que sa mobilité est bornée, et qu'on a à lutter contre une certaine résistance. Si, à la suite d'efforts, les ligaments ronds sont relâchés, ou s'ils viennent à être distendus par un utérus volumineux et lourd, la mobilité augmente, et alors l'utérus, mal soutenu, est déplacé avec beaucoup plus de facilité, et même, si le relâchement est grand, il suit les différents chocs et mouvements brusques imprimés au corps ; de telle sorte que, dans le décubitus dorsal, il se porte en rétroversion, tandis qu'il revient en antéversion si la personne s'incline en avant. Ces changements de position, cette mobilité anormale sont faciles à apprécier en touchant alternativement les malades debout et couchées. En même temps que le doigt introduit dans le vagin appuie sur le col et lui imprime des mouvements, l'autre main, placée sur l'hypogastre, perçoit parfaitement la mobilité de l'utérus, qui peut être repoussé en avant, en arrière, sur les côtés, dans tous les sens. Toutefois, malgré cette laxité des parties, lorsque l'utérus est très-renversé, il peut rester dans la même position pendant un temps plus ou moins long, jusqu'à ce qu'une secousse assez forte le fasse changer de place. Alors, si l'on a examiné primitivement la malade et qu'on renouvelle l'examen après ce nouveau déplacement, on pourra se demander si, la première fois, on n'avait pas fait erreur de diagnostic. MM. Huguier, Hervez de Chégoin, Valleix ont eu occasion de rencontrer de ces faits. On comprend aussi qu'un utérus volumineux puisse s'enclaver dans le sacrum, et qu'après avoir joui d'une grande mobilité, il devienne immobile et qu'une grande amélioration se manifeste chez les malades.

Cette mobilité utérine n'avait pas échappé aux observateurs, mais on n'y avait attaché aucune importance. Cependant, lorsqu'on y réfléchit,

---

la latitude à laquelle nous nous trouvons, latitude déjà élevée, pour ceux surtout qui ne l'ont jamais éprouvée.

Aussi, outre l'agitation et les troubles du système circulatoire, pouls vibrant, très-développé, face rouge, congestionnée, vertiges, peau brûlante, etc., constatons-nous une langue sale, se chargeant promptement d'un mucus épais, blanchâtre, enfin des nausées.

Les matelots malades ne présentent que ces derniers symptômes. N'oublions pas que nos soldats sont exposés à l'empire de circonstances insolites qui déjà ont impressionné leur système nerveux. Un fait particulier ajoute encore à l'action de ces causes. Ils sont entassés dans les batteries ; les sabords, la nuit, doivent être fermés ; aussi ne respirent-ils qu'une atmosphère viciée. La chaleur les oppresse, les fatigue, et lorsqu'ils peuvent trouver un air frais, ils s'empressent d'en faire ample provision, avec une vivacité imprudente et trop souvent nuisible à leur santé.

9 avril. Presque toute la journée, brise molle et contraire. A huit heures du matin, nous rendons les derniers honneurs au malheureux qui est mort hier. Enveloppé dans un sac, étendu sur une planche, à l'un des sabords de bâbord, et tenant à ses pieds un boulet, le cadavre reçoit les bénédictions de l'aumônier.

Le commandant du vaisseau, le colonel et beaucoup d'officiers, en grande tenue, assistent à cette pieuse cérémonie. A peine le prêtre a-t-il prononcé ses paroles d'adieux, qu'un bruit sourd retentit : c'est le soldat obscur qui s'engloutit dans les abîmes de la mer.

Beaucoup d'hommes sont atteints d'angine avec embarras gastrique. Cela tient aux fréquentes et brusques transitions de température auxquelles nous sommes exposés.

Plus tard, j'aurai sans doute l'occasion de revenir sur ce fait.

Nous avons louvoyé, entre le cap Blanc et le cap Boy, devant Zimbri, situé en face de Tunis. A la tombée de la nuit, cependant, un vent de sud-ouest se lève et nous laisse espérer une marche plus rapide.

10 avril. Nous avons dépassé le cap Boy ; dans le lointain, à bâbord, se trouvent les côtes de Sicile.

11 avril. Le plus largement l'entretenir de Pantellaria, île célèbre. Depuis bientôt vingt-quatre heures nous l'avons devant nous, tantôt à bâbord, tantôt à tribord.

Pantellaria se présente comme un bloc de terre venu de je ne sais où, à l'aspect triste et désolé, aux arêtes déchirées et inégales. On la dit cependant remarquable par la puissance de sa végétation, la fraîcheur de ses vallées et de ses eaux.

Avec une forte lunette, nous apercevons de nombreuses taches blanches, qui ne sont que des maisons éparpillées.

Des rochers stériles la bornent à sa base.

C'est l'ancienne île de Calypso. Il est probable que Fénelon ne l'avait jamais vue. Tant mieux, sans doute : il n'en aurait pas fait une peinture si enchanteresse. Cette île a trois ou quatre lieues de longueur sur une de largeur.

Un fait acquis, c'est que les empereurs en firent successivement un lieu d'exil pour les condamnés politiques.

il est difficile de ne pas admettre son influence pathologique. En effet, comment croire qu'un organe aussi important, dont les lésions retentissent si fortement sur toute l'économie, puisse impunément être ballotté en tout sens, subir sans cesse les impulsions qui accompagnent chaque mouvement du corps sans qu'il en résulte des accidents sérieux? Il doit évidemment survenir une distension douloureuse des ligaments ronds, une pesanteur dans le bassin et au périnée, des douleurs lombaires; la marche doit être fatigante, la course, le saut, la danse très-pénibles, sans parler des perturbations qui doivent arriver consécutivement à cette excitation continue déterminée par ce ballottement. Ces différents symptômes sont ceux, comme on le voit, qui s'observent dans les déviations, dans les engorgements utérins; aussi leur cause a-t-elle été masquée par ces affections aux yeux des observateurs. Il est assez difficile, en réalité, de séparer les symptômes propres à chacun de ces éléments morbides, surtout ceux de la mobilité, qui est toujours compliquée de déviation. Mais il est un juge auquel on peut en appeler, c'est au traitement; car il est impossible de ne pas admettre que la mobilité soit pour quelque chose dans les accidents, si ceux-ci s'amendent ou disparaissent lorsqu'on immobilise l'utérus; or c'est ce que tout le monde a pu observer par l'emploi de la ceinture hypogastrique. Il est vrai que, jusqu'ici, on avait compris autrement les faits, en interprétant mal la manière d'agir de cette ceinture.

Tout en accordant à la mobilité une action réelle sur la symptomatologie des déviations et de l'abaissement utérins, je ne veux pas l'exagérer. Lorsqu'elle existe, je pense qu'elle ajoute beaucoup aux souffrances du malade, qu'elle peut en être quelquefois la seule cause; mais je ne nie pas que la déviation et principalement l'engorgement aient une influence tout aussi nuisible. De plus, il faut observer que la mobilité n'existe pas toujours; parfois même, comme je l'ai vu et ainsi que M. Valleix en a rapporté des exemples, l'utérus se déplace plus difficilement qu'à l'état normal, soit qu'il y ait des adhérences avec le péritoine, soit que les ligaments larges aient perdu leur extensibilité à la suite d'anciennes phlegmasies. Dans la majorité des cas, j'ai trouvé l'immobilité normale: 10 fois sur 22 cas de déviations ou d'abaissement, elle était exagérée; et ici, il y avait des nuances très-notables dans le degré de relâchement. Tantôt l'utérus était plus facilement déplacé par le toucher vaginal, mais offrant encore une certaine résistance; tantôt sa mobilité était telle qu'il semblait être dans une cavité vide et n'être maintenu que par le col plongeant dans le vagin. Je n'ai vu que 3 exemples de mobilité aussi prononcée sur 22 cas de déplacements, et chez toutes les malades qui m'ont offert une mobilité anormale, il y avait engorgement.

(La fin au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS

(Suite.)

II. ZEITSCHRIFT DER GESELLSCHAFT DER AERZTE ZU WIEN.
Rédigé par le professeur HEBRA.

Les cahiers de janvier, février et mars 1853 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Matériaux pour servir au diagnostic et au traitement des formes primitives de la folie*; par le docteur Max. Leidesdorf. (Premier article.) 2° *Sur l'absence congénitale de l'iris*; par le professeur Bœck (de Christiania). 3° *Sur les maladies des vaccinés*; par le docteur Aloïs Bednar. (Énumération des affections qui surviennent à une époque plus ou moins éloignée de la vaccination.) 4° *Phénomènes morbides survenus après la morsure d'une vipère (vipera chersea)*; par le docteur Creutzer. (L'auteur a été mordu à la main; il s'est développé immédiatement des symptômes assez graves: gonflement énorme de la main et du bras, accompagné de vives douleurs, inflammation des lymphatiques, lipothymies, agitation, angoisses précordiales, etc.; plus tard, phlyctènes; la fièvre ne cessa que le cinquième jour et la tuméfaction dura quinze jours entiers.) 5° *Sur le cancer gélatiniforme et coup d'œil sur les tumeurs gélatiniformes de bonne nature*; par le professeur Rokitansky. 6° *Description de deux embryons humains*; par le docteur Wedl. (Description de deux embryons très-jeunes, l'un de 6 semaines, l'autre d'environ 4 semaines. L'auteur a trouvé, dans ces deux embryons, la vésicule ombilicale munie de deux prolongements, dont l'un se confondait avec le cordon ombilical et l'autre allait s'attacher au chorion; reste à savoir si cette adhérence de la vésicule ombilicale au chorion par le moyen d'un appendice tubuleux est normale et constante chez l'homme.) 7° *Des fonctions des oreillettes du cœur et de l'influence de la force contractile des poumons et des mouvements respiratoires sur la circulation du sang*; par le professeur Joseph Skoda. 8° *Cas d'hémorrhagie de la rétine dans les deux yeux*; par le docteur Louis Türck.

SUR L'ABSENCE CONGÉNITALE DE L'IRIS; par le professeur W. BŒCK (de Christiania).

Le professeur Bœck a observé une famille entière dont la plupart des membres étaient affectés d'une iridérémie plus ou moins complète.

OBS. — Le premier qu'il eut l'occasion de voir était Knud Olsen, garçon de 17 ans. Il y avait absence complète de l'iris aux deux yeux; ceux-ci avaient conservé leur forme normale; la cornée était restée transparente, et l'on voyait, à travers cette membrane, des reflets rougeâtres au fond de l'œil. Les bulbes oculaires étaient le siége d'un tremblement continuel; la vue était myope, mais d'ailleurs distincte, et, chose remarquable, la lumière ne fatiguait pas le malade.

Le père de ce jeune homme, Ole Norli, âgé de 52 ans, présentait aussi une absence complète de l'iris aux deux yeux. On apercevait à l'œil droit une cataracte incomplète qui permettait encore le passage de quelques rayons lumineux; la cornée du côté gauche était devenue opaque.

La sœur de cet homme, Kari Knudsdatter, âgée de 62 ans, a aussi les deux yeux iridérémiques. Elle voit très-peu de l'œil droit, à cause d'une opacité partielle de la cornée et d'un commencement de cataracte. La cornée gauche est transparente, mais le cristallin est affecté de cataracte, avec une forme anguleuse, triangulaire. Cette cataracte n'est pas centrale, la lentille s'est détachée de la zonule, et il existe entre elle et le bord sclérotical un petit intervalle d'environ une ligne, à travers lequel on aperçoit le noir du fond de l'œil. Ce détachement du cristallin détermine une oscillation permanente de la lentille cataractée.

La nièce de cette dernière femme, Kirsti, âgée de 37 ans, offre le même vice de conformation que les précédents. Les deux cornées sont troubles, surtout celle du côté gauche; cependant la malade distingue parfaitement les

---

Elle n'offre à l'intérieur rien de remarquable; elle contient seulement beaucoup de bois. On y voit des oliviers, des cactus, des chênes. Des chèvres sauvages abondent sur les versants des hautes montagnes qui la sillonnent. Un mouillage convenable se trouve au sud.

Il y a quelques années sa population s'élevait à environ trois cents âmes.

Les condamnés politiques que le gouvernement napolitain y envoie sont presque tous des officiers de l'armée.

L'été et le printemps y sont agréables; mais l'hiver est rude, difficile; des vents furieux y sévissent avec fréquence.

12 avril. Singulière rencontre! J'ai renoué connaissance sur *le Suffren* avec un enseigne de vaisseau auquel, il y a deux ans bientôt, nous avons offert l'hospitalité à la colonie pénitentiaire du pont du Chélif.

Son bâtiment se trouvant à Oran, il demanda et obtint une permission pour venir embrasser son frère, sous-lieutenant dans un régiment en garnison à Mostaganem.

Une partie de chasse fut organisée, et l'on partit pour les environs d'Aïn-Tédétès.

Mais dans les montagnes et les ravins difficiles qui séparent Aïn-Boudinar des hauteurs escarpées qui conduisent au pont du Chélif, il se perdit et fut forcé de passer la nuit dans une tribu. Après l'avoir en vain cherché, nous nous couchâmes fort inquiets.

Le lendemain, nous le vîmes revenir, joyeux et content.

Ses impressions nocturnes, racontées en style de marin et avec une verve comique toute naturelle, nous firent beaucoup rire. Il fut, pendant plusieurs jours, le héros et le sujet de toutes les conversations.

Nous fûmes surpris de nous revoir de si loin et dans de pareilles circonstances; mais nous éprouvâmes l'un et l'autre un véritable plaisir.

13 avril. Nous sommes en face de Malte.

Cette île figure un vaste bloc de marbre présentant la forme d'une ellipse, dont le grand axe se dirige du nord au sud-est. Le premier effet que produit ce rocher presque stérile est un froid étonnement. Peu élevée au-dessus des terres, je comparerais volontiers Malte, vue à distance et en mer, à une sorte de couvercle cachant un tombeau. Nous ne pouvons y relâcher. Nous devons profiter d'une brise favorable qui s'est levée la nuit dernière et qui tempère encore la brûlante chaleur de la journée.

Les savants ne sont pas d'accord sur l'origine de Malte. Suivant les uns, c'est l'ancienne Ogygie d'Homère; suivant les autres, il y aurait erreur. Gozo serait l'île du poëte grec.

Gozo, qu'on distingue avant Malte, possède, assure-t-on, des curiosités rares: ce sont des cavernes creusées au bord de la mer et un écueil où croît une espèce de champignon très-recherché, et que les chevaliers estimaient fort.

Gozo et Malte sont comme la Corse et la Sardaigne; un étroit canal les sépare, et autrefois ils n'on dû former qu'une seule île. La construction géologique est la même.

Les chaleurs se font déjà sentir, et nous comptons quelques fièvres éruptives et quelques fièvres gastriques.

Nous marchons sur le cap Matapan.

objets; la cornée droite est encore un peu transparente à son centre; mais elle est couverte, comme celle du côté gauche, de ramifications vasculaires. Il n'y a pas de photophobie; l'impression, même subite, d'une vive lumière ne produit aucun effet sur les yeux. Une chose étonnante, c'est que cette femme, malgré l'état de ses yeux, pouvait même distinguer les diverses nuances de la couleur grise; elle n'avait pas perdu non plus la faculté d'approprier l'œil aux distances.

L'auteur a dressé une sorte de tableau généalogique de cette famille pour montrer la transmission de l'iridérémie jusqu'à la troisième génération; puis il ajoute des réflexions sur les principaux phénomènes qui ont accompagné cette lésion remarquable de l'œil.

SUR LE CANCER GÉLATINIFORME; par le professeur ROKITANSKY.

Le cancer gélatiniforme ou cancer colloïde, depuis qu'il a été, en 1816, introduit dans la science comme forme particulière par Otto, est devenu l'objet de nombreuses recherches relatives à sa structure et à la place qu'il doit occuper parmi les productions morbides de nouvelle formation. Le célèbre professeur de Vienne en a fait aussi l'objet de ses études particulières, et il est arrivé à distinguer plusieurs formes qui diffèrent les unes des autres par leur aspect et par leur nature. La première forme est le cancer alvéolaire proprement dit, c'est celle qui a été presque exclusivement l'objet des descriptions des auteurs. La seconde forme est caractérisée par le développement considérable du stroma qui forme des cloisons très-épaisses entre les alvéoles; celles-ci communiquent entre elles ou sont limitées de toutes parts et constituent des espaces clos (cystoïdes). Ce cancer s'accroît par l'élargissement des aréoles ou par le développement de la substance fibreuse interalvéolaire et la production de nouvelles cloisons. Dans la troisième forme décrite par l'auteur, c'est la substance gélatineuse qui prédomine; celle-ci n'est soutenue que par un réseau fibreux peu développé et microscopique.

L'auteur donne plusieurs observations détaillées à l'appui de ces distinctions.

HÉMORRHAGIE DE LA RÉTINE DANS LES DEUX YEUX; par le docteur LOUIS TURCK.

OBS. — Le sujet de cette observation est une malade morte, à 37 ans, d'un cancer du cerveau. La tumeur cancéreuse, de la grosseur d'une noix, occupait la face supérieure du lobe antérieur gauche du cerveau; la paroi correspondante de la boîte crânienne était corrodée. La pression exercée par cette tumeur sur les nerfs optiques avait produit une amaurose dans les dix ou onze derniers mois de la vie. La rétine des deux yeux offrait de très-nombreux épanchements sanguins sous la forme de petits points d'un rouge clair, dont les plus gros étaient comme des grains de millet. Ces épanchements étaient plus nombreux en avant qu'en arrière et du côté gauche que du côté droit; ils se composaient de corpuscules sanguins encore bien conservés (apoplexie capillaire). Les vaisseaux de la rétine étaient à peine plus riches en sang que de coutume; quelques-uns étaient entourés de petits points rouges. La couche à bâtonnets avait disparu, la couche granuleuse était encore apparente. Il n'y avait aucune extravasation, ni aucune congestion sanguine dans la choroïde; le cristallin et l'humeur vitrée n'offraient rien de particulier.

L'auteur explique cette hémorrhagie par un obstacle au retour du sang veineux de la rétine.

III. ALLGEMEINE MEDIZINISCHE CENTRAL-ZEITUNG;

Rédigé par le docteur POSNER.

(Premier trimestre de 1853.)

SUR L'ACTION CURATIVE DE LA TRAUMATICINE; par le docteur EULENBURG (de Berlin).

On a donné le nom de traumaticine à la solution de gutta-percha dans le chloroforme. L'auteur a employé cette solution dans un cas de psoriasis invétéré et dans un cas d'eczéma, deux formes de maladie cutanée rebelles, comme on sait, à la plupart des médications.

OBS. I. — Ce cas concerne une jeune fille de 18 ans, affectée, depuis plusieurs années, de psoriasis au pli des deux condes. L'auteur enduisit de la solution de gutta-percha les deux surfaces malades; il se forma une pellicule solide, lisante, mais qui se fendillait promptement, ce qui nécessita l'application journalière du médicament. Au bout de trois à quatre semaines, la surface de la peau était encore rouge, mais elle était redevenue lisse, sans aucune trace de squammes.

OBS. II. — Cette observation a pour objet une petite fille de 9 ans, dont le père était sujet aux affections cutanées. Elle avait, sous les deux aisselles et à la face interne des cuisses, une éruption eczémateuse assez étendue, enflammée, très-humide et douloureuse. La solution de gutta-percha n'augmenta pas l'irritation de la peau. Au bout de trois semaines, l'eczéma des deux aisselles était guéri; celui des cuisses persista plus longtemps; cependant il finit aussi par se dissiper. Cette petite fille ne prit aucun médicament à l'intérieur; la première malade avait été mise à l'usage d'une décoction de salsepareille.

ACCUMULATION EXTRAORDINAIRE DE LIPÔMES SUR UN SEUL ET MÊME SUJET; par le docteur KLEIN

OBS. — Il est question d'un jeune homme de 24 ans qui se plaignait d'une sensation d'engourdissement et de roideur dans les extrémités et d'une diminution considérable des forces musculaires; cet état de souffrance existait depuis l'âge de 16 ans. L'auteur ayant fait déshabiller le malade vit avec étonnement que ses membres étaient couverts de lipômes depuis la grosseur d'une noisette jusqu'à celle d'un œuf. Le malade consentit à se laisser enlever les plus gros de ces lipômes, au nombre de 18, qui furent opérés successivement dans l'espace de plusieurs mois. L'ablation de ces productions graisseuses fut supportée sans inconvénients et rétablit les fonctions des membres.

ACTION CURATIVE DE LA CAFFÉINE; par le docteur EULENBURG.

Le docteur Eulenburg a obtenu d'excellents résultats de l'emploi de la caféine dans le traitement de la migraine. Seulement il ne l'a encore employée que dans deux cas, sur des hommes de 30 à 40 ans, jouissant du reste d'une très-bonne santé. Le mal revenait à des intervalles de une à quatre semaines, allait peu à peu en augmentant jusqu'à ce qu'il ait atteint son paroxysme; quelquefois il se calmait après un vomissement. Plusieurs remèdes avaient été donnés inutilement. L'auteur fit prendre, dès les premières atteintes du mal, une poudre de 10 centigrammes de caféine et fit répéter cette dose trois fois, de deux en deux heures. Ce médicament eut pour effet non-seulement de calmer les douleurs, mais aussi d'éloigner les accès.

L'auteur rappelle les bons effets que l'on a obtenus de l'emploi du

---

14 avril. Nous éprouvons une bourrasque très forte. Tout le monde est malade.

15 avril. A cause du mauvais temps, nous avons d'abord dû prendre contre notre route et nous avancer du côté de Tripoli de Barbarie.

Cependant le vent s'est peu à peu calmé, la mer est encore houleuse; mais comptant sur des vents d'ouest ou de nord-ouest, nous remettons le cap sur Matapan.

16 avril. Nous continuons à observer à bord des affections de poitrine et des fièvres éruptives. Un enseigne de vaisseau, qui a été vacciné, vient d'être atteint de variole. L'éruption, très-abondante, suit ses périodes avec régularité, et tout nous fait espérer une solution heureuse. Un officier du régiment a été attaqué de rougeole.

Nous avons dépassé les côtes de Sicile.

17 avril. Le temps est contre nous: il fait froid, nous avons changé de route; nous appuyons du côté d'Alexandrie, en attendant une brise amie qui nous permette de reprendre le bon chemin.

Matapan est l'ancien cap Ténare; ce surnom de Matapan lui vient de la pointe élevée qu'il présente et qui se projette dans la mer. Matapan signifie tueur d'hommes.

Il termine le golfe Laconique et commence le golfe Messénien. C'est ce cap que les anciens n'osaient doubler qu'en tremblant, à cause de la mer orageuse qui l'environne. Autrefois il était surmonté d'un temple de Neptune, environné d'une enceinte sacrée, d'où l'on descendait dans une caverne profonde, regardée comme une des portes des enfers. Aujourd'hui il n'est plus surmonté que de blocs noirs et déchiquetés qui offrent l'aspect le plus sombre et le plus effrayant.

Sur ces roches inhospitalières, des centaines de vaisseaux se sont brisés.

Au loin se dessine faiblement, au-dessus des flots, une montagne perdue dans le vague de la brume, c'est le *Taygète*.

18 avril. Nous avons repris notre route, mais poussés par une faible brise. Nous rencontrons une frégate à vapeur française; à cause de la nuit qui commence, nous ne pouvons communiquer avec elle.

Le vent faiblit encore, et nous sommes obligés de remonter au nord. Nous passons devant Zante, célèbre par ses tremblements de terre.

Enfin le vent s'élève; demain nous serons devant Navarin.

20 avril. Je crains pour l'équipage et pour nos soldats les effets de l'encombrement où nous nous trouvons. Nous avons deux nouveaux malades, l'un atteint de variole, l'autre de diphthérite.

La nuit est d'une suavité délicieuse.

ÉMILE COURNIER,
Médecin-major au 27e régiment de ligne.

— L'Institut de Valence (Espagne), dans sa séance annuelle, a décerné les prix proposés pour 1854. M. le docteur Désiré Joulin a obtenu le prix, consistant en une médaille d'or, avec le titre de membre de mérite de l'Institut. La question était celle-ci: « Les productions accidentelles, nommées tissus squirrheux, encéphaloïdes, colloïdes, et la mélanose. »

citrate de caféine; mais, à cause de sa cherté, il propose de le remplacer par l'extrait de café, dont 20 centigrammes représentent 5 centigrammes de caféine.

PROLONGEMENT RARE DE L'EXISTENCE APRÈS UNE LÉSION GRAVE DU CŒUR; par le docteur LOHMEIER.

L'auteur relate l'observation d'un homme qui, après s'être donné un coup de couteau dans la région du cœur, vécut encore deux heures, en conservant sa présence d'esprit. Le cœur était percé de part en part, et il semble qu'après une telle lésion la mort aurait dû être instantanée; mais l'autopsie ayant fait voir que le péricarde aussi était ouvert en deux endroits, le sang a pu s'écouler hors de la poche cardiaque, circonstance à laquelle l'auteur attribue le prolongement de l'existence.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 22 MAI.—PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

SUR LA TRANSMISSION DES IMPRESSIONS SENSITIVES DANS LA MOELLE ÉPINIÈRE.

M. CHARLES BONAPARTE présente au nom de l'auteur, M. SCHIFF, professeur d'anatomie à Francfort, un mémoire dont le titre ci-dessus indique suffisamment l'objet.

Plusieurs auteurs modernes ont prétendu, dit l'auteur, qu'il était impossible, dans les recherches physiologiques sur la moelle épinière, de limiter la lésion sur les faisceaux distingués par les anatomistes, et que ces expériences, loin de nous dévoiler la fonction des différents faisceaux, ne se portaient que sur la moitié antérieure ou postérieure de la moelle. J'espère que la méthode employée dans les recherches suivantes ne se prêtera point à cette objection.

I. La substance blanche des cordons postérieurs est sensible, et transmet des impressions sensitives, sans le concours de la substance grise.

a. Sur des chiens, des chats et des lapins éthérisés, j'ai découvert la moelle épinière dans la longueur de trois à cinq vertèbres dorsales ou lombaires; j'ai fait une incision qui divisait transversalement la plus grande partie des cordons postérieurs près du bout caudal de la plaie; puis, saisissant avec une pince la partie coupée, j'ai pu, à l'aide d'une traction douce, mais continue en haut et en avant, isoler non-seulement la partie coupée, mais toute la circonférence des cordons postérieurs dans la longueur de plusieurs centimètres. Aucune trace de la substance grise n'adhérait à ces cordons, et les cornes grises postérieures sont mises à nu; mais elles restent complétement en contact avec la commissure grise centrale.

Une demi-heure ou une heure après, j'ai découvert la plaie, et si je plaçais l'extrémité de cette partie isolée des cordons postérieurs, qui n'était unie qu'à la partie antérieure de la moelle, l'animal témoignait les douleurs les plus vives. L'impression sensitive, contrairement à l'opinion de beaucoup de psychologistes, doit avoir non-seulement été produite par l'irritation de la substance blanche, mais cette impression a été transmise par toute la longueur du trajet isolé.

b. Sur de grands chiens chloroformisés, j'ai découvert la moelle depuis le milieu de la région dorsale jusque vers son bout caudal. Dans la région dorsale, j'ai excisé, dans l'étendue de 1 à 2 centimètres, les cordons antérolatéraux, et j'ai ôté tout ce qui restait de la substance grise en contact avec les cordons blancs postérieurs. Après un temps variable d'un quart d'heure jusqu'à cinq heures, on voit les parties postérieures recouvrer leur sensibilité. En découvrant ensuite la moelle, on peut se persuader que tous les points des cordons postérieurs en arrière de la section, et que toutes les racines postérieures de la portion lombaire ou sacrée possèdent une sensibilité très-distincte. Ainsi les cordons postérieurs suffisent pour transmettre la sensibilité de toutes les parties intérieures sans le concours de la substance grise.

II. La substance grise transmet des impressions sensitives.

Je ne rapporterai ici que les principales expériences que j'ai faites relativement à ce sujet.

a. Si sur un lapin vigoureux ou un cabiai on fait dans la région dorsale l'ablation d'une portion des deux cordons postérieurs, non-seulement la sensibilité dans les membres pelviens n'est pas détruite, mais après quelque temps elle se montre si forte qu'elle prend l'apparence d'hyperesthésie; les lapins, qui sont d'ailleurs si patients, très-souvent crient si l'on touche un peu fortement leurs pattes de derrière, ou si l'on pince la peau du train postérieur comme si l'on avait touché leur nerf trijumeau.

b. Si, après avoir enlevé les deux cordons postérieurs, on coupe un peu plus haut ou plus bas les deux cordons antérolatéraux, les mêmes phénomènes se manifestent: ainsi le cordon antérolatéral n'a aucune part à la transmission de cette sensibilité qui paraît si exagérée. On ne peut pas couper le cordon antérolatéral sans intéresser les cornes antérieures de la substance grise; mais cette circonstance n'influe pas sur le résultat.

c. Si l'on coupe toute la partie postérieure de la substance grise, mise à nu par l'ablation des cordons postérieurs blancs, la sensibilité revient dans les parties situées en arrière de la plaie, mais elle paraît moins exagérée. La même chose arrive si l'on coupe d'un seul coup la moitié postérieure de la moelle.

d. Si l'on incise encore un peu la moitié antérieure de la substance grise, la sensibilité se rétablit dans toute l'étendue du train postérieur quelques heures après l'opération, quelquefois même dans la première heure. Elle se rétablit encore si une couche très-mince de la substance grise unit la partie pelvienne de la moelle à la partie céphalique. La sensibilité existe partout; mais en général elle est d'autant plus obtuse que la couche grise est plus mince.

e. Si l'on ôte enfin toute la substance grise, de manière à découvrir la face supérieure des cordons antérolatéraux, la sensibilité est perdue pour toujours, quoique la mobilité volontaire puisse revenir.

f. L'apparence d'hyperesthésie que l'on observe du côté lésé après l'hémisection transverse de la moelle ne peut s'expliquer que par une conduction par la substance grise, comme il n'existe point de commissure blanche entre les cordons postérieurs. Si l'on ôte la moitié latérale de la moelle dans la longueur d'un centimètre, il y a exagération du sentiment du côté lésé; si alors on détruit autant que possible la partie centrale de la substance grise de l'autre moitié de la moelle, mise à découvert dans la ligne médiane, le côté de l'hémisection perd tout sentiment; mais après quelques heures, le sentiment revient dans l'autre côté si l'expérience est bien faite. Le sentiment alors reste obtus, comme il l'était déjà immédiatement après la première hémisection; mais il existe très-clairement.

g. Lorsqu'on incise toute la moitié supérieure de la moelle, et, à la distance de quelques vertèbres, la moitié inférieure, si même la section inférieure surpasse un peu la ligne médiane de la hauteur, la sensibilité peut revenir après quelques heures; mais en général elle est obtuse (du moins dans les premières trente heures). Néanmoins, chez un lapin, je l'ai vue acquérir, treize heures après l'opération, une apparence hyperesthétique.

h. Lorsqu'on coupe les deux moitiés latérales à la distance de quelques vértèbres, la sensibilité revient; mais elle reste faible chez les mammifères, quoiqu'elle soit très-distincte. Chez les grenouilles, je l'ai vue très-souvent revenir à son état normal après cette opération.

Dans ces deux dernières séries d'expériences, il ne reste aussi que la continuité de la substance grise pour expliquer la transmission des sensations.

III. La substance grise est insensible.

Jusqu'aujourd'hui on n'a connu dans le système nerveux que des parties sensitives, des parties motrices et des parties qui servent à la perception, dont on doit la distinction à M. Flourens, et tous les auteurs qui ont admis que la substance grise transmet les impressions au cerveau, ont cru lui devoir accorder aussi un certain degré de sensibilité.

Si quelque temps après l'ablation des cordons postérieurs de la moelle d'un lapin, on trouve les parties postérieures du corps dans un état d'hyperesthésie, de sorte qu'un attouchement un peu fort des pattes produit des cris et des mouvements dans tout le corps de l'animal, et qu'on découvre alors la plaie de la moelle, le plus léger attouchement des cordons postérieurs en arrière de la section produira une sensation excessive; mais si l'on touche la partie privée de ses cordons postérieurs, par laquelle ont dû passer ces impressions exagérées, loin de la trouver très-sensible, on constate qu'elle est absolument insensible. Chez l'animal, librement placé sur une table, j'ai pu implanter une, deux ou trois aiguilles, sans qu'aucun signe eût trahi que l'animal s'en était même aperçu, et si après je comprimais avec très-peu de force une phalange des orteils, ce trajet, qu'on avait perforé à l'insu de l'animal, transmettait encore au cerveau une impression si exagérée qu'elle arrachait des cris et que l'animal prit la fuite. Mais au niveau de la plaie j'ai pu couper lentement ou subitement tout le reste de la moelle; j'ai pu la brûler, la cautériser par divers agents chimiques, la galvaniser, sans que l'animal libre eût manifesté la moindre sensation; on peut en couper des petits fragments, et l'animal ne s'en aperçoit pas. La substance grise est insensible immédiatement après qu'elle a été mise à découvert; elle reste insensible encore deux jours après cette opération. Elle n'est pas plus sensible si elle est encore couverte par la substance blanche, comme on peut voir en coupant transversalement une moelle intacte pour en examiner la surface coupée avec une aiguille, après que l'animal est revenu de l'éthérisation. J'ai constaté les mêmes faits dans beaucoup d'expériences sur des chiens et des chats.

Ainsi la substance grise contient des fibres qui ont la propriété singulière de ne transmettre au cerveau que des impressions qui leur sont communiquées par la substance blanche; mais on ne peut pas y faire naître directement ces impressions. Ainsi ces fibres nerveuses ne sont pas sensibles; elles ne produisent pas un plus des perceptions: leur rôle n'est essentiellement que conducteur. De telles fibres nerveuses n'étaient pas encore connues en physiologie, et il m'a paru qu'il fallait les distinguer des fibres sensitives par un nom nouveau, et je propose de les appeler fibres *esthésodiques* (ὁδός, chemin), et je prouverai plus tard qu'il y a dans la même substance des fibres très-analogues pour les mouvements, que j'appellerai *kinésodiques*.

Si l'on découvre la moelle dans la longueur de 3 pouces, on ôte les cordons postérieurs en avant et en arrière dans la longueur d'un pouce, en laissant dans le milieu un trajet de substance blanche qui est ainsi interrompue en avant et en arrière. Cette partie restante de la substance blanche, si on l'irrite immédiatement, pourra encore faire transmettre au cerveau des sensa-

tions qui devront parcourir la substance insensible, mais esthésodique, qui l'avoisine.

Il était très-intéressant de savoir si l'empoisonnement par la strychnine n'altérait pas les propriétés des fibres esthésodiques. Sur deux lapins dont j'avais ôté les cordons postérieurs et coupé les nerfs correspondants dans la région dorsale, j'ai coupé encore le cordon antérolatéral immédiatement en arrière de la plaie. Lorsque l'apparence hyperesthétique des membres s'est manifestée, je les ai empoisonnés; mais ensuite, lorsque le moindre attouchement des parties sensibles, soit du train antérieur ou postérieur du corps, produisit des convulsions tétaniques générales, j'ai pu, en évitant tout ébranlement et tout autre attouchement de l'animal, toucher, piquer et perforer avec des aiguilles la partie esthésodique, sans produire aucune trace ni de mouvement ni de sensation.

Dans une autre communication, je parlerai de la différence qui existe entre la transmission des impressions sensitives par les parties sensibles et par les parties esthésodiques de la moelle.

Ce mémoire est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Magendie, Serres et Flourens.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR L'INFLUENCE QUE LA MOELLE ÉPINIÈRE ET LE BULBE RACHIDIEN EXERCENT SUR LA SENSIBILITÉ ET LA MOTILITÉ.

M. ONÉ présente sur ce sujet un mémoire qu'il résume en ces termes:

Depuis Galien jusqu'à notre époque, la plupart des physiologistes avaient pensé que la moelle épinière exerçait une action directe sur la sensibilité et la motilité. Cette doctrine, dont la valeur semblait reposer sur l'observation clinique et sur l'expérimentation, a été fortement ébranlée dans ces derniers temps par les recherches de Van Deen, de Stilling, de M. Brown-Séquard et de quelques autres physiologistes. Poussé à mon tour à étudier, au moyen des vivisections, les fonctions de la moelle, je me suis attaché avant tout à apprécier l'influence que cet organe exerce sur la transmission des impressions sensitives et sur le mouvement. Considérant, de plus, que le bulbe rachidien se trouve composé des mêmes éléments que la moelle épinière, j'ai fait des expériences pour savoir si cet organe agit sur la sensibilité et quel est son mode d'action. Enfin, pour être complet, j'ai spécialement étudié un point de la structure intime de la moelle, j'ai recherché quelle est la direction des fibres sensitives dans les faisceaux médullaires.

1° J'admets, comme M. Brown-Séquard, que la transmission des impressions sensitives dans la moelle épinière est croisée, mais je pense, contrairement à ce physiologiste, que cet effet croisé n'est pas complet. Il existe toujours dans le membre opposé au côté de la moelle divisé une certaine sensibilité qui est due aux fibres sensitives directes.

2° Si l'action produite sur la sensibilité est incomplète, il n'en est pas de même pour celle que produit sur la motilité la section du faisceau antéro-latéral. En effet, après cette section, le mouvement est entièrement aboli dans le même côté.

3° L'électricité est le seul moyen d'excitation qui permette d'observer les effets indiqués précédemment sur la sensibilité quand on agit sur les animaux supérieurs adultes. Tons les autres moyens d'excitation sont impuissants.

4° Le bulbe rachidien exerce comme la moelle une action croisée sur la sensibilité, mais, dans le bulbe comme dans la moelle, cette action n'est pas complète. Contrairement à ce que l'on observe pour le mouvement dans la moelle épinière, l'action du bulbe sur cette propriété est croisée. Il existe donc dans le bulbe rachidien des effets croisés pour la sensibilité et pour la motilité: il est important de noter que ces effets ont été obtenus par la section d'une moitié du bulbe rachidien, en avant de l'entre-croisement des pyramides antérieures.

5° Les fibres sensitives offrent dans la moelle épinière la disposition suivante. Elles forment deux couches, l'une superficielle, l'autre profonde.

La couche superficielle est formée par des fibres directes. La couche profonde est formée par des fibres transversales qui s'entre-croisent dans la commissure grise.

6° Les faits pathologiques observés chez l'homme viennent à l'appui des conclusions physiologiques énoncées précédemment, comme le prouvent les observations que je rapporte à la suite de ce mémoire. (Commissaires: MM. Magendie, Serres, Flourens.)

SÉANCE DU 29 MAI.

DE L'EFFICACITÉ DE LA GLACE, COMBINÉE AVEC LA COMPRESSION, POUR RÉDUIRE LES HERNIES ÉTRANGLÉES ET COMBATTRE LA PÉRITONITE CONSÉCUTIVE.

M. BAUDENS lit sous ce titre un mémoire dans lequel il examine:

1° Les effets de l'étranglement et de l'engouement; 2° l'état vital des viscères herniés; 3° l'action thérapeutique de la glace pour réduire les hernies étranglées. Il ne sera question dans cette analyse que de la partie thérapeutique de ce travail.

Le premier effet de la constriction des viscères herniés, de l'étranglement, dit l'auteur, c'est la strangulation des vaisseaux capillaires. Dès ce moment la hernie se congestionne, augmente de volume et ne peut plus entrer dans l'abdomen. Bientôt après, elle devient dure, chaude, douloureuse, en proie à l'inflammation la plus vive, avec menace de gangrène. Il faut se hâter d'agir.

Or n'est-il pas de toute évidence que pour arriver à faire rentrer les hernies, il faut avant tout se préoccuper d'en réduire le volume occasionné par l'arrêt de la circulation capillaire, volume accidentellement acquis par le fait de la congestion sanguine dans toute partie soumise à l'étranglement, ainsi qu'on le voit pour le gland, par la compression du prépuce, lors d'un paraphymosis?

Pour obtenir ce résultat, la glace est de tous les agents le plus efficace. Nous avons à lui demander deux choses qu'elle ne refuse jamais: la première, de refouler les liquides qui engorgent la hernie; la seconde, de faire cesser cette inflammation, qui abontirait à la gangrène si l'art n'intervenait.

Nous nous sommes demandé pourquoi le traitement par le froid est condamné par les auteurs; aujourd'hui nous pouvons répondre, avec une entière conviction: Le traitement par le froid est condamné, parce que, jusqu'à nous, les effets thérapeutiques de la glace ont été méconnus ou mal appréciés.

Les détracteurs de la méthode réfrigérante, quand ils opposent les risques de la gangrène par congélation, les dangers des répercussions et d'arrêts de transpiration, ont raison au point de vue où ils se placent; mais ils oublient que l'inflammation communique à la région dont elle s'est emparée une résistance au froid des plus remarquables. Il faut distinguer *le calorique normal et le calorique en excès*.

Le calorique normal ou physiologique, celui de l'état de santé; le calorique en excès, dont la source est un foyer pathologique, et qu'on serait tenté d'appeler calorique morbide, si la physique le permettait.

Cette distinction capitale une fois admise, les inductions sont faciles.

L'un, le calorique normal, indispensable à l'exercice régulier des fonctions, doit toujours être respecté pour éviter les congélations, répercussions, etc. Il est, en effet, de toute évidence qu'on ne pourrait impunément appliquer plusieurs jours de suite de la glace sur une région, si elle n'était en proie à une vive inflammation.

L'autre, le calorique en excès, si remarquable par son activité et par son incroyable puissance de reproduction, est nuisible. Il doit, au fur et à mesure qu'il se développe, être soutiré avec une persévérance parfois très-grande.

Un examen bien digne d'intérêt serait de rechercher à quelle source s'alimente cette énorme production de calorique en excès.

Si la partie phlogosée ne puisait ses éléments de résistance au froid qu'aux sources normales, qu'aux foyers connus de la combustion, dans les poumons, d'après Lavoisier et Seguin, au sein de nos organes pendant le cours de la circulation, surtout dans les vaisseaux capillaires, d'après l'opinion de Lagrange, Spallanzani, de M. Milne-Edwards et des physiologistes de nos jours, le cratère ne tarderait pas à s'épuiser sous l'empire d'une réfrigération portée à 14°.

L'appel et l'afflux plus considérables du fluide nerveux et du sang dans la région enflammée ne sauraient rendre compte de la grande somme de calorique produit, car la circulation capillaire se trouve promptement interrompue par l'engorgement et l'obstruction des petits vaisseaux sanguins.

Nous pensons que l'énorme quantité de calorique enlevé à la source qui l'alimente avec une activité comparable à celle du feu, se régénère principalement par suite d'un travail de décomposition chimico-organique dont la puissance est en raison directe du degré d'énergie de la phlegmasie locale.

La quantité de calorique normal produite par la combustion du charbon au sein de nos organes, 240 grammes en 24 heures, d'après les remarquables recherches de MM. Andral et Gavarret, et par la combustion de l'hydrogène, 20 grammes en 24 heures, d'après les beaux travaux de M. Dumas, est évaluée pour les deux à 2,627 calories; d'où il résulte que la chaleur produite par un homme adulte en 24 heures, suffirait pour élever d'un degré la température de 2,627 kilogrammes d'eau. Or cette production de chaleur propre au corps de l'homme, ne peut alimenter le foyer pathologique, puisque, d'après M. Dumas, celle qui n'est pas épuisée par le rayonnement est absorbée par les grandes fonctions de l'économie. Il nous est arrivé souvent de chercher à apprécier le degré de la chaleur en excès, soit à l'aide de l'appareil thermo électrique de M. Becquerel, soit en plongeant la boule d'un thermomètre au centre d'un foyer organique; et, constamment, le peu de résultats obtenus nous a étonné. Tandis, en effet, que le thermomètre appliqué sous l'aisselle s'élève à + 37° environ, il ne monte que de 1 à 1 degré et demi au centre d'un phlegmon aigu. Mais, quand on songe que dans les climats les plus chauds, la température animale ne gagne que 1 à 2 degrés, on doit reconnaître que ce résultat, si minime en apparence, n'en a pas moins une importance réelle.

Après avoir répondu aux diverses objections faites au traitement par la glace, savoir que l'inflammation étant nécessaire à la guérison des plaies, il ne faut pas s'opposer à son développement; que la méthode réfrigérante a l'inconvénient de masquer les symptômes et d'inspirer une sécurité trompeuse, etc., l'auteur expose ensuite en ces termes les moyens d'éviter les écueils du traitement par la glace, et ses effets en particulier pour le traitement des hernies.

COMMENT ÉVITER LES ÉCUEILS DU TRAITEMENT PAR LA GLACE?—Nous possédons un moyen simple et infaillible d'éviter les risques du traitement par le froid et de n'en conserver que les bienfaits. Ce précieux critérium nous est fourni par le malade lui-même.

Notons bien que le contact du froid sur une partie phlogosée est agréable et soulage. Il modère l'activité du foyer morbide, générateur du calorique en excès; excès de calorique, qui, d'effet ou produit, devient cause et réagit avec maléfice en exaltant soit l'action de décomposition organo-chimique, comme le pensent les physiciens, soit l'innervation et l'afflux du sang, selon l'opinion des physiologistes, soit les deux à la fois, ce qui est assez probable.

Cette bienfaisante sensation du froid persiste tant qu'il y a du feu à éteindre; c'est pourquoi il faut toujours graduer l'action du froid sur l'intensité du foyer.

Telle que nous l'entendons, la méthode réfrigérante roule sur un axe gradué. A l'un des pôles est l'eau froide, à l'autre pôle la glace avec sel marin.

On commence par appliquer sur la partie enflammée une simple compresse trempée de temps en temps dans une eau dont la température doit être graduellement de plus en plus abaissée. On dépose ensuite sur la compresse laissée en place, des morceaux de glace en nombre et en grosseur variables, selon le degré désiré de réfrigération.

Si cela ne suffit pas, si la glace ne produit qu'un médiocre soulagement, sans anéantir un profond sentiment de brûlure; si, selon l'expression de quelques malades, la glace semble se réchauffer, c'est que son action est insuffisante. Il faut l'augmenter par un mélange de sel marin et de glace pilée. A l'aide de ce réfrigérant, nous obtenons 14°. On sait que le froid peut même descendre à 20°55, en mêlant à deux parties de glace pilée une partie de sel.

Maintenant, pour graduer les moyens d'action sans risquer de faire fausse route, rien de plus aisé.

Nous avons dit que le contact du froid sur une partie enflammée procure des sensations agréables non douteuses. Eh bien! ce sont ces sensations qu'il faut soigneusement interroger.

Tant que vous éprouverez des réfrigérants un sentiment de bien-être, persistez. Dès qu'ils cesseront d'être bienfaisants, ce qu'on reconnaît aisément à une impression de froid et d'humidité désagréable, analogue à celle qu'on ressentirait en état de santé, supprimez-les. Seuls, les malades sont juges du degré convenable du froid et de sa durée; leurs sensations sont leurs guides, et ces guides-là ne trompent jamais.

La sensation de froid désagréable se produit dès que le foyer pathologique s'éteint, parce qu'alors ce n'est plus du calorique en excès, mais du calorique normal que la glace soutire. Elle irait jusqu'à la souffrance la plus vive, si l'on persistait.

La glace n'est pas seulement l'arme la plus puissante pour combattre l'inflammation traumatique; elle présente en outre cet immense avantage de ne pas affaiblir comme les saignées. Ses saignées à elle sont des soustractions continues et jusqu'à épuisement du calorique en excès.

Le malade conserve toutes ses forces, l'économie toutes ses ressources pour faire face aux frais de la maladie, sans compter que les frais de la maladie sont bien moins considérables par le traitement réfrigérant que par tout autre, attendu qu'il resserre considérablement le cercle inflammatoire.

EFFETS DE LA GLACE SUR LES HERNIES ÉTRANGLÉES. — Les effets de la glace sur une hernie étranglée sont le refoulement des liquides, la sédation de la douleur, la condensation des gaz contenus dans l'intestin, l'affaissement de la tumeur, l'enrayement des accidents inflammatoires, et surtout de la péritonite, si souvent mortelle. La glace ne donnât-elle que ce dernier résultat, un temps d'arrêt dans la marche si rapide des accidents, afin de permettre au chirurgien de ne rien précipiter et d'essayer, sans danger de temporisation, des moyens plus innocents que l'opération, son emploi se trouverait parfaitement justifié.

Le refoulement des liquides, la condensation des gaz, amènent dans les parties herniées une diminution de volume qui donne plein pouvoir au taxis, jusque-là impuissant.

La réduction peut être spontanée, sous l'influence seule des réfrigérants; nous en citerons trois exemples. Mais quand elle n'a pas lieu ainsi, il faut la provoquer en secondant la glace par un bandage compressif. Cette double action nous a toujours réussi jusqu'à ce jour.

Quand la tumeur est si douloureuse qu'elle ne peut supporter la moindre compression, il faut toujours débuter par la glace seule; une fois la douleur apaisée, on peut, si on le juge bon, lui adjoindre un spica, qu'on fera recouvrir de glace pilée.

Pour doter ce bandage d'une action contractile continue, analogue à celle des doigts, nous nous servons d'une bande élastique préparée avec du caoutchouc. Ce bandage spécial, nous l'appelons *spica-taxis*.

On sait que le taxis ordinaire ne peut guère être employé quand la tumeur est enflammée et douloureuse; on sait qu'il expose à des froissements et même à des déchirures, quelque précaution que l'on prenne, parce que l'intestin résiste beaucoup moins. La compression-taxis, précédée et accompagnée de glace, faite avec une bande élastique, n'expose pas à ce danger. Pour la seconder efficacement, le bassin doit être soulevé, afin de faciliter par une position déclive la rentrée des viscères.

Là où elle apparaît dans toute son efficacité, c'est quand, après avoir épuisé toute la liste des moyens conseillés pour réduire une hernie, le chirurgien n'a plus d'autre ressource que l'opération.

Dans seize cas analogues, les seuls auxquels nous ayons eu l'occasion d'appliquer notre traitement, nous avons pu éviter la kélotomie, et tous les malades ont obtenu une prompte guérison.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

ADDITION A LA SÉANCE DU 23 MAI.

DU TRAITEMENT DES DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS PAR LES PESSAIRES INTRA-UTÉRINS; rapport fait par M. DEPAUL.

(Suite et fin. — Voir les nos 20 et 21.)

Voici maintenant l'opinion du docteur Oldham : « Pour ce qui regarde le redresseur utérin du docteur Simpson, je dois avouer que je n'ose plus m'en servir. Dès le principe, je fus frappé de son idée, et je pensai qu'elle pourrait être d'un grand secours non-seulement pour la rétroversion, mais aussi pour les chutes utérines anciennes. Quand je le mis à l'essai, je trouvai qu'il y avait beaucoup de difficultés pour l'introduction et qu'il développait une grande irritation de l'utérus, qui forçait à le retirer. Je ne doute pas que la matrice de certaines femmes ne puisse tolérer cet irritant local; mais la possibilité de développer des accidents semblables à ceux que j'ai déjà vus me fait conclure d'une manière générale contre son adoption, surtout quand je songe que nous avons à notre disposition d'autres moyens auxquels on ne peut rien objecter. Je n'attache pas la même importance que le docteur Simpson, au replacement de l'utérus comme moyen propre à diminuer son volume, et je suis persuadé que, dût-il en résulter un pareil avantage, il serait plus que contre-balancé par ce qu'il y a de fâcheux à porter une tige d'ivoire à demeure dans la cavité utérine. » (*Vide* GUY'S HOSPITAL REPORTS FOR 1849, p. 195.)

Peu de temps après avoir exprimé son opinion, le docteur Oldham recueillit deux observations suivies de mort, qui vinrent lui démontrer qu'il était dans le vrai. En parlant du traitement mécanique de la stérilité, il s'exprime de la manière suivante : « Les accoucheurs doivent se faire un grand scrupule d'encourager un mode de traitement d'une efficacité douteuse et qui peut mettre la vie en danger... » Dans ces opérations, on court des chances hors de proportion avec le bien qu'on peut obtenir, et je vais raconter deux cas mortels qui sont venus à ma connaissance; je ne puis m'empêcher d'en conclure que d'autres cas analogues se sont présentés, mais n'ont pas été publiés à côté de ceux qui ont eu une issue plus heureuse.

OBS. I. — Le 7 avril 1849, je reçus du docteur Golding-Bird l'utérus et les annexes d'une dame qui était morte de péritonite causée par des tentatives qui avaient pour but de guérir la stérilité au moyen de la dilatation mécanique. Ces pièces anatomiques étaient accompagnées de la note suivante :

« Une dame brune, âgée de 36 ans, mariée depuis plusieurs années, et qui n'avait jamais eu d'enfants, habitait la Jamaïque. Dès sa jeunesse, elle souffrait d'une dysménorrhée intense. Elle éprouvait toujours des douleurs pendant les rapprochements sexuels; elle était nerveuse, hystérique et excitable au dernier degré.

» Au mois de juin dernier, d'après l'avis de son médecin, elle vint à Londres tout exprès pour se faire dilater l'orifice utérin, chose que l'on avait déjà tentée avec des dilatateurs en cire. Le médecin accoucheur qui fut consulté à Londres fut du même avis, et crut que la stérilité et la dysménorrhée dépendaient d'un rétrécissement de l'orifice utérin. Il agrandit l'orifice au moyen de l'instrument tranchant et introduisit des dilatateurs d'argent. Ce procédé produisit d'horribles souffrances, et bien qu'au premier abord la malade s'imaginât que les douleurs de la menstruation étaient diminuées, celles-ci ne tardèrent pas à devenir aussi intenses qu'auparavant, et en définitive, elle n'en éprouva aucun soulagement. Elle abandonna le traitement pour quelque temps; mais elle ne tarda pas à le reprendre de nouveau, et des canules d'argent furent passées dans l'utérus et laissées à demeure; de nouveau elle souffrit horriblement. Le samedi 31 mars on introduisit un autre tube, et la souffrance fut intolérable. Des nausées et des frissons étant survenus, la patiente pria instamment sa sœur de retirer l'instrument, ce qu'elle réussit à faire. Comme son état empirait, un chirurgien du voisinage fut appelé et la trouva atteinte de péritonite, avec des phénomènes hystériques. Il survint presque aussitôt un état de collapsus, et elle continua à baisser jusqu'au mardi, époque à laquelle je la vis. Le pouls, filiforme, battait 200 fois par minute; l'abdomen était distendu. Vomissements d'un liquide noirâtre; irritabilité extrême. Tout traitement fut inutile, elle ne tarda pas à succomber.

» *Autopsie.* Tout est sain dans la cavité abdominale, au-dessus d'une ligne allant d'une épine iliaque à l'autre; au-dessous il y avait une péritonite intense. Les circonvolutions de l'intestin y étaient recouvertes d'une lymphe comme butyreuse, et le bassin était rempli de pus liquide. L'ovaire et le ligament large droits étaient recouverts d'une même couche butyriforme, mais si faiblement adhérente qu'elle s'enlevait au simple contact de l'eau.

» La cavité de l'utérus était remplie de mucus sanguinolent.

» L'utérus était plus gras qu'il ne l'est ordinairement chez la vierge. Il était arrondi à sa face antérieure; il y avait à sa face postérieure une convexité saillante, qui, par la mollesse générale du tissu, montrait qu'il avait été le siége d'un engorgement récent. Les vaisseaux sanguins, sur toute la surface de l'utérus et des annexes, étaient injectés de sang, et cela se voyait surtout à l'extrémité frangée des trompes, aux ovaires, aux ligaments larges et ronds.

» A la surface antérieure du corps de l'utérus, il y avait deux petites tumeurs fibreuses saillantes, du volume d'un gros et d'un petit pois. Le revêtement séreux était très-vasculaire; les vaisseaux sanguins, sur ces petites tumeurs, étaient très-prononcés. Il y avait une petite tumeur dans la paroi pos-

térieure. Lorsqu'on divisa la paroi antérieure, on la trouva fort hypertrophiée ; elle avait 8 lignes d'épaisseur. La couche musculaire était ramollie, les veines développées ; un stylet les traversait avec facilité. La longueur des cavités du col et du corps réunies était de 2 pouces 10 lignes. La muqueuse du corps était molle, légèrement boursoufiée, et d'une teinte vermeille ; il suffisait de l'agiter dans l'eau pour l'enlever. A l'orifice interne de l'utérus, il existait une zone de vaisseaux sanguins très-injectés, interrompue dans un seul point ; la circonférence de cette ouverture était de 8 lignes. L'orifice externe offrait un bord net et lisse, sans aucune éraillure et aucune trace de division ; sa circonférence mesurait 1 pouce 1 ligne. Le col présentait ses caractères propres et ses follicules étaient vides de mucus. Sur la paroi antérieure qui avait subi la division, la muqueuse était irrégulière et ses plis lacérés transversalement. L'extrémité de la trompe droite était presque complètement fermée, comme si cela eût été une disposition congénitale (l'ouverture en était très-petite). En l'ouvrant, l'extrémité frangée montrait ses riches plis de la muqueuse, qui la caractérisent et qui étaient très-injectés et recouverts de sang et de mucus. Les deux tiers restants du tube étaient sains en apparence, non vasculaires et perméables dans toute leur étendue.

» L'ovaire droit était ramolli et gros. Il y avait à l'extrémité utérine de l'ovaire un kyste assez volumineux pour contenir une petite noisette. Le stroma était gorgé de sang. Il n'y avait qu'un seul follicule de Graeff ratatiné. La surface de l'ovaire était épaisse et plissée.

» L'ovaire gauche était irrégulier dans sa forme ; une portion mamillaire sortait de son extrémité externe. Lorsqu'on coupa cette portion saillante, on la trouva dure et vasculaire comme le début d'une maladie maligne : l'enveloppe ovarienne épaisse et ridée, le stroma vasculaire, quelques restes de vésicules de Graeff à parois ridées, et quelques caillots de différentes couleurs, noirs et brunâtres. La trompe gauche était vasculaire du côté du pavillon, saine quant à sa muqueuse ; son canal perméable partout. Cette trompe communiquait avec l'utérus d'une manière plus directe que celle du côté opposé qui était plus flexueuse. Les veines et artères saines.

» Le ligament rond du côté droit, sain et vasculaire ; le vagin sain. »

Le docteur Oldham ajoute : « Il n'est pas nécessaire de faire un long commentaire sur cette observation ; elle offre un exemple des plus instructifs des effets dangereux de la dilatation, même entre des mains expérimentées, et de la grande prudence qui doit présider à l'entreprise de cette opération. Cette observation est également importante, en ce qu'elle prouve la difficulté de découvrir la cause de la stérilité. Je suis sûr qu'il n'y avait aucune espèce de rétrécissement morbide dans ce cas, et que l'orifice et le col de l'utérus, qui seuls furent traités, n'avaient rien à faire avec la dysménorrhée et la stérilité, qui dépendaient sans doute de l'atrophie de l'ovaire ; et l'oblitération congénitale de l'extrémité de la trompe droite eût suffi pour exclure l'ovaire correspondant de toute participation à la fonction de reproduction. »

Obs. II. — M. Oldham doit à M. Bransby-Cooper les détails de ce cas, qui se termina aussi fatalement que le précédent :

« Une grande dame, qui était mariée, recevait les soins de M. Cooper pour une fissure à l'anus très-douloureuse ; il l'incisa et la guérit très-rapidement. Elle lui parla alors de ce qui était pour elle la cause d'un grand chagrin, c'est-à-dire de sa stérilité, qu'elle rattachait à son indifférence complète dans les rapprochements sexuels. M. Cooper examina les organes de la génération ; mais comme il n'y découvrit rien qui réclamât les soins de la chirurgie, il adressa cette dame à un médecin-accoucheur. Celui-ci trouva l'utérus en rétroversion, et regarda cette déviation comme la cause probable de la stérilité, il introduisit un pessaire utérin à tige, qui fit se développer une péritonite à laquelle la malade succomba en trois jours. »

Le docteur Oldham ajoute qu'il regrette qu'un cas aussi instructif n'ait pas été publié par l'accoucheur même dans la pratique duquel il a été observé. Son opinion d'ailleurs est que de simples déplacements en avant ou en arrière ne causent pas la stérilité si l'utérus n'est pas malade, et il ne peut s'empêcher de stigmatiser le redressement utérin en le qualifiant de méthode brutale et dangereuse..... Il pense aussi que l'antéversion ou la rétroversion d'un utérus peu volumineux, sans autre complication, n'occasionnent pas une grande gêne et qu'il vaut infiniment mieux ne pas y toucher et améliorer son tissu en même temps que toute l'économie, plutôt que de le suspendre en l'air sous le vain prétexte de le guérir. (*Vide* Guy's Hospital reports *for* 1849, p. 372.)

Dans un entretien récent que j'ai eu avec M. Mongommery (de Dublin), dont les travaux spéciaux et justement estimés sont certainement connus de vous, ce savant confrère, interrogé par moi sur l'opinion qu'il s'était faite de la valeur du traitement mécanique dans les déviations utérines, m'a répondu que tout ce qu'il en savait, tout ce qu'il en avait vu l'avait intimement convaincu et de son impuissance et des graves dangers qu'il faisait courir aux femmes.

Dans un mémoire que vient de publier (*in the* Edinburgh medical and surgical journal, *for april* 1854), M. M. Duncan, qui pratique à côté de M. Simpson, il exprime une opinion à peu près semblable.

Il m'aurait été facile de multiplier encore le nombre des citations, mais je crois en avoir dit assez pour prouver qu'en Angleterre, comme en France, l'opinion générale s'était déjà hautement prononcée.

En parlant de l'hystéromètre, je me suis réservé de revenir sur l'emploi de cet instrument comme moyen de diagnostic ; car, quand on le fait agir dans le but d'opérer le redressement de la matrice, j'ai déjà signalé qu'il devait être considéré comme un véritable pessaire intra-utérin, avec cette différence seulement que le séjour du corps étranger étant de très-courte durée, il devait produire une irritation moins vive, et par conséquent des accidents moins fréquents.

Il est d'autant plus important que je vous parle du cathétérisme de la matrice, que ce mode d'exploration n'a pas inspiré les mêmes défiances que les pessaires intra-utérins, qu'il a été accepté comme méthode générale par un certain nombre de praticiens distingués, et que même, chose que je ne puis comprendre, il a été conseillé par Kiwisch comme moyen de diagnostic dans les cas de grossesse. Permettez-moi donc d'examiner rapidement s'il est nécessaire dans la généralité des cas ; si dans quelques circonstances, au contraire, loin d'éclairer le diagnostic, il ne peut pas induire en erreur ; enfin, si les dangers qu'il fait courir aux femmes ne doivent pas le faire réserver dans la pratique, uniquement pour les cas exceptionnels où le diagnostic de la déviation est incertain.

J'avoue qu'en réfléchissant à la facilité avec laquelle on résout, en général, le diagnostic d'une déviation de l'utérus, je suis loin d'être édifié sur la nécessité du cathétérisme. La seule chose qui manque trop souvent, c'est qu'on n'est pas convenablement familiarisé avec les divers modes d'exploration que nous possédons, et qui suffisent presque toujours pour donner au diagnostic le degré de précision nécessaire. Je suppose l'utérus incliné en avant, le doigt, en suivant la paroi supérieure du vagin, après avoir constaté la direction du col en arrière, sera-t-il embarrassé pour reconnaître que la direction du corps est la même que celle du col, et que l'utérus tout entier est plus ou moins horizontalement placé? Le vide qui existe au-dessus du col, vers la courbure du sacrum, et qu'on peut apprécier, soit par le vagin, soit par le rectum, ne confirmera-t-il pas un diagnostic qui était déjà suffisamment fondé? Mais, dira-t-on, comment distinguer l'antéversion de l'antéflexion? C'est habituellement la chose du monde la plus simple. Dans cette dernière déviation, un peu au-dessus de l'insertion antérieure du vagin, existe une dépression transversale plus ou moins profonde, surmontée par une saillie formée par la paroi antérieure et souvent même par le fond de la matrice. La dépression s'étend à toute la largeur de l'organe, dont on peut suivre les bords recourbés en arc de cercle. Le col, d'ailleurs, occupe sa place habituelle, ou bien, dans certains cas, il est lui-même dirigé en avant.

Pour les déplacements en arrière, même facilité dans presque toutes les circonstances, soit pour les distinguer de ceux qui ont lieu en avant, soit pour éviter de confondre la rétroversion avec la rétroflexion. Ici surtout, le toucher rectal sera avantageusement associé à l'examen vaginal, sans compter que, dans toutes les explorations, on devra, après avoir placé la femme dans une position convenable, chercher, avec la main qui déprime préalablement les parois abdominales, la direction de la partie supérieure de l'utérus.

Veut-on savoir si cet organe a augmenté de volume partiellement ou d'une manière générale? Avec le doigt dans le vagin, on se rend facilement compte de la manière d'être de la portion vaginale du col, et au-dessus, de ce qu'on désigne généralement sous le nom de segment inférieur. L'augmentation de volume porte-t-elle uniquement sur la paroi antérieure, la saillie qui existe en avant ne sera prise ni pour une antéflexion ni pour une antéversion, si on se donne la peine d'explorer en arrière, soit par le vagin, soit surtout par le rectum.

Si elle existe sur la paroi postérieure seulement, un examen correspondant et des résultats inverses suffiront presque toujours à quiconque a de l'habitude.

Pour constater l'augmentation, qui est générale, une première investigation faite avec le doigt placé dans le vagin et promené circulairement en repoussant la partie supérieure de ce canal aussi haut que possible, donnera d'abord la sensation d'un corps plus volumineux, plus lourd et moins mobile; puis, si on place ce doigt sur le col et qu'avec l'autre main on cherche dans le bassin à travers les parois abdominales déprimées, on parviendra, dans la plupart des cas, à fixer de la sorte l'utérus entre ses deux mains et à se faire une idée suffisamment exacte de l'étendue de son diamètre vertical. Est-il donc besoin de savoir, à quelques millimètres près, quelle est la profondeur de la cavité utérine? Quant à l'abaissement, je n'ai pas besoin de dire que l'hystéromètre est complétement inutile pour apprendre à le reconnaître.

Mais il y a plus, non-seulement l'hystéromètre n'est d'aucune nécessité dans la plupart des cas qui s'offrent aux praticiens, mais il peut, dans certaines circonstances, faire commettre des erreurs. Je suppose, par exemple, une tumeur fibreuse d'un petit volume, développée dans la paroi antérieure de la matrice et ayant plus de tendance à faire saillie vers la cavité utérine qu'à l'extérieur, qu'arrivera-t-il si on introduit une sonde? Celle-ci, après avoir franchi le col, rencontrera un obstacle en avant, et pour la faire pénétrer sans difficulté, il faudra diriger sa courbure en arrière. Or, admettez qu'une autre tumeur existe simultanément sur la paroi postérieure, et il deviendra facile de comprendre qu'on puisse s'en laisser imposer et croire à une rétroflexion ou à une rétroversion. D'autres conditions se présentent encore dans lesquelles il serait aussi facile de se laisser tromper ; mais il me suffit d'avoir appelé votre attention sur l'une d'elles.

Dira-t-on que l'hystéromètre permet d'apprécier le degré de mobilité de l'utérus? La chose est possible, mais on n'a pas besoin de lui pour obtenir ce même résultat. Un doigt suffisamment exercé donne en général, sous ce rapport, toutes les notions désirables.

Cependant je suis loin de nier que le cathétérisme ne puisse être utilement employé dans quelques cas ; c'est ainsi que le diagnostic des polypes intra-utérins ou des autres tumeurs existant dans la cavité pourra être rendu plus facile et plus précis ; c'est encore avec l'hystéromètre qu'on se tirera d'embarras quand on devra décider si une tumeur qui existe en arrière est formée par la paroi postérieure de l'utérus, ou bien si elle en est indépendante. Mais ces cas, et quelques autres que je pourrais citer encore, ne se recon-

trent qu'exceptionnellement et s'annoncent d'ailleurs avec d'autres caractères généraux qui concourent aussi à mettre sur la voie.

En réfléchissant à tout ce qu'on a entrepris depuis quelques années contre l'utérus, qu'autrefois on osait à peine regarder, on ne peut s'empêcher de se demander si nos devanciers étaient trop timides, ou si nous ne sommes pas devenus trop téméraires. Il y a du vrai dans ces deux propositions, mais surtout dans la dernière, et pour vous convaincre sur ce point, il me suffirait, si j'en avais le temps, de vous rappeler tout ce qu'on a fait depuis vingt-cinq ans sous prétexte de perfectionner le traitement des affections utérines.

Il faut bien se garder de faire du cathétérisme une méthode générale. C'est un mode d'exploration qu'il faut réserver pour les cas où il est indispensable, car on va voir que l'introduction d'une sonde n'est pas chose aussi simple qu'on l'a prétendu.

Si vous consultez, en effet, les observations qui ont été publiées, vous y verrez que presque toujours cette opération, qu'on dit simple, a produit des douleurs plus ou moins vives; qu'elle a fait apparaître à peu près constamment une certaine quantité de sang et même des pertes; que quelques femmes ont eu du frisson et de la fièvre; d'autres, de véritables métrites ou des péritonites; et, s'il est vrai qu'on soit habituellement parvenu à maîtriser ces accidents et à calmer même, dans certains cas, l'irritabilité utérine, il faut savoir que beaucoup de femmes, moins heureuses, ont payé de leur vie une investigation dont on aurait pu se passer.

(Deux observations, l'une communiquée par M. Noël Guéneau de Mussy, la seconde empruntée à la pratique de M. Huguier, fournissent la preuve de ce qui précède.)

Qu'on ne s'imagine pas, reprend M. Depaul, que ce résultat malheureux ne se soit que très-rarement présenté jusqu'à ce jour. A tous les accidents déjà connus et qui résultent de l'introduction d'un corps étranger dans l'utérus, il faut ajouter la possibilité de la provocation de l'avortement. Ce nouveau danger mérite d'être pris en très-sérieuse considération, car l'homme le plus expérimenté n'est pas toujours sûr de l'éviter. Il n'est pas constamment facile de constater l'existence d'une grossesse qui ne remonte qu'à quelques semaines, et je vous laisse à penser ce qui arriverait dans la pratique, si on prenait l'habitude de sonder la matrice à tout propos.

Quand des hommes comme MM. Huguier, Nonat, Valleix et plusieurs autres n'ont pu éviter un pareil écueil, quand on songe combien les renseignements fournis par les femmes sont souvent incomplets, sans compter les cas où elles ont intérêt à nous induire en erreur, on est forcément conduit à observer la plus grande réserve et à n'employer une chose bonne, mais dangereuse, que quand elle est indispensable.

Ne perdons pas de vue, d'ailleurs, qu'une semblable méthode, si elle se généralisait, servirait à multiplier encore les tentatives criminelles en leur servant d'excuse, ou tout au moins de prétexte.

Dans deux cas, M. Nonat a eu le malheur de déterminer l'avortement par le cathétérisme utérin.

Et M. Valleix lui-même, malgré toute son habileté, n'a pas toujours su éviter le malheur dont il n'existe déjà que trop d'exemples.

Dans le courant de l'année 1852, une femme entra dans les salles de l'hôpital de la Pitié, et par le toucher, on reconnut qu'elle était atteinte d'une déviation utérine. M. Valleix procéda alors à l'examen avec l'hystéromètre, et fut étonné de voir l'instrument pénétrer à plus de 8 centim. La malade avoua alors qu'elle avait un retard dans ses règles. Quelques jours après, elle fut prise de douleurs et avorta; c'était au reste tout ce qu'elle désirait, car elle ne cacha pas son contentement de l'événement qui était arrivé.

Si pour proscrire une méthode thérapeutique, il suffisait de pouvoir lui imputer quelques insuccès et même quelques revers graves, je suis de l'avis de M. Valleix, il faudrait renoncer à toute intervention dans le traitement des maladies, car les moyens les plus simples et le plus habituellement inoffensifs peuvent quelquefois devenir mortels. Mais le traitement mécanique des déviations utérines est-il un moyen simple, est-il un moyen habituellement inoffensif? L'expérience, trop longue à mon avis, qui en a déjà été faite, ne permet pas qu'on reste plus longtemps dans le doute.

Quand même je me serais trompé dans tout ce qui précède; quand il serait vrai que les déviations entraînassent toutes les incommodités et produisissent tous les accidents dont on a tracé le tableau; quand même la thérapeutique serait entièrement désarmée, ne serait-il pas plus raisonnable et plus sage d'avouer son impuissance, ou du moins de chercher des moyens de soulagement et de guérison dans une voie moins périlleuse?

Pour que vous puissiez en juger d'une manière complète, il ne me reste plus qu'à dérouler sous vos yeux une nouvelle série d'accidents graves et variés dont plusieurs ont été mortels, et qui ont été le résultat du traitement mécanique.

Prenons d'abord les faits qui ont été publiés, et soumettons-les à une troisième et dernière analyse, pour apprendre d'eux les accidents qui ont été produits par l'application d'une méthode qu'on dit à peu près inoffensive.

Mais, en ce qui concerne M. Valleix, j'ai une remarque préliminaire à faire. Il donne le nom de règles à presque toutes les pertes sanguines qui sont survenues pendant le cours du traitement. Toutefois, en suivant rigoureusement les faits et les dates, il m'a été facile de voir qu'il s'était souvent trompé, et que ces prétendues règles n'étaient autre chose que de véritables hémorrhagies souvent considérables. Ce ne sont pas, d'ailleurs, comme on va s'en convaincre, les seuls accidents qui se trouvent indiqués dans ses observations.

Observations de M. Valleix. — *Premier fait.* Le redresseur a dû être retiré, parce qu'il avait déterminé de la douleur abdominale et du gonflement.

2ᵉ *fait.* Le cathétérisme est suivi d'un petit écoulement de sang.

Le redresseur, appliqué trois jours après, fatigua la malade, et on le retira au bout de deux heures, à cause de l'apparition des règles, dix ou douze jours avant leur époque; elles sont plus abondantes que de coutume.

Après une assez longue interruption, l'instrument est remis et provoque encore, après quelques jours, des règles abondantes qui durent jusqu'à douze jours.

3ᵉ *fait.* Il y avait un retard dans les règles de quinze jours. Le redresseur est cependant appliqué; on ne le laisse que quatre jours, à cause des règles abondantes. Deux nouvelles applications de courte durée donnèrent lieu à des coliques utérines et à des règles abondantes.

4ᵉ *fait.* Un simple cathétérisme, prolongé près de vingt minutes, suffit pour produire de la courbature, de légers frissons et des règles abondantes et très-douloureuses en avance de trois jours.

Deux nouveaux cathétérismes produisirent encore un écoulement de sang, mais peu abondant.

Un redresseur est appliqué et laissé pendant sept jours. On l'enlève, parce qu'il survient une hémorrhagie assez abondante.

Une nouvelle application est suivie du même accident. Il en fut de même une quatrième fois, quoiqu'on donne toujours le nom de règles à de véritables pertes.

6ᵉ *fait.* Ici encore le redresseur doit être retiré, à cause de l'apparition de règles abondantes, qui durent neuf jours au lieu de cinq ou six, et qui sont douloureuses.

7ᵉ *fait.* On ne dit pas que la sonde ait produit d'accident. Mais le redresseur provoqua des règles abondantes et qui durèrent huit jours.

9ᵉ *fait.* Exemple de cathétérisme difficile.

Le redresseur provoqua l'apparition des règles.

On dit que la malade sort bien portante, mais huit jours après, elle rentre à l'hôpital, ayant eu des frissons, de la fièvre avec sueurs abondantes, de la céphalalgie, des vomissements, de la tension du ventre et des douleurs vives dans l'hypogastre. On trouve dans la fosse iliaque droite une tumeur douloureuse, dure, non fluctuante, communiquant avec le vagin, dont la paroi correspondante était chaude et douloureuse.

Un traitement énergique procura la guérison.

Pour M. Valleix, le redresseur n'a été pour rien dans tout cela, et pour expliquer les accidents, il se contente de dire que la malade s'était fatiguée après sa sortie de l'hôpital.

10ᵉ *fait.* Après six cathétérismes, on applique le redresseur. L'opération fut suivie de quelques coliques qui reparurent le soir, pour disparaître ensuite. Le lendemain, il s'écoula un peu de sang; trois jours après, les règles, qui n'étaient attendues qu'une semaine plus tard, apparurent; elles furent plus abondantes que de coutume.

Une seconde fois l'instrument est porté pendant seize jours; mais on est forcé de le retirer, à cause du retour des règles, encore avancées de plusieurs jours. Je cite toujours les paroles de M. Valleix.

Un peu plus loin, il est dit que la malade étant un peu anémique, il fallut lui donner du fer.

C'est sans aucun doute le résultat des pertes successives.

12ᵉ *fait.* La malade a été cathétérisée quatre fois; puis on met un redresseur, et au bout de neuf jours on l'enlève, parce qu'il survient des règles assez abondantes et assez persistantes pour qu'il faille recourir au tannin et au seigle ergoté.

13ᵉ *fait.* Ici le redresseur, introduit le 9 août, fut retiré le 14, parce que les règles apparurent. Il est permis de supposer que ces règles étaient une simple hémorrhagie, sans cela il faudrait admettre que M. Valleix s'est mis en opposition avec le conseil qu'il donne ailleurs, à savoir que l'instrument ne doit jamais être appliqué si près d'une période menstruelle.

14ᵉ *fait.* Observation où, comme dans presque toutes les autres, chaque application du redresseur a produit de véritables pertes auxquelles on persiste à donner le nom de règles, quoique, indépendamment des autres raisons, la simple comparaison des dates suffise pour prouver que ce sont des hémorrhagies qui n'ont rien de commun avec les règles.

14ᵉ *fait* (*bis*). L'introduction de la sonde et du redresseur fut très-difficile et très-douloureuse.

15ᵉ *fait.* Une première fois le redresseur ne put rester que deux jours, à cause de l'apparition des règles, qui furent beaucoup plus abondantes que de coutume.

Plus tard, le traitement, suspendu à cause d'une variole, est repris. Les premières fois l'introduction fut tellement douloureuse, que la malade eut des lipothymies, et presque des syncopes; elle restait deux heures couchée, sans pouvoir faire un mouvement.

Un peu plus tard encore, il survint une légère inflammation du tissu cellulaire péri-utérin, avec apparition de points névralgiques nombreux. La malade a guéri.

18ᵉ *fait.* Le redresseur à tige articulaire est appliqué. L'opération fut très-douloureuse, suivie d'une espèce de syncope et de coliques utérines pendant deux heures et demie.

Cependant l'utérus s'y habitua et le supporta pendant quarante-neuf jours.

19ᵉ *fait.* Le même instrument produit pendant trois jours de la courbature et des coliques utérines; puis il est supporté pendant quarante-huit jours.

Une seconde application provoque des règles abondantes.

(Suivent les faits de M. Gaussail et de M. Piachaud qui présentent par leurs résultats la plus grande analogie avec ceux de M. Valleix.)

Ainsi, avec des hémorrhagies presque constantes et quelquefois graves, nous trouvons des douleurs utérines et abdominales, des frissons, de la fièvre, des syncopes, des phlegmons péri-utérin et de la fosse iliaque.

Mais ce n'est pas seulement dans la pratique des médecins que je viens de citer que de pareils accidents ont été observés. Tous ceux qui les ont imités en ont constaté de semblables. Je dois à M. Huguier, à M. Cazeaux et à M. Nonat la communication de plusieurs faits dans lesquels l'emploi du redresseur interne a été suivi d'accidents graves et n'a produit aucune modification dans le déplacement de l'utérus.

Parmi les faits qu'il me reste encore à vous faire connaître et qui se rapportent tous à de malheureuses femmes qui ont été victimes du traitement mécanique, il en est un que vous avez renvoyé à l'examen de votre commission, c'est celui de M. le docteur Broca. Comme l'interprétation qui en a été donnée par l'auteur a été contestée par M. Valleix, il importe que vous soyez mis en mesure de décider par vous-mêmes lequel de ces deux honorables confrères a raison.

(Voir le résumé de cette observation, qui a été lue dans la séance du 31 janvier 1854 et insérée dans le numéro du 4 février.)

D'après M. Broca, le rôle de ces deux lésions aurait été parfaitement tranché et serait bien expliqué par les détails de l'autopsie. Par suite des adhérences anciennes, le calibre de l'intestin avait été rétréci en deux points, de là des coliques fréquentes et une constipation ancienne; cependant les matières fécales les traversaient encore.

La nouvelle péritonite, en fixant l'anse intestinale qui se trouvait comprise entre les deux adhérences anciennes et qui était restée libre jusqu'à l'apparition des phénomènes nouveaux, a rendu le passage des matières fécales de plus en plus difficile et a fini par le rendre complétement impossible, et c'est ainsi que se serait produit l'étranglement interne.

Notre confrère n'hésite pas à déclarer que le contact de la sonde utérine, plusieurs fois introduite, a d'abord produit une métrite et que l'inflammation, occupant au début les parties voisines de l'angle droit de l'utérus, s'est étendue de là au péritoine et y a produit de nouvelles adhérences qui, aidées par les anciennes, ont fini par produire l'oblitération complète du calibre de l'intestin.

A cela qu'a répondu M. Valleix? Que le cathétérisme n'avait été pour rien dans les accidents éprouvés par la malade. Il admet sans preuves qu'un étranglement interne existait déjà quand on a introduit l'hystéromètre, et, partant de cette donnée erronée, il déclare sans hésitation que la mort de la femme serait tout aussi bien survenue quand même on n'aurait pas eu la fatale pensée de lui redresser l'utérus. J'ai d'abord eu beaucoup de peine à comprendre comment il avait pu s'arrêter à une semblable supposition; mais je n'ai pas tardé à me l'expliquer. Elle n'a pu lui venir à l'esprit que parce qu'il a puisé, dans une relation inexacte et incomplète du fait de M. Broca, les renseignements dont il s'est servi. Il me suffira, je n'en doute pas, d'avoir rétabli les faits dans toute leur vérité, pour modifier sa première impression; s'il en était autrement je suis sûr qu'il resterait seul de son opinion.

N'oublions pas, en effet, qu'à l'autopsie on ne trouva pas seulement, comme il l'a cru, les traces évidentes d'une péritonite récente et partielle, mais qu'il y avait en même temps, au niveau de l'angle droit de l'utérus, sur la muqueuse, une coloration violacée; qu'au-dessous, dans l'épaisseur même du tissu utérin, on constata une petite collection purulente très-rapprochée de la surface péritonéale, et que, de plus, la trompe du même côté renfermait une quantité assez considérable de pus. Votre rapporteur a pu constater lui-même, sur la pièce anatomique, l'exactitude de ces détails importants, et il lui est impossible de ne pas se rattacher à l'opinion, réservée d'ailleurs, de M. Broca.

Quant à l'observation de M. Cruveilhier, lue en séance le 7 février 1854, et que vous avez également renvoyée à votre commission comme document à consulter, elle est trop instructive pour que je ne vous en rappelle pas les points principaux.

Nous verrons après si la fin de non-recevoir opposée par M. Valleix est plus fondée que pour le cas qui précède.

« Une jeune femme de 24 ans, mariée depuis cinq ans et stérile, ce dont elle éprouvait un chagrin profond, se fit examiner par le médecin de sa famille, qui reconnut seulement une antéversion légère de l'utérus et qui lui conseilla de ne rien faire. Cependant, ne s'en tenant pas à ce premier avis, elle consulta un jeune confrère, qui reconnut aussi le déplacement, mais qui lui attribua la stérilité et qui conseilla, pour la faire cesser, l'usage de la sonde utérine. Les premières introductions faites par lui avaient occasionné des douleurs extrêmement vives qui retentissaient dans tout l'abdomen, il fut décidé qu'on viendrait à Paris se mettre entre les mains d'un praticien plus habitué à ce genre d'opération.

» Elle y vint en effet, et réclama les soins de M. Valleix, qui constata la déviation qu'il considéra comme la cause de la stérilité, et proposa le redressement.

» L'introduction de l'instrument fut beaucoup moins douloureuse que les premières fois; cependant la sonde utérine ne put être conservée au delà de plusieurs heures; il survint presque immédiatement du malaise épigastrique, des nausées, du ballonnement du ventre et des angoisses qui l'obligèrent à retirer l'instrument. Dès ce moment, la santé générale, qui jusqu'alors avait été bonne, s'altéra, les forces et l'appétit se perdirent complétement, les nuits se passèrent sans sommeil, un malaise général, se manifesta. Le traitement fut suspendu pendant plusieurs jours et repris après. L'introduction de l'instrument était par elle-même peu douloureuse, mais après quelques instants de séjour tous les accidents précédemment notés reparaissaient, et il devenait indispensable de le retirer après quelques heures. Enfin, après cinq introductions, toujours suivies des mêmes résultats, la mère de la jeune femme, voyant sa fille dépérir de jour en jour, se décida, malgré les instances réitérées du médecin, à abandonner le traitement et à ramener sa fille chez elle. Son séjour à Paris avait été d'un mois.

» Le médecin de la famille, appelé, constata les symptômes locaux et généraux d'une métro-péritonite: ballonnement du ventre, douleur hypogastrique très-vive, utérus très-douloureux au toucher, augmenté de volume, du reste, en antéversion comme avant les tentatives de redressement. Le moindre mouvement pour la soulever arrachait des cris à la malade. Altération profonde des traits, angoisse épigastrique, nausées et vomissements verdâtres, prostration extrême, fréquence très-grande et petitesse du pouls.

» Plusieurs applications de sangsues, des cataplasmes, etc., parurent améliorer l'état de l'abdomen. Mais l'état général ne fit que s'aggraver, et lorsque M. Cruveilhier fut appelé, c'est-à-dire cinq semaines après le retour de la malade dans sa famille, il constata que le marasme était porté à son dernier degré. Le pouls, filiforme, battait 120 fois par minute. La sensibilité du ventre avait presque entièrement disparu. L'antéversion persistait toujours. L'utérus, sensible au plus léger contact, ne paraissait pas augmenté de volume. Le toucher rectal ne fut pas pratiqué. La poitrine fut explorée, mais on ne trouva que quelques râles muqueux au sommet du poumon droit, mais d'ailleurs aucun signe de tubercules.

» Sept jours après, notre collègue fut demandé une seconde fois, mais la malade était à l'agonie. Elle mourut, en effet, pendant la nuit. L'autopsie n'a pas été faite. »

Quels sont les arguments invoqués par M. Valleix pour prouver que la mort ne peut être rapportée au traitement qu'il avait institué? Il a tout expliqué par l'inexactitude des renseignements qui auraient été fournis à notre collègue. C'est ainsi que, d'après lui, la santé de cette jeune femme était déplorable avant le début du traitement, et après nous avoir dit que la moindre promenade était impossible, il reconnaît cependant qu'elle est allée au bal la veille de son départ pour Paris. Quant à la question de la stérilité qui lui aurait été posée, il déclare en effet avoir annoncé que la déviation était un obstacle puissant, mais il se défend d'avoir entrepris le traitement dans le but de remédier seulement à cet état. Il reconnaît aussi que le redresseur a produit souvent des douleurs, et que l'instrument a dû être enlevé plusieurs fois pour ce motif. Quant au dépérissement et aux autres symptômes mentionnés par M. Cruveilhier, il les reconnaît; seulement, au lieu de les rapporter à l'usage de la sonde et du pessaire, il dit qu'ils n'étaient autres que ceux que la maladie utérine avait occasionnés depuis longtemps. Il s'appuie surtout sur ce que la malade, depuis la cessation du traitement, aurait pu rester encore à Paris quatorze ou quinze jours, sortant tous les jours, parcourant les magasins et même les Champs-Élysées. Enfin, s'emparant de la phrase de l'observation de M. Cruveilhier, où il est dit que la poitrine fut explorée, et qu'on ne trouva que quelques bulles de râle muqueux dans le sommet du poumon droit, mais d'ailleurs aucun signe de tubercule, il en conclut qu'il ne serait pas impossible que cette femme portât depuis longtemps des tubercules et qu'elle eût tout naturellement succombé à une péritonite de même nature.

En présence de deux interprétations si différentes, que restait-il à faire à votre commission? Chercher à savoir qui s'était trompé, car il est évident qu'avec deux hommes aussi honorables, il ne peut être question que d'une erreur. Il résulte pour nous, de nombreux documents que nous avons entre les mains, que c'est M. Valleix qui a été mal renseigné sur la plupart des points véritablement importants. Mais l'Académie comprendra que je me contente de cette simple affirmation; il ne serait digne ni d'elle, ni de nos deux savants confrères, que j'entrasse dans des détails qui pourraient être mal interprétés et perdre le caractère uniquement scientifique que j'ai voulu donner à ce travail.

Je considère donc le fait de M. Cruveilhier comme un nouvel exemple d'accidents mortels provoqués par le traitement mécanique, avec cette particularité, qu'au lieu de prendre, dès le début, une forme aiguë et rapidement fatale, ils ont suivi une marche lente et chronique qui n'a pas eu pour cela une issue moins funeste.

Mais malheureusement les observations de MM. Cruveilhier et Broca ne sont pas les seules que nous possédions, et je vais maintenant en rapporter quelques autres qui, jointes à celles consignées déjà dans ce rapport, doivent ouvrir les yeux des plus incrédules.

Je vais commencer par deux, qui sont prises dans la pratique de M. Valleix lui-même. Comme le dénoûment fatal ne s'est pas accompli sous ses yeux, on comprendra qu'elles aient pu ne pas arriver jusqu'à lui, et il est bien entendu pour la dernière fois que personne n'est plus convaincu que moi de sa bonne foi.

Observation de métro-péritonite mortelle chez une femme traitée par M. Valleix, au moyen du redresseur intra-utérin. — Voici les détails qui m'ont été communiqués par le docteur Dicharry, qui avait fait connaître ce fait à la Société médicale du 3e arrondissement, en avril 1852:

« La femme D. P..., demeurant quai Jemmapes, 136, âgée de 35 ans, que je connaissais depuis plusieurs années et que je voyais toutes les semaines, était tourmentée par une foule de ces petits accidents qui tiennent à l'hystérie; elle n'avait cependant pas d'attaques proprement dites. Depuis longtemps j'avais constaté une déviation utérine (une rétroversion) qui me paraissait la source de tous ces phénomènes nerveux.

» Mécontente de ce que je ne lui prescrivais pas un traitement pour cette maladie, elle s'adressa à un de nos confrères, qui pratiqua plusieurs cautéri-

sations sur le col de la matrice, et qui prescrivit de nombreux médicaments. Au bout du compte, il la laissa beaucoup plus malade qu'avant. Cette pauvre femme se figurait qu'une grossesse la sauverait, et pour avoir un enfant, elle se serait soumise à toutes sortes de supplices. Elle entendit dire que M. Valleix redressait les matrices et mettait les femmes à même de concevoir. Dans cet espoir, elle entra à la Pitié : le 19 ou 20 mars, on lui appliqua le redresseur, et malgré les douleurs horribles qu'elle éprouvait, elle le garda trente-six heures ; mais le 21, n'y pouvant plus tenir, elle voulut sortir d'autorité, disant qu'elle mourrait à l'hôpital si elle y restait plus longtemps.

» Elle se fit donc transporter chez elle et me fit demander. Je la trouvai agonisante, mais ayant pourtant assez de forces pour me raconter les manœuvres qu'on avait pratiquées sur elle. Elle offrait tous les symptômes d'une métro-péritonite des mieux caractérisées. Je ne me rappelle pas au juste quelle fut ma prescription, je sais seulement qu'elle me dit que tout était inutile, qu'elle ne passerait pas la journée.

» Le 21, de bonne heure, je me rendis chez elle, mais elle avait succombé. »

Observation de péritonite mortelle, recueillie chez une femme traitée par le redresseur interne, dans le service de M. Valleix. — « La nommée J. T...., âgée de 23 ans, couturière, entre à la Pitié le 6 février 1852, dans le service de M. Valleix. On la trouve atteinte de rétroversion, et on la traite par le redressement intra-utérin, qui est introduit à différentes reprises.

» Au commencement de mars, des douleurs vives surviennent dans le ventre ; on s'empresse de retirer l'instrument, mais bientôt tous les symptômes d'une péritonite intense éclatent et marchent rapidement, malgré un traitement énergique.

» La malade, ne voulant pas mourir à l'hôpital, se fit transporter par ses parents, le 8 de ce mois, dans un hôtel de la rue Copeau, n° 8, où elle succomba le lendemain matin. »

Je tiens de M. Maisonneuve, qui m'a autorisé à le dire, que dans les essais qu'il a faits avec le pessaire intra-utérin, dont il croit d'ailleurs avoir obtenu quelques bons résultats, il lui est arrivé une fois de voir des accidents de métro-péritonite se déclarer et se terminer par la mort.

Fait de M. Nélaton, extrait du rapport de M. Debout à la Société de chirurgie (GAZ. DES HÔP., 16 mars 1854). — « Dame de 28 ans environ, affectée de rétroversion de l'utérus. De nombreux moyens avaient été inutilement employés. M. Nélaton se décida à recourir au redresseur utérin. L'introduction de l'instrument fut des plus faciles ; sa tige, ainsi que M. Valleix le conseille, était plus courte de 2 centimètre que la longueur de la cavité utérine : cette application eut lieu à trois heures et demie. M. Nélaton revit la malade dans la soirée : elle avait gardé le repos au lit et se trouvait bien.

» Le lendemain, à onze heures, il trouva la malade levée ; elle était dans le ravissement, disant qu'elle ne s'était jamais sentie aussi bien soutenue et autant à son aise : elle avait marché toute la matinée dans son appartement.

» Le savant professeur avait à peine quitté cette dame depuis une heure, qu'il était rappelé en toute hâte : des accidents formidables venaient de se produire. A son arrivée, il constate tous les symptômes d'une péritonite aiguë, semblable à celle qui survient à la suite des perforations intestinales.

» Malgré un traitement énergique, la malade succomba six semaines après aux suites d'une péritonite chronique. L'autopsie ne fut pas pratiquée. »

Observation de M. Aran, extraite du rapport de M. Debout à la Société de chirurgie (GAZ. DES HÔP., 16 mars 1854). — « La femme Mondet, domestique, âgée de 27 ans, entre, le 6 décembre 1852, salle du Rosaire, n° 23. Elle était affectée d'un déplacement en arrière du corps de l'utérus, survenu très-probablement à la suite d'une chute sur le siége. Depuis cette époque, elle éprouva des tiraillements et des élancements dans le bas-ventre, qui allaient toujours en augmentant. Traitée sans succès par divers moyens, on croit reconnaître une antéflexion avec direction toute particulière du col de l'utérus en avant, par suite d'une disposition congénitale.

» La sonde fut introduite plusieurs fois sans accident : elle pénétrait librement et semblait suivre sa direction normale.

» Le 8 décembre, le redresseur utérin est appliqué pour la première fois. Une seconde application a lieu le 10, la malade n'ayant pu le garder que vingt-quatre heures : cette fois sa présence est tolérée huit jours ; mais il était déplacé au moment où on le retira. Nouvelle et dernière application le 29 : une douleur assez vive se manifeste ; néanmoins, comme le ventre est peu douloureux à la pression, la malade garde l'instrument jusqu'au 3 janvier. Ce jour-là, vers trois heures de l'après-midi, des symptômes très-tranchés de métro-péritonite forcent l'interne à retirer le redresseur.

» Malgré un traitement très-énergique, les symptômes augmentent, et la femme succombe le 6 janvier, dans la soirée.

» L'autopsie montre, contre toute attente, les pièces étant en place, le corps de l'utérus en rétroflexion, tandis que le col est dirigé en haut et en avant. On constate les caractères anatomiques de la péritonite ; du pus remplit la cavité de l'utérus et pénètre dans les trompes, qui en sont pleines ; pas d'inflammation du tissu utérin, et surtout pas de suppuration. La tige intra-utérine dépassait de 3 à 4 centimètres l'orifice utérin proprement dit, et, au niveau de son extrémité, on la voyait s'engager dans une ulcération oblique qui s'accompagnait du décollement de la membrane interne, mais sans suppuration. »

A mon avis, de pareils faits n'ont pas besoin de commentaires.

Messieurs, je touche enfin au terme du long travail dont vous avez bien voulu entendre la lecture, et il ne me reste plus qu'à vous soumettre les conclusions qui en découlent naturellement, et qui sont d'ailleurs l'expression de l'opinion de la commission tout entière :

1° On a considérablement exagéré l'influence des déviations utérines sur la santé des femmes ;

2° Dans beaucoup de cas, les accidents qu'on fait remonter jusqu'à elles sont produits par un autre état pathologique de l'utérus ;

3° Dans l'état normal, l'utérus, quoique doué d'une mobilité très-grande, est obliquement dirigé de haut en bas et d'avant en arrière ;

4° Chez un très-grand nombre de femmes, il peut être incliné, fléchi, abaissé, repoussé vers l'une ou l'autre paroi du bassin, sans que la santé en soit troublée en aucune façon, la déviation ne constituant alors qu'une simple difformité sans importance ;

5° Lorsqu'il existe simultanément une déviation et une phlegmasie chronique, ou un état névralgique de l'utérus, il suffit, dans l'immense majorité des cas, de traiter et de guérir ces dernières affections pour voir la première disparaître, ou, si elle persiste, pour constater qu'elle n'exerce sur la santé aucune influence fâcheuse ;

6° Il existe cependant quelques déviations, mais elles sont très-peu fréquentes, qui paraissent entraîner avec elles des incommodités assez nombreuses et des accidents assez sérieux pour qu'il faille leur opposer un traitement direct ;

7° La science n'est pas désarmée devant ces cas exceptionnels, et elle peut agir souvent avec efficacité et à peu près constamment sans danger, soit par l'abdomen, soit par le vagin, soit par le rectum ;

8° Les faits qui ont été produits pour démontrer l'efficacité du traitement par les redresseurs intra-utérins ont été mal interprétés ;

9° En affirmant que l'utérus, momentanément redressé, avait, dans l'immense majorité des cas, conservé définitivement la position nouvelle qu'on lui avait donnée, on s'est trompé, ainsi que peuvent l'observer chaque jour les médecins qui sont appelés à examiner des femmes qui ont été soumises à ce traitement, et chez lesquelles ils constatent la persistance de la déviation ;

10° En attribuant les guérisons ou les améliorations observées aux pessaires intra-utérins, on a oublié que concurremment on avait employé un grand nombre d'autres moyens dont l'action bien connue explique les résultats obtenus ;

11° Les observations communiquées à l'Académie, par MM. Broca et Cruveilhier, ne sont que des exemples trop évidents de l'influence funeste que la nouvelle méthode peut exercer ;

12° Ces faits d'ailleurs sont loin d'être les seuls ; en France comme en Angleterre, les cas de mort qu'on doit rapporter à l'emploi des pessaires intra-utérins sont déjà beaucoup trop nombreux pour ne pas éclairer les plus confiants ;

13° Indépendamment des femmes qui ont payé de leur vie ces tentatives, on est effrayé quand on songe aux accidents sans nombre qui ont été éprouvés par celles qui ont échappé au danger (douleurs plus ou moins vives, quelquefois atroces ; hémorrhagies légères ou graves, anémie, troubles nerveux variés, frissons, fièvre, syncopes, péritonites, abcès pelviens, métro-péritonites, etc.), sans compter que chez plusieurs il a fallu renoncer au traitement ;

14° Tout en reconnaissant à l'hystéromètre de grands avantages pour le diagnostic de certaines affections, il ne faut pas oublier qu'il est inutile dans un grand nombre de circonstances, et comme son usage peut avoir des conséquences fâcheuses, il faut le réserver pour les cas exceptionnels qui le réclament ;

15° Quant aux divers pessaires ou redresseurs intra-utérins, nous pensons qu'il faut les proscrire, parce qu'ils sont inutiles, impuissants à produire les effets qu'on en attend, et qu'ils font courir aux malades les dangers les plus sérieux.

SÉANCE DU 30 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Caloy, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Toulon, sur une épidémie de variole qui a régné dans la commune de Collobrières, depuis le 4 novembre 1853 jusqu'au 18 mars 1854 (Com. des épid.) ;

2° Un rapport de M. le docteur Delamontagne, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Neufchâteau, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune d'Aroffe (Vosges) ;

3° Un rapport de M. le docteur Guizard, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Lons-le-Saulnier, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Largillay-Monsonnay pendant les mois de février et mars derniers (Comm. des épid.).

Le même ministre transmet un échantillon d'une recette contre le choléra. (Comm. des remèdes secrets.)

— M. DELFRAYSSÉ (de Cahors) adresse une note contenant la description d'un appareil pour les fractures de la cuisse. (Comm. : M. Malgaigne.)

— M. CUNY (du Caire) adresse une notice sur la vaccination dans les provinces de la moyenne et de la basse Égypte. (Comm. : M. Mélier.)

— M. ROGUES, médecin aide-major au 47° de ligne à Lyon, adresse à l'Académie un instrument qu'il a imaginé dans le but d'éviter l'extraction si douloureuse des dents par la luxation et pour les conserver aux personnes atteintes d'odontalgies. Cet instrument, auquel il donne le nom d'élévatoire

odontalgique, est destiné à opérer la luxation des dents malades sans prendre point d'appui sur les alvéoles, mais sur les dents voisines ou sur un fragment de liége en cas d'absence de l'une d'elles. (Comm. : MM. Malgaigne et Oudet.)

SERINGUE A INJECTION URÉTRALES POUR LE TRAITEMENT ABORTIF DE LA BLENNORRHAGIE.

M. le docteur Edmond Langlebert soumet à l'Académie un nouveau modèle de seringue à injections urétrales qu'il a imaginé dans le but de perfectionner le traitement abortif et curatif de la blennorrhagie par la solution caustique d'azotate d'argent.

La canule de cette seringue, en corne ou en ivoire, a 5 centim. de longeur et se termine par une olive pleine, de la grosseur d'une sonde ordinaire. An bas de l'olive sont percés de très-petits trous latéraux obliquement dirigés vers la base de la canule. La seringue étant chargée de la solution caustique, on introduit la canule dans l'urètre à une profondeur de 4 centim. environ, puis on pousse très-lentement l'injection. Le liquide ne peut dépasser l'olive qui bouche exactement le canal en arrière. Il revient en avant et retombe goutte à goutte par le méat, en glissant entre la canule et la muqueuse qu'il cautérise légèrement; de sorte que l'injection se fait d'arrière en avant dans une étendue rigoureusement déterminée.

Cette cautérisation superficielle, ainsi bornée à la fosse naviculaire seulement, produit, comme on le sait, dans le traitement de la blennorrhagie, des effets thérapeutiques plus certains, et n'expose à aucun des accidents que peut entraîner la cautérisation du canal dans toute sa longueur. Combinée avec d'autres injections légèrement astringentes, elle constitue une méthode de traitement plus prompte et plus efficace que les méthodes ordinaires basées sur les antiblennorrhagiques, copahu et cubèbe. L'auteur termine en exposant les règles à suivre dans l'application de cette méthode. (Com.: M. Gibert.)

SONDE ÉVACUATOIRE SIMPLIFIÉE.

M. A. Mercier adresse une lettre dans laquelle il expose le fait suivant :

M. Cazenave (de Bordeaux) avait un malade chez lequel des fragments de calculs logés dans la région prostatique n'avaient pu être extraits ni par deux habiles confrères ni par lui : tous les moyens avaient été employés, et déjà se manifestaient *des accidents assez sérieux*, lorsqu'il eut connaissance de la communication que j'ai faite à l'Académie dans la séance du 8 de ce mois. Il me pria en conséquence de lui envoyer ma sonde évacuatoire simplifiée, et quelques jours après il m'écrivait : « J'ai réussi et repoussé le fragment » dans la vessie où je l'ai broyé avec la plus grande facilité. Merci donc de » votre obligeance et grâces vous soient rendues de mon succès. »

OPIUM DE L'ALGÉRIE.

M. Bouchardat, au nom d'une commission composée de MM. Grisolle, Chevallier, Boucbardat, rapporteur, lit un rapport sur plusieurs communications relatives à l'opium d'Algérie.

M. le ministre de la guerre a adressé à l'Académie plusieurs échantillons d'opium provenant de récoltes de diverses époques et demande l'avis de l'Académie, ajoutant qu'il accueillera avec plaisir et qu'il examinera avec un soin particulier les propositions qui lui seraient formulées dans le but d'assurer le développement et le perfectionnement de cette intéressante production algérienne.

Ces produits sont comparables, dit M. le rapporteur, pour l'ensemble de leurs caractères physiques aux meilleures variétés de Smyrne, odeur vive et spéciale, couleur hépatique bien franche, saveur amère prononcée; ils sont peu hygroscopiques, ils brûlent nettement à la flamme d'une bougie ; en un mot, à ne considérer que l'ensemble de leurs caractères physiques et organoleptiques, ils seraient acceptés comme des opiums de meilleure qualité, et cependant l'analyse de certains d'entre eux ne confirme pas complétement ces espérances.

Pour trois de ces échantillons (ils sont au nombre de cinq), l'analyse chimique est en accord parfait avec l'ensemble des caractères admis par les bons observateurs (ils contiennent 9,66 c. p. 100, 11 1/2, 11,33 p. 100); mais les deux autres ne contiennent, l'un que 7, l'autre 8,33 p. 100 de morphine. En présence d'une proportion de morphine que les caractères acceptés par les bons connaisseurs indiquaient comme devant être supérieure, le rapporteur s'est demandé si l'on ne pouvait pas admettre que les incisions avaient été pratiquées dans des conditions assez défavorables pour qu'une partie de la morphine eût éprouvé une modification moléculaire telle qu'elle ait perdu sa propriété de cristalliser et n'en soit cependant pas moins restée active. Quelques essais physiologiques et thérapeutiques semblaient donner de la valeur à cette assertion. Quoi qu'il en soit M. le rapporteur a cru plus prudent de s'en tenir au titrage.

M. le rapporteur fait remarquer que si l'on compare la détermination de la richesse en morphine des opiums de provenances de localités très-différentes pour le climat, on arrive à une conclusion qu'on pouvait déjà pressentir, d'après l'analyse de M. Caventon de l'opium récolté par le général Lamarque dans les Landes et d'après les recherches si patientes de M. Aubergier, conclusion qui est corroborée par l'analyse de l'opium récolté en Algérie, c'est que le climat n'exerce qu'une influence ou nulle ou douteuse sur la qualité des opiums et sur leur teneur en morphine. Les conditions dans lesquelles le pavot somnifère peut être avantageusement cultivé pour en obtenir l'opium doivent alors être différemment appréciées. Ces conditions se rapportent au choix, aux aptitudes des variétés de pavot, à la nature du terrain la plus favorable à leur culture, à la succession favorable et régulière des saisons pour être à l'abri des intempéries qui peuvent détruire ou menacer la récolte, et enfin à la main-d'œuvre.

M. le rapporteur, après avoir examiné successivement chacun de ces points pour lesquels les recherches de M. Aubergier lui paraissent devoir servir de modèle pour tout ce qu'on peut faire à cet égard en Algérie, termine son rapport par les conclusions suivantes :

1° Les échantillons d'opium transmis par M. le ministre de la guerre à l'Académie et fournis par le sieur Germain, colon du village de Montpensier, par le sieur Malvel, cultivateur à Fouke, et celui récolté en 1851 à la pépinière centrale, sont d'excellente qualité.

2° Il est à désirer que la culture du pavot somnifère pour extraire l'opium s'étende en Algérie, non-seulement sous le point de vue d'affranchir notre pays d'un tribut payé à l'étranger, mais encore sous celui plus important d'obtenir un produit se rapprochant de l'identité.

M. Boullay regrette que la commission n'ait pas cru devoir procéder à une analyse comparative de l'opium d'Algérie avec les opiums d'Orient. C'eût été le seul moyen d'avoir un terme de comparaison exact. On sait que l'opium renferme plusieurs substances actives et qui méritent toutes d'être prises en considération dans l'appréciation des qualités des diverses espèces d'opiums, comme l'a très-justement fait remarquer dans le temps M. Orfila. Comment conclure d'une comparaison dans laquelle il n'a été tenu compte que de l'un de ses principes seulement ?

M. Bouchardat convient qu'il eût mieux valu sans doute agir comme vient de le dire M. Boullay; mais plusieurs raisons s'y sont opposées : la première, c'est que la commission ne possédait pas une quantité suffisante d'opium pour se livrer à une semblable analyse. La commission a suivi, d'ailleurs, les procédés en usage, le procédé légal, en se bornant à doser la proportion de morphine; et enfin elle s'était assurée en administrant l'opium algérien à des malades qu'il avait absolument la même action que l'opium d'Orient, ce qui lui a paru impliquer l'idée d'une grande analogie, sinon d'une identité complète de composition.

M. Boullay : La morphine ne représente pas l'opium, elle n'en est qu'un des éléments. La commission n'a donc pas accompli sa tâche en ne s'occupant exclusivement que de déterminer la proportion de morphine.

M. H. Gaultier de Claubry n'est pas touché des raisons invoquées par M. le rapporteur. Il conçoit qu'on n'ait pas cru devoir doser rigoureusement les divers principes qui entrent dans la constitution de l'opium, mais au moins aurait on dû s'assurer de leur existence, surtout quand il s'agit de faire une réponse au ministre d'une manière aussi catégorique que l'a fait le rapporteur.

M. Guibourt ne voit pas la nécessité de déterminer d'une manière précise la proportion de tous les éléments de l'opium; qu'il y ait un peu plus ou un peu moins de codéine, cela ne lui paraît pas avoir une très-grande importance. Le principe actif essentiel, c'est la morphine; or tout opium qui renferme 10 pour 100 de morphine, doit par cela seul être accepté comme bon.

MM. Robinet et Chevallier parlent dans le même sens, et défendent les conclusions du rapport.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

L'ordre du jour appelle la discussion sur le rapport de M. Depaul.

La parole est à M. Piorry.

TRAITEMENT DES DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS PAR LE REDRESSEUR UTÉRIN.

M. Piorry lit une note dans laquelle il examine la question générale des déplacements des organes, et en particulier celle des déplacements de l'utérus et des traitements qu'ils exigent. Il résume son argumentation dans les propositions suivantes :

1° Les déplacements, les variations de position des organes en général, et de l'utérus en particulier, tiennent à des circonstances variées, dont les unes sont en rapport avec des lésions propres à ces mêmes organes, dont les autres sont dues à des modifications survenues dans les liens qui les maintiennent dans la place qu'ils occupent, et dont les autres enfin consistent en des états pathologiques développés dans les parties voisines.

2° Avant de déterminer la déviation d'un organe en général, et de l'utérus en particulier, il faut d'abord préciser la circonstance organique qui lui donne lieu.

3° Les calculs statistiques établis sur les déviations de l'utérus et sur l'utilité des traitements par lesquels on les combat, ne pourraient avoir de valeur qu'autant que l'on aurait bien déterminé, pour chaque cas en particulier, quelles sont les circonstances organiques qui causent le mal.

4° Le plus ordinairement le traitement qui convient contre les déviations de l'utérus sur une malade doit être fondé sur les circonstances dans lesquelles cette malade se trouve, et non pas sur des considérations générales relatives à la curation de ces déviations.

5° Les pessaires, les pelotes, etc., qui supportent la matrice abaissée ou déviée, sont exclusivement des moyens palliatifs, et les pessaires, en relâchant le vagin, en augmentent même la laxité, et par conséquent favorisent la tendance à l'abaissement de la matrice.

6° L'emploi du redresseur utérin est aussi presque toujours palliatif, et peut convenir seulement dans des cas très-rares; c'est après un laps de temps considérable qu'il semble avoir quelquefois produit d'assez bons effets curatifs.

7° Les inconvénients du redresseur de l'utérus sont infiniment plus importants et plus nombreux que les avantages attachés à son emploi, et ils rendent son usage périlleux.

8° Il suffit souvent de certaines précautions hygiéniques pour rendre plus

que supportables les douleurs et les autres accidents dont les déviations utérines sont accompagnées.

9° Comme instrument d'exploration, le cathétérisme de la cavité du col utérin peut être utile; mais il est toujours dangereux de laisser séjourner dans la matrice un corps étranger, quel qu'il soit, et par conséquent le redresseur utérin ne doit pas être employé dans le plus grand nombre des cas.

Personne ne réclamant la parole, M. le président se dispose à mettre aux voix les conclusions du rapport, lorsque M. Velpeau demande la parole.

M. Velpeau a beaucoup à dire sur cette question; mais dans la conviction où il était que d'autres membres se seraient fait inscrire pour prendre la parole avant lui, il ne s'est point muni des notes et documents nécessaires; il réclame en conséquence l'ajournement de la discussion à la séance prochaine. (De toutes parts : Oui! oui!)

La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

— M. Beyran est appelé à la tribune pour une lecture.

CLIMATOLOGIE, PATHOLOGIE ET HYGIÈNE DE L'ACCLIMATEMENT EN TURQUIE.

M. Beyran, médecin français établi à Constantinople, ex-médecin-major de l'hôpital impérial de la marine, etc., lit un mémoire ayant pour titre : La Turquie médicale; climatologie et pathologie, ressources et approvisionnements, prophylaxie et hygiène de l'acclimatement, au point de vue des armées expéditionnaires et des voyageurs.

Le climat de Constantinople et de ses environs, dit l'auteur, est généralement considéré en Europe comme étant pour le moins aussi chaud que celui des parties les plus méridionales de la France et de l'Italie; mais, à proprement parler, on ne peut le classer ni dans la catégorie des pays chauds ni dans celle des pays froids; car il participe de toutes les deux à la fois. En été, il y a des jours presque aussi chauds qu'à Naples, et pendant l'hiver, qui dure jusqu'à la fin d'avril, la saison est aussi rigoureuse et quelquefois même plus qu'à Paris. Il neige au moins autant qu'ici, et la quantité d'eau tombée annuellement est également considérable à Constantinople. Mais rarement la pluie dure plusieurs heures de suite; aussi y pleut-il presque toujours par averse. Le froid varie en hiver entre 7 et 10, et même quelquefois 15 degrés centigrades au-dessous de zéro.

De cet abaissement considérable de la température, on passe assez fréquemment à une élévation assez sensible pour simuler une journée d'été. En hiver, comme en été, les transitions atmosphériques sont si brusques et si fréquentes que le vent passe en un instant du nord au sud, et *vice versâ*, en déterminant des oscillations thermométriques de 5 à 15 degrés. Ces brusques variations de température jouent un rôle très-important dans le développement du plus grand nombre des maladies observées à Constantinople, et ajoutent aux difficultés de l'acclimatement.

Toute la météorologie repose presque entièrement sur la prédominance des vents qui arrivent des deux mers. Les principaux sont le *poriaze*, ou vent du nord, qui est froid, vif et sec, et le *lodos*, ou vent du sud, qui, chaud et lourd, est considéré comme pernicieux et correspondant au début ou à la recrudescence, en temps d'épidémie. La peste, quand elle existait en Turquie, était, au dire de quelques médecins, plus grave et plus intense dans les quartiers principalement exposés au vent du sud et aux brouillards qui l'accompagnent. Il est probable que ce vent, en passant sur les déserts vastes et brûlants de la Libye, de l'Égypte et de la Syrie, emporte avec lui des miasmes de ces régions. Par contre, le vent du nord agirait d'une manière favorable à la santé générale.

A part ces variations atmosphériques, le climat de Constantinople peut être considéré comme un des plus favorisés de l'empire ottoman. La plus belle partie de l'année est depuis la dernière moitié du mois de mai jusqu'à la fin de juillet. Dès le 15 mai, la température commence à devenir douce; les pluies accélèrent la végétation; les rives comme les versants des collines reverdissent.

Le printemps se montre dans toute sa splendeur vers le commencement du mois de mai, ou quelquefois à la fin. A partir de cette époque, la température augmente; la chaleur serait trop forte si le vent du nord ne venait la tempérer et la rafraîchir, en chassant devant lui le vent du sud. C'est dans ce moment de lutte entre ces deux courants aériens qu'on observe une série de mélanges de température difficile à caractériser.

A l'abri du nord, la chaleur est accablante; à l'abri du sud, le froid est si vif qu'on cherche la présence du soleil. C'est à ces alternatives qu'est due la fréquence des suites graves des refroidissements, des coups de soleil, affection très-grave dans ce pays. Mais plus on s'approche de la canicule, plus les chaleurs deviennent intenses, et le vent du nord une fois remplacé par le vent du sud, aucune brise ne rafraîchit l'atmosphère. Alors l'organisme souffre, la marche est pénible, la transpiration abondante; on a peine à respirer. On ne parle alors que de morts subites, d'apoplexies pulmonaires et surtout cérébrales, d'hypersécrétions intestinales, qui enlèvent les malades en peu de jours. Il arrive encore que, dans cet état d'angoisse, le vent frais et vif du nord surprenne soudain l'organisme : de là le développement d'autres affections, dues à ces brusques changements atmosphériques et thermométriques; c'est l'époque du maximum nécrologique de l'année.

A ces influences pernicieuses, on doit ajouter l'abus, dans cette saison, des fruits acerbes, des légumes crus et des alcooliques, dont on absorbe une grande quantité avant de manger, sous prétexte de se donner de l'appétit; l'excès des boissons à la glace; l'usage des aliments indigestes, du bomard, des huîtres et surtout des moules, qui acquièrent, à cette époque de l'année, des propriétés nuisibles, et amènent des accidents du côté de la peau et des complications dans les affections préexistantes. C'est ainsi que j'ai pu observer un grand nombre d'affections cutanées multiples, et même des anthrax graves.

Quant aux maladies prédominantes, elles ont le plus souvent leur siége principal dans les organes abdominaux, ce qui est sans doute dû aux conditions climatériques, aux mœurs et aux habitudes.

Les hémorrhoïdes, tumeurs ou flux, sont, en été comme en hiver, si fréquentes qu'elles sont devenues en quelque sorte une fonction physiologique, à tel point que leur suppression amène des accidents congestionnels graves vers les parties supérieures du tronc.

Parmi les affections abdominales aiguës, la dyssenterie est la plus commune; elle est remarquable par la fréquence et la nature sanguinolente des évacuations alvines. Cette phlegmasie, qui règne tous les ans, sévit surtout vers le commencement de l'automne, où les pluies succèdent aux chaleurs. A cette époque, elle prend une forme épidémique, et devient alors d'une extrême gravité dans les quartiers pauvres et populeux, dans les prisons de l'arsenal, et chez les jeunes soldats de la marine nouvellement débarqués, chez ceux surtout qui sont contraints à un travail physique. L'acuité des douleurs abdominales atteint alors son maximum d'intensité; les évacuations sont continuelles, mêlées de sang, de flocons membraneux et extrêmement fétides.

Ce qui mérite surtout d'être signalé à l'attention des médecins attachés à l'armée expéditionnaire, c'est une affection des plus graves résultant des coups de soleil et des coups d'air, connue chez les Orientaux sous les noms de *guneche venronchen* et *hava venronchen*. Cette affection, caractérisée par des phénomènes cérébraux, tels que congestion, délire et coma, se développe lorsqu'en même temps que le vent du nord souffle violemment, le soleil est d'une ardeur extrême, et que la transpiration cutanée vient à se supprimer brusquement. La mort peut frapper l'individu en quelques heures et même sur le coup.

D'autres fois l'affection est moins grave et cède alors aux antiphlogistiques, principalement composés des émissions sanguines, et aux moyens propres à favoriser le retour de la transpiration cutanée. Le remède populaire consiste à faire avaler au malade un mélange composé d'ail écrasé dans le *youheurte* ou lait caillé aigri, en même temps qu'on le frictionne le long de la colonne vertébrale avec de l'alcool chargé d'une forte dose de poivre. Cette pratique, quoique peu rationnelle, amène des sueurs abondantes, dont le malade se trouve bien quelquefois.

C'est encore à ces circonstances atmosphériques qu'est due la fréquence des érysipèles de la face et du cuir chevelu.

Les fièvres intermittentes, très-communes en Turquie, règnent d'une manière endémique dans certains quartiers de Constantinople. Les vallées et les ravins reçoivent en été des détritus de matières organiques qui s'accumulant à leur embouchure où le soleil les dessèche et les vapeurs de la mer les délayent, dégagent des miasmes délétères qui se répandent en divers sens selon la direction du vent. De là ces fièvres qui prennent quelquefois une forme pernicieuse des plus graves.

L'infection paludéenne joue également un rôle important dans un grand nombre de maladies qu'elle complique, et c'est là un élément pathologique dont on ne saurait trop tenir compte sous le rapport du traitement.

Je n'ai pas remarqué, du moins dans les pays dont il s'agit, l'antagonisme que quelques médecins ont voulu établir entre les fièvres intermittentes et la fièvre typhoïde, qui est aussi commune qu'à Paris.

Cet antagonisme ne paraît pas exister non plus entre les miasmes marécageux et la phthisie pulmonaire, qui est aussi fréquente qu'à Paris. Cette affection atteint principalement les nègres, plus les femmes que les hommes, et les jeunes soldats non acclimatés, ceux surtout qui sont originaires de contrées montagneuses; aussi voit-on une grande mortalité chez les Albanais.

La grippe règne tous les ans d'une manière épidémique. Les bronchites aiguës ou chroniques sont encore au nombre des maladies prédominantes, et prennent presque toujours la forme catarrhale.

Les laryngites pseudomembraneuses et les convulsions enlèvent un grand nombre d'enfants.

La pleurésie est également commune; il en est de même de la pneumonie, qui est rarement franche. Cette dernière affection complique les fièvres éruptives, et surtout la rougeole.

Au nombre des maladies régnantes, il faut signaler encore les fièvres exanthémateuses; la variole, malgré la propagation de la vaccine en Orient; la rougeole, et même la scarlatine, qui prennent dans certaines localités une forme épidémique, grave et contagieuse. L'anasarque et l'albuminurie s'observent assez fréquemment après la rougeole et la scarlatine. Le développement de ces complications est attribué aux refroidissements, auxquels est encore due la fréquence des rhumatismes et des névropathies. On observe également un grand nombre de cas de congestions et d'affections du cerveau.

Le choléra, les maladies du cœur, la scrofule, sont aussi fréquents qu'à Paris.

Les écoulements aigus ou chroniques de l'urètre, les rétrécissements de ce canal, l'hypertrophie de la prostate, la cystite, l'impuissance et les pertes séminales sont plus communs en Turquie qu'ici. Les affections aiguës ou chroniques de l'utérus, déjà si peu rares, sont encore amenées par des avortements provoqués, qu'on pratique ouvertement.

Les conditions hygiéniques doivent être considérées au moment du départ et après l'arrivée. Comme l'aptitude à l'acclimatement varie selon les individus, leur pays chaud ou froid, le lieu d'où ils arrivent, leur âge, leur sexe, leur constitution, leur tempérament, leur idiosyncrasie, leurs mœurs et ha-

bitudes, et enfin leur état physique et moral, je dois nécessairement envisager leur hygiène en Turquie sous ces divers rapports.

Pour les Européens qui vont en Orient, l'âge auquel ils paraissent le mieux supporter les influences climatériques et s'habituer le plus facilement aux nouvelles conditions de déplacement, est entre 15 et 45 ans. Toutefois les femmes semblent s'acclimater à tout âge et avec moins de préjudice que les hommes, ce qui tient sans doute à ce qu'elles y sont moins exposées aux vicissitudes atmosphériques.

Les tempéraments mixtes, lymphatico-sanguins, une bonne constitution conviennent au climat du Levant.

La prédominance de l'état nerveux ou de la pléthore est une condition fâcheuse, vu la fréquence des névropathies, des congestions et des apoplexies du cerveau dans ce pays.

Il en est de même quand les fonctions de l'appareil digestif s'accomplissent mal, les affections du système abdominal étant très-nombreuses en Turquie.

Les habitudes d'intempérance chez les individus du nord de l'Europe, devenues en quelque sorte nécessaires par la rigueur de leur climat, ne sauraient convenir en Orient où l'abus des alcooliques a de si fâcheuses conséquences. La nostalgie, la mélancolie et autres affections morales ont une influence d'autant plus fâcheuse, que la Turquie y prédispose puissamment.

A l'arrivée en Turquie, il faut avant tout se préoccuper du choix d'un lieu propre à l'habitation. On doit choisir un endroit un peu élevé, comme le versant d'une colline exposée au nord-est, par exemple, sans pousser toutefois cette élévation à l'excès; car l'habitation du sommet proprement dit d'une colline ou d'une montagne élevée exposerait trop les individus aux brusques et fréquentes transitions de la température. Mais avant tout, il faut éviter le voisinage des lacs à sangsues et des lieux marécageux et non favorisés par le souffle du nord.

Il n'est pas indifférent non plus de s'occuper des vêtements. Le costume actuel, en Turquie, soit civil, soit militaire, est absolument celui des Européens, à l'exception du *fès* ou calotte en laine rouge que tout le monde porte et qui, soit dit en passant, est non-seulement peu hygiénique, mais présente encore plus d'un inconvénient sur la tête des soldats indigènes.

L'usage de la flanelle sur la peau est une excellente mesure hygiénique en temps de dyssenterie. La simple ceinture de flanelle suffit pour le soldat dont le corps est si souvent exposé aux refroidissements.

Comme linge, le calicot doit être préféré à la toile.

Des vêtements amples et de couleur claire conviennent mieux aussi à ce climat.

Tout ce qui interrompt ou répercute la transpiration cutanée favorise dans ces pays le développement de diverses affections graves, et surtout des congestions pulmonaires ou cérébrales des méningo-encéphalites, des dyssenteries et des pyrexies.

L'usage des cravates tant soit peu serrées est aussi nuisible; il engendre autour du cou des sueurs abondantes, qui, pouvant être brusquement supprimées, donnent aussi lieu à des accidents congestionnels.

Il est dangereux de rester la tête nue sous le soleil, surtout quand on vient de prendre une forte quantité de liquide.

La nuit, où souvent les brouillards du jour dispersés dans l'atmosphère se condensent et imprègnent les vêtements d'humidité, il est prudent de se couvrir assez chaudement.

Après le coucher du soleil, demeurer à l'air libre sans vêtements ou en chemise serait s'exposer aux affections rhumatismales, aux ophthalmies et aux phlegmasies pectorales et surtout intestinales.

L'entretien de la propreté de la peau est de la plus haute importance pour l'acclimatement en Orient, vu le rôle important que ce tégument y joue; car on a remarqué que les individus qui négligeaient ces soins étaient justement ceux qui se trouvaient le plus disposés aux affections du système abdominal et surtout à la dyssenterie.

L'usage des bains est naturellement un excellent moyen d'atteindre ce but; mais pris sans précautions hygiéniques, ces bains peuvent devenir la source même des affections dont on voudrait se préserver. Il importe aussi de distinguer les bains turcs (qui ne sont que d'immenses étuves), des bains à l'européenne pris dans une baignoire. Les voyageurs et les militaires expéditionnaires en Orient trouveront bien, dans les bains turcs, toutes les conditions nécessaires à l'entretien des fonctions de la peau; toutefois ils ne devront en user qu'avec une extrême réserve.

Les individus à tempérament lymphatique ou sanguin, ceux qui sont disposés aux congestions cérébrales, ceux enfin qui sont affectés de maladies du cœur et du poumon, s'en abstiendront complétement. Après ces bains, les refroidissements sont si faciles et si fâcheux, qu'on ne saurait trop s'en prémunir.

Dans tous les cas, il est prudent et bon pour les Européens, peu accoutumés aux bains turcs, de ne faire usage que des bains tièdes et tempérants.

Quant aux bains de mer et de rivière, je suis porté à croire qu'ils sont plutôt nuisibles qu'utiles dans la première période d'acclimatement. A ce propos, j'ai eu l'occasion de remarquer que des militaires nouvellement arrivés à Constantinople contractèrent, à la suite de l'usage inopportun de ces bains, des affections gastro-intestinales, la diarrhée, la dyssenterie, l'hépatite et l'urticaire fébrile. Il est donc bon, je le répète, de ne prendre ces bains qu'après quelques mois de séjour.

Dans tous les cas, il est dangereux et même très-funeste en Orient, de faire usage de ces bains peu de temps après une opération militaire, pendant la fatigue et les grandes chaleurs. Les moments qui conviennent le mieux pour se baigner sont avant le lever du soleil, longtemps après son coucher et à l'heure qui précède le repas du soir.

Au point de vue du régime alimentaire, les Européens et notre armée expéditionnaire ne changeront d'abord que peu de choses à leur nourriture habituelle, s'ils n'éprouvent aucun ralentissement ou trouble du côté de l'estomac et des intestins.

Le régime alimentaire le plus convenable à suivre en Turquie est un régime mixte composé à la fois des produits du règne animal et de ceux du règne végétal, et non un régime exclusivement végétal, comme on l'a conseillé à tort.

Et cela est d'autant plus rationnel qu'il s'agit de soldats dont l'organisme, comme le moral, doit être fortement soutenu.

L'eau pure, ou mieux encore, mêlée aux vins alcooliques, constitue la boisson pour le repas pendant l'été.

Il est à remarquer qu'en Orient, malgré la richesse des vignes et l'excellente qualité des raisins, le vin est généralement mal fabriqué et même sophistiqué.

Tous les Européens qui arrivent en Turquie s'en plaignent et font venir ou achètent du vin français, qui du reste ne coûte pas beaucoup plus cher que le vin turc. Dans les intervalles des repas, la limonade est de quelque utilité dans la première période d'acclimatement. Mais, après cette époque, elle peut être utilement remplacée par une légère infusion de café ou par de l'eau légèrement alcoolisée.

L'usage immodéré des alcooliques, et surtout avant de manger, sous prétexte de se donner de l'appétit, est on ne peut plus funeste sous le climat turc, et tout à fait contraire au but qu'on en veut tirer. L'usage des boissons à la glace et des glaces, tant qu'il est modéré et entouré des précautions convenables, n'offre aucun inconvénient. Les eaux les plus propres aux besoins domestiques sont les eaux douces des sources que les fontaines publiques fournissent et dont j'ai parlé plus haut.

Il faut que les soldats, dans les jours de grandes chaleurs et de fatigues, apprennent à résister à la soif, en ne buvant qu'une très-petite quantité d'eau à la fois, pour conserver plus longtemps leurs forces, leur exercice musculaire, et donner ainsi moins de prise à certaines maladies, surtout à la dyssenterie. Quant à l'usage du café et du tabac, il ne paraît offrir rien de nuisible à l'acclimatement.

Le mémoire de M. Beyran est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Michel Lévy et Londe.

La séance est levée avant cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

TABLES ANATOMICO-CHIRURGICALES EXPOSANT LES OPÉRATIONS DE LA LITHOTOMIE ET DE LA LITHOTRIPSIE, REPRÉSENTÉES D'APRÈS NATURE, ETC.; par ÉLIE BUIALSKY, docteur en médecine et en chirurgie, professeur d'anatomie, conseiller d'État, etc. — 1 vol. grand in-f°, en russe et en latin, avec 10 pl. gravées sur cuivre. — Saint-Pétersbourg, 1852.

Le luxe de typographie et de gravure qui distingue ce grand et magnifique ouvrage, imprimé aux frais du gouvernement russe, nous avait donné une haute idée de son importance : nous avons été trompé dans notre attente. Ce qu'on ferait à peine ici pour un travail riche de découvertes et propre à changer la face de quelque point de la science, on le fait sur les bords de la Neva pour une simple compilation qui est même de vingt ans en arrière sur les questions qui y sont traitées. L'auteur en effet, dans la partie de son livre où il s'occupe de la lithotomie, se borne à la taille latéralisée, qu'il appelle à tort taille latérale, et quant à la lithotritie, il en dit à peine ce qu'on en savait il y a vingt ans. Ajoutons que la description de ces opérations est précédée de notions d'anatomie topographique qui ne sont que le résumé de ce qu'on rencontre dans tous les traités un peu récents, et encore tout n'y est-il pas d'une exactitude parfaite.

Est-ce à dire pour cela que cet ouvrage soit absolument sans valeur? Non; seulement ses apparences promettent trop. M. Buialsky parle de la matière en praticien, et il a semé çà et là quelques remarques qui, sans être d'une grande importance, n'en seront cependant pas moins bien placées ici, vu la rareté en France du livre qui les renferme. Nous allons donc les rassembler suivant les différents chefs auxquels elles se rapportent.

Dans sa partie anatomique, M. Buialsky fait observer que lorsqu'un squelette est placé sur une table, comme un malade pour l'opération de la taille, on voit que les branches ischio-pubiennes forment, avec le plan horizontal de la table, un angle de 75 à 80°, et que la paroi antérieure, ainsi que l'axe de la vessie, distendue par 8 onces de liquide, forment avec le même plan un angle de même grandeur.

Chez un homme sain, la vessie peut retenir 6 à 8 onces de liquide, sans éprouver le besoin de le rendre. Alors il y a environ 4 pouces

entre son fond supérieur et l'inférieur, et 3 entre les parois antérieure et postérieure. Nous verrons plus loin une indication pratique que l'auteur tire de cette remarque.

Relativement à la formation de la pierre, voici ce qui nous a semblé digne d'être noté.

M. Buialsky admet les pierres congéniales, et il se donne lui-même comme exemple. Ses parents lui ont raconté qu'il est né avec la pierre, et qu'un médecin allemand la lui a retirée de l'urètre trois jours après sa naissance. Il avait 62 ans lorsqu'il écrivait son ouvrage, et jusqu'alors il n'avait rien ressenti d'analogue.

Il pense que les enfants et les adultes qui ont été affectés de scrofules et de rachitisme et qui en sont guéris, sont plus exposés que les autres à la pierre; mais il ne dit pas de quelle espèce. En revanche, il a observé que les calculs de phosphate d'ammoniaque sont les plus fréquents en Russie, surtout parmi le peuple.

D'un autre côté, il ajoute qu'il n'est pas rare de voir la lithiase suite de la néphrite, sans nous dire quels en sont alors les caractères chimiques; mais l'expérience est là qui nous apprend que ce sont des phosphates qu'on rencontre alors. Si un calcul d'autre nature coïncide avec la néphrite, on peut être presque sûr que celle-ci est consécutive.

M. Buialsky a fait une observation qui, au point de vue de la symptomatologie, mérite d'être citée : il a connu simultanément trois hommes affectés de pierre, qui tous trois lui dirent avoir été beaucoup plus tourmentés de rétention d'urine dans les premières années de leur maladie, se trouver mieux actuellement et n'avoir plus de strangurie. Nous n'avons pas contrôlé cette remarque; mais peut-être a-t-elle quelque analogie avec les faits que nous avons signalés dans la Gazette Médicale de 1850 (p. 704) et 1852 (p. 796), d'hommes qui urinaient encore lorsqu'ils étaient affectés de la pierre, et qui avaient été pris de rétention d'urine complète en même temps qu'on les débarrassait de ce corps étranger. Chez eux il y avait obstacle évident au cours de l'urine, et nous ne nous sommes expliqué la facilité plus grande qu'ils avaient à rendre ce liquide, tant avant qu'après la lithotritie, qu'en admettant que la vessie éprouvait, dans le premier cas, une excitation qui n'existait plus dans le second.

Peut-être, chez les malades dont parle l'auteur, un obstacle avait-il précédé la formation de la pierre, et la miction était-elle devenue plus facile à mesure que les contractions vésicales avaient été plus fortement excitées par la présence du corps étranger.

Quant au traitement, M. Buialsky admet la lithotritie en concurrence avec la taille; mais il est manifeste que celle-ci est sa méthode habituelle, nous pourrions dire exclusive; car, suivant lui, le broiement de la pierre exige la réunion de tant de circonstances favorables, qu'à peine, de son propre aveu, la rencontre-t-on une fois sur 10 et même 20, et il ajoute que, dès qu'il se présente une petite contre-indication, la taille latéralisée est plus sûre que la lithotritie. Nous ne nous attacherons pas ici à réfuter de point en point toutes ses assertions. Il nous suffira de dire que la plupart des difficultés qu'il signale peuvent être presque toujours vaincues, et qu'il n'y a nulle témérité à retourner sa proposition et à dire qu'entre les mains d'un chirurgien quelque peu habitué, c'est à peine si un calculeux sur vingt doit être aujourd'hui soumis à la taille. Nous avons pratiqué la lithotritie dans des cas où presque toutes les contre-indications posées par M. Buialsky se trouvaient réunies, et nous n'avons eu qu'à nous applaudir de notre détermination. Indépendamment de ceux que nous avons fait connaître dans les mémoires susindiqués, nous pourrions citer un octogénaire que nous a adressé le docteur Patin (de Troyes). Ce vieillard avait la pierre avec une rétention d'urine complète, produite depuis neuf années par un engorgement de la prostrate et une hernie scrotale qui lui descendait jusqu'au milieu des cuisses et avait entièrement fait disparaître la verge : le canal avait subi une déviation considérable, et, malgré tout cela, la lithotritie eut le plus heureux succès.

Au reste, si l'on en croit les proportions indiquées par l'auteur, ses résultats seraient plus satisfaisants que ceux que la taille donne dans notre pays. De deux à douze ans, il dit perdre 1 malade sur 8 ou 9; de douze à vingt-cinq, 1 sur 6 ou 7; en moyenne, 1 sur 7 ou 8. Pour admettre des résultats si contraires à ceux que nous observons, il faudrait des chiffres plus précis. On doit se défier des calculs faits pour ainsi dire à vue de nez : quelques-uns de nos prédécesseurs ont aussi indiqué des résultats merveilleux, et nous ne songeons même plus à les atteindre depuis qu'on observe de plus près. M. Malgaigne a avancé qu'excepté chez les jeunes enfants, on sauve à peine 2 taillés sur 3, dans les hôpitaux de Paris : d'après ce que nous y avons vu, cette proportion serait encore trop forte.

L'auteur conseille d'appliquer, trois ou quatre heures avant l'opération, un compresseur sur l'urètre ou de lier la verge pour retenir l'urine plus longtemps dans la vessie : nous ne saurions approuver une pareille manière de faire.

Il opère avec un simple bistouri les enfants de six à huit ans et les hommes maigres; mais quand le périnée est épais et la prostrate tuméfiée, il regarde comme plus sûre la section avec le lithotome ou le gorgeret (1).

Maintenant, auquel de ces deux instruments donner la préférence? L'auteur répond qu'avec le gorgeret les malades crient davantage lors de l'incision du col, mais qu'on est plus sûr de ne pas blesser le rectum et la vessie qu'avec le lithotome. Nous ne voulons pas juger cette question, mais nous dirons que nous n'avons jamais vu d'accidents résulter du lithotome caché (ce qui ne prouve pas qu'il n'en puisse survenir), tandis que nous en avons vu un fort grave coïncider avec l'emploi du gorgeret. Nous avons vu, en effet, chez un enfant de 3 ou 4 ans, les tenettes se fourvoyer entre la paroi postérieure de la vessie et le péritoine qui la recouvre, et le chirurgien être obligé de renoncer à l'extraction; l'enfant mourut au bout de douze ou quinze heures. Après mûre réflexion, nous sommes resté convaincu que le gorgeret, qui n'était peut-être pas parfaitement affilé, avait refoulé le col de la vessie devant lui, et que, lorsqu'on le déprima pour glisser les tenettes dans sa concavité, celles-ci avaient rencontré le bord postérieur du col vésical formant une saillie abrupte, et s'étaient engagées au-dessous. Ce fait, certainement, ne suffit pas pour trancher la question de prééminence; mais il montre au moins avec quel soin on doit veiller à ce que le gorgeret, qui doit couper devant lui, soit en parfait état. Pareille négligence n'aurait très-probablement pas eu des conséquences aussi graves avec le lithotome caché qui coupe en sens contraire.

De ses remarques sur l'écartement des parois vésicales, l'auteur conclut qu'on ne doit pas introduire ce lithotome à plus de 2 pouces à partir de la région membraneuse dans la vessie; il ajoute qu'il faut ne le retirer ouvert qu'autant qu'il est dans cet organe, et qu'aussitôt que son extrémité en est sortie, il faut le fermer pour ne pas blesser le rectum et plus encore le tronc commun des vaisseaux honteux.

Sans être partisan des grands débridements dans la taille latéralisée, nous devons à ce sujet faire remarquer que ce précepte nous semble fondé sur des craintes exagérées. On est peut-être allé trop loin dernièrement en disant que « le tronc de la honteuse interne ne saurait être atteint en aucune manière par l'instrument tranchant dans la taille latéralisée; » mais il est certain qu'on est beaucoup moins exposé à blesser cette artère qu'on ne serait tenté de le croire d'après ce qu'en disent les auteurs. Nous avons avancé, il y a déjà près d'une quinzaine d'années, que la plupart des hémorrhagies attribuées à une lésion artérielle résultent de la section des plexus veineux prostatiques : le sang artériel y passe si facilement à travers les tissus caverneux de la verge et de l'urètre qu'il simule une lésion artérielle.

M. Buialsky dit avoir vu une fois la plaie du périnée se réunir par première intention.

Enfin il attribue la mort, dans la plupart des cas, à une cystite ou à une péritonite. Nous nous étonnons qu'il ait oublié la néphrite, car c'est là le véritable écueil des chirurgiens dans toutes les opérations qui se pratiquent sur les organes urinaires. Les néphrites chroniques sont aussi fréquentes que latentes et insidieuses; la moindre manœuvre fait passer cette inflammation à l'état aigu, et le malade succombe. Voilà la marche la plus ordinaire des accidents.

On a déjà vu que l'auteur ne décrit que la taille latéralisée; il admet cependant la taille sus-pubienne quand la pierre et la prostate sont d'un trop grand volume; mais il rejette totalement et avec raison la taille recto-vésicale. Quant à la taille bilatérale, il pense, contrairement à l'opinion de Dupuytren, qu'elle expose plus que la cystotomie latéralisée à la lésion des gros vaisseaux et du rectum. Nous n'en sommes pas partisan comme méthode générale; mais les raisons données par le chirurgien russe pour justifier son rejet nous semblent très-sujettes à contestation.

(1) Il dit avoir le premier fait faire, en 1819, un lithotome caché *boutonné*. Quant au gorgeret modifié connu en France sous le nom d'A. Cooper, il l'attribue à Clein. Peut-être n'est-ce pas de Klein, le chirurgien allemand, qu'il veut parler, mais de Cline : nous possédons la traduction allemande d'un ouvrage anglais imprimé en 1795, où ce gorgeret se trouve parfaitement figuré sous le nom de ce dernier.

Dr Aug. Mercier.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES DÉVIATIONS UTÉRINES. — OPINION DE M. LE PROFESSEUR GAILLARD (DE POITIERS).

Nous ne suivrons la discussion du rapport sur l'emploi du redresseur intra-utérin que lorsque des faits nouveaux et d'un caractère probant auront été apportés devant l'Académie. Jusqu'ici, comme on peut le voir d'après le compte rendu de la séance, tout s'est borné à la question préalable telle que nous l'avons posée. Quel rapport y a-t-il, d'une part, entre la déviation de l'utérus et les douleurs ou les troubles divers qu'accusent les malades; d'autre part, entre ces mêmes déviations et les altérations organiques de l'utérus? Comment agit le redressement soit sur la déviation, soit sur les douleurs ou les troubles fonctionnels, soit sur les lésions consécutives ou concomitantes? On sent qu'on a besoin, pour se prononcer en pareille matière, d'autres faits que ceux que M. Depaul a pu porter dans la discussion. C'est à la pratique et à l'expérience à apporter maintenant de nouvelles lumières dans le débat. A défaut de cet élément indispensable, la discussion pourra durer longtemps sans avancer la question d'un pas et surtout sans toucher aux nombreuses inconnues qu'il importerait tant de résoudre. Nous enregistrerons à ce point de vue les opinions qui se produiront dans un débat qui commence à peine.

En attendant nous publions avec empressement des remarques qui nous sont adressées par notre honorable correspondant M. le docteur Gaillard (de Poitiers), lequel, en raison de la part qu'il a déjà prise si utilement à la discussion et en raison de son expérience consommée dans la matière, est tout à fait digne d'avoir voix au chapitre.

Le rapport qui vient d'être lu à l'Académie de médecine par M. Depaul est une œuvre importante digne de l'auteur et de l'illustre assemblée : histoire complète des instruments et des opérations, depuis MM. Amussat et Velpeau jusqu'à MM. Simpson et Valleix; analyse approfondie et appréciation judicieuse des faits, tout s'y trouve. Aux faits mentionnés par l'honorable rapporteur, nous pouvons en ajouter un nouveau. Il y a deux ans, nous fûmes appelé en consultation auprès d'une dame, dans le but d'explorer les organes du bassin; un simple toucher pratiqué avec mesure nous suffit pour constater qu'il n'y a ni ulcération, ni tumeur, ni déplacement aucun, seulement une sensibilité très-vive de l'utérus et de ses annexes. On n'introduit point le spéculum ni la sonde, on ne fait aucune opération; le lendemain, la malade, qui ne semblait point destinée à ce malheureux sort, est saisie d'une métro-péritonite; elle succombe dans la semaine. Il nous a été impossible de ne pas faire une grande part à notre exploration dans ce fâcheux événement.

Le rapport de M. Depaul est donc une œuvre complète dans les limites qu'il s'est assignées lui-même. On pourrait peut-être désirer un peu plus de fermeté dans les premières conclusions, qui laissent à l'exception une part mal déterminée et indéfinie.

Cette grande question doit marcher encore : la pathologie des affections utérines est en ce moment un des grands soucis de la pratique; chacun trouve autour de lui plusieurs clientes qui se plaignent de souffrances opiniâtres. Souvent rebelles, inquiétantes pour les malades, désolantes pour le médecin, *quelle idée doit-on se faire de ces états morbides?* L'Académie a été saisie de la question par les communications de MM. Broca et Cruveilhier. De prime abord le champ de la discussion paraît bien rétréci : il s'agit de quelques catastrophes occasionnées par une méthode chirurgicale; mais les faits contradictoires qui sont présentés de part et d'autre peuvent être éclairés par une discussion générale des affections diverses auxquelles se rapportent les observations présentées. C'est ce que demande le public médical. Qu'il nous soit permis d'être un instant son interprète, de chercher les *desiderata* de la science et de les proposer à l'attention de l'Académie.

C'est vainement qu'on voudrait tout réduire à un point de pratique; ici, comme il arrive le plus souvent, l'idée théorique entraîne toujours une médication rationnelle qui prend faveur à sa suite; les souffrances utérines ont été attribuées successivement, depuis trente ans, à des causes diverses : la métrite chronique, l'engorgement chronique, l'ulcère granuleux, l'abaissement; et nous avons eu, comme traitement en vogue : saignées générales et locales, iodure de potassium, cautérisation, pessaires en abondance.

En 1854, ces souffrances sont rapportées aux déviations utérines; aussitôt on cherche à redresser l'utérus. Tout cela paraît logique : une cause différente appelle un traitement différent. Il en résulte la nécessité absolue d'étudier l'état pathologique dans ses causes et ses symptômes avant d'arriver au traitement. Nous regrettons de ne pas trouver, parmi les causes des déviations utérines, la contraction irrégulière et partielle des fibres musculaires de l'utérus, que l'on constate si souvent après l'accouchement; la rétraction consécutive de ces fibres musculaires, suivie de déformations diverses, atrophies locales, etc. Cette influence bien connue nous paraît la plus fréquente de toutes ces causes. C'est une nouvelle application des lois établies par M. J. Guérin. En considérant les déviations comme le résultat d'une action vitale, d'une rétraction musculaire entretenue par un point de phlegmasie locale, on s'expliquerait, mieux qu'il n'a été possible de le faire jusqu'à présent, les changements signalés par tous les observateurs, qui surviennent en quelques semaines dans la situation de l'utérus. On s'expliquerait aussi la coïncidence généralement reconnue des phlegmasies utérines avec les déviations; *à priori* on pourrait admettre que le ligament rond, qui est un prolongement du tissu musculaire de l'utérus, peut aussi, par une contraction lente, déplacer l'utérus; mais nous ne savons si la chose a pu être vérifiée.

Le fait principal du débat, la déviation utérine, qui semblerait naturellement facile à constater, n'est point cependant hors de la discussion. Quelques-uns se contentent de fort peu de chose, le moindre changement dans ce qu'ils appellent l'état normal leur suffit pour expliquer beaucoup de souffrances; d'autres, au contraire, sont plus exigeants. Un bon travail de M. Avrard (de la Rochelle), inséré dans la GAZETTE MÉDICALE, détermine d'une manière précise ce que l'on doit entendre par un déplacement de l'utérus.

M. Depaul est aussi très-explicite à ce sujet.

FEUILLETON.

LETTRES D'UN MÉDECIN MILITAIRE SUR LA CAMPAGNE D'ORIENT.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

LETTRE DEUXIÈME.

Camp de Boulahir, près de Gallipoli, 12 mai 1854.

Au Rédacteur.

21 avril. Cerigo est devant nous; Cerigo, l'ancienne Cythère, l'île des myrtes et des roses, le séjour aimé de Vénus. Cerigo est à 36° 13' 7" de latitude septentrionale et à 20° 44' 34" de longitude est. Son aspect est triste, dénué de poésie; ce qui relève et anime un peu ses côtes décharnées, c'est le mont Taygète étalant au loin son front couvert de neige et que dorent les rayons du soleil naissant. La hauteur du Taygète est de 2,409m.

L'aspect de Cythère est triste, nu, dépouillé de toute végétation, et ne répond pas à l'idée riante que les anciens nous en ont donné. Cette île est comme la clef de l'Archipel, et elle sépare la mer Égée de la mer Ionienne.

Cerigotto, l'ancienne Agilia, est séparée de Cerigo par l'Oro. Ces deux îles appartiennent aux Anglais.

L'Oro est un rocher creusé d'une gorge profonde tombant dans la mer.

Au loin, à vingt lieues environ, nous apercevons les montagnes neigeuses de Candie.

22 avril. La navigation dans ces parages devient difficile et délicate, à cause des îles et des rochers qui surgissent à chaque instant. La nuit nous avons dépassé Cerigo, et nous touchons au cap Saint-Ange ou Malée, après avoir longé Poris, les Couffes, les Dragonières, roches nues et stériles.

Je n'ai aperçu sur le haut du cap Saint-Ange ni l'ermite que Lamartine a rendu célèbre, ni même un peu de sa longue barbe.

Nous sommes en plein dans l'Archipel, autrefois la mer Égée, aujourd'hui appelée par les Turcs *Ac-Deguiz*, par opposition à Cara-Deguiz, ou mer Noire, avec laquelle elle communique par le Bosphore.

Nous avons perdu cette nuit un second malade, celui qui était atteint de diphthérite. Demain, à trois heures, il sera, suivant l'expression anglaise, lancé dans l'éternité. Marqué pour l'oubli, sans doute, il n'a laissé aucune trace de son passage sur cette terre.

Nos soldats se découragent facilement à la moindre affection qu'ils ressentent. Les matelots, habitués aux accidents variés de la mer, rompus aux circonstances particulières où nous nous trouvons, conservent, au contraire, leur calme et leur tranquillité. Aussi les réactions qu'ils présentent sont-elles plus régulières et plus aisément obtenues; les médications employées

Sur le fait du diagnostic, M. Valleix est très-affirmatif : douleurs spontanées souvent très-violentes, névralgies intercostales, gastralgies, métrorrhagies et leucorrhées, aggravation de ces symptômes par la station verticale, au point *que les malades ne peuvent plus marcher*, tous ces phénomènes graves sont dus aux déviations de l'utérus. M. Valleix reconnaît néanmoins que, chez un certain nombre de femmes, ces mêmes déviations n'occasionnent aucun symptôme. D'ailleurs, il ne tient compte ni de l'abaissement ni de l'engorgement.

Cette opinion est ferme; mais nous voyons que ces mêmes souffrances sont rapportées par d'autres chirurgiens à bien des causes différentes aussi; beaucoup les attribuent à un abaissement; M. Cruveilhier à un état de phlegmasie chronique; M. Nonat à un engorgement péri-utérin; M. Chassaignac à la mobilité exagérée de l'utérus; M. Depaul lui-même à la phlegmasie chronique, à une névralgie, à l'abaissement, aux déviations de l'utérus dans quelques cas.

Quant aux moyens d'établir un diagnostic différentiel, personne ne nous les offre. Pour sortir de cet empirisme, ne faudrait-il pas se demander d'abord :

1° A quels symptômes donnent lieu la déviation utérine et ses diverses variétés;

2° La phlegmasie des diverses portions de l'appareil utérin;

3° L'état névralgique de l'utérus, affection obscure peu étudiée jusqu'à ce jour, à peine indiquée par les auteurs, et à laquelle cependant M. Depaul paraît attacher une grande importance, etc.

Puis, d'autre part, à quelle lésion doit-on rapporter les phénomènes pathologiques si tranchés, si distincts que présentent les femmes souffrantes : 1° douleurs de reins, 2° gastralgie, 3° sensation de pesanteur et d'engourdissement dans les membres inférieurs.

Les lésions diverses que nous avons annoncées produisent-elles indifféremment les mêmes symptômes?

Un symptôme bien caractérisé, la douleur des reins, par exemple, peut-il être occasionné tantôt par la flexion de l'utérus, tantôt par l'abaissement, tantôt par la névralgie, etc.?

Dans notre mémoire lu à l'Académie le 25 avril dernier, nous avons étudié spécialement la pesanteur utérine, et nous avons cru reconnaître que, dans tous les cas, elle dépendait d'un état fluxionnaire du système vasculaire, et que les autres lésions n'avaient sur elles aucune influence. Nous n'avons point la prétention d'avoir résolu cette question; mais nous est-il défendu de croire que l'on pourrait marcher dans cette voie pour spécialiser au moins la forme différente que doivent présenter les symptômes, suivant la cause qui les occasionne?

Dans le remarquable travail de M. Depaul, le traitement est bien le point qui laisse le plus à désirer. Nous croyons avec lui que ces utérus longtemps traités par le redresseur sont, en définitive, peu ou point redressés (9° concl.); que les succès obtenus peuvent être attribués à d'autres moyens employés simultanément (10° concl.); que les insuccès et les accidents sont très-nombreux, plusieurs malades ayant évidemment succombé aux suites du traitement (11°, 12° et 13° concl.). Cette terminaison funeste, contestée par M. Valleix, est surabondamment prouvée par une série de nécropsies qui amènent la 15° conclusion : proscription des divers pessaires et redresseurs intra-utérins. Mais le praticien qui reste dans l'embarras se demande alors que faut-il faire? et M. Valleix, jusqu'à présent battu sur tous les points, reprend un peu d'avantage, car il a une théorie, une méthode de traitement; il offre quelque chose à faire dans les cas (ils ne sont pas rares) où rien ne réussit. M. Depaul a moins de ressource; il remédie d'abord aux lésions anatomiques évidentes, ulcères, granulations, phlegmasies chroniques. Mais nous savons tous que beaucoup de malades continuent à souffrir, alors même que l'on croit avoir bien rempli cette indication capitale, que nous voyons avec surprise tout à fait négligée par M. Valleix et ses adhérents. Puis M. Depaul combat l'élément névralgique sans nous donner les moyens de reconnaître cet élément. Enfin il cherche à immobiliser l'utérus au moyen des ceintures et du pessaire de M. Gariel; instrument, pour le dire en passant, proposé par M. Delamaronnière en 1836, décrit et figuré dans le 4° bulletin de la Société de médecine de Poitiers; l'expérience nous prouve promptement que les ceintures et surtout les pessaires sont rarement supportés par des organes trop irritables. Nous trouvons encore dans le rapport divers procédés sans appréciation des circonstances qui appellent un mode de traitement plutôt que l'autre.

Nous ne voulons point défendre le redresseur utérin, car nous pensons que les déviations de l'utérus n'ont jamais l'influence fâcheuse qu'on leur a attribuée, et qu'en conséquence il n'y a rien à redresser. Néanmoins, suivant les remarques de la Gazette Médicale, il y a des effets pratiques produits par l'application de cet instrument, il y a des résultats dont on doit tenir compte. Comment expliquer ces résultats, dans quelles conditions se produisent-ils? Lors même que dans quelques cas l'application du redresseur utérin soulagerait, on ne devrait pas en conclure que la déviation utérine était la cause des souffrances, ni même que l'utérus est redressé; l'action de ces appareils étant complexe, agissent-ils en redressant l'utérus, en l'immobilisant, en modifiant l'état névralgique par leur contact sur la paroi utérine, comme l'introduction d'une sonde dans la vessie modifie les névralgies du col vésical, comme le procédé reconnu modifie les névralgies de l'anus? Agissent-ils en comprimant les tissus malades de dedans en dehors par le disque en caoutchouc toujours joint à l'appareil redresseur? Cette opinion que nous avons soutenue se trouverait confirmée par les nouveaux changements que M. Valleix a fait subir à son redresseur, qui se trouve réduit à une tige de 3 centim., maintenue par un pessaire volumineux. En définitive, il nous paraît impossible d'arriver à un traitement rationnel des affections utérines, sans avoir fait au préalable une étude complète des causes et des symptômes propres à chacune de ces affections; autrement on procède au hasard; on applique tous les moyens thérapeutiques à la suite les uns des autres sans pouvoir se rendre compte des succès que l'on obtient pas plus que des revers que l'on subit.

Si le point de départ de la discussion n'était pas une sonde et un pessaire, nous nous plaindrions de voir tout ce temps employé à l'étude des moyens mécaniques qui sont en général d'une faible utilité dans le traitement des affections utérines.

Gaillard.

---

s'adaptent également mieux à leur constitution et à la nature de leur maladie.

Je regarde, en ce qui nous concerne, principalement les émissions sanguines comme nuisibles. Elles débilitent trop, et en enlevant au sang de ses qualités plastiques, elles livrent le système nerveux à lui-même. La résistance vitale tombe, et l'adynamie se prononce dès les premiers jours. Il arrive alors que les malades succombent, non pas à l'intensité de la lésion locale, mais à un défaut radical de réaction, ou encore à des efforts réactionnels sans harmonie, sans liaison et sans durée. Ainsi chez le malade dont j'ai parlé plus haut, malgré les moyens les plus énergiques, nous n'avons pu obtenir ni chaleur ni sueurs, nous n'avons pu enfin provoquer aucun phénomène critique. Il est incontestable que dans ces cas les symptômes généraux l'emportent sur les symptômes locaux.

Beaucoup de matelots et de soldats et même plusieurs officiers sont atteints d'angine et de bronchite.

23 avril. Nous avons le cap sur Argentière ou Vimolo, île jadis volcanique, stérile et presque inhabitée aujourd'hui. Elle est remarquable cependant par ses eaux thermales, ses mines d'argent non exploitées et une terre particulière, dite *cimolée*, célèbre chez les anciens par sa propriété de blanchir admirablement le linge.

Nous louvoyons toute la nuit devant Milo; nous devons y prendre un pilote.

A Milo vivait autrefois Diagoras, philosophe qui, voyant les maux que souffrait sa patrie du temps de la guerre du Péloponèse, nia l'existence des dieux après avoir été le plus religieux des hommes, et finit par mourir dans un naufrage.

Nous approchons de Milo de très-près, et nous apercevons, sur des crêtes de montagnes posées en amphithéâtre, des maisons ou plutôt des cahutes.

La ville est au fond de la baie.

Des blocs de rochers, séparés par des bras de mer, constituent cette île. Anté-Milo est à peu de distance. Probablement des éruptions volcaniques ont avec violence disjoint ces masses qui devaient d'abord ne former qu'une seule île.

Milo, l'ancienne Mélos, est la première île qui se présente quand on entre dans les Cyclades. Son port est spacieux, couvert par l'Anté-Milo. Il est le refuge de tous les bâtiments qui, s'étant engagés dans l'Archipel, trouvent des vents trop frais pour leur permettre de débarquer. L'écueil escarpé d'Anté-Milo est un point de reconnaissance qui dirige et divise la route des navigateurs. J'ignore si le pilote nous a porté bonheur, mais nous avançons rapidement avec grand vent largue.

24 avril. Nous laissons derrière nous Sifauto, Serfo ou Sériphe, où, suivant la fable, s'arrêta le coffre qui tenait renfermés Danaé et son fils Persée. Sous l'empire romain c'était un lieu de déportation. Je ne parlerai ni de Thermia, jadis Cythnus, renommée par ses eaux thermales, ni du cap Colonne, *Sunium Promontorium*, dont le nom vient de plusieurs colonnes de marbre blanc restées du temple de Minerve Juniade.

Nous négligeons à bâbord Za, autrefois Céos, patrie de Simonide et de Bacchylide.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

MÉMOIRE SUR L'ANATOMIE DES TUMEURS ÉRECTILES (lu à la Société de biologie); par M. le docteur CH. ROBIN.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

III. — TUMEURS DITES ÉRECTILES VEINEUSES, FONGUEUSES SANGUINES, VEINEUSES OU VARIQUEUSES.

Dans les tumeurs dont il s'agit, ce ne sont plus les capillaires sanguins qui ne sont ni artères ni veines, qui sont malades; ce sont :

a. Ou bien les grosses veines, et alors les tumeurs formées par les vaisseaux malades et susceptibles de se gonfler ou de se vider suivant telles ou telles conditions, s'appellent généralement des varices;

b. Ou bien ce sont les petites veines déjà visibles à l'œil nu, mais faisant suite aux capillaires proprement dits, qui ont éprouvé une altération analogue à celle que présentent les précédentes; elles donnent ainsi naissance à une tumeur dont la disposition extérieure est différente, en raison de la dissemblance de distribution des grosses et des petites veines, dont les symptômes varient nécessairement selon le siége du mal.

Exemples :

a. Les varices sont réellement des tumeurs caractérisées par des dilatations vasculaires, et susceptibles de se gonfler ou de *s'ériger* au même titre que toute autre tumeur dite *érectile*, mais seulement quand il y a obstacle au retour du sang vers le cœur, tandis que pour celles qui ont les artères pour siége, le gonflement ou *érection* a lieu dans des conditions inverses.

La description anatomo-pathologique des parois vasculaires malades est toute d'anatomie descriptive; elle est faite dans les livres, je ne la ferai donc pas ici. Des quatre tuniques qui existent dans les veines, les plus hypertrophiées sont la troisième ou à *fibres circulaires* et l'*adventice* ou à tissu cellulaire; ce sont les éléments du tissu cellulaire qui ont augmenté de quantité et non ceux du tissu élastique, ni les fibres musculaires de la vie organique; je dis augmenté, car en même temps qu'elles se dilatent, les parois des veines variqueuses conservent leur épaisseur ou augmentent. La tunique à fibres longitudinales augmente d'épaisseur.

b. Des veines du scrotum devenues variqueuses (dilatées, présentant çà et là des replis, des flexuosités, des bosselures ou dilatations latérales pleines de sang et quelquefois des caillots fibrineux) aux veines hémorrhoïdales qui présentent les mêmes particularités, il n'y a que la différence de siége et de distribution anatomique. Il faut noter que dans les hémorrhoïdes le tissu interposé aux veines est du tissu cellulaire accompagné d'une certaine quantité d'éléments fibro-plastiques et de fibres élastiques peu abondantes.

Les dilatations veineuses latérales ou médianes, du volume d'un grain de chènevis à celui d'un pois, ne sont pas rares. Il est commun de les trouver pleines d'un caillot ancien très-noir à la surface et plus ou moins coloré au centre. Quelquefois ce caillot est incrusté de calcaire et forme une véritable phlébolithe. Les veines dilatées, flexueuses, bosselées, qui normalement formaient un réseau à mailles serrées de petits capillaires, constituent un réseau de vaisseaux plus ou moins gros, car en se dilatant les vaisseaux ont conservé leurs anastomoses.

J'ai observé que le réseau superficiel des hémorrhoïdes ou muqueux, qui donne lieu aux hémorragies, est formé de capillaires qui, bien que quelquefois variqueux (à la manière des plus petits capillaires visibles à l'œil nu à la conjonctive, renflés en petites varicosités), n'offrent point la disposition décrite plus haut. Ils ne participent pas à la constitution du produit morbide persistant ou *tumeur hémorrhoïdale;* ce sont les vaisseaux sous-muqueux qui ne sont point des capillaires proprement dits, c'est-à-dire ni artères ni veines, qui sont l'origine de l'hémorrhoïde.

Quant aux tumeurs *fongueuses, sanguines, veineuses*, des auteurs et dites par eux être constituées par l'agglomération des radicules ou des origines capillaires des veines, elles sont formées par dilatation des petites veines de diverses régions. Elles sont plus rares que les autres; on les a vues dans la peau et quelques muqueuses commencer par une tache violette. J'en ai vu une à la lèvre et une autre sous le péritoine, dans la fosse iliaque gauche. L'une et l'autre étaient constituées par des veines dilatées devenues grosses la plupart comme une plume de corbeau, et toutes bosselées çà et là en chapelet.

On voyait de la manière la plus évidente de petites veines sous-péritonéales d'un quart de millimètre de diamètre être la continuation et non des subdivisions de veines moniliformes du volume d'une plume de corbeau, ou de 1 millimètre de diamètre et au-dessous. Le reste du tissu de ces tumeurs, grosses toutes deux comme une petite noisette, était une petite quantité de tissu cellulaire interposé aux veines. Cette tumeur était restée pleine de sang noir après la mort; çà et là, dans les bosselures, se voyaient des caillots noirs en partie décolorés qui étaient certainement anciens, au moins ceux qui étaient décolorés.

IV. — TUMEURS DITES ÉRECTILES FORMÉES PAR EXTRAVASATION DU SANG HORS DES VAISSEAUX ROMPUS.

La dernière espèce de tumeurs vasculaires susceptibles de se gonfler lorsque la circulation est modifiée ou interceptée momentanément, est des plus remarquables, et sa véritable nature n'a pas été signalée encore.

Ce sont des tumeurs caractérisées par une communication accidentelle (et de cause difficile à déterminer, quelquefois une forte contusion, ou inconnue) d'un ou plusieurs vaisseaux volumineux avec plusieurs cavités irrégulières que le sang se creuse aussitôt, se fraie entre les faisceaux lamelleux ou non, du tissu où siége le mal.

La première de ces tumeurs que j'ai vue et injectée, et qui m'a montré quelle est leur nature, siégeait dans l'ovaire; elle avait le volume d'une tête d'enfant; une portion était cancéreuse, et l'autre moitié séparée du cancer par du tissu cellulaire était formée par une série de cavités irrégulières, les unes à peine visibles à l'œil nu, les autres aplaties ou polyédriques pouvant loger un petit œuf, et toutes communiquant ensemble. Les plus grandes contenaient presque toutes des couches de fibrine anciennement coagulées et en partie décolorées. L'injection de la veine ovarique remplit la tumeur par plusieurs subdivisions de la veine, et fit doubler de volume la *portion érectile* du

---

Ce dernier, poëte lyrique, florissait vers 450 ans avant J. C., sous Hiéron, tyran de Syracuse. Il a composé des odes, des épigrammes ou inscriptions dont quelques fragments seuls ont été recueillis par Branck. Il en existe une traduction latine et, je crois, une traduction française.

Simonide, poëte et philosophe, honoré de la faveur spéciale de Castor et de Pollux, pour avoir introduit leur nom dans une ode composée à la gloire d'un athlète, perdit la vue pour avoir adressé des injures poétiques à Junon, et la recouvra après avoir fait l'éloge de cette divinité. La plupart des poëtes ont l'inspiration très-élastique. On prétend qu'il ajouta une huitième corde à la lyre et quatre lettres à l'alphabet grec. Ce fut le rival de Pindare, et il passe pour être l'inventeur de l'art mnémonique.

Abandonnons à leur célébrité incertaine Houra, Andros, et ne troublons pas le repos séculaire de Tino, d'Ypsère, de Siros, de Métélin, patrie de Sapho, de Paros, encore couverte des débris de la magnificence des anciens, enfin d'Anté-Paros.

25 avril. *Est in conspectu Tenedos, notissima famâ insula.* Sur une hauteur escarpée et au centre de Ténédos se voit le champ des morts. Cette ville est fortifiée, assise en amphithéâtre, composée de maisons dont les toits sont en briques comme à Gallipoli, hérissée de minarets pointus comme des bonnets d'évêques; elle tire une grande importance de sa situation près des Dardanelles. Son port s'appelle Besika. Son ancien nom de Lencophrys fut transformé en celui de Ténédos, à cause de Tenées, fils de Cycnus, roi de Colonne, qui y amena une colonie.

Près de Besika et à une lieue et demie se trouve la plaine de Troie. La position exacte de cette ville n'a pas été, si je ne me trompe, fixée d'une manière précise. Strabon (de Cappodoce), qui écrivait sous Auguste et sous Tibère, et qui donne une description de ces lieux, laisse la question indécise. Cependant quelques auteurs placent l'ancienne Troie auprès du revers occidental du mont Ida, au bord du Simoïs, à cinq milles et demi à l'est de la mer et à sept milles au sud du détroit des Dardanelles, auprès d'un village turc, Bounar-Bachi.

En face de Ténédos, l'ancienne Troie présente l'aspect d'une plage déserte, silencieuse, couverte d'un taillis de chênes sombres et rabougris.

Nous distinguons le tombeau de Patrocle, plus loin celui d'Achille, ce qui n'est pas certain, puisque la tradition raconte que les cendres des deux amis furent placées dans la même urne. Ce sont des tumulus, des tertres, en forme de cônes, composés de couches successives de pierre et de terre.

La Troie d'Alexandre, dont j'ai donné plus haut l'emplacement, est encore jonchée de ruines magnifiques qui ont été découvertes en 1811.

26 avril. Encore quelques heures et nous serons devant Gallipoli. Nous entrons dans les Dardanelles, l'ancien Hellespont, le détroit qui sépare l'Europe de l'Asie, joint l'Archipel à la Propontide ou mer de Marmara, et de là par le Bosphore à la mer Noire. Constantinople est située entre ces deux détroits, sur les bords de la mer de Marmara dont les eaux bleuâtres se développent devant elle.

L'entrée des Dardanelles est des plus imposantes. Les deux caps élevés qui forment cette entrée, les caps Sigée et Éléonte, l'un sur la côte d'Asie, l'autre sur la côte d'Europe, peuvent avoir 100 mètres d'élévation, et ressem-

produit morhide, au delà duquel l'injection passa dans les veines du ligament large et de l'ntérus, aiosi que du reste de l'ovaire. Cette tumeur, qui présentait plusieurs autres particularités, a été figurée, et le dessin fait partie de l'atlas anatomo-pathologique en voie d'édition de M. Lehert. L'injection par les artères vint encore augmenter le volume de la tumeur, en sorte qu'il y avait là mélange pathologique des deux sangs.

Je suis resté convaincu, d'après ce fait et la disposition des artérioles rompues s'ouvrant dans les aréoles limitées par des cloisons de tissu cellulaire, que les *anévrismes par érosion* ou *anévrismes de Pott* sont des tumeurs de ce groupe ayant pour origine les artères lésées. Une tumeur avec hattements de la tête du tibia, et grosse comme nne têtc de fœtus, m'a montré la même disposition, avec cette particularité que les cavités irrégulières communiquant ensemble étaient limitées par des lamelles osseuses ou des portions de tissu spongieux, à peine tapissées par un reste de substance médnllaire, la plupart en partie remplic de caillots anciens disposés par couche. L'examen de cette tumeur m'a convaincu de l'identité de ces tumeurs dites *anévrismes des os, tumeurs sanguines de nature douteuse ou fongueuses sanguines des os*, avec celle dont je viens de parler existant dans l'ovaire; seulement tantôt elles ont les artères pour point de départ, tantôt les veines, et alors manquent de hattements.

Ce sont ces dernières qui offrent des caillots mous au milien desquels on trouve plus ou moins de la trame osseuse accompagnée par des vaisseaux sonvent encore assez gros. Quant aux autres particularités de ces tumeurs, elles tiennent à la nature spéclale du tissu malade; leur description anatomo-pathologique est faite dans la plupart de nos traités.

Mais ce qu'il failait signaler, c'est ce fait essentiel qu'il s'agit là d'une affection caractérisée par communication de vaisseaux artériels ou veineux avec les interstices normaux, ou accidentellement prodnits d'un tissu, qui vont s'agrandissant à mesure que le sang presse; que ces interstices ne sont point nne dilatation des vaisseaux ni des sinus accidentels tapissés par une tunique vasculaire; que le sang qui y circule est bors de ses voies natnrelles quelconques. Et si le sang ne se coagule pas tout à mesure qu'il y arrive, c'est que dans l'économie au contact de nos tissus (sauf les cas de cachexie), la fibrine, comme on sait, peut rester longtemps liquide sans se coaguler. Enfin, ces notions étant précisées, on voit qu'il est impossihle de ramener à l'état normal un tissn ainsi lésé par les moyens curatifs connus, et que l'amputation seule peut déharrasser l'économie de cette production morbide.

Dans les tumeurs de ce genre, le tissu cellulaire qui forme les cloisons séparant les aréoles est hypertrophié. Les faisceaux adhèrent plus fortement les nns avec les antres qu'à l'état normal; ils renferment aussi un plns grand nombre d'éléments fihro-plastiques, surtout des fihres fnsiformes. Une certaine quantité de matière amorphe naissante est interposée à ces éléments, et recouvre quelquefois la surface des cloisons qni est immédiatement en contact avec le sang. Cette suhstance est tonjours parsemée de granulations moléculaires souvent graisseuses et de quelques-uns des globules dits *granuleux de l'inflammation.* Il y a douc hypertrophie des lamelles de tissu cellulaire que le sang a écartées les unes des antres par augmentation du nomhre de lenrs éléments propres et production de matière amorphe, etc.

Les gros vaisseaux ne sont pas seuls susceptibles de devenir le point de départ de tumeurs de cet ordre par leur rupture ou leur érosion au milieu d'un tissu qui offre les conditions favorables à l'infiltration du saog entre ces faisceaux avec possihilité dc retonr. Au milieu d'une portion du *muscle vaste interne* de la cuisse que j'avais enlevée pour faire une démonstration anatomique, le hasard m'a fait rencontrer une tumeur du volume d'une cerise, d'un rouge noirâtre de sang veineux, écartant les fihres musculaires sans les englohcr, non eukystée, mais à contours hien distincts de ceux du tissu voisin. La coupe de la tumeur a un aspect charnu rougeâtre, de consistance spongieuse, et la pression en fait suinter le sang d'une manière uniforme à toute la surface en petites gouttes se réunissant aussitôt en nappe, tellement elles sont rapprochées les unes des autres.

Un fragment examiné à un grossissement de 150 diamètres montre un tissu aréolaire à mailles ou cavités arrondies, communiquant avec celles qui les avoisinent, et larges de 1 à 3 dixièmes de millimètre. Les faisceaux ou lamelles qui les circonscrivent sont aplatis ou arrondis, à peu près de même largeur que les espaces aréolaires qu'ils limitent, sont unis entre eux par des subdivisions de même diamètre que les faisceaux eux-mêmes, et c'est ainsi qu'ils circonscrivent les espaces pleins de sang, plus ou moins comparables aux cavités ou canaux des éponges.

Les bords de ces faisceaux sont pâles et transparents; leur tissu est strié et finement granuleux. Il a l'air fihroïde, mais la dilacération y montre plus de fihres de tissu cellulaire que de matière amorphe, et pas ou presque pas de fihres élastiques flexnenses. Ces fihres de tissn cellulaire sont un tissu de nouvelle production, du moins en partie, car elles ne sont pas aussi nettement isolahles, aussi régulièrement ondulenses que celles du tissu intermusculaire voisin, hien qu'il soit assez facile de dilacérer les faisceaux de la tumeur (1).

On y trouve, en outre, beaucoup d'éléments fibro-plastiques fusiformes très-allongés. Il importe de noter que les bords de ces faisceanx en contact avec le sang des cavités qu'ils circonscrivent ne sont pas très-nettement limités, c'est-à-dire ne sont pas tapissés d'une memhrane ni partout recouverts par la matière amorphe grannleuse qui en fait partie; car on voit des éléments fihro-plastiques fusiformes, dont une portion fait saillie et flotte dans la cavité des aréoles avant qu'on ait exécuté aucune dilacération.

Aucune artère un peu volumineuse n'arrivait à la tumenr; elle ne recevait que des artérioles du tissu musculaire. Elle adhérait à un grand nomhre de petites veines, dont les plus grosses avaient le volume d'une plume de corheau, et qui toutes avaient l'aspect variqueux. Elles se perdaient dans le muscle auquel elles appartenaient. Plusieurs contenaient des caillots anciens, noirs, encore mous. On pouvait en pressant la tumeur faire refluer du sang de celle-ci dans ces veines sans qu'il fût possihle de voir si les aréoles du tissu morhide

(1) Depuis la rédaction de ce travail, M. Verneuil a présenté à la Société de Biologie une tumeur du foie ressemblant à la précédente, mais un peu plus grosse et de structure très-analogue, ainsi que j'ai pu le constater sur une partie de la pièce que je dois à son extrême obligeance. Comme ce fait lui appartient, je n'en fais mention que pour montrer que celui dout je parle ne doit pas être considéré comme exceptionnel.

---

blent à deux remparts lerrassés. A leur pied reposent les deux châteanx neufs dout la blancheur contraste avec le sombre azur de la mer. A gauche se présentent les îles d'Imbros et de Samothrace, toujours verdoyantes; à droite s'élève l'Ida; derrière nous se distiuguent uue foule d'îles confusément mêlées an milieu de la mer comme les arbres dans les forêts. Mais à peine sommes-nous entrés dans le canal que la scène chaoge, et il nous semble rouler sur un fleuve tranquille et doux comme la Loire.

Je ne puis quitter la Troade sans faire remarquer la rare exactitude dout sout empreints les détails et les renseiguemeots géographiques fouruis par l'Iliade. Homère à la main, on suit aisément toutes les manœuvres, toute la stratégie des Grecs, dans cette fameuse guerre de dix ans.

Ainsi, par l'inspection des lieux, même superficiellement faite, on voit que les Grecs débarquèrent avec leurs mille vaisseaux, qui n'étaient que de simples barques, à l'embouchure du Simoïs, qui descend du haut du mout Cotylas, une des sommités de l'Ida, et va se jeter dans les Dardanelles, entre le cap Sigée et le cap Rhétée; qu'ils tirèrent leurs barques à terre, en les disposant sur deux lignes à cause du peu d'étendue do rivage, et qu'ils assirent leur camp eutre ces deux lignes en les liant l'une à l'autre par un mur en terre flanqué de tours de bois. Aux deux flancs ou aux deux extrémités opposées étaient le quartier d'Achille et celui d'Ajax, aux mêmes lieux où l'on montre eocore leurs tombeaux, et au milieu le quartier d'Ulysse et la tente d'Agamemoou où se tenait le conseil des Grecs.

Je m'arrache à ce sujet qui, je l'avoue, ne doit pas avoir pour ceux qui n'oot pas vu ces lieux le même intérêt que pour moi, et je reutre dans l'Hellespout. Nous passoos devant les châteaux armés d'Europe et d'Asie, devant la pointe de Nagara où s'élevait jadis la ville d'Abydos. Vis-à-vis Abydos et sur la côte d'Europe était Sestos.

Abrégeons eocore : laissons sur la rive européenne le ruisseau d'Ægos-Potamos, prés de l'embouchure duquel se livra une bataille navale, restée fameuse, et sur la rive asiatique les côteaux de Lampsaki, toujours couronnés de vignobles.

Il est trois beures moius un quart, la musique se fait eutendre; nous sommes tous joyeux, et nous avons déjà oublié les petites misères de vingt-deux jours de traversée.

Nous mouillons devant Gallipoli.

Émile Cordier.
Médecin-major au 27e régiment de ligne.

— Nous tenons de source certaine qu'on élabore en ce moment un projet concernant le recrutement de médecins civils pour être attachés à l'armée de la Porte Ottomane.

Il serait question de faire ce recrutement parmi les docteurs en médecine, d'une part, et d'autre part parmi les élèves des Facultés non reçus docteurs.

---

communiquaient directement par des trous avec ces veines ou avec quelques branches d'un demi-millimètre, qui s'enfonçaient dans la tumeur. Ayant pu fendre deux de ces veines dilatées, je n'ai vu à leur face interne que des orifices réguliers, par lesquels refluait le sang lorsqu'on pressait la tumeur.

V. — TUMEURS LYMPHATIQUES.

Je signalerai enfin des *tumeurs érectiles* lymphatiques; je n'en ai jamais disséqué, mais j'ai vu sur un homme de 50 ans un cas de tumeur des lymphatiques du gland, qui comprimées par le prépuce pendant l'érection, formaient en se dilatant, sur le côté du frein, une tumeur demi-transparente, arrondie, bosselée, du volume d'un gros pois. Il est possible que des tumeurs de ce genre se rencontrent ailleurs. La minceur de la muqueuse qui couvre celle-ci porte à croire qu'elle pourrait se rompre durant le coït dans certaines conditions de disposition des organes sexuels femelles, ce qui pourtant n'est pas encore arrivé au sujet qui porte cette tumeur.

CHIRURGIE PRATIQUE.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LES DÉVIATIONS ET L'ABAISSEMENT DE L'UTÉRUS; par M. le docteur BAIZEAU, médecin de la gendarmerie d'élite.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

TROISIÈME CLASSE. — DÉVIATION OU ABAISSEMENT, AVEC COMPLICATION D'UNE AUTRE LÉSION DE L'UTÉRUS.

Toutes les affections de l'utérus peuvent se compliquer de déviations ou d'abaissement; celles que l'on rencontre le plus fréquemment avec les déplacements utérins sont : les engorgements du corps et du col, les catarrhes de l'utérus, les granulations, excoriations et ulcérations du col. Les polypes produisent ordinairement, lorsqu'ils sont volumineux, des abaissements, des prolapsus; les tumeurs fibreuses ou autres, développées autour de l'utérus, lui font également éprouver des déplacements quelquefois très-considérables. Mais il me suffit de signaler ces dernières complications, qui ne doivent pas nous arrêter, la déviation ou l'abaissement n'étant alors que fort secondaires, je m'occuperai spécialement des déviations avec engorgement, catarrhe utérin, granulations ou ulcérations du col.

De toutes ces complications, la plus fréquente est l'engorgement du corps de l'utérus. Il est très-peu de cas de déviations avec troubles pathologiques où il n'existe pas. Ces engorgements, soit idiopathiques, soit symptomatiques, sont évidemment de nature fort diverse. Tantôt c'est une simple congestion, tantôt une inflammation chronique, quelquefois une hypertrophie. Les uns s'accompagnent de douleur lorsqu'on presse l'utérus et même sans pression; les autres supportent la palpation sans déterminer la moindre souffrance. Cette division en engorgements douloureux et indolents est surtout fort importante à noter pour le traitement.

Les engorgements qui se montrent conjointement avec les déviations ont été diversement envisagés au point de vue symptomatologique, parce qu'on n'a pas assez étudié le rapport étiologique qui existe entre les engorgements et les déviations. Un fait qu'il importait d'abord d'éclaircir, est celui-ci : les engorgements sont-ils primitifs ou consécutifs aux déviations? Cette question est, je l'avoue, assez difficile à résoudre par l'expérience, car ces deux affections reconnaissent les mêmes causes, existent presque toujours ensemble, et lorsqu'on est appelé auprès des malades, il est fort rare qu'on puisse voir la succession de leur développement; mais, à défaut de l'observation, la théorie peut nous renseigner assez exactement. Que nous dit-elle? C'est qu'un utérus volumineux, hypertrophié ou engorgé, dont le poids est augmenté, doit tirailler ses ligaments suspenseurs et tendre à descendre directement en bas ou à basculer en avant, en arrière, ou à s'infléchir sur son col si celui-ci reste fixe.

Ainsi un engorgement sans déviation préalable, et on en rencontre un grand nombre, a donc, par le seul accroissement du poids de l'utérus, de la propension à se dévier. Si on prend maintenant une déviation simple ou un abaissement, aperçoit-on quelques causes qui puissent amener l'engorgement? Il est certain que la circulation est gênée dans les renversements étendus et principalement dans les flexions, au niveau du coude que fait le corps avec le col, et qu'il peut en résulter une modification dans la nutrition utérine, une congestion passive; mais, dans ces cas, si l'engorgement survient, il sera toujours très-léger.

Une cause que je reconnaîtrais volontiers comme beaucoup plus efficace pour l'engorgement, est la mobilité. Ce ballottement, ce froissement continuels de l'utérus doivent nécessairement susciter une excitation fort grande vers cet organe, et par suite une congestion ou une hypertrophie ou même une vaste inflammation. Ainsi, théoriquement, on peut conclure que les engorgements avec déviation sont tantôt primitifs, tantôt consécutifs, mais que ces derniers sont beaucoup plus rares que les premiers, et en cela je sais que je me trouve en désaccord avec M. Valleix, qui professe une opinion tout opposée.

Chez d'autres malades, l'engorgement est borné au col, qui est volumineux, mou ou induré, quelquefois de consistance normale. Comme les engorgements du corps de l'utérus, ils peuvent être primitifs ou consécutifs; seulement ils sont peut-être plus souvent consécutifs, non pas qu'on puisse faire intervenir ici le trouble de la circulation ou la mobilité; mais par suite de la déviation, le col porté, par exemple, en arrière, est froissé par le passage des matières fécales; est-il abaissé, le pénis vient le contondre et l'irriter.

Il est une variété de déviations, les flexions, qui, je suis du moins disposé à le croire, reconnaissent quelquefois pour cause déterminante un engorgement du col. Ne peut-on pas supposer que, dans les engorgements qui s'accompagnent d'un ramollissement de tout le col jusqu'à sa base, l'utérus, pressé par le poids des intestins qu'il supporte, refoulé dans les différents efforts qui se produisent dans la défécation, dans l'émission des urines ou dans d'autres circonstances, a une tendance à s'infléchir sur le col, qui n'est plus assez solide pour le maintenir dans son axe.

Maintenant, dois-je chercher à prouver combien est actif le rôle que jouent les engorgements dans la symptomatologie utérine? Il me suffira de rappeler ce que chacun a pu observer : qu'en dehors des déviations, il est des engorgements indolents qui n'accusent aucun trouble, n'agissant que physiquement à la manière de beaucoup de tumeurs fibreuses, et qu'il en est d'autres douloureux, s'accompagnant de souffrances très-grandes et d'accidents nombreux. Il doit inévitablement en être ainsi pour les engorgements avec déviations, et j'espère rester dans le vrai en disant que, sauf quelques cas dont j'ai parlé plus haut, c'est à cette complication qu'il faut attribuer le plus grand nombre des phénomènes morbides qu'on a lieu alors d'observer; c'est-à-dire que, à part quelques exceptions, l'engorgement est le fait principal; la déviation n'est que secondaire, tout en concourant cependant par elle-même à augmenter les accidents et à en produire quelques-uns qui lui sont propres. Il est inutile d'ajouter qu'à ces deux causes de perturbations, il peut s'en joindre une troisième, la mobilité, dont j'ai déjà fait connaître l'influence.

CONSIDÉRATIONS THÉRAPEUTIQUES. — C'est en tenant compte des trois sortes d'accidents que je viens de relater, et en appréciant l'influence de chacune d'elles comme cause et effet pathologique que tout le traitement des déviations ou de l'abaissement utérin doit être établi.

On a généralement fait usage, contre ces affections, de deux sortes de médications : l'une basée sur des moyens mécaniques, l'autre sur l'action physiologique des médicaments. Un mot sur chacune d'elles; je suivrai, pour ces considérations thérapeutiques, les divisions déjà établies.

1° *Déviation et abaissement simple.* — Dans les déviations et l'abaissement simples, sans manifestation extérieure, on est naturellement disposé à ne rien faire, et en supposant que l'on voulût instituer un traitement, peu de femmes, n'éprouvant aucune souffrance, voudraient s'y soumettre.

En réalité, l'utilité en est fort contestable, car s'il est vrai que la déviation ou l'abaissement peuvent augmenter, que des engorgements se montrent quelquefois consécutivement, dans une foule de cas, ces affections conservent le même degré d'innocuité pendant toute la vie. Mais si le déplacement est très-prononcé et accompagné de douleurs dans les lombes, dans les aines, de difficultés dans la marche, etc., il faut agir, et l'indication se tire de la forme de la déviation. Dans l'abaissement ou le prolapsus de l'utérus, on relèvera cet organe avec un pessaire, et on emploiera de préférence celui de M. Gariel, qui est plus souple, moins irritant et s'adapte mieux aux parties, étant susceptible de changer de volume à volonté.

Dans l'antéversion et la rétroversion, on a toujours eu en vue, dans les différents moyens proposés jusqu'ici, de redresser l'utérus, ce qui généralement est peu facile. Divers moyens ont été mis en usage; on a modifié en tous sens la forme des pessaires : les uns ont pensé qu'en embrassant le col on pourrait maintenir le corps utérin dans sa direction normale; d'autres ont fait fabriquer des pessaires plus bombés du

côté du renversement, de manière à refouler l'organe déplacé et à le redresser. M. Hervez de Chégoin a essayé d'agir directement sur le corps de la matrice à l'aide de pessaires en cuillers. Quelques chirurgiens ont, pour la rétroversion, conseillé de lutter contre le déplacement à l'aide d'un corps volumineux placé dans le rectum, tel, par exemple, qu'une vessie en caoutchouc vulcanisé. Tous ces moyens ont été malheureusement le plus souvent insuffisants, et s'ils ont réussi, ce n'est qu'exceptionnellement, aussi sont-ils à peu près complétement abandonnés, sauf le pessaire et la ceinture hypogastrique qui a été également préconisée dans toutes les variétés de déplacements. Toute nouvelle médication en apparence rationnelle devait donc être acceptée; aussi, en 1849, un bon accueil fut fait, en France, au redresseur de M. Simpson, par un grand nombre de médecins en tête desquels s'inscrivit M. Valleix, qui l'a modifié et le plus utilisé. Mais cette méthode, encore à l'état d'essai, et qui a vécu sans grande contestation pendant cinq ans, vient d'être attaquée à son tour. Doit-elle continuer à vivre ou est-elle destinée à disparaître de la thérapeutique? Il est assez difficile, actuellement, de prévoir son avenir. Cependant, avant que cette question soit tranchée, mon observation est déjà assez complète pour avancer que l'application du redresseur doit tout au moins être très-restreinte, si toutefois on doit le conserver dans le cadre thérapeutique, et je m'appuie premièrement sur ce que ce moyen n'est pas sans danger, puisque M. Valleix lui-même a vu à sa suite des métrorrhagies, des phlegmons péri-utérins, même la péritonite; secondement, sur ce que l'on a exagéré l'importance des déviations comme effet pathologique, et qu'on leur a attribué des phénomènes qui appartiennent à la mobilité ou à d'autres complications. Il reste bien encore quelques points susceptibles de discussion; on pourrait demander comment une tige placée dans l'utérus pendant quelques jours, voire même *vingt-quatre heures seulement*, peut redresser ces organes renversés, infléchis, et amener une modification telle dans leurs parois et leurs ligaments, que la guérison soit radicale et qu'il n'y ait plus de récidive. Mais nous nous contenterons d'enregistrer ces faits. Les redresseurs seront-ils toujours aussi heureux? Il ne faut pas en répondre. Combien de médications, triomphantes à leur début, sont tombées dans l'abandon le plus complet, pour n'avoir pas tenu leurs premières promesses.

Le redresseur n'existant plus, le médecin ne se trouverait pas sans ressources pour combattre les déviations. Il resterait le pessaire. M. Gariel, dans un mémoire récemment présenté à l'Académie de médecine, nous apprend qu'il a pu, à l'aide de ses pessaires à air, obtenir d'excellents résultats, non-seulement dans l'abaissement, mais dans les renversements. En effet, le pessaire soulevant l'utérus, généralement abaissé en même temps qu'il est renversé, soutient cet organe, s'oppose aux tiraillements des ligaments ronds, fait cesser les pressions qu'il occasionne sur la vessie, le rectum, et diminue même le renversement. M. Valleix, de son côté, vient dernièrement de conseiller l'emploi simultané du pessaire et du cathétérisme utérin dans la rétroversion; seulement, tandis que M. Gariel applique le pessaire de manière à soulever simplement l'utérus, M. Valleix le place en arrière du col de façon à remplir l'excavation vaginale qui existe entre le col et le rectum. Le pessaire a-t-il ainsi une plus grande efficacité? M. Gariel avoue avoir vainement essayé de remplir l'indication que se propose M. Valleix en modifiant son pessaire de différentes manières; de guerre lasse, il est revenu à l'usage du pessaire globuleux, qui lui a rendu les mêmes services, tout en offrant une plus grande facilité dans son application.

Pour les inflexions dépourvues de mobilité et de toute complication, la thérapeutique est assez pauvre; toutefois on doit se rassurer en pensant que le plus souvent ces affections ne déterminent aucune perturbation. Les seuls agents curatifs dont on dispose sont le pessaire uni au cathétérisme ou le redresseur. Le pessaire à air peut à lui seul apporter du soulagement, s'il y a un certain degré d'abaissement; mais si les accidents tiennent principalement à la flexion, le moyen est insuffisant; alors le cathétérisme utérin, pratiqué tous les jours ou tous les deux jours avec une sonde laissée quelques minutes en place, pourra parfois procurer une amélioration notable. Si j'ai une certaine défiance du redresseur, il n'en est pas ainsi pour le cathétérisme, qui a beaucoup moins d'inconvénients et dont l'on dirige facilement l'emploi suivant la susceptibilité individuelle; non-seulement il peut à la longue redresser, mais il a l'avantage de faire disparaître les névralgies du col, qui quelquefois sont la seule cause des souffrances. En se rappelant les heureux résultats que l'on obtient du passage de la sonde dans les névralgies du col de la vessie, on est porté naturellement, par analogie, à avoir confiance dans ce procédé pour les affections semblables du col utérin. Quant au redresseur, je ne pourrai que répéter ce que j'en ai dit plus haut.

2° *Déviation ou abaissement avec mobilité anormale.* — Ici l'indication thérapeutique découle des effets morbides dont j'ai accusé la mobilité anormale d'être la cause productrice, et il est positif que c'est pour y avoir satisfait sans le désirer et tout en méconnaissant la cause morbide, qu'on a souvent obtenu des succès de moyens employés dans d'autres vues. Ces moyens sont le pessaire et la ceinture hypogastrique. Quel est leur mode d'action? Le pessaire agit en soulevant la matrice de bas en haut, la refoule contre les intestins, qui pressant sur elle plus activement, la maintiennent dans une assez grande fixité. Telle est, si je ne me trompe, l'opinion de M. Chassaignac. Mais si on remarque que les ligaments ronds sont mis en même temps dans le relâchement, on est en droit de se demander si véritablement l'utérus est immobilisé et s'il n'est plus susceptible de mouvements. Chez les personnes dont les parois du ventre sont fermes et soutiennent convenablement les intestins, il est possible d'admettre que ces viscères, refoulés par le pessaire, contiendront assez bien l'utérus; mais chez celles qui ont des parois abdominales flasques, sans résistance, se laissant très-facilement distendre par les organes internes, l'utérus ne trouvera dans les intestins qu'un appui insuffisant, et ballottera comme avant. Le pessaire sera donc impuissant contre la mobilité utérine avec relâchement considérable des parois abdominales, et utile dans les cas où celles-ci offrent une résistance et une élasticité assez fortes.

La ceinture hypogastrique a été préconisée par un grand nombre de médecins pour soulager les malades atteintes de déplacements et d'engorgements utérins; on l'a employée croyant qu'elle avait pour effet de soulever le paquet intestinal et de soulager l'utérus de ce poids; s'il peut en être ainsi pour quelques femmes à ventre très-proéminent et tombant en avant sur le pubis, il est des cas où son action est tout autre. M. Chassaignac, rejetant cette interprétation, pense que la ceinture agissant d'avant en arrière refoule les intestins en partie vers le diaphragme et en partie vers le plancher du petit bassin, et que cette dernière pressant sur l'utérus s'oppose à son ballottement. Depuis mes premières recherches sur les déviations, peu satisfait de l'opinion des auteurs, j'ai de mon côté adopté une explication à peu près semblable; j'ai supposé que la ceinture donnait aux parois du ventre une plus grande résistance, diminuait la capacité abdominale, et en définitif avait pour effet général de chasser les intestins vers le petit bassin. Partant de cette idée, j'ai été bientôt conduit à voir que le plus souvent la ceinture hypogastrique ne remplissait qu'incomplètement le double but qu'on doit se proposer : *augmentation de la résistance des parois abdominales et diminution de la capacité du ventre.* Chez les femmes dont les muscles abdominaux ont conservé toute leur énergie, de manière à réagir avec force contre les viscères qui tendent à les repousser en dehors, la ceinture hypogastrique suffit; il n'est besoin que de rétrécir légèrement l'abdomen pour que les intestins soient assez fortement comprimés et qu'ils puissent prêter un appui solide à l'utérus. Mais chez les personnes dont les parois abdominales n'ont plus de ressort et se laissent distendre par les intestins la ceinture hypogastrique est inefficace, elle rétrécit trop peu le ventre; les intestins, au lieu d'être refoulés vers le petit bassin, se portent souvent en haut, et alors l'utérus conserve sa mobilité. J'ai pensé que, dans ces cas, on obtiendrait mieux d'une ceinture en coutil, embrassant tout le ventre et se serrant à volonté, qu'elle aurait le double avantage de rétrécir la capacité abdominale et de rendre aux parois la résistance qu'elles ont perdue, si nécessaire pour le maintien des viscères. Ainsi que je l'avais prévu, plusieurs malades auxquelles j'ai conseillé ces ceintures s'en sont très-bien trouvées. En outre, ces ceintures abdominales sont moins dispendieuses que celles hypogastriques et moins gênantes. Enfin, dans les cas de déviations avec engorgement douloureux de la matrice, on rencontre des femmes qui ne peuvent pas supporter la ceinture de Hull, les douleurs étant augmentées, tandis que la ceinture abdominale n'offre pas cet inconvénient.

Il est une remarque qui n'a pas été faite et qu'il importe de noter, c'est que les ceintures non-seulement ne font que soulager et ne guérissent pas, mais elles peuvent encore augmenter le déplacement et surtout l'abaissement en faisant presser de haut en bas les viscères sur l'utérus. Si le pessaire immobilisait dans tous les cas, il est certain qu'il serait préférable à la ceinture quoiqu'il soit plus gênant pour les malades, parce que chassant l'utérus de bas en haut, les ligaments sont relâchés et peuvent peu à peu, comme tous les tissus mis dans le relâchement, revenir sur eux-mêmes et se raccourcir; de telle sorte qu'après un laps de temps plus ou moins considérable, la guérison soit de l'abaissement, soit d'un renversement, a lieu, et la cure étant radicale, le pessaire devient inutile et peut être retiré. Mais dans les cas où le pessaire est insuffisant, il est un moyen d'arriver à ce même résultat : *immobilisation et guérison radicale.* Il faut associer le pessaire et la

ceinture abdominale. Le pessaire placé, on serre modérément le ventre avec la ceinture, diminuant ou augmentant sa constriction jusqu'à ce qu'on ait obtenu l'immobilité de l'organe gestateur.

3° *Déviation ou abaissement avec complication d'une autre lésion utérine.* — Je ne parlerai ici ni de corps fibreux ni de polype, ni de dégénérescence cancéreuse; il ne s'agit que de l'engorgement, du catarrhe utérin, des excoriations et des granulations du col.

Le traitement conseillé par les médecins a varié suivant l'importance attachée à chacun des éléments pathologiques qui se rencontrent avec les déplacements. Lisfranc combattait exclusivement l'engorgement, persuadé qu'en le guérissant l'utérus revenait à sa position normale. M. Valleix s'attaque à la déviation : l'engorgement, suivant ce praticien distingué, disparaissant quelques mois après le redressement de l'organe dévié. M. Gariel, pour qui toute la symptomatologie est dans l'abaissement, prétend que l'utérus étant soulevé par un pessaire l'engorgement se dissipe de lui-même. Chacun apporte son mode de traitement, mais personne ne précise les cas où il doit être appliqué et ceux dans lesquels il faut s'abstenir; chose cependant indispensable si on veut éviter les accidents et limiter le nombre des insuccès. Voici ce que m'a fourni l'observation.

Dans les engorgements avec sensibilité de l'utérus, le redresseur, le cathétérisme augmentent l'inflammation; le pessaire est également mal supporté, il accroît la douleur et les autres phénomènes morbides. La ceinture hypogastrique est elle-même souvent une cause de souffrance plus grande. La première indication qui se présente est donc de combattre cette complication avec laquelle aucun moyen mécanique n'est applicable. Celle-ci détruite, la maladie se trouve ramenée à un déplacement simple que l'on attaque par la médication appropriée. Si à cette complication se joignait une mobilité anormale, la ceinture abdominale est le seul moyen d'immobilisation à employer jusqu'à ce que l'engorgement soit dissipé ou amélioré. Dans l'engorgement utérin indolent, le pessaire est avantageux; il soutient l'utérus, relâche les ligaments distendus, rend la circulation de ces parties plus libre, et peut ainsi non-seulement s'opposer à un prolapsus ou à un renversement plus considérable, mais faciliter le dégorgement de cet organe. S'il y a mobilité, on y joindra une ceinture abdominale ou hypogastrique. C'est aussi dans ces cas que le cathétérisme utérin, le redresseur peuvent être utilisés, si les autres moyens ont échoué.

Dans les déviations compliquées d'ulcérations, de granulations ou d'engorgements du col, le pessaire doit être rejeté, le contact d'un corps étranger étant toujours très-nuisible. Les catarrhes utérins s'exaspèrent pareillement sous leur influence et en sont une contre-indication. Jusqu'ici je n'ai mentionné dans le traitement que les agents mécaniques; ce sont ceux auxquels on a généralement attaché le plus de valeur. Il était naturel de traiter des lésions physiques par des moyens analogues. Mais il en est d'autres empruntés à la thérapeutique physiologique qui ont sur les déplacements et sur leurs complications une influence positive et qu'il importe d'utiliser seuls ou conjointement avec l'autre mode curatif. Je me bornerai à énumérer les principaux, connus, du reste, de tout le monde; ce sont les injections vaginales froides et astringentes, les bains froids, les bains de mer, les bains sulfureux, les affusions froides, les douches lombaires vaginales et hypogastriques dont M. Fleury a retiré à Bellevue d'excellents effets. Cette médication a pour résultat de donner plus de ton aux tissus, de combattre le relâchement des ligaments utérins et du vagin, de régulariser la circulation, et en modifiant l'état général, de s'opposer à ces congestions qui ont une tendance continuelle à se faire vers l'utérus. C'est principalement dans les cas compliqués d'engorgement que ces affusions froides et ces douches sont utiles; on trouve là un des résolutifs les plus puissants; mais elles ne doivent être employées, s'il y a une certaine sensibilité de nature inflammatoire, qu'avec la plus grande prudence, car une excitation trop forte ramènerait bientôt un état aigu. Je ne doute pas que dans les catarrhes utérins on n'en retire également de très-bons effets. Les eaux de Vichy en bains et en boissons ont aussi une influence avantageuse. Suivant M. Durand-Fardel, elles agissent peu par elles-mêmes pour guérir l'affection totale, mais elles modifient heureusement l'économie et rendent par cela même l'emploi des autres médications beaucoup plus efficace.

D'après les considérations dans lesquelles je suis entré, on peut, je crois, voir que la thérapeutique des déviations et de l'abaissement utérins est moins pauvre qu'on le dit. Si différents agents fort utiles sont abandonnés ou peu utilisés, c'est qu'en général on n'a pas assez distingué les différentes indications et contre-indications que je viens de passer en revue, et qu'on n'a pas tenu compte des complications, confondant dans un même traitement des altérations semblables pour la forme, mais distinctes dans plusieurs points importants.

Reste une question à résoudre : la guérison radicale est-elle possible? J'y ai déjà en partie répondu, en parlant du pessaire; j'ai montré comment les ligaments ronds pouvaient revenir sur eux-mêmes et ramener la matrice dans sa position première, faisant ainsi disparaître des prolapsus, même des renversements. Quant aux inflexions, leur guérison radicale s'obtient, suivant M. Valleix, par le redressement mécanique. En dehors de ce moyen, il est difficile d'expliquer qu'elle puisse avoir lieu; mais ce qu'il ne faut pas ignorer, c'est que l'utérus est un de ces organes qui ont une fonction dont la période est limitée et qui s'atrophie insensiblement comme les testicules et les mamelles après sa cessation. Il en résulte que passé 45 à 50 ans, la nature tend à faire elle-même les frais de la guérison, la matrice devient plus légère, les ligaments se rétractent, et la mobilité et les déplacements disparaissent, les engorgements eux-mêmes, à moins qu'ils ne soient symptomatiques, peuvent à la longue se dissiper. Aussi est-il rare de rencontrer des femmes âgées se plaignant de déviations. Suivant M. Chassaignac qui a toujours en vue le ballottement utérin, cette rareté proviendrait de l'embonpoint que les personnes prennent en vieillissant; un tissu adipeux abondant venant alors remplir le petit bassin, immobiliserait l'utérus et ferait cesser les souffrances. Je répondrai à cette supposition en disant que j'ai rencontré la mobilité anormale chez des femmes fort replètes. En effet, si la graisse en matelassant les parois de l'excavation pelvienne rend les frottements plus doux, elle n'est jamais assez considérable pour maintenir l'utérus dans une grande fixité, elle peut tout au plus limiter très-légèrement l'étendue des mouvements.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS

(Suite.)

IV. ARCHIV FUR PHYSIOLOGISCHE HEILKUNDE.

Publié par le professeur VIERORDT.

Les deux premiers cahiers de l'année 1853 contiennent : 1° *Observations cliniques et anatomiques sur les maladies de l'Égypte;* par le professeur Griesinger. 2° *Sur la possibilité de changer la direction du courant galvanique dans les préparations faites avec des grenouilles;* par le professeur Valentin. (Expériences électro-physiologiques.) 3° *Sur l'origine du nerf grand sympathique;* par le professeur Volkmann. 4° *Sur les médicaments spécifiques;* par le docteur Frey. (Travail théorique sur l'action des spécifiques en général et sur celle du sulfate de quinine en particulier.) 5° *Expériences sur quelques circonstances qui influent sur la vitesse du cours du sang;* par le professeur Hering. 6° *Notes pour servir à la connaissance du mode d'action de l'eau;* par le docteur Falk. 7° *Méthode exacte pour l'analyse du sang;* par le docteur Zimmermann. (Indication des précautions à prendre pour obtenir des résultats exacts.) 8° *Sur les signes caractéristiques de l'urémie;* par le docteur Schottin. 9° *Productions confervoïdes sous les ongles;* par G. Meissner. 10° *Fragments pour servir à l'histoire de l'endosmose;* par le professeur Buchheim. 11° *Sur les maladies de la peau produites par des parasites;* par le docteur Gudden. 12° *Sur la resection dans la suppuration des surfaces articulaires;* par le professeur Roser. 13° *Réflexions physiologiques sur le miasme et la contagion;* par le docteur Clemens. 14° *De l'influence des nerfs sur les vaisseaux de la langue;* par le docteur Schiff.

OBSERVATIONS CLINIQUES ET ANATOMIQUES SUR LES MALADIES DE L'ÉGYPTE; par le professeur GRIESINGER.

Les études du professeur Griesinger embrassent un intervalle de dix-neuf mois, d'octobre 1850 à mai 1852; elles comprennent des observations cliniques et des recherches d'anatomie pathologique faites à l'hôpital de Casr-el-Ain, situé sur la rive droite du Nil, à une demi-lieue du Caire. Cet hôpital peut contenir 1,000 malades; le nombre de ceux-ci, pendant le séjour du professeur Griesinger, varia entre 300 et 700.

Dans les deux premiers articles du travail que nous allons analyser, M. Griesinger rend compte des affections typhoïdes et commence la description des fièvres intermittentes.

Les affections typhoïdes qu'il a observées au Caire se groupent, suivant l'auteur, sous trois formes qu'il appelle iléo-typhus, broncho-typhus et typhoïde-bilieuse.

La première forme est caractérisée par la localisation de l'affection dans les glandes de Peyer; la seconde par la prédominance des symptômes pectoraux; la troisième est une forme complexe dont la localisation est très-variable et à laquelle l'auteur consacre le plus de détails.

L'iléo-typhus est la forme la plus rare au Caire. Sur 1,087 malades, 200 furent affectés de typhus et 15 seulement présentèrent la forme en question. De ces 15 malades, 13 guérirent, 2 moururent. L'auteur fit l'autopsie de 4 autres individus morts dans d'autres cliniques. Il constata les altérations des plaques de Peyer ordinaires à cette maladie. Parmi les symptômes, il observa la roséole, les pétéchies, la miliaire, celle-ci dans 9 cas. La bronchite se montra chez tous les malades sans exception, il y eut un seul cas de parotidite. Le traitement varia suivant les symptômes; en général, la médication fut simple. L'auteur se loue beaucoup des ventouses scarifiées sur la poitrine; leur application diminuait l'intensité de la bronchite et agissait d'une manière favorable sur la marche de la maladie.

La seconde forme, que l'auteur appelle broncho-pneumo-typhus, est caractérisée par un état fébrile continu qui n'est pas toujours en rapport avec les lésions locales, par des vertiges, une grande prostration qui se change souvent en un véritable état typhoïde, par la bronchite et par une tuméfaction plus ou moins considérable de la rate. Les principales lésions cadavériques portent sur les voies aériennes, sur un état du sang différent de celui qu'il présente ordinairement dans les inflammations aiguës des organes respiratoires, sur une lésion assez fréquente de la rate et des glandes mésentériques, sans infiltration des plaques de Peyer.

Il y eut, à la clinique, 63 cas pouvant se rapporter à cette forme; sur ce nombre, 4 moururent. L'auteur donne l'anatomie pathologique détaillée de 3 de ces derniers auxquels il ajoute 5 autres cadavres provenant d'autres services.

La presque totalité des malades appartenait à la race des Fellahs; un Allemand et un Italien sont les seuls Européens qui aient été atteints de cette forme du typhus. Au nombre des principales causes, l'auteur range une alimentation uniforme et détestable, un travail pénible, la malpropreté et l'extrême insalubrité des habitations.

Dans cette forme du typhus, l'auteur conseille surtout l'emploi des moyens diététiques. Les ventouses scarifiées sur la poitrine, les fomentations froides sur la tête, les lotions avec de l'eau vinaigrée, les boissons acides, quelquefois un léger purgatif salin au début, composent à peu près l'ensemble des moyens thérapeutiques employés par M. Griesinger.

La forme morbide que l'auteur appelle typhoïde bilieuse est surtout remarquable par la multiplicité des localisations, tellement qu'il serait impossible de la caractériser par une dénomination tirée du siége de la maladie. Elle appartient à ces affections graves dans lesquelles une multitude de fonctions sont pour ainsi dire troublées simultanément et qui s'accompagnent de lésions dans un grand nombre d'organes. Elle a été en partie décrite dans d'autres climats sous les dénominations de fièvre rémittente des pays chauds, fièvre bilieuse inflammatoire, typhus ictérode et même comme fièvre jaune.

L'auteur a eu à traiter 132 cas de cette forme d'affection typhoïde, sur lesquels 25 sont morts. Il consacre un grand nombre de pages à la description très-circonstanciée des symptômes, qu'il partage en plusieurs stades, quoique souvent cette distinction soit difficile à faire. Nous nous bornerons à signaler une violente céphalalgie, une fièvre continue très-intense, du délire, la tuméfaction de la rate, l'ictère, l'état soporeux, etc. Parmi les éruptions cutanées, la roséole est extrêmement rare, les pétéchies ont été observées dans les 2/5 des cas; l'herpès et l'exanthème miliaire assez souvent.

La durée de la maladie variait de dix à quatorze jours; quelquefois elle se prolongeait jusqu'au trentième jour. Cette maladie ne se montre presque jamais dans les classes moyennes et élevées de la société; elle paraît résulter principalement d'une mauvaise alimentation, de la malpropreté, du défaut d'aération, etc. Un fait assez remarquable, c'est qu'à la clinique du professeur Griesinger, il ne s'est pas trouvé un seul Européen qui en fût atteint, quoiqu'il ne faille pas en conclure que les Européens en soient toujours exempts.

L'auteur jette un coup d'œil général sur les lésions anatomiques, qu'il caractérise de la manière suivante. C'est la rate qui est le plus souvent affectée; rarement elle est simplement tuméfiée, ordinairement elle offre de l'inflammation. Les lésions les plus fréquentes consistent ensuite dans un travail catarrhal ou exsudatoire de la muqueuse gastro-intestinale, dans une infiltration bilieuse et quelquefois dans une légère tuméfaction du foie. Il y a moins souvent gonflement inflammatoire des reins, infiltration des glandes mésentériques, catarrhe ou croup dans le pharynx et dans le larynx, catarrhe des bronches, phlegmasie des poumons, léger travail d'exsudation sur les membranes séreuses, hémorrhagies internes sous forme d'ecchymoses, anémie remarquable dans la plupart des tissus. Ajoutons encore la couleur ictérique de la peau, de la conjonctive, des parties intérieures ou au moins de la fibrine du sang, qui manque rarement chez les sujets morts pendant le fort de la maladie. La roideur cadavérique était faible et durait peu de temps; la putréfaction survenait promptement.

Après cette indication générale, l'auteur décrit en détail les lésions des divers appareils, puis il expose l'ordre de succession suivant lequel ces lésions se produisent, afin d'arriver à caractériser la maladie dans son ensemble. La fièvre typhoïde bilieuse peut être alors regardée comme le résultat d'un ensemble de troubles morbides dont les uns dérivent de l'affection de la rate et les autres de la maladie des reins. Le sang qui revient de chacun de ces organes glanduleux est chargé de produits de sécrétions pathologiques et infecte toute l'économie.

Les premiers malades furent soumis à un traitement expectatif et symptomatique: diète, boissons mucilagineuses, saignées, acides minéraux, quelquefois des purgatifs (calomel, sel amer). Ce traitement eut de mauvais résultats, ce qui détermina l'auteur à employer la quinine, que la tuméfaction constante de la rate semblait indiquer. La quinine produisit de très-bons effets et devint alors la base du traitement.

Nous nous bornerons à ce coup d'œil général sur le remarquable travail du professeur Griesinger; il aurait fallu, pour en donner une idée plus complète, entrer dans des détails que ne comporte pas une simple revue.

L'auteur fait remarquer que les affections typhoïdes de l'Égypte, considérées en grand et dans leur ensemble, rappellent certaines formes de typhus observées en Angleterre et en Écosse.

SUR L'ORIGINE DU NERF GRAND SYMPATHIQUE; par le professeur VOLKMANN.

Les expériences de Budge sur les mouvements de la pupille après l'isolement d'une rondelle de la moelle épinière avaient conduit ce physiologiste à admettre que le grand sympathique naît de cette dernière. M. Volkmann combat cette conséquence. M. Budge sépare la moelle au-dessus de la première paire de nerfs thoraciques et au-dessous de la deuxième paire, il isole par des lamelles de verre la rondelle séparée et l'irrite avec l'électromoteur de Dubois; aussitôt on voit les pupilles se dilater. Si l'on coupe les racines postérieures des paires de nerfs isolés et qu'on irrite leur bout périphérique, les pupilles ne changent pas, tandis qu'elles se dilatent quand on irrite les extrémités centrales de ces nerfs.

Ces expériences intéressantes dit M. Volkmann, semblent indiquer que les fibres nerveuses qui déterminent la dilatation de la pupille naissent de la moelle épinière, mais elles ne constituent pas une véritable preuve de cette origine. En effet, les fibres en question pourraient naître d'un ganglion, se rendre dans la moelle en traversant les racines postérieures, et ressortir par les racines antérieures pour se rendre vers l'iris. D'un autre côté, l'expérience de Budge n'est pas exempte d'imperfection, car l'isolement à l'aide des lamelles de verre ne saurait être regardé comme complet. D'ailleurs, en supposant même que quelques fibres destinées à l'iris proviennent du cordon rachidien, cela ne prouve pas que le grand sympathique tout entier naît de ce cordon.

Pour montrer combien il faut se tenir en garde contre des généralisations trop hâtives, M. Volkmann rapporte une expérience qu'il a faite sur la tanche. On sait que les intestins de la tanche sont composés de muscles striés et répondent par des secousses aux excitations mécaniques, comme les muscles volontaires. On fit, sur une tanche, la section de la moelle derrière le crâne, on mit à découvert le cœur, les intestins et deux rameaux du nerf vague. Quand on irritait l'un de ces rameaux, le cœur cessait de battre; quand on irritait l'autre, on produisait un mouvement violent de l'intestin, tandis que l'excitation galvanique de la moelle ne déterminait aucune contraction, l'intestin restait parfaitement immobile. Faut-il en conclure, dit l'auteur, que, chez tous les vertébrés, les mouvements péristaltiques de l'intestin sont indépendants de la moelle? La conclusion serait évidemment trop générale. Ainsi, quand on produit des mouvements péristaltiques par l'irritation de la moelle épinière, chez des animaux qui présentent ces mouvements alors même que la moelle n'est pas irritée, on ne peut rien en déduire de général; il faudrait pouvoir auparavant expliquer la cause des mouvements péristaltiques spontanés et les distinguer de ceux qui sont provoqués par l'irritation de la moelle.

La question de l'origine du grand sympathique, dit M. Volkmann, n'est donc pas résolue par les expériences de M. Budge.

EXPÉRIENCES SUR QUELQUES CIRCONSTANCES QUI INFLUENT SUR LA VITESSE DU COURS DU SANG; par le professeur HERING.

Les travaux de M. Hering sur la vitesse du cours du sang remontent à l'année 1828; ils ont été publiés dans le JOURNAL DE PHYSIOLOGIE de Tiedemann et Treviranus; la seconde série d'expériences a été faite de 1827 à 1832 et publiée dans le cinquième volume du même recueil. Dans le présent article, M. Hering décrit son procédé opératoire, qui ne diffère pas essentiellement de celui qu'il employait dès l'origine et donne les mêmes résultats; la solution de prussiate de potasse injectée dans une jugulaire revient à l'autre jugulaire au bout de 20, 25 ou 30 secondes, après avoir passé par le cœur droit, les poumons, le cœur gauche, l'aorte antérieure, les artères de la tête et du cou. La durée de ce mouvement circulatoire déterminée par le calcul varie dans le cheval entre 2 et 3 minutes; elle est donc cinq à sept fois plus forte que celle qu'indique l'expérience. C'est cette différence qui a engagé M. Hering à étudier les circonstances qui sont de nature à influer sur la vitesse de la marche du sang. Il a cherché d'abord à constater l'influence qu'exerce sur la rapidité du courant sanguin l'ouverture de la seconde veine jugulaire. Dans les expériences ordinaires, l'ouverture des deux veines était simultanée; dans ses nouvelles expériences, l'auteur attendit, pour ouvrir la seconde veine, le temps à peu près nécessaire pour l'arrivée du prussiate de potasse; il n'a généralement constaté qu'une différence de 5 secondes, en sorte qu'il regarde l'ouverture simultanée des deux veines comme influant très-peu sur la vitesse du courant.

M. Hering a cherché ensuite à établir, par des expériences, la vitesse du sang dans les capillaires, et il a choisi pour cela les capillaires les plus éloignés du cœur, ceux du pied. Cette vitesse est estimée à cinq secondes au plus. En troisième lieu, l'auteur a étudié l'influence que la soustraction du sang exerce sur la vitesse du courant. Dans six expériences où la perte du sang avait été modérée, il n'y eut pas de résultat; dans d'autres saignées plus considérables, la vitesse fut tantôt diminuée, tantôt augmentée. Le nombre des battements du pouls ne paraît pas non plus influer d'une manière sensible sur la vitesse du courant. Enfin l'auteur a expérimenté l'influence de la respiration, et il a aussi trouvé cette influence très-minime.

Comme résultat définitif, l'auteur fait remarquer qu'en faisant la somme de ses 41 nouvelles expériences, on arrive à une moyenne qui confirme ses premiers résultats, c'est-à-dire qu'on trouve toujours 30 secondes pour la vitesse du sang dans la moitié antérieure du cercle circulatoire, c'est-à-dire dans ce qu'on appelle la petite circulation.

FORMATION DE PRODUCTIONS CONFERVOÏDES SOUS LES ONGLES; par G. MEISSNER, étudiant en médecine à Goettingue.

On sait depuis longtemps que la peau extérieure, comme les muqueuses digestive et respiratoire est souvent le siége de productions végétales analogues aux conferves ou aux champignons élémentaires. L'article de M. Meissner donne la description d'une production semblable observée sous les ongles d'un homme de 80 ans.

Les ongles de ce vieillard étaient fortement voûtés, d'une ligne d'épaisseur, d'une couleur jaunâtre, çà et là tirant sur le brun et entièrement opaques; l'ongle de l'indicateur de la main droite était seul à l'état normal. Ayant placé sous le microscope des lamelles de ces ongles traitées par la potasse caustique, l'auteur aperçut un riche réseau de filaments confervoïdes étalés entre les cellules qui constituent la substance de l'ongle. Ce champignon ressemblait à celui du *porrigo lupinosa* et du *pityriasis versicolor*. Les filaments avaient une largeur de 1/900 à 1/700, quelquefois seulement 1/1000 de ligne. Au milieu de ces filaments articulés et ramifiés constituant le *mycelium*, l'auteur trouva les sporanges sous la forme de filaments plus gros, plus distinctement articulés et renflés en massue, et entre ces sporanges une multitude de granules verts représentant les spores. Ainsi cette production parasite s'était en quelque sorte incorporée à l'ongle et végétait dans son intérieur.

(La fin au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 29 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

DE L'INFLUENCE DES FRACTURES SUR LE DÉVELOPPEMENT DES OS CHEZ LES ENFANTS.

M. BAIZEAU présente sur ce sujet un mémoire qu'il résume en ces termes: Il y a environ huit mois, j'observai à la clinique de M. Guersant un enfant, de 4 à 5 ans, atteint de fracture de la cuisse consolidée, sans raccourcissement. Le petit malade ayant succombé au trentième jour de sa fracture, par suite d'une maladie intercurrente, on mesura, à l'autopsie, les deux fémurs pour vérifier leur longueur; ils étaient égaux à 1 millim. près; mais, après avoir scié longitudinalement le fémur fracturé, on fut tout étonné de trouver un chevauchement des fragments assez considérable. Comment expliquer un fait en apparence si anormal? L'interprétation la plus rationnelle était que, sous l'influence de la fracture, il y avait eu dans la circulation osseuse un surcroît d'activité qui, au lieu de borner sa sphère d'action au niveau de la rupture, s'était fait sentir sur toute la longueur de l'os et en avait exagéré le travail ostéogénique. En supposant cette explication exacte, il restait un point à élucider: dans toutes les fractures des enfants y a-t-il élongation plus grande de l'os brisé que de l'autre, ou le fait observé chez M. Guersant est-il exceptionnel? De nouvelles observations pouvaient seules répondre; mais il est rare de rencontrer des enfants mourant pendant le traitement d'une fracture, et, d'autre part, quelque soin que l'on mette à examiner sur le vivant les fractures consolidées, il est très-difficile de juger le rapport exact des fragments plongés au milieu du cal et de mesurer leur degré de chevauchement. Il fallait donc recourir aux expériences sur les animaux pour avoir une réponse immédiate. J'opérai sur des lapins, tous très-jeunes, n'ayant pas plus d'un à deux mois.

M. Baizeau énonce en ces termes les conséquences générales qui se déduisent de ces expériences:

1° Chez les jeunes lapins, les fractures qui s'accompagnent de déplacement et surtout de chevauchement excitent le développement des os brisés et amènent dans ces derniers un plus grand accroissement que dans les os semblables du membre opposé;

2° Les fractures sans déplacement ont une influence nulle ou très-bornée sur le développement des os fracturés.

M. Baizeau rappelle en terminant une particularité intéressante qui se rattache à la formation du cal chez les enfants. M. Malgaigne, dans ses recherches sur les fractures, est arrivé à cette remarque en opposition avec la théorie de Dupuytren sur le cal, que dans les fractures qui atteignent la substance compacte ou la diaphyse des os longs, les fragments, après la consolidation, ne sont jamais confondus, et qu'il existe toujours entre eux une ligne de séparation; la fusion, dit-il, n'existe que pour les os spongieux, tandis que dans le jeune âge la fusion est intime, même pour les fractures diaphysaires. Mais cette réunion ne se fait pas chez l'enfant comme celle des os spongieux de l'adulte. Chez ce dernier, il y a soudure par l'intermédiaire de la lymphe plastique épanchée entre les fragments. Chez le premier, le travail de réparation pour la fracture et le développement de l'os marchant ensemble, c'est-à-dire le périoste exsudant la lymphe plastique pour la confection du cal en même temps qu'il verse à la surface extérieure de l'os les éléments constitutifs des couches osseuses nouvelles, il en résulte que bientôt les fragments sont enveloppés par des lames continues formant les couches externes qui peu à peu se substituent aux couches anciennes disparaissant par absorption; de telle sorte qu'au bout de quelques mois, et un mois suffit chez les lapins, l'os fracturé a totalement été résorbé et remplacé par un os de nouvelle formation présentant ordinairement, au niveau où existait la fracture dans l'autre os, une légère exubérance produite par l'activité plus grande du périost dans ce point. (Comm.: MM. Flourens, Velpeau, Rayer.)

LIQUEUR HÉMOSTATIQUE.

M. HEYDRICH avait, il y a quelques mois, adressé un spécimen d'une *liqueur hémostatique* dont il ne faisait pas connaître la composition, mais qu'il annonçait avoir très-utilement employée dans divers cas chirurgicaux qu'il spécifiait; il adresse aujourd'hui la formule de cette liqueur, pour le cas où l'Académie voudrait en faire le sujet de quelques essais.

M. Velpeau est invité à prendre connaissance de cette communication.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 6 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre du commerce transmet:

1° Le rapport final de M. le docteur Viard, médecin des épidémies pour le canton de Montbard, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné depuis le 1er novembre jusqu'au 6 avril dernier, dans la commune de ce nom;

2° Une demande d'avis sur un fébrifuge indigène que M. Bouloumiès annonce avoir découvert; et sur divers autres remèdes;

3° Cinq tableaux de vaccination.

—M. BITTERLIN (de Saint Maur), soumet à l'examen de l'Académie une aiguille pour la suture avec les fils de plomb de Percy. (Comm.: M. Malgaigne.)

— M. REYDELLET, chirurgien de la marine, transmet le tableau des vaccinations pour les années antérieures à 1853, pour l'arrondissement de Saint-Denis.

— M. BROUILLET, de Blœsheim (Bas-Rhin), adresse une note sur l'application des ventouses scarifiées au traitement des fièvres paludéennes. (Comm. des succédanés du quinquina.)

— M. LERICHE (de Lyon) écrit, au sujet de la communication faite par M. Langlebert dans la dernière séance, qu'il a adressé il y a dix ans à l'Académie un mémoire sur ce sujet, où se trouve la description d'une seringue identique à celle de M. Langlebert. (Comm.: M. Gibert.)

— M. Henry (Napoléon), médecin à Arneville (Meurthe), adresse un travail dans lequel il propose diverses mesures hygiéniques qu'il croit utilement applicables à l'armée expéditionnaire d'Orient. (Comm. nommée pour le mémoire de M. Beyran.)

— M. Lepage, pharmacien à Gisors, adresse un mémoire sur l'emploi du raifort sauvage ou cran de Bretagne comme révulsif. (Comm. : MM. Guibourt, Desportes.)

— M. Eugène Marchand (de Fécamp) adresse une note sur une nouvelle méthode de dosage du beurre dans le lait. (Comm. : MM. Boullay, Bussy, Boutron.)

— M. Saucerotte (de Lunéville) adresse quelques documents sur l'action des eaux minérales, en réponse à la circulaire de l'Académie.

— M. Hullin (de Mortagne) adresse un mémoire intitulé : Cas rares de médecine pratique et maladies diverses dans lesquelles le tannate de quinine a été employé avec succès. (Comm. : MM. Requin, Gérardin.)

Le même médecin adresse en outre les états de vaccinations pour 1853, et un travail sur le cowpox découvert à Chartres en 1853. (Commission de vaccine.)

— M. Gaussail (de Toulouse) adresse une lettre dans laquelle il se propose de réfuter, en ce qui le concerne, le rapport de M. Depaul, qui aurait, dit-il, rapporté les faits qui lui sont propres d'une manière inexacte ou incomplète.

— M. le Président annonce à l'Académie qu'elle vient de perdre deux de ses correspondants, M. Marchal père (de Strasbourg), et M. Vidal père (de Bayonne).

Eaux minérales.

M. O. Henry lit, au nom de la commission des eaux minérales, un rapport sur la source dite des Dames, près Vichy ou Cusset (Allier).

D'après l'analyse qu'en a faite la commission, la composition chimique de l'eau de la source des Dames, loin d'avoir diminué depuis l'examen fait en 1850, a notablement augmenté, tant sous le rapport de l'acide carbonique libre qu'elle contient, que sous celui des *bicarbonates* alcalins terreux qui la minéralisent, ainsi que du fer surtout, auquel on attache à Vichy une certaine importance pour le traitement de certaines malades.

A l'aide d'expériences opérées sur 20 litres d'eau, il a été facile de reconnaître que l'iode et même le brome existent bien réellement dans l'eau, comme M. le rapporteur l'avait annoncé.

La commission conclut que l'eau de la source des Dames est une très-bonne conquête pour Vichy, et qu'elle viendra augmenter puissamment les ressources hydrothérapiques de cette importante localité. (Adopté.)

— M. O. Henry lit un deuxième rapport sur l'eau de plusieurs colonies de l'Algérie en réponse à la demande du ministre de la guerre, qui priait l'Académie de faire analyser, dans son laboratoire, un grand nombre d'échantillons provenant de résidus obtenus par l'évaporation opérée à Alger sur l'eau de beaucoup de sources de la province d'Oran, ainsi que de celle des diverses colonies de l'Algérie.

D'après les résultats obtenus, et qui sont indiqués dans le rapport, la commission reconnaît que, dans la presque totalité des eaux des colonies de la province d'Alger, c'est encore le chlorure de sodium qui domine, et dans quelques-unes même il est en proportions assez considérables.

La plupart de ces eaux pourront, dit M. le rapporteur, se prêter aisément aux usages domestiques. C'est là le point qu'on a voulu surtout rechercher dans ces analyses.

Toutefois, les eaux de quelques-unes de ces colonies, celles d'Aboukir, de Chesah, par exemple, celles surtout d'Aïn-Nouisy, ou de la source saline dite *sulfureuse*, située près de cette localité, sont assez chargées de principes salins et particulièrement de chlorure de sodium, pour être considérées comme des eaux minérales. En effet, la dernière renferme, par litre de liquide, jusqu'à 16 grammes de chlorure de sodium, et elle passe pour sulfureuse. Cette proportion de sel marin est plus de la moitié de celle contenue dans l'eau de la mer, et elle est presque égale à celle de quelques fontaines ou sources salées.

La commission a cherché vainement la présence de l'iode et du brome dans le résidu salin de ces dites sources. Dans la pensée que les moyens mis en usage pour la concentration ont pu faire disparaître ces principes, la commission propose de faire demander de nouveaux produits de la source salée ci-dessus désignée, en recommandant que l'évaporation ait lieu sur 25 ou 30 litres d'eau à laquelle on aurait ajouté préalablement 4 grammes par litre de carbonate de potasse très-pur (lavé à l'alcool) et reconnu exempt d'iodure et de bromure.

On pourrait aussi chercher l'arsenic dans ces résidus. Avec ces éléments, l'Académie de médecine pourrait compléter le travail et décider si les eaux des colonies d'Aïn-Nouisy et de Chisah peuvent prendre rang parmi les eaux minérales salées, et être employées soit en bains et boisson, comme agents thérapeutiques, ainsi que plusieurs de nos salines, ou être exploitées au point de vue de l'extraction du chlorure de sodium. (Adopté.)

Du traitement des déviations de l'utérus par les pessaires intra-utérins.

L'ordre du jour appelle la discussion sur le rapport de M. Depaul.

La parole est à M. Malgaigne.

M. Malgaigne, après avoir commencé par payer un tribut d'éloges à la manière dont M. Depaul a accompli son devoir de rapporteur, et au zèle dont il a fait preuve, s'exprime à peu près en ces termes :

Si M. Depaul, dit-il, s'était borné à démontrer que le redressement a été tenté empiriquement, sans diagnostic préalable, sans règle, sans indications précises, s'il avait cherché à prouver que ce traitement n'a pas l'efficacité qu'on lui attribue, et enfin qu'il a entraîné de graves accidents, je n'aurais rien eu à dire. Mais M. Depaul a été plus loin, et je regrette de trouver dans son rapport une rigueur qui fera tort à sa cause. Il a été jusqu'à dire que les manœuvres de redressement répugnent à la raison. Cela me paraît un peu fort. Un traitement qui a tenté M. Velpeau, M. Amussat, M. Simpson, M. Huguier et M. Valleix ne peut pas être considéré comme répugnant à la raison. M. Depaul a voulu établir que les faits invoqués par M. Valleix conduisent à une conclusion toute contraire. Il a ajouté qu'on s'est trompé en attribuant aux déviations des accidents qui ont habituellement une autre origine, que, dans la majorité des cas, il suffit de traiter les symptômes concomitants pour voir disparaître tous les accidents attribués à la déviation, et finalement, qu'il faut proscrire le redressement parce qu'il est inutile, impuissant et dangereux. Je sais bien que M. Depaul a fait quelques réserves ; ainsi il veut bien reconnaître que, dans quelques cas, le redressement a pu contribuer à la guérison. D'une autre part, il dit que *presque tous* les traitements par le redresseur ont échoué ; cette déclaration même impliquerait que dans quelques cas il a été efficace.

Enfin, M. Depaul ajoute que les traitements usuels réussissent le plus souvent, et qu'ils sont habituellement exempts de dangers. Il en résulterait donc que les moyens connus jusqu'à présent ne sont pas tous efficaces et que quelquefois ils ne sont pas exempts de danger, ce qui pourrait bien changer quelque peu la face de la question.

Mais des réserves ne suffisent pas et ne justifient pas les conclusions de M. le rapporteur. Ainsi le rapport est muet à l'égard des conditions dans lesquelles le redressement a eu du succès. Il y a des indications et des contre-indications. C'est ce qu'il aurait fallu spécifier ; il aurait fallu dire aussi dans quels cas, dans quelles conditions, et à l'aide de quel procédé le traitement a eu lieu lorsqu'il a été suivi de succès.

Enfin, pour terminer avec ces généralités, je dirai que, dans cette appréciation des faits et de la méthode de M. Valleix, M. le rapporteur ne s'est pas toujours montré suffisamment impartial ; il a été beaucoup trop absolu lorsqu'il a dit que toutes les observations de M. Valleix contiennent tous les éléments nécessaires pour justifier une opinion diamétralement opposée.

Il y a sans doute de grands inconvénients inhérents à la méthode de redressement utérin ; mais M. Depaul est encore ici trop exclusif, et il veut trop prouver.

Ainsi, d'après les renseignements que lui a fournis un médecin anglais, l'usage du redresseur aurait déterminé des fissures et des ulcérations du rectum, et pour toute garantie de l'exactitude de ces faits, il se borne à invoquer l'honorabilité du médecin de qui il tient ce fait. Mais plutôt que de se contenter d'une semblable garantie, n'eût-il pas fallu voir d'abord si le fait était possible, s'il était vraisemblable.

Je n'étais pas fâché de montrer qu'il faut se défier un peu de la première impression qu'a pu produire la lecture du rapport. Maintenant j'aborde le fond.

M. Valleix considère la déviation comme la principale cause de tous les accidents morbides de l'utérus, et c'est à la déviation qu'il adresse tous les moyens de traitement. M. Depaul, au contraire, croit que la déviation est étrangère à la production de tous les phénomènes morbides. Voilà donc deux doctrines entièrement opposées. Il s'agit ici d'une haute question de pathologie utérine, savoir quel est l'élément fondamental des maladies de cet organe. Il y a cinq ans, la question a été discutée dans cette enceinte à l'occasion du rapport de M. Hervez de Chégoin, sur un mémoire de M. Beau, ancien élève de Lisfranc. M. Beau, prenant le contrepied des opinions de son ancien maître, soutenant que les maladies de l'utérus sont toujours liées à une affection générale réagissant sur l'état local, et qu'il n'y a par conséquent à accorder que peu d'attention à cet état local. Cette opinion a été partagée par M. Gibert. Pour M. Hervez de Chégoin, les lésions de l'utérus, et en particulier les déviations, étaient la cause principale des symptômes. Une autre opinion a été soutenue avec éclat par M. Velpeau. Au lieu de l'engorgement dont il nie l'existence, M. Velpeau admet comme unique cause de toutes les maladies de l'utérus, la déviation, renchérissant encore à cet égard sur M. Hervez de Chégoin. Pour rendre à chacun ce qui lui appartient, il faudrait reconnaître que les excentricités du redressement de l'utérus dérivent directement de la doctrine de M. Velpeau. M. Valleix n'avait donc pas besoin d'aller chercher ses inspirations outre-Manche.

Une autre opinion a été soutenue par M. Bobert, qui fait jouer le principal rôle aux granulations. M. Huguier considère l'engorgement comme le phénomène principal. Enfin, dans un résumé qui a fait une grande et légitime sensation, M. Dubois a fait bon marché de toutes ces doctrines. Pour M. Dubois, le rôle de déviation est entièrement nul, les engorgements, les granulations ne sont que des épiphénomènes sans importance. Ainsi se trouvent ruinées les doctrines de MM. Velpeau, Robert et Huguier ; et à toutes ces doctrines, M. Dubois substitue celle qui fait jouer le principal rôle à la phlegmasie de la muqueuse utérine.

A cette époque, étant à l'hôpital Saint-Louis, je voulus examiner à mon tour la doctrine de Lisfranc, lorsque surgit cette discussion qui vint nous apprendre que le dissentiment sur cette question était beaucoup plus grand encore qu'on ne le croyait. Le résultat de cette discussion fut qu'il fallait se livrer à de nouvelles recherches. La question a-t-elle fait un pas depuis ? Le mé-

moire de M. Valleix et le rapport de M. Depaul prouvent qu'elle n'a pas fait un pas.

Examinant ce qu'il y a à faire pour éclairer cette question, M. Depaul reconnait qu'il y a trois choses à faire :

1° Voir si les femmes se portent bien avec des déviations utérines ;

2° Si la guérison des déviations est suivie de la cessation de tous les symptômes morbides ;

3° Si la guérison des affections utérines a lieu malgré la persistance des déviations.

La première question a été résolue par M. P. Dubois. M. Gosselin a trouvé 27 cas d'antéflexions sans aucun symptôme ; il en a été de même des antéversions. M. Depaul affirme avoir fait la même observation. J'admets que dans un grand nombre de cas, les déviations n'amènent aucun accident ; mais je ne puis admettre qu'il en soit toujours ainsi. A l'autorité de M. P. Dubois, j'en opposerai d'autres.

Mais les faits de MM. Gosselin et Depaul sont-ils bien pertinents ? Non. De ce que l'on a trouvé des antéversions chez des femmes qui ne souffraient pas, on en conclut que les antéversions ne font jamais souffrir. J'ai vu aussi des faits, et j'ai vu chez un grand nombre de femmes les déviations produire de la gêne et de la douleur.

Sur la deuxième question, M. Depaul a fait appel à l'expérience de tous. Nombre de fois, dit-il, il s'est aperçu que les accidents s'étaient dissipés pendant que la déviation persistait encore. J'ai vu moi-même trois fois des rétroflexions avec métrite chronique ; la métrite chronique ayant été seule traitée et guérie, la rétroflexion persistait, mais sans donner lieu à aucun accident. J'ai revu ces malades quelques semaines après, et la rétroflexion avait disparu.

A l'égard de la troisième question, savoir, si les affections utérines ont guéri sans qu'on ait traité la déviation, d'après l'énumération que fait M. Depaul, il y aurait toute la pathologie utérine à mettre sur le compte des déviations. M. Valleix aussi a mêlé indistinctement tous les symptômes de métrite, d'engorgement, de granulations avec ceux de la déviation. C'est donc avec beaucoup de raison que M. Depaul a dit que M. Valleix avait tout confondu. Mais M. Valleix lui répond, avec non moins de raison, qu'il faut lui prouver que les déviations n'étaient pas la cause principale des accidents ; et comme ils attribuent les mêmes phénomènes, l'un aux déviations, l'autre à la métrite chronique, sans plus de preuves de part et d'autre, il en résulte un conflit sans fin et sans issue.

M. Depaul cependant a compris qu'il fallait chercher à distinguer ces affections pour assigner à la déviation utérine son véritable rôle. Il cherche d'abord s'il y a une phlegmasie, un engorgement ou toute autre lésion organique ; s'il n'en trouve pas, il cherche s'il y a une névralgie ; et s'il ne trouve rien de semblable, il cherche enfin s'il est possible de rattacher les symptômes à une déviation. C'est là sans doute une méthode excellente. Mais sur quels signes M. Depaul fonde-t-il ce diagnostic différentiel ? Ces signes manquent. Il en est un cependant auquel M. Depaul attache beaucoup d'importance : la pesanteur de l'utérus. Mais lorsqu'on soulève l'utérus avec le doigt, ce n'est pas l'utérus qui pèse, mais la masse intestinale qui le recouvre.

Quant aux autres signes, on en va voir la valeur.

Dans la discussion de 1849, M. Gibert disait que les diverses modifications de couleur, de forme, de texture, de situation de l'utérus, auxquelles on attribuait alternativement toutes les maladies de cet organe, pouvaient exister sans qu'il y eût aucune maladie.

M. Velpeau, de son côté, faisait voir aussi que les plus grandes variations pouvaient exister dans l'état du col sans que la matrice fût pour cela malade.

M. Hervez de Chégoin déclarait que les engorgements qui accompagnent les déviations en sont souvent le résultat, et, loin de faire obstacle à la réduction, la réclament.

Pour M. P. Dubois, engorgements et déviations ne sont que des épiphénomènes, la phlegmasie étant le seul symptôme important.

Enfin, à entendre M. Gosselin, l'ulcération elle-même ne serait qu'un élément très-accessoire de la maladie.

Que résulte-t-il de là ? C'est qu'il n'y a en réalité aucun symptôme caractéristique, et qu'au lieu de s'attacher à tel ou tel symptôme, il faut envisager l'ensemble des phénomènes.

Cependant s'ensuit-il qu'on doive nier que les déviations puissent réellement donner lieu à des accidents et être la cause d'un certain nombre de maladies utérines ? Il est incontestable que les déviations peuvent donner lieu à des accidents. Il en est des déviations comme des hernies : on voit des sujets qui en souffrent beaucoup pendant que d'autres ne s'en aperçoivent même pas. Pendant que j'étais au bureau central, il m'est arrivé souvent de voir des femmes qui pouvaient à peine marcher et qui souffraient beaucoup ; on leur appliquait un pessaire, et elles se sentaient immédiatement soulagées. A coup sûr ces femmes n'avaient point de métrite. J'ai obtenu des résultats aussi prompts dans les cas d'antéversion, par la seule application de la ceinture hypogastrique, notamment chez une femme traitée à l'hôpital Saint-Louis, et qui avait été préalablement cautérisée, dans un autre service, pour une ulcération, sans qu'elle en eût retiré aucun profit. Je comprends très-bien comment, chez quelques femmes, il suffit du repos au lit pour dissiper les douleurs : ce sont des douleurs mécaniques ; mais il n'en est pas de même chez celles qui ont des catarrhes, des métrites. Dans ce cas, la ceinture hypogastrique, les pessaires, non-seulement ne guériraient pas, mais ils ne seraient pas supportés.

Enfin il y a des névralgies utérines ; une circonstance qui aide à les reconnaître, c'est qu'elles coexistent toujours avec des névralgies des parties supérieures du corps et principalement avec des névralgies intercostales ; ce qui les distingue, par parenthèse, des névralgies des annexes qui se compliquent ordinairement de douleurs névralgiques des membres inférieurs.

On comprendra qu'avec de semblables idées, je n'ai pu trouver tout à fait satisfaisante la critique des faits de M. Valleix.

Je tiens d'un de mes anciens élèves, M. Notta, que dans un cas de déviation l'application du redresseur utérin a produit une guérison immédiate, non de la déviation qui persistait toujours, mais des douleurs et des accidents qui l'accompagnaient. On trouve un cas analogue dans le rapport même de M. Depaul, bien qu'il l'interprète autrement. Enfin il n'est pas douteux que M. Valleix n'ait obtenu, dans un certain nombre de cas, un véritable succès. On remarquera seulement que la guérison des douleurs n'a pas toujours été accompagnée de la guérison de la déviation ou du moins de la persistance de cette guérison. Ne pourrait-on pas expliquer cette circonstance par la coexistence avec la déviation d'une névralgie du col, et ces névralgies n'auraient-elles pas guéri par le fait de l'introduction du redresseur, comme guérissent certaines névralgies dentaires en incisant le lobule de l'oreille ou les névralgies faciales en titillant la membrane du tympan ?

En résumé, voici, avec toutes les réserves nécessaires, les conclusions auxquelles je serais conduit :

1° Il ne faut pas proscrire le redresseur utérin d'une manière absolue ;

2° Il faut le réserver pour des cas rares et bien simples, sans irritation ;

3° Il ne faut pas le laisser séjourner à demeure ;

4° Il faut bien distinguer le cathétérisme simple du cathétérisme à demeure ;

5° Il faut même manier avec réserve l'hystéromètre ;

6° Par-dessus tout, il faut quitter l'empirisme, établir le diagnostic différentiel, obéir à des indications réelles, *savoir ce qu'on fait et pourquoi on le fait.*

La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

NOUVEAU PROCÉDÉ POUR LA CURE RADICALE DES HERNIES.

M. Maisonneuve présente un jeune homme auquel il a pratiqué avec succès la cure radicale d'une hernie inguinale gauche, d'après un nouveau procédé.

Ce jeune homme (Jean Jovignat), âgé de 22 ans, demeurant rue du Faubourg-Saint-Honoré, 158, était affecté depuis plusieurs années d'une hernie inguinale gauche, qu'il avait inutilement essayé de contenir par des bandages de différentes sortes. Désespéré de sa triste position, il vint à l'hôpital Cochin prier M. Maisonneuve de le débarrasser de ses infirmités, disant qu'il était prêt à tout entreprendre pour arriver à ce résultat.

Sa hernie était une hernie inguinale directe, qu'aucun bandage ne pouvait contenir.

En présence de ce cas difficile, l'habile chirurgien jugeant que tous les procédés connus seraient insuffisants, eut l'idée d'une opération nouvelle dont, quelques semaines auparavant, il avait discuté le principe avec un des chirurgiens les plus éminents de New-York, M. le docteur Dupierris.

Cette opération fut exécutée le 28 avril, en présence de nombreux élèves.

Le malade, étant couché horizontalement sur le dos, fut d'abord soumis au chloroforme. Quand le sommeil fut complet, M. Maisonneuve exécuta l'opération de la manière suivante :

A l'aide du doigt index de la main gauche, il refoula d'abord, comme un doigt de gant, la peau du scrotum dans le canal inguinal, puis dans l'abdomen, jusqu'à ce que l'extrémité du doigt pût venir faire saillie contre la paroi abdominale antérieure, à 3 centimètres au-dessus du canal (premier temps).

Saisissant alors son bistouri de la main droite, l'opérateur fit à la paroi abdominale, au-dessus du doigt index, une incision longitudinale d'un centimètre et demi d'étendue. Cette incision comprit la peau, le tissu cellulaire, les muscles abdominaux et le péritoine (deuxième temps).

A travers cette ouverture, la peau du scrotum, refoulée toujours par le doigt index, vint faire hernie et fut divisée longitudinalement dans une étendue de 2 millimètres (troisième temps).

Deux aiguilles, armées d'un fil simple, furent aussitôt passées à travers l'une et l'autre des lèvres de cette petite incision, qui fut ensuite agrandie d'un centimètre, de sorte que l'extrémité du doigt index gauche de l'opérateur sortait à travers. Dès lors, au moyen des aiguilles passées déjà dans les lèvres de l'incision faite à la peau refoulée du scrotum, M. Maisonneuve acheva l'opération en fixant les lèvres de cette incision à celles de l'incision faite à la peau de la paroi abdominale. Dix points de suture furent établis, pour donner à cette réunion toute la solidité désirable.

Alors seulement l'opérateur retira son doigt index de l'espèce de doigt de gant qu'il avait refoulé, et qui se trouvait transformé en un canal ouvert en bas sur les bourses, en haut sur la paroi de l'abdomen.

Aucun accident ne vint traverser le premier acte de cette opération ; la réunion se fit sans aucune difficulté, et dès le 8 mai, M. Maisonneuve commença à cautériser, avec le nitrate d'argent et l'acide nitrique, l'intérieur du canal cutané qui obstruait le canal herniaire.

Enfin, le 18 mai, quand les cautérisations eurent produit la destruction complète de l'épiderme dans le trajet du canal, M. Maisonneuve compléta son opération de la manière suivante :

Il incisa la peau du scrotum autour de l'espèce d'entonnoir qu'elle formait en bas, du côté des bourses, ce qui fit cesser la tension à laquelle était soumise la portion de peau refoulée, en permettant à celle-ci de remonter dans le canal. Enfin les lèvres de la vaste plaie circulaire qui résultait de cette inci-

sion furent réunies au moyen de la suture, de sorte qu'aujourd'hui le scrotum ne présente plus d'autre trace qu'une cicatrice linéaire.

Quant au résultat de l'opération, il est aussi parfait que possible : la hernie n'existe plus ; le scrotum a conservé sa forme et sa disposition normales, et de toute cette opération, si compliquée en apparence, il ne reste plus que des traces imperceptibles.

— M. Bégin présente, au nom de M. Gaëtano Giovanini, un appareil destiné à l'opération de la craniotomie.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DE LA PEAU ; par Alph. Devergie, médecin de l'hôpital Saint-Louis, etc. — Un vol in-8° de 740 pages, avec pl. color. — Paris, 1854.

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DES MALADIES DE LA PEAU ; par Maurice Chausit ; d'après l'enseignement théorique et les leçons cliniques de M. Cazenave. — Un vol. in-8° de 450 pages. — Paris, 1853.

Les classifications des dermatoses sont de deux sortes, celles qui ont pour but de faciliter le diagnostic, et celles qui prétendent grouper les maladies d'après leur origine, leur nature, leurs indications thérapeutiques. A considérer les choses au fond, cette dernière mérite seule le nom de classification, car la première n'est, à tout bien prendre, qu'un tableau artificiel pour aider à déterminer la maladie. Il nous semble que c'est là la vraie manière d'envisager les travaux de Plenck, de Willan et Batman et de leurs continuateurs Biet, Cazenave et Schedel, etc. Les classifications d'Alibert et de M. Baumès méritent au contraire leur nom, car elles s'enquièrent de la nature des différentes maladies de la peau, pour arriver à des vues thérapeutiques applicables à des groupes. On peut avancer sans crainte que la science, arrivée à un plus haut degré de développement, ne voudra pas de classification basée sur d'autres principes. Aujourd'hui malheureusement, nous pouvons entrevoir la vérité, mais nous n'avons pas assez profondément sondé les problèmes étiologiques pour déclarer l'avoir saisie et pouvoir la formuler. La classification d'Alibert et même celle de M. Baumès pèchent nécessairement parce qu'elles ont devancé les temps. Quelques-unes des classes admises par le premier méritent cependant encore notre considération, parce qu'elles sont naturelles ; ainsi, comme le fait remarquer M. Devergie, la catégorie des teignes contient sans doute des espèces anatomo-pathologiques de forme différente, mais se manifestant dans la jeunesse ou l'enfance, exigeant un traitement dirigé selon les mêmes principes et manié avec la même sollicitude pour la santé générale. Les différentes *fluxions* admises par M. Baumès constatent également des faits réels et font remonter à des ordres de causes auxquelles on ne saurait accorder trop d'attention. Mais, d'autre part, pour la facilité du diagnostic, ces classifications ne valent pas les divisions de Willan.

Celles-ci laissaient encore à désirer, même à leur point de vue, quand la maladie avait passé ses premières périodes, quand ses formes primitives s'étaient effacées. M. Devergie l'a très-heureusement complétée en traçant un autre tableau pour ces périodes avancées, pendant lesquelles précisément le médecin est le plus souvent appelé. Il établit d'abord une dichotomie première : maladies sécrétantes et non sécrétantes ; puis chaque grande branche se subdivise elle-même en rameaux ; ainsi les maladies sécrétantes donnent de la sérosité, de la sérosité purulente, de la sérosité purulente et sanieuse, du pus, de la matière grasse. Avec ces deux éléments de diagnostic, d'une part la sécrétion ou la sécheresse et les caractères de la sécrétion, et d'autre part la forme primitive, vésiculeuse, papuleuse, etc., la détermination de l'espèce devient beaucoup plus facile. Rendons pleine justice à qui de droit. Mais, somme toute, ces prétendues classifications ne sont que des méthodes artificielles comparables aux *flores*, sortes de dictionnaires qui mènent à la détermination des espèces sans rien apprendre sur les familles naturelles.

Le seul parti sage à prendre en de telles occurrences consiste à adopter la méthode artificielle de diagnostic, dans le but exprès d'arriver à celui-ci, sans négliger la classification naturelle comme source d'indications générales et d'applications thérapeutiques. C'est du reste ce qu'on fait en botanique, où, pour arriver à trouver le nom d'une plante inconnue, on procède comme Linné, en comptant les étamines et les pistils, sauf à la rapporter ensuite à la famille naturelle à laquelle elle appartient.

Nous avons vu le contingent apporté par M. Devergie au perfectionnement de la classification artificielle ; recherchons maintenant si la classification naturelle doit quelque chose d'utile et de nouveau aux deux auteurs dont nous faisons connaître les travaux. Après ces considérations générales sur les classifications et sur les progrès qu'elles doivent, à différents titres, à MM. Devergie et Cazenave, nous examinerons successivement et en particulier leurs ouvrages.

La classification de M. Chausit, qui est celle de M. Cazenave, dont il reproduit toutes les idées et représente fidèlement l'enseignement, semblerait au premier abord un intermédiaire entre la classification naturelle à laquelle doit tendre l'effort de la science, et les tableaux pour servir au diagnostic tracés par Plenck, Willan, Biet, etc. Or un intermédiaire est-il bien possible entre les deux ordres d'idées qui n'ont aucun point de contact ? M. Cazenave cherche ses caractères distinctifs dans les éléments de la peau qui sont affectés. Mais l'anatomie de la peau n'est pas encore arrêtée aujourd'hui ; des travaux nouveaux viennent renverser à chaque instant des travaux plus anciens. Si M. Cazenave a été heureux dans la recherche de l'élément où siégent quelques dermatoses, il n'a peut-être pas établi le fait avec assez de précision pour d'autres maladies de la peau. Enfin déterminer l'élément anatomique affecté, est-ce bien toujours déterminer la nature et la cause de la maladie ? Non, sans doute ; il faut aller beaucoup plus loin. Ainsi les efforts de M. Cazenave ont abouti à fixer avec plus de précision le siége anatomique de certaines dermatoses ; mais nous pensons que sa classification, transitoire quant à sa portée philosophique et même à son utilité pratique, repose en outre sur des données anatomiques dont il a tiré sans doute tout le parti possible, mais qui manquent encore aujourd'hui de la précision désirable pour fournir un solide fondement, et qui enfin ne diront jamais le dernier mot de la science.

Nous pouvons nous tromper dans cette appréciation, mais nous attendrons, pour revenir de notre opinion, que M. Cazenave nous ait démontré le contraire dans un traité qu'il promet, et qui contiendra une plus ample exposition et une discussion plus étendue.

Nous verrons, en analysant l'ouvrage de M. Devergie, que ce médecin a recherché la nature des diverses dermatoses, non plus en spécifiant leur élément anatomique, mais soit en les rattachant les unes à la classe commune des inflammations, soit en rangeant les autres près des affections nerveuses, soit enfin en cherchant à démontrer l'existence de certains groupes chez les individus à tempérament lymphatique ou à tempérament bilieux. Les idées de M. Devergie ressortiront de l'article spécial que nous lui consacrerons plus bas.

M. Devergie semble avoir bien compris, sans le dire explicitement, qu'il existe une grande différence entre un simple tableau artificiel pour la facilité du diagnostic, et une véritable classification. Il entre en matière en crayonnant une double table, dont l'une est établie d'après l'absence ou la présence et d'après la nature de la sécrétion, et dont l'autre, purement graphique, n'est que la classification de Willan perfectionnée ; mais, dans l'état imparfait de nos connaissances, il n'ose point tracer une classification naturelle d'après l'origine et l'essence des maladies, quoiqu'il la proclame la seule bonne. Il est curieux de voir que M. Devergie, celui des deux auteurs qui tire le plus d'indication de la nature de la maladie dans le corps de son ouvrage, distribue son sujet d'après la classification artificielle la plus improductive en elle-même, mais qu'il s'empresse à corriger cette stérilité de la division par des développements opportuns et par des chapitres destinés à des indications et à des principes généraux. Nous verrons bientôt que M. Chausit fait le contraire : il proclame hautement et applique hardiment et d'emblée une classification plus naturelle ; mais dans le cours de l'ouvrage, il tire beaucoup moins d'indications que M. Devergie de ce gonflement des dermatoses fondé tantôt vraiment sur leur nature, tantôt et plus souvent sur l'élément anatomique affecté. Bref, chez M. Devergie, la méthode naturelle est dans l'esprit et dans l'application, tandis que chez M. Chausit elle existe plutôt dans les lignes, dans la forme, dans la lettre.

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DE LA PEAU ; par Alph. Devergie.

L'ouvrage de M. Devergie tient plus que son titre ne l'indique, car il pourrait s'appeler à la fois théorique et pratique. Ses idées spéculatives sont de bon aloi. Quand la philosophie de la science n'est que la généralisation des faits, elle est toujours féconde ; or les idées générales émises par M. Devergie ne sont que le résultat d'une pratique étendue qui date déjà de quatorze années. Mais encore, si l'on veut fructueusement observer, faut-il débuter avec quelques principes et opérer selon certains procédés. Ces commencements n'ont pas manqué à M. Devergie. Les maladies de la peau étaient considérées comme une sorte de section séparée de la pathologie, et des idées aujourd'hui

vieillies leur supposaient une nature spéciale et les mettaient sous la dépendance d'un vice des humeurs, du principe dartreux. M. Devergie s'efforce de déspécialiser la dermatologie, de montrer que l'enveloppe cutanée est sujette à des affections de même nature que celles qui sévissent sur le reste de notre organanisme, et que la multiplicité de leurs formes n'a d'autres cause que la multiplicité des éléments organiques si complexes, si nombreux qui entrent dans sa composition. La démonstration de M. Devergie se range sous les chefs suivants : 1° la généralité des maladies de la peau a pour forme morbide l'élément inflammatoire, ainsi qu'on le voit dans la généralité des maladies des divers tissus ou organes de l'économie; les dermatoses sécrétantes et principalement suppurantes présentent tous les caractères de l'inflammation, mais il est également possible de retrouver ces signes, quoique moins prononcés, dans d'autres maladies, telles que le psoriasis, le favus, etc.; 2° les maladies de la peau peuvent être déterminées par toutes les causes qui produisent les maladies des autres tissus ou organes : causes physiques, causes morales, hérédité, climat, tempérament, constitution, âge, organisation spéciale de la peau; 3° les maladies de la peau suivent dans leur évolution la même marche, et présentent les mêmes terminaisons que les maladies des autres organes.

L'article intitulé : *Des causes des maladies de la peau* est certainement un des plus importants du livre, car c'est de lui que vont découler les indications thérapeutiques capitales. M. Devergie, ayant fait recueillir des notes précises sur 1,800 malades, est parvenu à pouvoir rattacher certaines affections de la peau à certaines conditions de l'organisme, congénitales, acquises ou passagères. Ainsi, au tempérament lymphatique sont liés l'impétigo, l'eczéma, l'intertrigo, et en général les dermatoses sécrétantes et suppurantes; au tempérament nerveux appartiennent le lichen et le prurigo; les sujets bilieux sont souvent affectés de taches hépatiques et de pityriasis; les chagrins et les mauvaises causes hygiéniques amènent le rupia, le pemphygus diutius, le purpura, le scorbut, les furoncles, l'ecthyma cachecticum. Ces simples énoncés ont déjà fait pressentir de larges classes naturelles de maladies de la peau, dont la thérapeutique ressortira d'un même genre d'agents médicamenteux. A ces classes il faudra en ajouter d'autres encore : par exemple il y a évidemment une indication bien spéciale pour les dermatoses, si diverses dans leurs formes, qui sont liées à l'inflammation, à l'embarras, aux névralgies de la muqueuse gastro-intestinale et aux maladies de l'organe sécréteur de la bile. La maladie mère guérie, les dermatoses disparaissent, de même qu'en modifiant les tempéraments excessifs lymphatiques ou nerveux, on favorise singulièrement la terminaison des genres d'affections de la peau qui en sont comme un des accidents. On voit qu'en reconnaissant l'élément inflammatoire dans la plupart des maladies de la peau, M. Devergie n'est pas conduit pour cela à la formule banale des antiphlogistiques. Un élément n'est point une maladie, et le thérapeutiste doit le considérer comme secondaire n indications quand le diagnostic et la pathogénie out montré que son rôle est également secondaire comme partie constituante. D'ailleurs la spécificité des inflammations introduit dans leur thérapeutique de nombreuses modifications, si bien qu'il arrive un point où les antiphlogistiques purs ne trouvent presque plus leur place, même à la première période, à la période d'acuité, principe dont l'application ne semble cependant pas avoir été assez largement suivie par l'auteur.

M. Devergie s'élève, comme M. Rayer l'avait déjà fait franchement, contre la routine de ceux qui, considérant généralement les dermatoses comme spécifiques, les attaquent toutes d'emblée par des moyens perturbateurs, excitants qui ont souvent pour résultat d'aggraver l'affection. On doit s'attacher d'abord à réprimer l'exubérance de ce molimen, de cet élément inflammatoire; puis on cherchera la cause première de la maladie de la peau, afin de guérir celle-ci en allant l'attaquer dans sa source.

La médication antiphlogistique se compose : 1° des antiphlogistiques purs, saignées, sangsues, lotions émollientes ou grasses, bains, etc.; 2° des résolutifs salins, gras et balsamiques, tels que sous-acétate de plomb, alun, camphre, etc.; 3° des dérivatifs; 4° enfin des modificateurs et des perturbateurs, au nombre desquels les caustiques doivent figurer sur un des premiers plans.

Cette première indication remplie, c'est-à-dire l'élément inflammatoire ramené dans de justes limites, le praticien instituera une thérapeutique dirigée contre les causes générales de l'affection de la peau. Nous arrivons ici à une partie vraiment originale du livre de M. Devergie. Quand ces causes résident dans la nature même du tempérament, c'est à celui-ci qu'il faut s'attaquer.

Sur 100 eczéma impétigineux, 85 se sont montrés sur des sujets lymphatiques; l'impétigo simple est peut-être davantage encore l'apanage de ce tempérament. D'autres dermatoses sont également liées au lymphatisme. L'indication est bien claire ici : les amers, les antiscorbutiques, les sulfureux, les toniques, le fer, l'iode, l'huile de foie de morue, l'arsenic, etc. M. Devergie catégorise ces médicaments si multipliés en deux classes : la première comprend les antiscrofuleux proprement dits, et l'autre est constituée par un seul agent, par le soufre qui n'est point un antiscrofuleux direct, mais un spécifique, un excitant général agissant surtout sur les fonctions digestives et sur l'enveloppe cutanée. La médication sulfureuse compte des moyens très-divers qui ont chacun leur indication. En voulant universaliser l'indication des sulfureux pour le traitement de toutes les maladies de la peau, on les a souvent compromis. Ils n'en restent pas moins des agents capitaux dans la thérapeutique des dermatoses; seulement il faut spécifier les cas auxquels ils sont applicables.

Si la médication antilymphatique a sous sa dépendance un grand nombre de maladies de la peau liées à un tempérament lymphatique, il est d'autres agents qui s'attaquent à une autre classe de dermatoses, aux papules, marchant presque toujours avec le tempérament nerveux et sec, soit que celui-ci existe à l'état de simplicité, soit qu'il se lie au tempérament sanguin ou bilieux. Ici les eaux sulfureuses sont plus nuisibles qu'utiles; mais on retire des avantages des eaux de Louesche, de Vichy, de Néris, de Bourbon-Lancy. Les principaux éléments qui entrent dans la médication complexe antipapuleuse, antilichénoïde, sont les alcalins et la teinture de cantharides que M. Devergie est parvenu à manier sans aucun danger chez l'adulte et chez l'enfant.

Nous nous attendions à trouver ici une médication antibilieuse, puisque M. Devergie a constaté que certaines maladies de la peau se lient au tempérament bilieux, mais il est probable que cette classe d'affections n'est ni très-nombreuse, ni bien positivement liée à ce tempérament, puisque l'auteur n'a pas cru devoir tracer cette division qu'il avait pour ainsi dire annoncée. Les alcalins devraient probablement jouer un rôle important dans cette médication, ainsi que le calomel, agent qui agit si puissamment sur la sécrétion hépatique.

Sous le nom de médication antisquammeuse, M. Devergie range l'arsenic et l'antimoine administrés à l'intérieur, et le goudron ainsi que l'huile de cade, appliqués à l'extérieur. La lèpre vulgaire, le psoriasis et le pityriasis sont les affections qui réclament surtout ces altérants.

Enfin, M. Devergie admet une cinquième médication, sous le nom de médication composée. Elle réunit souvent plusieurs des éléments qui figurent dans les quatre premières, sans compter certains agents empruntés, selon les besoins, à telle ou telle classe de la matière médicale.

Un chapitre sur les bains et les eaux minérales complète naturellement les développements accordés à la thérapeutique. M. Devergie y spécifie avec beaucoup plus de précision qu'on ne l'avait fait jusqu'ici les diverses indications remplies par les différentes eaux thermales.

M. Devergie multiplie trop peut-être les formes, donne des épithètes différentes à des apparences qui ne méritent pas toujours une appellation spéciale (1); il mêle des appréciations, voire même presque de la polémique à son exposition, ce qui fait quelquefois perdre à la méthode et distrait un peu l'esprit de l'examen successif des points capitaux, mode qui serait un défaut assez grave dans un traité élémentaire, mais qui n'entraîne que peu d'inconvénients dans un traité scientifique et pratique. Quelques observations servant de type ou relatant des faits propres à éclairer des points contestés, figurent aussi dans le livre de M. Devergie.

Un point de vue spécial, nouveau quant à l'étendue, auquel se place M. Devergie, a nécessairement multiplié les subdivisions et compliqué la nomenclature : nous voulons parler de ces espèces complexes formées par la coexistence, par la fusion de deux espèces en une résultante commune. Cette complexité peut non-seulement survenir à une époque plus ou moins avancée de l'évolution morbide, mais débuter d'emblée avec ces caractères, ce qui arrive fréquemment pour l'eczéma impétiginodes, forme complexe aussi commune que la forme simple. Plusieurs de ces formes mixtes avaient sans doute été aperçues avant M. Devergie, mais c'est à lui que revient le mérite d'avoir mis en relief la fréquence de ces combinaisons dans beaucoup d'autres cas où leur existence avait échappé.

---

(1) En voici un exemple, entre autres. L'honorable médecin de Saint-Louis a créé l'*herpes crétacé*, qu'il a observé *trois* fois pendant quatorze ans d'une pratique étendue et d'un très-nombreux service hospitalier. C'est dire que 49 médecins sur 50, et peut-être un nombre proportionnel plus élevé, ne le verront pas une fois en leur vie.

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DES MALADIES DE LA PEAU; par MAURICE CHAUSIT.

Cet ouvrage, comme son nom l'indique, est bien différent du premier. Destiné aux élèves et aux praticiens, il s'adresse à une classe moins relevée. Il a les qualités de sa destination : c'est, si l'on veut, un manuel étendu et complet, où les descriptions sont simples, claires, assez succinctes, élaguées de toute digression théorique ou critique, mais bien suffisantes pour guider au lit du malade.

M. Chausit distribue les dermatoses en huit groupes :

1° Les inflammations, qui comprennent l'érythème, l'érysipèle, l'urticaire, l'herpès, l'eczéma, le pemphygus, l'impétigo, l'ecthyma, le sycosis, qui constituent un premier groupe pouvant exister à l'état aigu et chronique; le rupia, la lèpre et le psoriasis, le pityriasis, formant un second groupe, ne pouvant exister qu'à l'état chronique; la roséole, la rougeole, la scarlatine, la variole, la vaccine, la varicelle, la miliaire, constituant le troisième groupe, ou groupe des éruptions spécifiques, groupe peu heureux et que M. Chausit aurait dû élaguer de son livre, car la science s'est bien nettement et universellement prononcée sur ce sujet : ces affections sont des pyrexies dans lesquelles la lésion cutanée n'est qu'un symptôme, qu'une localisation anatomique. M. Devergie a eu raison de ne pas accueillir ces affections dans son livre, mais nous pensons qu'il aurait pu aller plus loin encore, qu'il aurait dû rejeter aussi la pellagre, qui figure dans les ouvrages des deux auteurs. Enfin, le quatrième groupe des inflammations est formé des syphilides.

2° Lésions de sécrétions. Ce sont l'acné, le favus, lésions de la sécrétion follieuleuse; l'ichthyose et la pellagre, lésions de la sécrétion épidermique; l'albinisme, le virtiligo, la teinte bronzée, les éphélides, les nævi pigmentaires, lésions de la sécrétion de la matière colorante.

3° Les hypertrophies, qui comprennent l'éléphantiasis des Arabes et le frambæsia.

4° Les dégénérescences : éléphantiasis des Grecs, bouton d'Alep, kéloïde, lupus.

5° Les hémorrhagies : purpura.

6° Les lésions de la sensibilité de la peau : prurit, prurigo, lichen.

7° Les corps étrangers de la peau : gale, pédiculus, pulex.

8° Les maladies des annexes : alopécie, canitie, onyxis.

Sans doute le groupement de certaines dermatoses dans la classe des inflammations constitue une réunion naturelle d'affections de nature semblable, et dicte des indications générales bien catégoriques; mais il y aurait à discuter sur le plus ou moins de légitimité de l'annexion de quelques-unes de ces maladies cutanées à la famille des inflammations; resterait ensuite la question de la spécificité de ces inflammations, question capitale, car il y a autant de différence, au point de vue pratique et théorique, entre une inflammation spécifique et une phlegmasie commune, qu'entre une inflammation et une affection non phlegmasique.

La famille des *lésions de la sensibilité* est également naturelle; mais quelles indications générales peut-on tirer de celle qui, sous le nom de *maladies des annexes*, comprend l'alopécie, la canitie, l'onyxis, ou encore de celle qui, sous le titre de *lésions de sécrétions*, comprend le favus et le vitiligo, l'acné et l'albinisme, etc.? Aucune en vérité; ces familles peuvent être anatomiques, mais ne sont point naturelles.

Il nous a semblé intéressant de terminer cette analyse en comparant la manière dont quelques dermatoses ont été traitées de part et d'autre. Nous procédons ainsi bien moins dans le but d'établir un parallèle entre les deux ouvrages, que pour l'édification du praticien; en effet, si ce dernier trouve concordance, il acceptera volontiers les résultats auxquels sont arrivés MM. Cazenave et Devergie; mais s'il y a des points importants de désaccord entre deux écoles comme celles de ces deux maîtres, il ne se tiendra pas pour définitivement renseigné, et il attendra encore sagement le dernier mot à ce sujet.

Pour M. Chausit, le lichen est une névrose de la peau, une hyperesthésie *accompagnée* de papules qui ne sont que le résultat d'un état pathologique des papilles nerveuses épanouies et saillantes. M. Devergie combat ouvertement ces idées, mais il reconnaît que cette affection existe presque toujours chez les individus nerveux. Nous pensons qu'en effet il n'a point été établi avec quelque rigueur que les papules ne soient que les papilles nerveuses; mais il existe un fait bien favorable à l'opinion de ceux qui, rangeant le lichen et le prurigo parmi les névropathies, en font une hyperesthésie. Nous voulons parler de ces *prurigos sans papules*, cause d'incessantes et féroces démangeaisons, affection presque toujours rebelle aux traitements les plus variés, et qu'on a vu réduire vraiment au désespoir de malheureuses femmes, quand il siégeait aux parties génitales. M. Chausit fait très-naturellement rentrer cette affection dans l'espèce prurigo, puisque dans cette dermatose, comme dans le lichen, *les papules sont un simple accompagnement*, et ne sont conséquemment point essentielles; d'après les idées et la classification de M. Devergie, on peut se demander si cette affection est bien logiquement rangée par lui dans l'espèce prurigo comme il l'entend, espèce caractérisée, d'après lui, par des papules qui précisément manquent ici.

En la considérant de près, la classification, nous dirons plus, la détermination des espèces de la dermatologie, est encore pleine d'incertitude.

M. Chausit, fidèle aux déductions qui découlent naturellement des principes de M. Cazenave, institue, dans le lichen et le prurigo, les antispasmodiques et les antipériodiques comme médication principale, soient les pilules de meglin, les pilules d'aconit, le datura stramonium, le sulfate de quinine, les préparations arsenicales, etc. Au contraire, d'après M. Devergie, tant que l'élément inflammatoire qui joue un si grand rôle à son avis dans presque toutes les maladies de la peau, existe encore et présente une certaine intensité, c'est-à-dire dans tout lichen ou prurigo aigus, les antiphlogistiques sont ordonnés. Quant au traitement général, il consiste essentiellement dans les alcalins chez les individus à tempérament bilieux ou nerveux, et dans la teinture de cantharides pour les sujets lymphatico-nerveux. Les antispasmodiques et les antipériodiques, médication capitale et essentielle d'après M. Cazenave, ne sont pas même nommés par M. Devergie.

Assurément les vues théoriques ont eu une grande part à l'institution de ces deux traitements si différents; il est vrai que chaque école prétend avoir pour elle les faits, c'est-à-dire la vérité.

En présence d'une telle contradiction, il est sage d'attendre avant de se faire une idée définitive des affections prurigineuse et lichenoïdes. Les deux médications ne sont point, du reste, ennemies l'une de l'autre, car, même en adoptant les idées de M. Devergie, on trouvera encore l'indication des antispasmodiques chez les sujets nerveux que le prurit incessant causé par le lichen ou le prurigo, jettent dans l'insomnie, l'éréthisme, l'agitation, voire même dans le délire. Les sédatifs seront également indiqués dans ces circonstances.

La nature végétale, le parasitisme du favus, admis comme incontestable et définitivement prouvé par M. Devergie, sont rejetés par M. Cazenave qui fait de cette affection une simple lésion de la sécrétion folliculeuse. Assurément il ne peut pas y avoir une dissidence plus complète sur la nature d'une maladie. Dans un pareil état de choses, on ne peut certainement pas demander une classification reposant sur la nature des dermatoses.

Il serait trop long de continuer ce parallèle dont le résultat consisterait surtout, du reste, à élever des doutes dans l'esprit du lecteur.

Nous ne voudrions pas qu'on regardât cet article bibliographique comme une comparaison entre les deux écoles de MM. Devergie et Cazenave; nous analysons deux livres et non pas deux doctrines. M. Devergie est tout entier dans son important ouvrage, tandis que M. Cazenave n'est qu'en partie dans le livre bien fait et utile sans doute, mais élémentaire, de M. Chausit, autrefois son élève et aujourd'hui son confrère et gendre.

FELIX JACQUOT.

VARIÉTÉS.

— D'après l'avis public qui a été publié par M. le secrétaire de la Faculté, neuf candidats à la place de professeur de clinique externe ont fait acte de présentation : ce sont MM. Jobert, Michon, Maisonneuve, Gosselin, Richet, Huguier, Chassaignac, Giraldès et Morel-Lavallée.

— On lit dans la GAZETTE MÉDICALE DE LYON :

« M. le docteur Baumers, membre de la Société de médecine, ancien chef de la clinique d'accouchements, a été nommé chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, à la suite du concours ouvert le 8 mai dernier. D'après un arrêté, pris à l'unanimité par le conseil d'administration dans la séance du 19 juillet 1848, et d'après l'avis préalable des anciens chirurgiens-majors, la durée du séjour des chirurgiens de l'Hôtel-Dieu dans cet hôpital a été fixée à dix-huit ans au lieu de douze. Conformément à cette mesure, qui sera appliquée à MM. Barrier et Desgranges, M. Baumers entrera en fonctions comme aide-major le 1er janvier 1856; comme chirurgien-major, en 1862; comme chirurgien titulaire externe, en 1868. »

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE GÉNÉRALE.

INSTRUCTION MÉDICALE POUR L'ARMÉE D'ORIENT, ÉTABLIE OFFICIELLEMENT PAR LE CONSEIL DE SANTÉ DES ARMÉES DE TERRE.

(Premier article.)

Il est remarquable de voir que des hommes sérieux, élevés à nos écoles du Nord, quand ils sont venus à émigrer dans d'autres climats méridionaux, avec des idées médicales bien arrêtées et munis de notre nosologie septentrionale nettement tracée, ont été le plus souvent obligés d'avouer que ces guides ne leur suffisaient plus, et que les divisions nosologiques de l'école ne s'adaptent pas à ce nouveau règne pathologique. C'est qu'ils étaient en effet tombés dans un monde presque inconnu. Il est à la fois trop commode et trop expéditif de n'avoir qu'à appliquer ses connaissances acquises, pour que l'on s'impose de bon gré la besogne difficile et laborieuse de se refaire une pathologie, quand des faits réels et une urgente nécessité n'en font pas une obligation. Débarqués en Afrique sous l'empire des idées systématiques et des préceptes thérapeutiques de Broussais, avec la résolution préconçue d'y voir les mêmes maladies qu'en France, et d'y appliquer le même traitement, nous sommes tombés dans d'étranges et regrettables erreurs. Cet état de choses ne pouvait durer. On s'est bientôt aperçu que, dans ce nouveau milieu pathologique, il fallait s'éclairer de ses propres lumières, procéder avec ses propres recherches, et que les problèmes capitaux à la solution desquels convergent les efforts en France, ne sont plus d'un aussi majeur intérêt en Algérie, tandis que d'autres points, accessoires dans la mère patrie, se présentent au premier rang dans d'autres climats. Aussi est-il arrivé que, se détachant peu à peu des écoles françaises, l'Algérie a formé une école à part, suivant sans doute le mouvement scientifique général, mais opérant avec des matériaux différents, cherchant d'autres problèmes, se créant une pathologie et une nosologie selon ses besoins, c'est-à-dire appropriées au règne morbide du pays.

L'occupation plus récente des États pontificaux est loin d'avoir été sans enseignements. On avait dit *à priori* : sa géographie médicale doit être une moyenne entre celles de la France et de l'Algérie, de même que sa position sur les parallèles terrestres est intermédiaire à celle de ces deux climats. D'autre part, puisque le genre palustre y domine comme en Algérie, il était logique de partir de l'expérience acquise dans cette colonie, pour traiter l'endémo-épidémie à retour annuel régulier de l'agro romano, sauf à modifier ses principes et sa pratique quand on aurait pu saisir des différences ou au moins des nuances. Ces idées philosophiques étaient sages. Quand trois ou quatre endémo-épidémies se furent déroulées devant les médecins de l'armée, française et qu'ils eurent échangé leurs idées avec leurs confrères romains, ils s'aperçurent que la pratique africaine n'est point complétement et strictement applicable à Rome, parce qu'il n'y a pas identité parfaite entre leurs maladies. Bien plus, l'occupation romaine, en montrant avec toute leur évidence des faits qu'on ne saisit pas aussi aisément en Algérie, parce qu'ils sont moins saillants, précipita une métamorphose qui commençait à s'opérer timidement en Afrique dans la nosologie et dans la thérapeutique.

Nous avons fait ailleurs l'historique des vicissitudes doctrinales qui ont agité la pyrétologie algérienne (1). Naguère encore une synthèse anticipée avait confondu toutes les maladies endémo-épidémiques estivo-automnales en un seul genre, le genre palustre ou intermittent; avait rapporté toutes ces affections à une étiologie unique, au miasme des marais; avait enfin érigé un seul médicament en remède presque universel, le sulfate de quinine. Plus récemment, se sont manifestées des tentatives d'analyse, et quelques médecins ont tour à tour essayé de détacher de ce bloc indivis et confus quelques affections qu'ils ne considéraient plus dès lors comme des fièvres palustres, comme des fièvres à quinquina, mais comme des pyrexies continues.

L'occupation de l'Italie est venue confirmer ces idées. Il n'est plus permis de douter que l'époque endémo-épidémique ou estivo-automnale ramène chaque année non-seulement des fièvres palustres ou à quinquina, mais aussi d'autres affections qui n'ont ni cette origine ni ces exigences thérapeutiques, et qu'on a néanmoins trop longtemps considérées en Algérie comme des fièvres de malaria dans le traitement desquelles on croyait à tort ne pouvoir se passer de sulfate de quinine. Les *fièvres gastriques*, *nerveuses*, *gastro-rheumatiques*, *synoques*, etc., des Romains, tout artificielles qu'elles sont, n'en ont pas moins donné à réfléchir, et si on ne les a point adoptées, on s'en est servi du moins pour arriver à la vérité.

C'est sous le règne de ces nouvelles idées que la campagne d'Orient va s'ouvrir. Au lieu de cette trop commode formule longtemps suivie en Afrique : toute fièvre qui se manifeste dans la saison estivo-automnale est une fièvre palustre, et sans perdre son temps au diagnostic différentiel, il faut tout attaquer indifféremment par le sulfate de quinine; au lieu de cette formule, il faudra se poser des principes opposés, à savoir qu'il reste des inconnues à dégager, et que l'analyse doit chercher à isoler et à distinguer les espèces hétérogènes amalgamées sous le titre générique d'affections endémo-épidémiques annuelles.

Le caractère capital de la période actuelle, dans laquelle on entre très-timidement en Afrique, mais plus hardiment en Italie, c'est la division de l'endémo-épidémie en deux grandes classes de maladies, les unes intermittentes et palustres, dues à une condition accidentelle et amovible, au poison des marais, et curables par le sulfate de quinine; les autres continues, dues aux conditions essentielles et plus ou moins inamovibles du climat, à son régime météorologique, et favorisées par les vices de l'hygiène, affections qui ne reconnaissent pas le sulfate de quinine pour spécifique, et dont l'origine ne réside point dans les miasmes marécageux. Ces deux éléments morbides primordiaux se fusionnent souvent ensemble et constituent ainsi une résultante morbide complexe, une de ces *fièvres proportionnées*, comme disait Torti, qu'on avait presque entièrement perdues de vue en Algérie, tandis qu'il faut au contraire leur restituer leur importance, si ce n'est l'augmenter.

On connaît les discussions qui se sont élevées autrefois sur la nature des fièvres de la Dacie, qui répond à nos provinces danubiennes. Jo-

(1) Félix Jacquot, DE LA DUALITÉ DES AFFECTIONS ENDÉMO-ÉPIDÉMIQUES ANNUELLES DES PAYS CHAUDS PALUSTRES, etc. Lu à l'Acad. impér., séance du 2 août 1853.

FEUILLETON.

EXPOSITION PERMANENTE DES PRODUITS DE L'ALGÉRIE ET CONCOURS GÉNÉRAL AGRICOLE DE 1854.

S'il vous en souvient, nous vous avons conduits autrefois à l'exposition des produits de l'agriculture et de l'industrie nationales. Nous étions en 1849 (1). Si votre cicerone ne vous a pas semblé fastidieux, il se met de nouveau à votre service. Nous visiterons d'abord l'exposition permanente des produits de l'Algérie, rue de Bourgogne, n° 6; puis nous pousserons jusqu'au Champ de Mars, où bêtes à cornes, à laine et à lard s'alignent dans de royales écuries à côté des instruments aratoires et des machines inventées pour suppléer aux bras défaillants ou trop peu nombreux. Ces deux visites ne vous sembleront probablement pas bien médicales au premier abord; mais veuillez ajourner un instant votre arrêt. C'est un des privilèges de la médecine de se lier à tant de sciences, d'arts et d'industries, qu'elle trouve à butiner partout; et c'est une des missions du médecin, initié plus ou moins à toutes ces connaissances, de s'en faire le propagateur, surtout dans les campagnes où, avec le curé et quelques notables, il constitue le seul foyer de lumières du pays. A ce dernier titre, les efforts dans tous les genres utiles tentés par nos confrères méritent notre attention et appellent des encouragements. C'est en rendant des services de toute espèce que le médecin acquiert la confiance et le prestige qui en font non-seulement le guérisseur des maux physiques, mais aussi des souffrances morales, l'ami et le conseiller des familles, l'homme utile et bienfaisant entre tous.

L'exposition permanente des produits de l'Algérie est une heureuse création qui a pour but de faire toucher du doigt aux incrédules, toutes les belles et bonnes choses que notre colonie verse déjà à foison. La fondation des ANNALES DE LA COLONISATION ALGÉRIENNE, recueil mensuel vivement encouragé par les ministres de la guerre, de l'intérieur, de l'agriculture et du commerce, compléta la mesure et achève la propagation de la vérité. La GAZETTE MÉDICALE, dont les colonnes se sont ouvertes tant de fois aux défenseurs de l'Algérie (1), avait sans doute quelques droits à un bon accueil; mais le directeur de l'exposition, M. Bouvy, l'a traitée mieux encore qu'elle ne l'espérait. Non-seulement la GAZETTE a tout vu, mais elle a touché, manié, palpé et même emporté dans sa poche quelques menus objets dont elle avait besoin pour des analyses et des comparaisons faites dans le silence du cabinet. M. Bouvy ne s'endort point quiétement sur les monceaux de soie et de coton dont la seule présence en ces lieux assure la victoire à sa cause. Poussé par une ardente

(1) GAZ. MÉD., 1849, p. 529 et 609.

(1) GAZ. MÉD., année 1848, p. 311, 323, 683, 703, 763, 783, et année 1852, p. 757.

seph Frank, dans la première édition de son livre, les considère comme une maladie particulière; mais, dans sa seconde édition, il revient sur cette opinion, et confesse que ce sont des gastro-bilieuses appartenant à la classe des intermittentes. Mindererus nie, au contraire, qu'elles soient de nature intermittente, et s'appuie sur l'inefficacité du sulfate de quinine; mais J. Frank fait remarquer que ce médicament est héroïque quand on a eu soin de le faire précéder d'évacuants destinés à combattre l'état gastro-bilieux. J. Frank constate, en outre, que ces fièvres, d'abord rémittentes, peuvent se terminer tantôt par une continuité parfaite, tantôt par une intermittence marquée et par des accès rebelles. Tout cela s'explique à merveille en les considérant comme des proportionnées formées d'un élément continu ou climatique, et d'un autre intermittent ou palustre, éléments qui exigent chacun un certain ordre de moyens thérapeutiques, évacuants ou quinquina, et qui, s'unissant ou se disjoignant, produisent ces métamorphoses dans le type et dans la physionomie. En Algérie, ce grand principe de la dualité des affections endémo-épidémiques n'a point été formulé scientifiquement, mais il ressort de la pratique usuelle consistant, pour les fièvres dites rémittentes gastriques, dans les évacuants et dans l'emploi du sulfate de quinine; double thérapeutique suivie également à l'armée d'occupation des États pontificaux.

La multiplicité des éléments morbides, leur union fréquente pour constituer des maladies complexes, tel est le second point de vue auquel il nous semble que devront se placer nos confrères de l'armée d'Orient, s'ils veulent accélérer la régénération qui commence à s'opérer dans la pyrétologie des pays chauds et palustres.

Après avoir fait la part des deux grands genres morbides, miasmatique et climatique, il faudra s'enquérir si chacun d'eux ne se subdivise pas lui-même en plusieurs espèces. Or il semblerait que le premier est susceptible d'une dichotomie secondaire qu'on peut prévoir dès aujourd'hui.

La matière végéto-animale, avec prédominance de la première, quand elle est éparse dans les matériaux terreux ou diluée dans l'eau, constitue des foyers dits palustres, des laboratoires d'où s'exhalent les effluves producteurs des fièvres intermittentes. Mais la matière animale accumulée, condensée, ou encore l'agglomération des hommes dans un étroit espace privé d'une suffisante aération, sont une source de miasmes dont les effets bien différents semblent se traduire par des maladies putrides, la pourriture et la gangrène, le typhus, etc. Or ces amas putrescents de matières animales réunies et ces agglomérations d'individus vivants se rencontrent à un haut degré dans plusieurs régions de l'Orient, par exemple en Égypte et dans les provinces danubiennes. Aussi le conseil de santé des armées, après avoir compulsé de nombreux documents russes, français, etc., nous montre-t-il une fièvre particulière qui *paraît une forme de typhus*, se développant pendant l'été et emportant quelquefois le malade avec une très-grande rapidité, voire même en peu d'heures. Les Russes ont nommé cette affection *fièvre nerveuse*, et les Turcs *coup d'air* ou *hava-vourouchou*. Les quelques traits que nous en connaissons nous porteraient à penser que cette maladie n'est pas toujours *une*; que la congestion cérébrale ou la calenture de terre s'y mêlent quelquefois, et que la fièvre pernicieuse intervient peut-être aussi comme élément morbide, dans certaines circonstances. Mais le typhus semble y remplir communément un rôle principal.

En Égypte, sous l'influence des deux mêmes grands ordres de causes, on voit également se développer deux grandes manifestations morbides : les fièvres palustres, d'une part, et d'autre part des affections fort diverses qui semblent n'avoir rien de commun entre elles que le masque typhoïde. Dans un récent travail, où l'analyse des symptômes et l'anatomie pathologique sont traitées dans un fort bon esprit, le professeur Griesinger partage en trois classes ces affections à forme typhoïde : l'iléo-typhus, qui est notre dothinentérie, maladie rare en Égypte, et dont les lésions anatomiques sont les mêmes que chez nous; le broncho-pneumo-typhus, qui semble un vrai typhus avec prédilection de localisations pulmonaires, sans plaques dothinentériques; enfin la fièvre typhoïde bilieuse, affection fort commune en Égypte, dont les lésions si nombreuses et si variées ne résident point dans les glandules intestinales, et qui est probablement une climatique mêlée à l'élément palustre.

Que ces nouvelles appellations, que ces créations n'excitent point le sourire; la plupart sans doute sont provisoires et artificielles, mais quelques-unes aussi sont fondées sur la stricte observation. Elles dénotent, en tout cas, l'impuissance de nos idées doctrinales et l'insuffisance de nos cadres nosologiques dans ces régions, et la nécessité que chacun a sentie de se constituer presque de toutes pièces une pathologie en rapport avec les nouveaux milieux dans lesquels il observe.

Que nos médecins militaires n'abordent donc pas les provinces danubiennes avec cette idée stérile préconçue, qu'ils connaissent tout ce qui peut s'y présenter, et qu'ils sont en possession d'une thérapeutique prête à tout événement, parce qu'ils ont observé en France et en Afrique; mais qu'ils se pénètrent, au contraire, de cette pensée, à la fois juste, modeste et féconde, que la pathologie de ces contrées leur est imparfaitement connue. Alors ils ne s'y poseront pas magistralement d'emblée, comme s'ils n'avaient qu'à exploiter leur propre domaine; mais partant des connaissances acquises en Algérie et à Rome comme d'une première assise, ils pousseront plus loin l'édifice commencé. Étudiant, interrogeant, allant à la découverte, ils enrichiront la science de quelques nouveaux documents; ils affermiront la pyrétologie de ces contrées dans la voie qu'elle commence à suivre aujourd'hui, et dont nous avons essayé de retracer les principales lignes; enfin ils ajouteront de nouveaux titres à ceux que possède déjà la médecine militaire, si active, si laborieuse aujourd'hui, et qui, bien dirigée par ses maîtres, travaille encore pour la science au milieu des balles ennemies, au sein du plus complet dénûment et sous ce souffle pestilentiel des marais.

FÉLIX JACQUOT.

(Le second article prochainement.)

---

conviction, il prépare des batteries qui feront bientôt taire, dit-il, et c'est aussi notre avis, quelques cigales obstinées qui, tapies sous les haies, continuent encore à pousser leurs cris de détresse pour éloigner les passants.

En attendant le coup décisif, faisons rapidement le tour des salles. Nous trouvons successivement les cuivres, les fers, les plombs argentifères et aurifères de l'Algérie; les marbres statuaires et les albâtres que les Romains, appréciateurs du beau, exploitaient dans les montagnes; les solides bois de construction et les brillantes essences propres à la marqueterie; les papiers et les cordages faits avec les plantes textiles du pays; les laines fines et soyeuses; les garances, la cochenille, l'indigo; le lin, les chanvres géants de 6 mètres; les bambous de Chine, qui, dans le court espace de huit mois, acquièrent autant d'élévation et ne peuvent plus être embrassés que par les deux mains; les essences au parfum pénétrant; les cannes à sucre, dont la culture ne pourrait, du reste, lutter contre la concurrence étrangère; le café, qui ne sera guère non plus cultivé que comme curiosité; enfin le tabac, le coton, la soie, les huiles, source d'immenses et prochaines ressources pour l'Algérie. Les tabacs algériens d'un bon cru valent les plus fins des régions équatoriales : telle a été la déclaration du directeur général des tabacs.

Le coton provenant des graines du *Géorgie longue soie*, apportées par M. Bouvy de l'exposition de Londres, ne dépérit pas en Algérie, car en 1852 et 1853 il a donné des produits aussi beaux que l'original, c'est-à-dire la première qualité du monde. L'admirable réussite du coton suffirait seule pour nous rendre à tout jamais précieuse l'Algérie. Mais ses soies sont d'une tout aussi rare supériorité. Les cotons ont obtenu onze médailles à l'exposition de Londres, et les soies je ne sais vraiment combien. Les huiles d'olive, d'arachide, de colza, de sésame, etc., sont aussi d'une qualité supérieure. Que dirons-nous des gigantesques avoines, des seigles superbes et de ces blés durs et tendres si riches en gluten? On a prétendu que l'Afrique, le grenier de l'antique Rome, ne pouvait pas même fournir des céréales pour sa consommation. La question est aujourd'hui jugée : l'Algérie exporte. Pendant la première année d'occupation de Rome, notre petite armée d'Italie lui en a demandé 100,000 quintaux, et à présent c'est notre grande armée d'Orient qui s'approvisionne en Afrique. Ruinons, brûlons Odessa; n'avons-nous pas notre Odessa en Algérie?

Mais brisons là; nous irions beaucoup trop loin dans cette revue générale, et enquérons-nous en particulier des produits que l'Algérie peut fournir à la médecine et à la pharmacologie. Ce premier coup d'œil sur l'ensemble n'était point, du reste, un hors-d'œuvre. La GAZETTE MÉDICALE ayant envisagé autrefois la question non-seulement à un point de vue spécial, mais sous le rapport de la colonisation, de l'économie politique et de l'agriculture, devait naturellement s'informer si les événements étaient venus lui donner raison ou infirmer ses prévisions. Or elle a été servie à souhait.

Le quinquina, que l'Amérique appauvrie nous livre à si haut prix, n'a pu encore être acclimaté, et la vanille a subi le même échec; néanmoins le dernier mot n'est pas dit. Ce n'est point dans un jardin d'essai que le quinquina réussira, mais plutôt dans les parties montagneuses analogues à la zone des Andes que cet arbre précieux affectionne.

Le problème est résolu pour l'opium : l'Algérie le donne abondamment, et

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

NOTE SUR UN CAS DE DILATATION VARIQUEUSE DU RÉSEAU LYMPHATIQUE SUPERFICIEL DU DERME ; ÉMISSION VOLONTAIRE DE LYMPHE ; par M. CAMILLE DESJARDINS (de l'île Maurice); lue à la Société de biologie de Paris, par le docteur GUBLER, dans la séance du 13 mai 1854. — ANALYSE DE CETTE LYMPHE ET RÉFLEXIONS ; par le docteur GUBLER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc., etc., et M. QUÉVENNE, pharmacien en chef de l'hôpital de la Charité.

Avant d'entrer dans l'exposition des particularités si curieuses d'un fait qu'on peut, sous plusieurs rapports, considérer comme unique dans les annales de la science médicale, je crois devoir déclarer que je n'entends nullement entreprendre de traiter les hautes questions de physiologie et de pathologie qui se rattachent à un sujet aussi épineux ; je sens trop mon insuffisance pour accomplir une pareille tâche. Je me bornerai à publier mon observation telle que je l'ai communiquée au docteur Gubler, laissant à ce bienveillant professeur et à son habile collaborateur le soin d'émettre les considérations que leurs lumières et le rang qu'ils occupent dans la science leur permettent de produire.

OBS. — La dame X... (de l'île Maurice), dans un état de santé générale satisfaisant, présente à la partie antérieure et supérieure de la cuisse gauche, à 2 centimètres au-dessous du pli de l'aine, plusieurs petites phlyctènes ou vésicules translucides, ayant l'aspect et la grosseur d'un grain de sagou cuit. Elles ne sont recouvertes que par l'épiderme et paraissent résulter manifestement d'une dilatation variqueuse du réseau lymphatique susdermique. Elles sont disposées sur deux lignes divergentes qui interceptent entre elles un angle très-aigu, dont le sommet répond à peu près à l'embouchure de la saphène interne et dont les côtés, dirigés en dehors, se perdent avant d'atteindre la région fessière. La ligne supérieure suit assez exactement la direction du pli inguinal ; l'inférieure est à peu près transversale.

Les plus apparentes de ces vésicules sont au nombre de quatre et forment un petit groupe qui est situé, non au sommet même de l'angle indiqué, mais à 3 centimètres et demi de ce sommet, et sur le trajet de la ligne inférieure. Ce groupe correspond au bord interne du muscle couturier, vers le tiers moyen de l'entonnoir fémoral, et assez exactement au point qu'occupe ordinairement le ganglion inguinal superficiel le plus externe.

Parmi ces vésicules, il y en a une un peu plus grosse que les autres, et quand on la déchire à l'aide d'une pointe d'aiguille, il s'en écoule à l'instant un liquide opalin qui forme un petit ruisseau le long de la cuisse et tombe généralement à raison de cinquante gouttes par minute, et cela tant qu'on n'arrête pas par la compression cette espèce d'hémorrhagie. Les vésicules, plus petites, n'en donnent que très-peu. Ce liquide, recueilli dans un vase, se coagule au bout d'un quart d'heure à une demi-heure, à la manière du sang, c'est-à dire qu'il se forme un caillot nageant dans une portion qui reste liquide. Mais ici la partie qui représente le sérum est très-peu considérable et d'une couleur tellement identique avec celle du caillot, qu'il est absolument impossible à l'œil de s'apercevoir de l'existence de celui-ci ; ce n'est que quand on agite la masse ou qu'on incline le vase, qu'on peut s'en rendre compte.

Ce liquide, examiné au microscope et soumis aux procédés de l'analyse chimique, présente tous les caractères de la lymphe, et est en effet de la lymphe à l'état de pureté la plus parfaite, car il suffit, pour l'obtenir, de traverser seulement l'épiderme et la paroi du ramuscule lymphatique sous-jacent. Je ferai plus loin quelques réflexions à ce sujet ; je dois auparavant achever la description topographique de la région qui présente ce singulier phénomène.

L'altération du système lymphatique n'est pas bornée aux petites varices que j'ai signalées plus haut : toute la face antéro-interne de la cuisse présente une sorte de boursouflure de la peau et des tissus sous-cutanés, qui descend jusqu'au quart inférieur de cette face, et de là remonte en dehors pour rejoindre la face externe et postérieure, et se perdre sur la fesse. Avec de l'attention, on apprécie assez distinctement sous le doigt et même à la vue la limite inférieure de la région altérée. A mesure que l'on remonte vers le haut du membre, les petites varicosités deviennent de plus en plus sensibles, et au niveau des vésicules translucides, elles sont pour ainsi dire confluentes. Dans toute l'étendue de la région altérée, la peau, lorsqu'on lui fait faire des plis, ou qu'on cherche, en la soulevant, à la détacher de l'aponévrose, présente l'apparence d'une peau d'orange, apparence qu'elle doit à la résistance de certaines fibres perpendiculairement étendues entre les deux enveloppes et à la laxité des espaces intermédiaires.

Le reste du membre ne présente rien de semblable ; la jambe et le pied sont dans l'état le plus normal. La tuméfaction de la cuisse est du reste si peu considérable et si peu frappante, que ce n'est qu'à l'aide de la mensuration qu'on arrive à constater une différence avec celle du côté opposé. Cette différence est seulement de 3 centimètres en plus dans la circonférence de la cuisse affectée.

Outre ces dilatations variqueuses si manifestes du réseau susdermique, il en existe de plus considérables dans les lymphatiques sous-cutanés et probablement dans les lymphatiques profonds. En effet, la dame X... porte, à la partie interne du pli de l'aine, trois tumeurs au moins sous-cutanées, sinon même sous-aponévrotiques, lesquelles sont évidemment le résultat de dilatations ampullaires des lymphatiques de cette région, et jouent là le rôle de véritables réservoirs dans les émissions si abondantes de lymphe que présente cette dame.

Deux de ces ampoules sont situées immédiatement au-dessus du ligament de Fallope, l'une contre le pubis et au niveau de l'orifice inférieur du canal inguinal, l'autre un peu plus en dehors, au-dessus du passage des vaisseaux fémoraux dans l'arcade crurale. La troisième est au-dessous du pli inguinal, et répond si exactement à la veine fémorale, qu'on serait tenté de la prendre pour une dilatation de ce vaisseau.

Ces trois ampoules sont très-peu saillantes et peu apparentes, mais elles deviennent manifestes sous la pression du doigt : on les sent alors se mouvoir quand on agit sur un de leurs bords, et se déprimer quand on appuie directement dessus. Elles reviennent graduellement sur elles-mêmes dès que la pression cesse.

Dans la position assise, ces tumeurs sont plus molles et plus fluctuantes que dans la station. L'inférieure ou crurale a à peu près le volume de la phalange unguéale du pouce ; son grand axe est vertical ; la pubienne le volume de l'extrémité de l'index ; la troisième celui de la phalangette du petit doigt. Dans ces deux dernières, le grand axe paraît être parallèle à la direction du ligament de Poupart.

Ainsi il existe, sur la région où se passe le phénomène, deux groupes de dilatations bien distincts et bien caractérisés : l'un abdomino-crural, composé des grosses ampoules ou tumeurs au moins sous-dermiques ; l'autre simplement crural, formé par les petites vésicules sous-épidermiques, par l'une desquelles s'écoule la lymphe. Les grosses ampoules sont toutes trois en dedans d'une ligne verticale qui partagerait l'entonnoir fémoral en deux parties égales ; les petites vésicules sont en dehors de cette ligne.

Quelles sont les connexions qui peuvent exister entre ces deux groupes ? Ce qui n'était d'abord qu'une hypothèse, qu'une simple vue de l'esprit, est devenu une véritable évidence, par suite de quelques manœuvres pratiquées sur

---

sa qualité le fait rivaliser avec les produits du Levant ; l'Académie impériale de médecine, si avare d'approbation et de louanges officielles, vient de le déclarer, dans une de ses dernières séances, par l'intermédiaire de M. Bouchardat son rapporteur. Mais laissons parler le savant professeur, qui s'exprimera beaucoup mieux que nous : « Les échantillons d'opium transmis par M. le ministre de la guerre à l'Académie, et fournis par les villages de Montpensier et de Fouke, ainsi que par la pépinière centrale, sont d'excellente qualité. Il est à désirer que la culture du pavot somnifère, pour extraire l'opium, s'étende en Algérie, non-seulement sous le point de vue d'affranchir notre pays d'un tribut payé à l'étranger, mais encore sous celui plus important d'obtenir un produit se rapprochant de l'identité. » Les opiums d'Orient sont, en effet, de qualités si diverses, de richesse si différente en principes actifs, qu'on ne peut vraiment plus compter sur un effet déterminé qu'en administrant les sels de morphine. L'opium récolté dans notre colonie pourrait, au contraire, être soumis à certaines réglementations qui rendraient les produits presque identiques, et permettraient de revenir à l'opium brut ou à l'extrait, qui satisfont quelquefois à des indications que la morphine ne remplit pas toujours aussi bien.

On nous fait espérer aussi la réussite d'un arbrisseau dont les feuilles donnent une infusion diffusible précieuse en hygiène et en thérapeutique : nous voulons parler du thé. Le safran, produit tinctorial et médicinal à la fois, donne d'excellentes récoltes. Les aromates et les excitants, tels que l'anis, le cumin, le pyrèthre, etc., réussissent à merveille. (Le pyrèthre joue depuis longtemps un grand rôle dans la médecine indigène. Les galles et la rhubarbe sont également abondantes. La salsepareille promet d'abondantes sudorèses à ceux qui veulent chasser le vilain mal de la belle Vénus par les pores de la peau. Enfin de superbes ricins, dignes d'orner un parterre, fournissent une huile claire et pure qui sollicite vivement l'intestin, sans avoir impressionné trop désagréablement la bouche.

Les fruits pectoraux ont fixé notre attention : les raisins rappellent ceux de la terre promise ; les figues luttent avec celles de Smyrne, et les oasis récemment conquises vont nous verser leurs dattes. Laghouat, immense forêt de palmiers, rendra moins rare ce fruit pectoral, trop peu employé aujourd'hui, à cause de son prix élevé. On nous a fait voir et flairer de l'alcool de dattes à 22°, et assuré que M. Baudens, qui s'intéresse si vivement aux progrès de la colonisation, se proposait de faire tourner cette industrie au profit de l'exploitation des oasis, où il possède lui-même de grandes propriétés. L'asphodèle, plante qui pullule sans culture dans ces plaines africaines, peut aussi donner de l'alcool. La bière, boisson tonique et rafraîchissante à la fois, se fabriquera sans demander du houblon à la France. Enfin les vins d'Algérie, qui n'avaient pas eu grand succès à l'exposition de 1849, semblent avoir été jugés prématurément. C'est une exploitation toute nouvelle, puisque les mahométans ne font point de libations à Bacchus. Il faudra choisir judicieusement et expérimenter les sites et les terroirs. Les échantillons qui figurent à l'exposition établissent déjà qu'outre les vins de table, rouges et blancs, on pourra obtenir en Algérie des vins de dessert secs ou sucrés, assez fins pour faire oublier aux chrétiens les vins d'Espagne et aux musulmans la défense de Mahomet.

le siége de l'affection, à savoir que ces grosses ampoules, les deux supérieures du moins, sont les réservoirs qui fournissent la plus grande partie de la lymphe qui s'écoule par la vésicule. En effet, celle-ci étant ouverte et l'écoulement livré à lui-même, il est peu abondant; mais si l'on exerce une pression brusque sur les ampoules, on fait sourdre de la petite plaie un ruisseau beaucoup plus considérable, qui tend à se détacher de la surface de la peau, comme la veine liquide d'une saignée qui coule mal; une fois même cette pression a produit un véritable jet en arcade assez énergique; une autre fois, en pressant vivement sur l'ampoule supérieure la plus externe, j'ai fait éclater spontanément la petite vésicule, encore mal cicatrisée après une émission expérimentale. (J'ai dû profiter de l'avertissement pour engager la malade à éviter soigneusement tout choc sur cette partie.)

Lorsqu'au contraire la pression est exercée entre les ampoules et les vésicules, l'écoulement de la lymphe s'arrête à peu près complétement. Ce qui a lieu là mécaniquement et par l'effet de la volonté se produit naturellement dans les diverses positions que prend la dame X..., et sous l'influence de certains efforts. Ainsi, dans la situation verticale, l'écoulement est plus abondant, parce que les ampoules se trouvent plus fortement comprimées entre les téguments et le plan musculaire abdominal; dans la toux, l'écoulement a lieu par saccades; et il augmente visiblement sous les efforts analogues à ceux de la miction ou de l'exonération alvine.

Il est donc manifeste que les grosses ampoules communiquent directement avec la vésicule qui donne issue à la lymphe réunie en masse dans ces réservoirs, et que cette communication a lieu par un troncule anastomotique venant s'aboucher dans la lumière même de la vésicule.

La portion de lymphe qui peut provenir des varicosités susdermiques paraît insignifiante, car une constriction exercée à l'aide d'un lien, à différentes hauteurs de la cuisse, ne paraît avoir aucune influence sur la quantité qui s'écoule dans un temps donné..

La grosse ampoule située au côté interne de l'entonnoir des vaisseaux fémoraux ne semble pas s'aboucher directement dans la vésicule; peut-être est-elle en communication avec les ampoules supérieures, et médiatement par celles-ci avec la vésicule. Je n'ai pu rien obtenir d'évident à cet égard.

Tous les cas d'écoulement de lymphe signalés jusqu'ici dans la science ont eu pour cause soit une plaie ancienne, soit une blessure atteignant au moins les lymphatiques sous-cutanés. Un caractère distinctif du cas dont il s'agit ici (indépendamment du rôle que le réseau suspapillaire y joue), c'est que cet écoulement n'a jamais lieu que quand on le provoque : il ne se produit, en un mot, que quand on ouvre le vaisseau, c'est-à-dire la vésicule qu'il forme, et alors la lymphe sort absolument comme il sort du sang quand on pique une veine. De plus, le procédé par lequel on arrête cet écoulement est exactement celui qu'on met en usage pour arrêter une émission sanguine, c'est-à-dire la compression directe. La dame X... se borne même le plus souvent à fléchir fortement le tronc sur la cuisse, en interposant un linge dans le pli de l'aine. Le pouvoir plastique de la lymphe semble jouer ici un rôle bien actif, car au bout de moins d'une demi-heure de compression, la petite vésicule est complétement reformée, et présente assez de solidité pour que la patiente puisse se lever et vaquer à ses affaires, sans *aucun bandage*.

On peut renouveler ces émissions de lymphe aussi souvent et les faire durer aussi longtemps qu'on le désire, puisqu'il est arrivé une fois que cette espèce d'hémorrhagie a duré quarante-huit heures, et que la dame X... récapitule que, par suite de conseils qui lui avaient été donnés, et aussi de quelques expériences, elle en est à sa vingt-septième émission, et que ces émissions ont duré pour la plupart de huit à vingt heures. Or l'écoulement ayant à peu près invariablement lieu à raison de 120 grammes par heure, et cela quand il est livré à lui-même, et en l'absence de toute compression sur les grosses ampoules, on arrive à trouver ce résultat vraiment surprenant qu'en vingt-quatre heures la dame X... fournit 2,880 grammes de lymphe (plus de 5 livres et demi), et qu'elle peut en avoir perdu plus de 11 livres dans l'hémorrhagie qui a duré quarante-huit heures, chiffre énorme et bien supérieur à celui du cas rapporté par Assalini, qui considérait comme une chose surprenante que le blessé dont il parle eût pu produire en trois jours 5 livres de ce liquide, c'est-à-dire moins que ce que la dame X... produit en un seul jour.

Müller laisse aussi percer quelque étonnement de la quantité de lymphe présentée par le blessé qui a fourni l'observation du professeur Wutzer : « Les » lymphatiques du cou-de-pied de cet homme se remplissaient *à un tel point*, » dit-il, que, dans l'espace d'un quart d'heure à une demi-heure, on pouvait » recueillir une assez grande quantité de lymphe *dans un verre de montre*. » Cette quantité, en supposant le verre de montre de grande dimension et parfaitement rempli au bout d'une demi-heure, ne serait encore que la cinquième partie de ce que la dame X... produit dans le même temps.

Il est sans doute à propos de faire remarquer que la région du cou-de-pied, ne pouvant fournir que la lymphe contenue dans les vaisseaux situés au-dessous de l'articulation tibio-tarsienne, cette quantité de lymphe justifie, après tout, l'étonnement de Müller. La région inguinale est bien autrement riche en lymphatiques que l'extrémité inférieure du membre, puisqu'elle réunit non-seulement à peu près tous les vaisseaux du membre lui-même, mais encore ceux des régions superficielles de la fesse, de la moitié sous-ombilicale des parois de l'abdomen, des organes génitaux externes et du périnée. La convergence d'une si grande multitude de vaisseaux afférents sur un espace aussi resserré que celui de l'entonnoir fémoral, rend donc parfaitement compte de la quantité considérable de lymphe qui s'écoule de cette partie; et si l'on songe qu'il y a là un état pathologique et peut-être aussi une anomalie dans la direction et les anastomoses des vaisseaux profonds, le phénomène paraîtra beaucoup moins surprenant.

Mais ce qu'il y a d'intéressant à constater, c'est que ces pertes si considérables de lymphe n'ont jamais produit chez la dame X... aucun trouble fonctionnel ou intellectuel de quelque gravité. Seulement, quand l'hémorrhagie se prolonge, cette dame ressent un affaiblissement général, du malaise, un peu de vertige, du trouble dans la vue, et parfois de légères nausées et même quelques palpitations.

On peut dire que les phénomènes qui se manifestent chez elle à la suite de ces émissions abondantes de lymphe représentent assez exactement en petit les phénomènes qui se produisent dans une émission sanguine. Dans l'hémorrhagie qui a duré quarante-huit heures, elle a éprouvé, de plus qu'à l'ordinaire, une assez forte courbature et des douleurs assez vives à la hauteur des clavicules. Il est vrai de dire que, dans cette circonstance, se croyant très-malade, elle se soumit à une diète assez sévère, ce qui, nécessairement, a dû aggraver singulièrement sa situation. La dame X... s'est aperçue depuis qu'en mangeant copieusement après ou même pendant ses émissions, elle rétablissait facilement la balance de ses forces; ce qui amènerait à cette conclusion, assez rationnelle du reste, qu'un écoulement de lymphe, dans la proportion que présente la dame X..., pourrait durer très-longtemps sans danger pour le patient, à la condition qu'il se nourrit abondamment. Les pertes énormes de sang rapportées par les auteurs, sans que la mort s'en soit suivie, sont beaucoup plus extraordinaires que le fait dont il s'agit ici, et confirment pleinement cette dernière vue.

La santé générale de la dame X... est, comme j'ai dû l'établir au commencement de cette observation, dans un état satisfaisant. L'appétit est excellent, la digestion facile et prompte; toutes les autres fonctions s'accomplissent parfaitement.

Les menstrues sont régulières et les émissions de lymphe ne paraissent y apporter aucune modification. Une fois cependant leur apparition semble avoir été accélérée de quarante-huit heures, par suite d'une émission expérimentale qui avait été faite, sans songer à l'époque où la dame X... se trouvait. Cette fois l'écoulement de lymphe n'avait pas duré plus de huit heures.

La seule chose, en un mot, dont se plaigne cette dame, le seul inconvénient

---

Nous n'en finirions pas, si nous voulions énumérer les ressources que l'Algérie peut fournir à la médecine; nous nous restreignons aux produits qui figuraient à l'exposition lors de notre visite. Aussi passons-nous sous silence ces amandiers si nombreux en Algérie, qui menacent d'un si lourd travail nos historiers de marbre, et qui promettent de si blanches émulsions aux fioles de l'officine. Nous laissons également de côté tous ces fruits délicieux pour le gourmet et non moins chéris du malade : citrons, limons, oranges, cédrats. Rappelons pour mémoire que les sangsues pullulent dans maints ruisseaux algériens. Nous avons rencontré, dans l'intérieur de la province d'Oran, des cours d'eau aussi riches en annélides que les plus féconds bassins de la Hongrie et de la Turquie. Il nous souvient même d'avoir avisé un pêcheur de sangsues dans ces contrées éloignées; mais nous ne savons si cette industrie a pris de l'extension, à mesure que la pacification a permis des courses plus lointaines.

De la rue de Bourgogne au Champ de Mars, il n'y a qu'un pas. Laissons de côté les chevaux, les porcs, les moutons et les bœufs qui hennissent, grognent, bêlent et mugissent, et rendons-nous sous les deux tranquilles hangars où s'étalent les instruments aratoires et les machines destinées à l'exploitation agricole. Dans ces deux vastes locaux, nous devrons faire plusieurs pauses, car tantôt c'est le nom d'un confrère qui frappera notre vue, et tantôt quelques inventions applicables à la médecine ou profitables à l'hygiène, nous forceront à nous arrêter.

Les machines à faire des tuyaux de drainage se multiplient aujourd'hui en raison de l'importance accordée à ce mode d'amélioration des terres. Le drainage était depuis longtemps d'une application fréquente et presque générale en Angleterre, alors que nous y pensions à peine. Le gouvernement a dû intervenir, encourager, aider même l'entreprise et l'application du drainage, et aller au-devant des chicanes en émettant de nouvelles prescriptions légales. On sait que le drainage consiste en un système de tuyaux souterrains destinés à absorber l'humidité qui saturait la surface du sol et pourrissait les racines des plantes qu'on lui confiait. Le drainage n'a pas seulement une grande influence agricole, mais aussi une majeure importance au point de vue de l'hygiène générale, car c'est un incontestable moyen d'assainissement. On a déjà cité plusieurs localités dont les fièvres palustres ont disparu, ou du moins ont subi une très-notable diminution, depuis que le drainage a desséché la surface des plaines environnantes. Que de campagnes d'Italie, aujourd'hui mortelles et incultes, deviendraient florissantes par le drainage qui rend la terre à l'homme, et conserve l'homme pour la terre en éloignant les maladies qui le tuaient. Cette solidarité de progrès, cette amélioration réciproque qui fait profiter l'agriculture à l'hygiène et l'hygiène à l'agriculture, sont une de ces harmonies de l'ordre naturel, qui laissent presque espérer que le progrès n'aura de limites que celles de l'activité de l'homme. Sans chercher si haut, voilà tout au moins une de ces connexions si fréquentes de la médecine avec les sciences, qui portent presque inévitablement le médecin à élargir le champ de ses recherches, sans sortir de la sphère de sa destination.

C'est au même titre que nous devons un coup d'œil à ces bottes de chanvre qui gisent oubliées sur les étagères. Les unes ont été rouies sur terre, les

qui résulte pour elle de l'état de ses lymphatiques, c'est qu'elle a un peu moins de force dans le membre affecté que dans l'autre.

Quant aux qualités du liquide considéré en lui-même, son essence et son état de pureté ne sauraient être révoqués en doute; le travail de mes savants collaborateurs, publié à la suite de cette observation, le démontrera amplement. Jamais certes une occasion aussi favorable ne s'était présentée pour étudier ce mystérieux fluide. Comme je l'ai dit, les six ou sept cas d'émission de lymphe enregistrés dans la science provenaient tous de blessures d'une certaine profondeur ou de plaies anciennes, et la lymphe, en s'écoulant, se mélangeait nécessairement à du sang ou à des liquides morbides. Celle que les expérimentateurs puisent dans le canal thoracique des animaux présente un autre inconvénient : c'est celui d'être presque toujours mêlée à une certaine proportion de chyle, et ce mélange est un obstacle à une détermination parfaitement précise de tous ses caractères essentiels et distinctifs.

Ainsi, pour ce qui est relatif à la fragrance de la lymphe, elle paraît bien positivement avoir été établie d'après des études faites sur de la lymphe provenant du canal thoracique des animaux; et cette circonstance a eu pour effet de faire dire, d'une manière peut-être trop générale, que la lymphe a une odeur spermatique caractéristique. Cette odeur est d'ailleurs celle qu'on reconnaît au chyle, et si elle se retrouve dans la lymphe puisée dans le canal thoracique, elle pourrait bien résulter du mélange de ces deux liquides dans cet organe.

Muller, qui, parmi les auteurs que j'ai consultés, est le seul qui parle positivement d'après de la lymphe d'homme provenant d'un vaisseau *lymphatique propre* et non d'un chylifère ou du canal thoracique, dit formellement que ce liquide est inodore. Ce caractère de la lymphe humaine se trouverait confirmé par l'observation que je donne ici, celle produite par la dame X... étant, pour tous ceux qui l'ont flairée, complétement inodore. J'ose à peine dire que, suivant moi, elle rappelle à un très-faible degré le doux parfum de la violette ou de la farine de froment fraîche. Chacun sait, du reste, que pour certains odorats très-délicats le sang de la femme a pu quelquefois être distingué de celui de l'homme, et que chez les animaux le sang et surtout la lymphe présentent l'odeur particulière à chaque espèce. En serait-il de même pour l'homme et pour la femme? Cette différence, si elle existe réellement, paraît après tout très-peu sensible, et peut-être vaut-il mieux d'après Muller et les médecins distingués auxquels j'ai soumis la lymphe produite par la dame X..., considérer ce liquide comme inodore dans l'un et l'autre sexe.

Une circonstance au moins aussi intéressante à faire ressortir, c'est que cette lymphe, considérée à différents moments de son émission, ne présente pas la même nuance. Il arrive, en effet, que d'opaline qu'elle est toujours au début, elle finit au bout de quelques heures par présenter l'aspect laiteux et opaque du chyle. Comme ce changement de couleur n'a lieu qu'après six ou huit heures d'écoulement, et que toujours la dame X... avait fait un repas dans l'intervalle, j'ai pensé que l'état de vacuité ou de réplétion des organes digestifs pouvait en être la cause; mais il ne m'a pas été possible de me faire une opinion arrêtée à cet égard, bien que je penche à croire que cette explication n'est pas irrationnelle. On pourrait admettre qu'à la suite de la digestion la lymphe contient quelques-unes des parties émulsives du chyle; ce qui lui donnerait cette couleur laiteuse. On sait, du reste, que le sérum du sang tiré de la veine pendant la digestion présente un phénomène analogue, et qu'il n'a pas la transparence de celui qui provient du sang extrait à jeun.

Il eût fallu, pour arriver à une conclusion ou tout au moins à une grande probabilité relativement à ce phénomène, soumettre la pauvre patiente à un jeûne un peu prolongé, ou à une émission aussitôt après le repas, et j'avoue que, quelque amour que j'aie pour la science, je répugne et répugnerai toujours à tenter une expérience qui n'aurait pour but que l'intérêt de la science, et non celui du malade lui-même.

Toujours est-il qu'au bout de quelques heures la lymphe ne s'écoule plus avec le même aspect.

Ces circonstances ont eu lieu de la même manière dans les six émissions auxquelles j'ai assisté. Mais la dame X... rapporte une particularité très-digne de remarque, qui s'est présenté *une fois* sous l'influence d'un coup de soleil assez violent dont elle fut atteinte en mer, en venant en Europe. Comme elle avait un peu de fièvre par suite de cet accident, et qu'elle redoutait une congestion cérébrale, elle eut l'idée (en l'absence de tout médecin) de se tirer de la lymphe, ou, pour me servir de son expression, de faire *écouler ses humeurs*, afin de prévenir cette catastrophe. Elle fut très-surprise de voir que cette fois c'était *presque du sang* qui sortait de sa petite vésicule, car le liquide était très-fortement coloré en rouge; et lorsque le caillot fut formé, elle y remarqua des stries nombreuses, des arborisations semblables, dit-elle, à des veines très-rouges qui se seraient formées dans toute l'épaisseur de la masse coagulée.

Ce dernier fait est bien connu; mais il est intéressant de constater que, sous l'influence d'un état fébrile, cette disposition de la matière rouge en forme de vaisseaux sanguins se soit assez exagérée pour frapper la malade elle-même.

De plus la dame X... assure que cette émission l'a beaucoup soulagée et lui a complétement dégagé le cerveau.... absolument comme eût fait une véritable saignée: circonstance remarquable qui établirait une analogie de plus entre le rôle que jouent dans l'économie ces deux liquides qui semblent n'être que la modification l'un de l'autre, le sang et la lymphe.

Peut-être devrais-je, pour des motifs qui me sont personnels, borner ici cette observation; mais elle serait évidemment incomplète si je n'entrais dans l'historique de l'affection de la dame X... Ayant été consulté de l'île Maurice, au sujet du phénomène qu'elle présente, je vais être forcé de parler de moi-même, et cela est toujours chose très-délicate. Ceux qui comprennent toute l'importance qu'on attache et qu'on a raison d'attacher à un diagnostic établi avec justesse, m'excuseront, j'ose l'espérer.

La dame X... vient de l'île Maurice, mais elle n'est point créole; elle est Européenne et Française. Attachée à ma famille, elle est allée s'établir dans cette colonie il y a treize ans, et s'étant mise à la tête d'un atelier de blanchisserie, elle a exercé très-laborieusement cette industrie très-pénible sous un climat d'une haute température. Elle est du caractère le plus honorable et d'une éducation au-dessus de sa profession. Elle est âgée de 39 ans, a été mariée et n'a eu que deux enfants, dont le plus jeune a 17 ans. Lorsqu'elle est arrivée à l'île Maurice, elle avait une constitution robuste et une carnation remarquable, étant d'une province de France où le sang est très-beau. Pendant dix ans, elle a continué à jouir d'une excellente santé, perdant seulement ses belles couleurs, comme il arrive à toutes les Européennes qui vont habiter les pays chauds; c'est là une influence invariable du climat. Après cette longue période de santé florissante, la dame X... a été atteinte de fièvre typhoïde (affection très-commune à Maurice), et elle a été très-sérieusement malade. C'était en avril 1851. Elle s'est complétement rétablie, et il ne paraît pas que son état actuel ait son point de départ dans cette grande maladie, bien que la dame X... dise que jamais, depuis cette époque, elle ne s'est trouvée aussi forte qu'auparavant. Il paraît, au contraire, bien démontré qu'antérieurement à sa maladie, et déjà depuis deux ans, elle s'était aperçue qu'elle portait au bas-ventre une de ces tumeurs ou ampoules que j'ai signalées plus haut; mais elle n'y attacha aucune importance. Quant aux petites vésicules qui donnent aujourd'hui de la lymphe, ce n'est que deux ans après sa fièvre typhoïde et quatre ans après l'apparition de la grosse ampoule, que la dame X... s'est aperçue de l'existence de la principale d'entre elles. Au commencement de l'année dernière, éprouvant une faiblesse de plus en plus grande dans sa cuisse gauche, elle soupçonna que sa tumeur (qui du reste ne l'incommodait en rien) pouvait être pour quelque chose dans cette faiblesse, et ayant cru s'apercevoir que sa cuisse était un peu enflée, elle s'examina avec la plus grande attention; c'est alors qu'elle découvrit sa vésicule. Croyant, dit-elle, n'avoir affaire qu'à une de ces petites ampoules séreuses qu'on a si souvent

---

autres à l'eau courante, sans croupir dans ces infects routoirs, laboratoires miasmatiques, foyers des fièvres intermittentes, dont il serait urgent de débarrasser les abords de nos métairies.

On devait s'attendre à voir paraître le savant Coste à propos de la pisciculture; il y arrive en effet avec bonne escorte. Le docteur Lamey nous montre également des œufs fécondés, venant de la pisciculture du duc de Noailles.

Non loin de là s'étalent les caoutchoucs artificiels de l'invention du docteur Barrat. Pas n'est besoin de rappeler les usages nombreux et variés que la médecine et la chirurgie font aujourd'hui de cette substance élastique, ni les ingénieux instruments du docteur Garriel.

Le lait conservé par M. Mabru, sans concentration ni addition de substances étrangères, nous semble une heureuse réussite, mais d'une application générale peut-être difficile.

Il faut nous arrêter longtemps devant le nombreux étalage de MM. Chollet et compagnie, où figurent une foule de légumes, d'herbages, de racines, de fruits et d'oignons conservés par le procédé Masson. On sait que cette découverte consiste dans la conservation de ces produits divers, par la compression et la complète dessiccation, procédé plus sûr, plus économique et bien plus simple, assure-t-on, que tous ceux auxquels on a eu recours jusqu'à présent. Ces filaments informes, secs, momifiés, qui gisent au fond d'une boîte, vont s'arrondir en oignons ou en petits pois, se gonfler en choux, s'étaler en artichauds et en épinards, s'allonger en haricots verts, dès que vous leur aurez rendu la seule chose qui leur manquait, l'eau dont on les a privés pour ôter toute prise à la putréfaction. Les juliennes qu'on trouve aujourd'hui chez tous les épiciers de Paris, sont d'un usage si commun en hiver, que leur éloge serait superflu. La marine fait journellement de larges commandes à la maison Chollet, et les légumes frais ne manqueront plus désormais sur la table du bord. Le transport des légumes ainsi conservés est d'autant plus facile qu'ils n'exigent presque pas de soins, pèsent peu et ne tiennent guère de place. Les conserves Appert ne réunissaient pas les mêmes avantages.

M. Millet a exposé un grand nombre d'appareils destinés à la pêche, à la nourriture, à la ponte, au transport et à la conservation des sangsues. L'importance qu'a prise dans ces derniers temps l'hirudiculture, et les résultats que promet cette naissante industrie, doivent faire attacher une importance toute spéciale aux appareils qui peuvent concourir à ses progrès.

Nous voici devant une machine purement agricole, de l'invention d'un confrère : c'est l'*arcanseur*, mécanique qui ressemble fort à celle qui est destinée à l'enrayage, mais qui remplit à volonté un double et contraire office : c'est tantôt un frein, tantôt un aide pour les roues arrêtées par un obstacle ou gravissant avec peine une pente trop roide. Nous ne croyons point vous égarer loin du domaine médical et professionnel en vous conduisant près de cette machine, car notre confrère a rempli une partie de son ministère en mettant ainsi son intelligence au service de l'agriculture, et en arrachant à leur proverbiale routine ces braves campagnards qui n'inventent jamais, ne perfectionnent que rarement et n'appliquent même qu'avec répugnance les découvertes dont on voudrait les enrichir.

F. J.

(*La fin au prochain numéro.*)

aux mains, elle la perça d'un coup d'aiguille. Il s'en écoula un liquide blanchâtre abondant, et comme cet écoulement ne tarissait pas au bout de quelques heures, elle s'inquiéta vivement, se crut hydropique, se crut perdue. Des femmes qui l'entouraient (des négresses) se mirent à fondre en larmes, et lui déclarèrent en outre que l'hydropisie était un cas mortel. Ce qu'il y a de singulier, c'est que cette opinion semble avoir prévalu et que la dame X... a a été traitée par les drastiques les plus énergiques : elle a pris la médecine de Leroy trois fois par semaine, et en a consommé ainsi un litre et demi; de plus des doses considérables de jalap et même du colchique lui ont été administrés; un large vésicatoire à la partie inférieure et interne de la cuisse, puis un séton appliqué dans la lumière même de la petite vésicule et sortant à 2 pouces au-dessous, puis plus tard un cautère à la jambe, et enfin le conseil de faire écouler le plus abondamment possible et deux fois par mois cette humeur: tels sont les moyens qui ont été simultanément ou successivement mis en usage par la dame X.., dans le but d'obtenir sa guérison. Elle a exécuté avec une ponctualité rigoureuse cette dernière partie de son traitement, et ce n'est que quand elle est arrivée à Paris, il y a quatre mois, que je l'ai contrainte à renoncer immédiatement à ces procédés.

Deux mois après l'apparition du phénomène présenté par cette dame, un de mes amis qui habite l'île Maurice et qui avait été à même d'assister à toutes les phases de cette affection, m'écrivit à ce sujet et me demanda ce que cela pouvait être. Sa lettre, du 5 avril de l'année dernière, portait entre autres choses : « Ce qu'il y a de singulier, c'est que le liquide *blanc comme de l'eau » blanche* qui sort de cette petite vésicule à chaque fois qu'on la perce, *se » coagule absolument comme du sang* quand on le recueille dans un vase. Il » s'écoule environ cinquante gouttes de ce liquide par minute, et cet écoule- » ment ne s'arrête quelquefois qu'après vingt-quatre heures. La première fois » il a duré cinq heures, la seconde douze, la troisième dix-huit, et enfin une » quatrième fois quarante-huit heures. J'ai compté les gouttes qui tombent » avec ma montre à secondes à la main, et j'en ai trouvé jusqu'à cinquante à » la minute lorsqu'on vient de percer la petite cloche; mais je n'ai pas vérifié » si cela avait lieu ainsi pendant toute la durée de l'écoulement. »

Je ferai remarquer que cette note, quoique rédigée par quelqu'un d'étranger à la médecine, a tous les caractères d'une observation faite avec sagacité, et que la dernière phrase surtout dénote un esprit de scrupuleuse exactitude et tout à fait éloigné de l'exagération : chose rare, soit dit en passant, même chez les observateurs de profession. La dame X..., du reste, confirme entièrement ces données, et elle avait fait cette remarque qui résulte des chiffres ci-dessus, que la durée des écoulements augmentait à mesure qu'elle en provoquait de nouveaux, et elle ajoute que la quantité lui a paru être toujours la même à la fin qu'au commencement de chaque émission.

Quant à l'opinion qu'on me faisait l'honneur de me demander, voici quelle a été ma réponse : « Quoiqu'il soit extrêmement difficile pour ne pas dire té- » méraire de donner une opinion médicale à 4,500 lieues de distance et sur- » tout de formuler un diagnostic; cependant les données que j'ai sous les » yeux sont tellement claires et précises, que je n'hésite pas à dire que le » cas de madame X... est un cas *d'hémorrhagie lymphatique* (1) *par cause » traumatique*, puisque vous me mandez que l'écoulement en question a eu » lieu à la suite d'une piqûre qu'elle s'est faite à l'aine, et que vous me parlez » d'un liquide blanchâtre qui *se coagule naturellement comme du sang*. Ce ne » peut être que de la lymphe, et cette lymphe peut provenir des vaisseaux ou » des ganglions lymphatiques inguinaux. Madame X... n'est pas hydropique, » ou du moins le liquide qui s'écoule de sa petite vésicule n'est et ne peut pas » être, avec les caractères remarquables que vous me signalez, le résultat » d'une hydropisie. Je vous le répète : ce doit être une maladie des lympha- » tiques; et, d'après vos autres renseignements, il paraîtrait qu'il y a là une » de ces fistules dites lymphatiques, révoquées en doute par quelques patho- » logistes. On a dès lors le plus grand tort de donner le remède de Leroy à » madame X..., et si l'on a continué quelque temps ce traitement violent, il » a dû survenir quelque catastrophe. Ce qu'il lui faut, c'est du fer, du *jus de » viande*, des bains de mer et les moyens toniques sous toutes les formes. Il » faut qu'elle se soigne et non qu'elle se traite : j'entends par là que c'est à » l'hygiène et non à la thérapeutique qu'il faut emprunter ses moyens et ses » secours dans le cas dont il s'agit. »

Lorsque ma réponse arriva à l'île Maurice, deux mois après avoir été écrite, la dame X..., qui était tombée dans un état de débilité extrême, avait en partie renoncé à ses terribles purgations et avait pris la résolution de venir à Paris consulter les maîtres de l'art. Mais pendant sa traversée elle a continué, comme je l'ai dit, *à se percer* deux fois par mois pour faire écouler *ses humeurs*.... Aussi l'ai-je trouvée, à son arrivée, jaune, étiolée, un peu bouffie et ressentant quelques palpitations. Je me hâtai de la soumettre à l'examen de l'une de nos plus grandes célébrités médicales, et elle se présenta à la consultation de M. Andral, le 22 décembre 1853. La prescription de cet éminent praticien me combla de joie, car elle corroborait pleinement ce que j'avais écrit, ce que j'avais conseillé : la médication tonique sous toutes les formes et surtout l'alimentation substantielle. J'avoue que je n'ai pas résisté à la satisfaction d'envoyer l'ordonnance originale de M. Andral à l'ami qui m'avait demandé mon avis.

Le 5 février dernier j'eus l'avantage de présenter ma malade à M. Gubler, en même temps qu'à M. Jarjavay. L'opinion de ces professeurs est venue ajouter une nouvelle satisfaction à celle que j'avais déjà éprouvée, et l'ordonnance de M. Gubler a été, comme celle de M. Andral, envoyée à l'île Maurice.

Ainsi quelques grammes de fer et une alimentation substantielle ont suffi pour remettre en quatre mois la dame X... dans un état de santé très-satisfaisant. Sa physionomie n'a rien de maladif; cependant elle a un teint qui révèle un état chlorotique. Le membre affecté reste seulement un peu faible. La dame X... est très-gaie et fort satisfaite de n'être pas hydropique; elle repartira bientôt pour l'île Maurice.

Une particularité des plus remarquables à faire ressortir à l'occasion de cette observation, c'est que sur le petit nombre de cas d'émission de lymphe et de dilatations simples ou variqueuses des lymphatiques, consignés dans la science, il y en a deux (y compris celui-ci) qui proviennent de deux colonies intertropicales, situées à quarante lieues l'une de l'autre, au milieu de la mer des Indes, les îles Maurice et Bourbon. Breschet, dans sa fameuse thèse sur le système lymphatique, parle longuement, d'après une observation faite par M. Amussat, d'un cas de dilatation excessive de tout le système lymphatique offert par un jeune créole de l'île Bourbon. Ce jeune homme présentait à chaque aine une tumeur (très-analogue d'après la description à celle que présente aujourd'hui la dame X...). Les médecins de cette colonie qui furent consultés se méprirent complétement sur cette affection, et s'ils ne crurent pas avoir affaire à une hydropisie (il n'y avait pas émission de lymphe), ils considérèrent les tumeurs soumises à leur investigation, comme des hernies inguinales, et firent porter au malade, depuis l'âge de 5 ans, un bandage herniaire double. Le jeune homme étant venu en France et ayant habité Saint-Malo, les médecins de cette ville confirmèrent l'opinion de ceux de Bourbon, et ce n'est qu'à son arrivée à Paris en 1829 (il avait alors 19 ans), que s'étant fait voir à M. Amussat à la suite d'une fatigue extrême qui avait considérablement aggravé son état, la nature de son affection put être constatée par ce chirurgien distingué.

Cette coïncidence de deux cas rares, cas sinon absolument identiques, du moins très-analogues, provenant de deux pays si voisins, est bien digne d'attirer l'attention des médecins de ces pays, non-seulement sous le point de vue de la philosophie médicale, mais plus encore dans l'intérêt de la pratique journalière. Il ne serait pas surprenant, maintenant que l'éveil est donné et que l'attention est dirigée sur ce point, qu'un certain nombre de cas fussent bientôt observés et signalés à la science.

Les maladies de la peau étant très-communes dans ces colonies, la portion périphérique du système lymphatique pourrait bien aussi jouer un rôle important dans quelques-unes d'entre elles.

Je me suis efforcé de rendre cette observation aussi complète que possible; je dois cependant attester qu'elle ne contient rien qui ne soit de la plus irréprochable exactitude. La plupart des faits qui y sont mentionnés ont, du reste, été vérifiés par plusieurs chirurgiens et médecins distingués, mais particulièrement par M. le docteur Gubler, à qui je dois des remercîments et de la reconnaissance pour la bienveillance qu'il m'a témoignée, et surtout pour le désintéressement avec lequel il a agi à mon égard. Encore au seuil de la science médicale, et n'ayant aucun titre pour présenter avec autorité l'observation d'un fait destiné à prendre rang parmi les cas les plus curieux de la pathologie humaine, j'avais résolu, n'ayant que la science en vue, de laisser à ce professeur tout l'avantage de la publier; il a bien voulu reconnaître que cette observation m'appartient en propre, et a exigé que j'y attachasse mon nom; je crois donc devoir lui adresser ici publiquement toute l'expression de ma profonde reconnaissance.

Je dois aussi des remercîments à M. le professeur Jarjavay, qui a bien voulu, à ma prière, se charger de faire part du résultat de mon observation à la Société de chirurgie. Une commission a été nommée pour faire un rapport sur ce sujet; M. Jarjavay en fait nécessairement partie.

M. Sappey a également vu la dame X... Ayant appris que ce professeur distingué désirait vivement examiner ce cas si curieux, j'ai autorisé cette dame à se soumettre à son investigation, persuadé que c'était faire une chose très-agréable à un auteur qui a exécuté et publié de si intéressants travaux sur la partie de l'organisme à laquelle se rattache la singulière affection que j'ai eu la bonne fortune d'observer le premier.

Comme le fait peut être étudié sous le triple point de vue médical, chirurgical et physiologique, je laisse à chacun de ces habiles profes-

(1) Cette expression est très-critiquable sans doute, puisque hémorrhagie signifie proprement *écoulement de sang*. Mais avec l'épithète de *lymphatique* on forme là une espèce de mot composé très-commode et très-intelligible du reste, et l'on évite de créer un terme nouveau. La langue française est pleine de ces sortes d'expressions où le sens primitif est complétement altéré. Sans doute il y a moyen de satisfaire à tous les scrupules en proposant un mot régulièrement étymologique, et ce mot est celui de *lymphorrhagie*, à l'imitation de ceux d'hémorrhagie, ménorrhagie, etc. Mais c'est là un terme nouveau, et je dois le présenter avec discrétion.

seurs le soin de développer les parties délicates de cette question que je n'ai pu qu'effleurer.

(La fin au prochain numéro.)

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE.

EXPÉRIENCES SUR L'EMPOISONNEMENT PAR LE VENIN DU SERPENT ET SUR LES MOYENS DE LE COMBATTRE (mémoire présenté à l'Académie des sciences, le 28 novembre 1853); par le docteur DANIEL BRAINARD, président du Collége médical de Chicago (Illinois) et professeur de chirurgie au même collége.

Dans le principe, ces expériences avaient été entreprises seulement pour essayer les effets des solutions médicinales introduites dans les tissus; mais elles ont donné d'autres résultats que ceux que l'on cherchait, et d'un intérêt tel qu'ils doivent être placés en première ligne.

Les moyens auxquels j'ai eu recours pour combattre l'empoisonnement sont :

1° La trachéotomie ;

2° L'application des ventouses ;

3° L'application des ventouses et les injections sous-cutanées.

Le serpent dont je me suis servi dans ces expériences est le *Crotalophorus trigeminus*, vulgairement connu sous le nom de *Massagua;* la morsure de ce reptile est, à ce que l'on croit, moins dangereuse que celle de quelques autres variétés.

Cette différence ne vient pas d'une différence dans la nature du poison; on doit l'attribuer aux causes suivantes : ce serpent est plus petit et n'est pas assez fort pour faire une morsure profonde.

Le fait suivant démontre cette assertion; les hommes et les animaux mordus à la peau meurent rarement, tandis que si la morsure a lieu sur une membrane muqueuse, ils meurent immédiatement.

Chez les oiseaux, la morsure produit constamment une prompte mort.

J'ai fait mes expériences sur les pigeons domestiques (1); j'ai choisi ces oiseaux pour plusieurs raisons : le poison agit sur eux d'une manière très-rapide; on peut se les procurer en grand nombre et facilement, et leur larynx se voit aisément.

Quand la morsure faite sur ces pigeons est profonde, ils vivent d'ordinaire de vingt-cinq minutes à deux heures et demie, et cette différence dans la durée de l'existence tient au degré de concentration du poison, à l'étendue de la plaie et à la quantité de poison introduit.

L'incertitude sur l'inoculation suffisante pour produire la mort rend très-difficile la possibilité d'arriver à des conclusions exactes sur ce sujet. Plusieurs causes peuvent donner lieu à cette incertitude.

1° Le venin peut être épuisé par des décharges trop répétées;

2° Il peut être sans effet par suite d'une température trop basse, ou parce que le reptile a eu une nourriture insuffisante. Dans mes observations, je ne me servais que trois fois par jour du même serpent. Un oiseau était ordinairement mordu, je ne faisais aucun traitement; et s'il n'y avait pas d'effet produit, je rejetais toutes les expériences faites ce jour-là avec ce serpent.

ACTION DU POISON.

Je donnerai comme exemple des effets du venin le cas suivant, extrait du MÉMORIAL DES EXPÉRIENCES. Dans le cas que je vais rapporter, la mort étant arrivée lentement, il a été plus facile de suivre les effets du poison, que dans ceux où la mort a lieu plus rapidement.

Vendredi 1er septembre 1853. Un pigeon plumé sous l'aile, fut mordu à cet endroit par un serpent qui n'avait pas encore servi; en quinze minutes, la plaie et les tissus voisins étaient d'une couleur bleue; un épanchement de sérosité eut lieu autour de la plaie, entre la peau et les tissus sous-jacents. A ce moment je remarquai de légères contractions spasmodiques dans quelques faisceaux du muscle pectoral. Dans l'espace de vingt-deux minutes, ce mouvement spasmodique augmenta beaucoup, et tous les muscles, y compris ceux de la respiration, furent affectés d'un mouvement convulsif qui cessait et revenait par accès. A ce moment je trouvai que les mouvements de dilatation et de contraction du larynx étaient de beaucoup restreints. Le larynx étant entièrement visible chez le pigeon, quand la bouche est ouverte, on peut observer tous les changements qu'il subit. On voit que cet organe se dilate complétement à chaque inspiration, se contracte après chaque expiration, et se ferme instantanément et parfaitement si on vient à le toucher ou si l'oiseau fait un effort pour avaler.

Dans le cas dont il s'agit ici, les deux mouvements étaient restreints, et à mesure que l'effet produit par le poison augmentait, ils se restreignaient davantage.

Au bout de trente minutes, le pigeon avait de la difficulté à se tenir debout, et les yeux fermés, la bouche ouverte, il cherchait à respirer. La contraction spasmodique continuait encore. A ce moment la glotte était bien plus contractée, et les inspirations étaient, par moment, accompagnées d'un râle sibilant.

Après quarante minutes, l'oiseau ne pouvait se tenir debout, la respiration était peu irrégulière, la glotte plus resserrée. Il avait conservé la sensibilité et, quand on le tenait dans la main; il agitait encore ses ailes volontairement.

Ce pigeon mourut au bout de soixante-sept minutes; la glotte était contractée à ce point que déjà dix minutes avant la mort, elle ne présentait plus qu'un petit orifice.

Des observations faites sur douze oiseaux n'ont présenté, dans aucun cas, des phénomènes différant essentiellement de ceux que je viens de décrire; seulement l'action du poison était plus ou moins rapide. Dans quelques cas, le spasme des muscles de la respiration et du larynx était plus marqué, dans d'autres il l'était moins.

Dans un des cas je remarquai que la glotte se dilata entièrement et spasmodiquement plusieurs fois de suite et se ferma ensuite parfaitement de manière à être la cause, en apparence, de la mort de l'oiseau.

Il fut difficile de déterminer, dans aucun cas, l'état de la vision dans les derniers moments de l'expérience; mais jusqu'alors elle resta intacte; il en fut de même de l'ouïe.

Les oiseaux perdirent constamment, d'abord l'usage des pattes et dans un cas, où il y eut guérison, l'absence de mouvement persista deux jours encore après, l'oiseau étant du reste, bien sous tous les autres rapports.

EFFETS REMARQUÉS DANS L'ENDROIT OU LA MORSURE A LIEU.

Presque instantanément, quand l'action est rapide, la plaie devient bleue. Cette décoloration se répand rapidement, surtout dans la direction des vaisseaux conduisant au cœur.

A l'ouverture on trouve les tissus décolorés, d'un brun rougeâtre foncé, infiltrés de sérosité, présentant l'apparence d'une plaie dans un état voisin de la gangrène.

En examinant au microscope les globules du sang, on trouve que les globules rouges ont changé de forme; ils sont plus arrondis qu'à l'état normal; les globules blancs sont en excès, adhérant les uns aux autres et formant des masses.

Quand la mort n'est pas rapide, le sang trouvé dans les cavités du cœur est noirâtre et liquide. Les poumons sont légèrement engorgés et le cerveau n'est pas plus vasculaire qu'à l'état normal (1).

(La fin au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS

(Suite.)

IV. ARCHIV FUR PHYSIOLOGISCHE HEILKUNDE.

Publié par le professeur VIERORDT.

SUR LA RESECTION DANS LA SUPPURATION DES SURFACES ARTICULAIRES; par le professeur ROSER.

Ce n'est pas seulement pour enlever des extrémités osseuses malades, mais c'est surtout pour donner au pus un écoulement plus facile que les resections sont recommandables; aussi l'auteur les conseille-t-il dans ce but et pour transformer une plaie irrégulière, à surface inégale, en une plaie simple et facile a guérir. M. Roser applique particulièrement ce principe à l'articulation du genou, comme celle dont

(1) En répétant ces expériences, il faut choisir des pigeons vieux et forts. Les autres pigeons peuvent être tués par les effets mêmes du traitement.

(1) Sur l'homme et sur les chiens, si la mort est retardée ou si la guérison a lieu, on remarque ordinairement une tendance à l'hémorrhagie, qui a lieu dans le nez, la bouche, l'estomac, les poumons, les reins et les surfaces ulcérées, etc. Le membre mordu, et souvent la peau de tout le corps, présentent des taches semblables à des pétéchies. Chez un chien mordu à l'abdomen, une hémorrhagie, qui faillit devenir fatale, eut lieu le lendemain d'une légère piqûre. Le sang d'un homme, qui eut une hémorrhagie après avoir été mordu, était entièrement privé de fibrine.

les lésions sont les plus dangereuses et qui présente le plus de facilité dans la resection des extrémités osseuses. Cependant il se présente une difficulté, c'est d'empêcher le fémur de se porter en avant. L'auteur conseille, pour arriver à une exacte coaptation des extrémités osseuses, d'appliquer l'appareil de M. Malgaigne comme parfaitement approprié au but qu'on se propose.

Il est à regretter que M. Roser n'apporte pas quelques faits à l'appui de ses vues théoriques. Il a pratiqué deux fois, mais sans succès, la resection du genou. Le premier de ses malades a été emporté par une pyémie qui régnait alors dans sa clinique; le second était un sujet cacochyme, qui fut aussi pris, au bout d'un mois, d'accidents pyémiques, et sur lequel on fut obligé de faire l'amputation.

INFLUENCE DES NERFS SUR LES VAISSEAUX DE LA LANGUE; par le docteur SCHIFF.

M. Schiff est un habile et zélé expérimentateur auquel la physiologie des nerfs est déjà redevable d'un bon nombre de faits importants. Dans le présent article ce physiologiste rend compte d'expériences qu'il a faites sur la langue des chiens, dans le but de rechercher si la cessation de l'action nerveuse entraîne la dilatation des petits vaisseaux, et par suite la rougeur des parties.

Des chiens auxquels on avait coupé l'hypoglosse depuis plusieurs semaines au même plusieurs mois ne montraient aucune injection de la moitié de la langue paralysée. On coupa alors aussi sur quelques-uns de ces animaux le nerf lingual du même côté, et déjà au bout de dix minutes et même plus tôt, on vit la partie correspondante de la langue sensiblement plus rouge.

Dans une autre série d'expériences, l'auteur commença par faire la section du nerf lingual; la couleur de la langue restait généralement normale, tandis que toutes les fois que l'on coupait en même temps le nerf hypoglosse, la rougeur se montrait presque aussitôt. Ces expériences semblent donc prouver que le ton des petits vaisseaux de la langue provient de l'hypoglosse aussi bien que du lingual, ou plutôt des deux nerfs en même temps. L'auteur a trouvé sur le trajet de ces deux nerfs de petits ganglions microscopiques à la présence desquels il attribue les propriétés qu'on vient de signaler. Les altérations des vaisseaux sanguins, dans les muscles paralysés, consistent surtout en ce que leur lumière conserve quelque temps le même diamètre, puis diminue subitement. Cette disproportion dans la lumière des petits vaisseaux à parois cantractiles indique une dilatation de ces derniers, résultats conformes à ceux qu'a signalés M. Waller, ainsi que l'auteur a soin de le faire remarquer.

V. JOURNAL FUR KINDERKRANKHEITEN;

Publié par les docteurs BEHREND et HILDEBRAND.

Les deux premiers doubles cahiers (janvier à avril) de l'année 1853 contiennent les articles originaux suivants: 1° *La fièvre scarlatine et ses suites au point de vue hémato-pathologique*; par le docteur Staeger. 2° *Sur les affections encéphaliques de l'enfance*; par le docteur Steinthal. 3° *Sur la marche et le traitement de la scoliose*; par le docteur Werner. (Dernier article.) 4° *Études sur le rachitisme*; par le docteur A. Vogel. (Monographie sur le rachitisme et son traitement; l'auteur donne l'huile de foie de morue comme base du traitement et s'en trouve bien; il y ajoute les autres moyens thérapeutiques et hygiéniques généralement en usage.) 5° *Sur les excoriations chroniques de la langue chez les enfants*; par Fr. Betz. 6° *Sur la signification des croûtes laiteuses chez les enfants*; par Wilibrand. 7° *Sur la guérison d'un hydrocéphale chronique à l'aide de la compression de la tête*; par le docteur Lund. 8° *Sur l'allaitement artificiel*; par le docteur Ploss. (Examen des diverses substances conseillées par 67 médecins ou philosophes, parmi lesquels nous trouvons Pythagore, Locke, Kant et J. J. Rousseau.)

LA FIÈVRE SCARLATINE ET SES SUITES, AU POINT DE VUE HÉMATO-PATHOLOGIQUE; par le docteur J. L. STAEGER (de Windau, en Courlande).

Malgré les précieux travaux que nous possédons sur l'état du sang dans les maladies, il règne encore beaucoup de vague sur les rapports qui peuvent exister et qui existent probablement entre les formes morbides et les altérations du liquide nourricier. Le titre de cet article semble annoncer des recherches directes sur l'état du sang dans la scarlatine et dans les affections secondaires qui succèdent à cette phlegmasie cutanée; mais il n'en est rien; l'auteur s'est donné pour tâche d'analyser les travaux qui ont été publiés, soit sur l'état du sang dans diverses maladies, soit sur la pathogénie de la scarlatine, afin d'en déduire par analogie des conséquences sur la nature de cette dernière affection; son travail est donc plutôt didactique qu'expérimental. Ces réflexions ne lui ôtent rien de son intérêt, car une analyse bien faite des phénomènes pathologiques est toujours instructive, et doit nécessairement influer sur le traitement.

Il ressort des recherches de l'auteur que les analyses du sang qui ont été faites jusqu'à ce jour ne nous donnent rien de positif sur l'état de ce liquide dans la scarlatine. Les symptômes qui caractérisent cette dernière nous portent seulement à dire que le sang est altéré, mais nous ne pouvons encore spécifier la nature de cette altération. L'un des traits les plus caractéristiques de la scarlatine est d'entraîner à sa suite de graves désordres qui ont leur source dans la dégénérescence granuleuse des reins. Après s'être livré à des considérations sur le mode de production de cette dégénérescence, sur l'albuminurie qui l'accompagne et sur les hydropisies qui en sont la suite, l'auteur déduit les conclusions suivantes:

1° L'affection connue sous le nom de maladie de Bright est la suite d'hypérémies des reins fréquentes, prolongées, le plus souvent artérielles, quelquefois veineuses, sous l'influence d'une constitution sanguine caractérisée par l'augmentation de la fibrine et de l'eau, et par la diminution des corpuscules sanguins et probablement aussi de l'albumine.

2° L'albuminurie est la suite d'une hypérémie rénale artérielle, passagère au permanente, très-souvent aussi veineuse; elle est favorisée par une diminution des corpuscules sanguins et de l'albumine, avec augmentation de la quantité d'eau du sang; elle accompagne donc constamment la dégénérescence granuleuse.

3° L'hydropisie est la suite d'un appauvrissement du sang en albumine, avec augmentation d'eau et diminution des globules; lorsqu'elle se montre avec des symptômes inflammatoires, il y a augmentation de fibrine; elle accompagne presque toujours la maladie de Bright.

L'auteur étudie ensuite plus en détail la marche de ces diverses altérations et leurs rapports avec la scarlatine.

SUR LES EXCORIATIONS CHRONIQUES DE LA LANGUE CHEZ LES ENFANTS; par FR. BETZ (de Heilbronn).

Le professeur Moeller (de Koenigsberg) a décrit un mode particulier de desquammation chronique de la langue, qu'il a observé six fois sur des femmes d'un âge moyen. Les excoriations apparaissaient sous la forme de taches d'un rouge intense, nettement circonscrites, privées d'épiderme, et dont les papilles tuméfiées s'élevaient au-dessus du niveau des parties saines avoisinantes. Il n'y avait pas d'ulcération ni de sécrétion morbide. Ces taches existaient principalement sur le bord et vers la pointe de la langue, souvent à sa face inférieure ou à l'intérieur des lèvres, jamais en arrière. Elles occasionnaient une sensation de brûlure, ôtaient l'appétit et le goût, et gênaient les mouvements de la langue.

C'est une affection analogue que M. Betz a observée chez cinq enfants. Il apparait sur le bord de la langue, vers sa pointe ou sur ses côtés, une ou plusieurs taches arrondies ou ovalaires, entourées d'un rebord souvent plus rouge. Cette tache gagne en étendue; les papilles filiformes sont, dans cet endroit, privées de leur épithélium corné; le reste de la langue est couvert d'un enduit blanchâtre; il n'y a aucune tuméfaction, ni aucune sécrétion purulente. La desquammation s'opère ainsi de proche en proche dans toute l'étendue de la langue, d'abord d'un côté, puis du côté opposé; le même travail de desquammation recommence au bout de trois, six au huit jours.

L'auteur a observé ces excoriations sur un enfant de 3 ans, depuis un mois après sa naissance. Les autres malades sont des filles, dont la plus âgée a 8 ans. Chez trois d'entre elles, il apparaît de temps en temps au visage et sur la tête, des éruptions eczémateuses et impétigineuses. L'auteur propose de donner à cette maladie le nom de pityriasis de la langue.

SUR LA SIGNIFICATION DES CROUTES LAITEUSES CHEZ LES ENFANTS; par F. DE WILLIBRAND (d'Helsingfors).

On croit généralement dans le public, en France comme en Allemagne et comme ailleurs encore sans doute, que les croûtes laiteuses sont un signe de santé chez les enfants, et bien des médecins autorisent cette croyance. L'auteur fait remarquer que l'on confond sous cette dénomination divers exanthèmes: l'eczéma, l'impétigo, l'eczéma impétigineux. On regarde ces éruptions comme de nature scrofuleuse et l'on s'imagine que la nature tend à éliminer elle-même le prétendu virus scrofuleux, en dirigeant tous ses efforts vers la peau et particulièrement vers le cuir chevelu. De là cette abstention systématique et opiniâtre de toute espèce de traitement, cette crainte même de rien faire qui puisse contrarier la bonne nature dans ses tendances. L'au-

teur s'élève avec raison contre ces erreurs grossières; il fait ressortir les progrès de la médecine moderne au sujet des affections dites scrofuleuses, et adopte en général les idées de M. Lebert. Il fait voir que non-seulement on peut, mais qu'on doit même traiter, dès leur apparition, les divers exanthèmes connus sous le nom de croûtes laiteuses, et que lorsqu'on les néglige on expose quelquefois les enfants à de graves maladies sans compter que le traitement en devient alors plus difficile. C'est au médecin éclairé à étudier la constitution de l'enfant, celle des parents ou de la nourrice, l'alimentation, l'état des premières voies, à rechercher en un mot les causes qui ont pu déterminer ou qui peuvent entretenir l'éruption. Du reste, l'auteur ne s'occupe pas du traitement des croûtes laiteuses; son mémoire se compose de considérations instructives et de réflexions très-judicieuses sur les affections cutanées ou glanduleuses que l'on rattache trop souvent aux scrofules, sans chercher à préciser le sens que l'on doit donner à ce dernier mot.

(La fin au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 5 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

OBSERVATIONS SUR LES EAUX MINÉRALES DU MONT-DOR.

M. THÉNARD lit une note sur ce sujet et s'exprime en ces termes :

L'année dernière, au mois de juillet, étant allé prendre les eaux du Mont-Dor, je me proposai d'en refaire l'analyse pour employer mes loisirs, et surtout d'en rechercher la partie active.

Frappé de l'effet énergique de ces eaux sur l'économie animale, je ne pouvais croire qu'il fût dû uniquement aux traces de fer et à la petite quantité d'acide carbonique et de bicarbonate de soude qu'elles contiennent, lesquels sont associés, d'ailleurs, à d'autres matières qu'on retrouve presque partout, savoir : le sel marin, le sulfate de soude, les carbonates de chaux et de magnésie, et la silice.

Je fis part de mon intention au vénérable docteur Bertrand, inspecteur des eaux, qui a rendu de si éminents services à l'établissement, et s'est acquis un nom européen en médecine.

J'en fis part également au docteur Bertrand, son fils et son si digne adjoint.

Tous deux voulurent bien approuver mon projet et donner les ordres nécessaires pour en rendre l'exécution plus facile.

M. le docteur Bertrand fils, qui est en même temps professeur de chimie et directeur de l'École de médecine de Clermont, m'entendant dire que je soupçonnais l'existence de l'arsenic dans les eaux du Mont-Dor, m'apprit alors que, déjà, il en avait trouvé dans les dépôts ferrugineux et naturels que forment les eaux avant d'être prises en boisson ou administrées en bain, et que ce fait se trouvait consigné dans le rapport qu'il avait adressé, en 1852, à l'Académie de médecine.

Il devenait donc bien probable que l'arsenic faisait partie des eaux minérales elles-mêmes.

Mais d'abord, y existait-il réellement? à quel état y était-il? et combien les eaux en contenaient-elles? Ce sont les trois questions que je me suis appliqué à résoudre.

A cet effet, je fis évaporer, dans une grande bassine d'argent, que M. Aubergier (de Clermont) voulut bien mettre à ma disposition, 38 litres un quart de l'eau de la source de la Magdeleine, qui est celle que l'on boit. Je les réduisis à 765 centimètres cubes, y compris le dépôt qui se fit et qui fut recueilli avec le plus grand soin. J'emportai le tout avec moi au laboratoire de mon fils, à Talmay, où les expériences furent faites au mois d'août.

Le dépôt se composait d'acide carbonique, de chaux, de magnésie, de silice et d'une quantité très-minime d'oxyde de fer. Traité convenablement, on en a extrait aussi des traces d'arsenic.

Quant à la liqueur, elle ne contenait que des sels à base de soude, carbonate, sulfate et sel marin; mais, au moyen de l'appareil de Marsh, on pouvait en retirer en même temps assez d'arsenic pour recouvrir promptement de taches métalliques plusieurs capsules de porcelaine.

L'expérience se fait si facilement que, pour démontrer la présence de l'arsenic dans les eaux du Mont-Dor, il suffirait même d'en prendre 2 litres, de les réduire à 4 à 5 centilitres, et de les éprouver, à la manière ordinaire, par le zinc et l'acide sulfurique.

Si l'on demande maintenant à quel état est l'arsenic dans les eaux du Mont-Dor, il sera facile de voir qu'il doit s'y trouver à l'état d'acide, uni avec la soude, puisqu'il fait partie de la liqueur que l'on obtient en réduisant l'eau minérale à près du quarantième de son volume, et que cette liqueur ne renferme que des sels de soude.

Tout me porte à croire que le sel arsenical est un arséniate et non un arsénite. Il provient peut-être de l'action du carbonate de soude sur l'arséniate de fer. Ce qui donne quelque probabilité à cette hypothèse, c'est qu'on trouve dans les réservoirs où séjournent les eaux un dépôt rouge qui contient de l'oxyde de fer arséniaté.

Maintenant, combien l'eau du Mont-Dor contient-elle d'arsenic, et, par suite, d'arséniate de soude?

Pour cette détermination, on fit passer l'arsenic à l'état d'hydrogène arséniqué, lequel fut décomposé complétement par la chaleur, dans un petit tube de verre. Le verre fut ensuite séché, pesé exactement, puis séparé de l'arsenic par l'acide nitrique, et enfin lavé, séché et pesé de nouveau. La différence de poids donna la quantité d'arsenic.

J'ai trouvé ainsi que les 200 centimètres cubes, provenant des 765 centimètres auxquels avaient été réduits par évaporation les $38^{lit},25$ de l'eau sur laquelle j'opérais, contenaient $4^{mill},50$ d'arsenic.

Conséquemment, les 765 centimètres, et partant les $38^{lit},25$ d'eau qui les avaient fournis, devaient en contenir $0^{g},0172$.

Par conséquent aussi, il y a, dans 1 litre d'eau du Mont-Dor :

$0^{g},00045$ d'arsenic,
$0^{g},000689$ d'acide arsénique,
$0^{g},001058$ d'arséniate neutre de soude,

en admettant que l'acide arsénique soit formé de 100 d'arsenic et de 53,139 d'oxygène, et que l'arséniate neutre de soude le soit de 100 d'acide et de 54,97 de base.

On peut donc dire que les eaux du Mont-Dor contiennent par litre, à la température de la source, 1 milligramme, ou, plus exactement, un peu plus de 1 milligramme d'arséniate neutre de soude.

On ne saurait mettre en doute que ce ne soit à l'arséniate de soude qu'elles doivent leur puissante action sur l'économie animale.

D'autres eaux voisines du Mont-Dor, et d'autres même qui en sont éloignées, contiennent probablement aussi de l'arsenic. Quelques essais faits, mais sur moins de 1 litre, m'autorisent à croire que celles de Saint-Nectaire sont dans ce cas.

Au reste, je me propose de retourner cette année au Mont-Dor, et je ferai des recherches qui me permettront de décider cette importante question.

DES CORPS ÉTRANGERS ARTICULAIRES ET EN PARTIE DES CORPS ÉTRANGERS DU GENOU.

M. JOBERT (de Lamballe) lit l'extrait suivant d'un mémoire sur ce sujet, qu'il dépose sur le bureau de l'Académie :

Toutes les articulations peuvent être le siége de corps étrangers développés en dehors ou en dedans de l'articulation, — mobiles ou adhérents, — avec ou sans pédicule. Les corps étrangers articulaires peuvent avoir la consistance demi-solide, solide, fibrense, fibro-cartilagineuse, ostéo-fibrense; ils paraissent passer successivement par ces diverses périodes, et par conséquent ils présentent des degrés de consistance différents, suivant l'époque à laquelle on les examine, et la durée de leur séjour dans la cavité articulaire ou en dehors d'elle. Ils peuvent cependant passer subitement de l'état albumineux à l'état de cartilage, et cette dernière période peut durer un temps variable avant qu'ils se revêtent d'une matière terreuse.

Les corps étrangers qui sont formés par du sang passent constamment par les diverses phases dont il a été question plus haut, c'est-à-dire qu'ils sont demi-solides, puis charnus, puis fibreux, puis fibro-cartilagineux, et enfin osseux; tous ces états morbides suivent des lois régulières, et tous ces produits ont été primitivement des corps albumineux et sanguins. La force qui préside au développement de ces corps est analogue au principe régulier embryonnaire, comparable à la loi de formation des organes. Je ne peux admettre une autre origine aux corps étrangers; car, s'ils tiraient leur source d'une portion de cartilage ou d'os séparée des surfaces articulaires, comme on l'a cru, on verrait surgir des accidents dépendants de la présence de ces fragments osseux ou cartilagineux.

Le nombre des corps étrangers est variable ainsi que leur volume : ceux qui sont uniques offrent plus de volume que ceux qui sont multiples. M. Velpeau en a vu un qui pouvait avoir le volume d'un marron, et celui que j'ai extrait de l'articulation du genou avait les dimensions d'une petite rotule.

Les corps étrangers offrent de grandes variétés dans leur forme, qui est, en général, en rapport avec la région dans laquelle ils se sont développés; leur volume dépend aussi du degré de liberté qu'ils ont dans l'articulation, et de la compression qui est exercée sur eux. Ils prennent la forme des saillies et des cavités entre lesquelles ils se trouvent placés: c'est pendant qu'ils offrent un certain degré de mollesse que les saillies et les cavités particulières s'impriment à leur surface.

Les corps étrangers ont une double origine, le sang et les fausses membranes (fibrine) : le sang donne presque toujours naissance aux corps étrangers, soit à l'intérieur de l'articulation, soit à l'extérieur de la capsule; les fausses membranes intra-articulaires sont presque toujours l'origine des corps étrangers libres, qui s'incrustent de substances salines contenues dans la synovie.

Les corps étrangers libres reçoivent les sels de la synovie autour d'eux, où ils forment par conséquent des couches concentriques comme dans les calculs vésicaux. Ces corps ne sont pas douloureux par eux-mêmes, à moins qu'ils ne contiennent quelques filets nerveux dans leur enveloppe; mais ils entretiennent constamment un engorgement articulaire et une hydarthrose, qui s'accroît par moments sous l'influence d'un excès d'irritation survenue brusquement.

Les corps étrangers ont été pris, par des hommes distingués et des chirurgiens de renom, pour des déplacements de la rotule. J'ai eu l'occasion d'opérer une jeune Anglaise qui, plusieurs fois, avait éprouvé tous les accidents violents d'un déplacement d'un corps étranger du genou. Dans son pays, un chirurgien célèbre regardant ces accidents comme produits par un

déplacement de la rotule, avait fait entourer le genou d'une sorte de cuirasse de fer; le fait est à la connaissance de plusieurs hommes éminents dans la science, MM. Rayer, Bouillaud, Bégin, qui n'ont pas sans doute oublié, ni l'opération pratiquée par moi, ni l'exposé fait par la malade de ce qu'elle éprouvait et du traitement auquel elle avait été d'abord soumise.

Les corps étrangers articulaires ont souvent été regardés comme de simples indurations déterminées et entretenues par l'hydarthrose; c'est confondre l'effet avec la cause. Ces indurations ne sont autre chose que des corps étrangers extra-capsulaires, qui entretiennent l'hydarthrose par l'excitation continuelle qu'ils produisent dans la membrane synoviale : cela est si vrai que leur destruction amène la résolution de l'engorgement et la disparition de l'hydropisie. MM. Rayer, Bouillaud, Andral, Bégin, etc., ont été témoins de résultats obtenus par des opérations de la nature de celles dont je vais parler.

Les corps étrangers font constamment des progrès, et ils ne se bornent pas à agir sur la membrane synoviale, mais encore ils sont fréquemment l'origine d'inflammations aiguës, de tumeurs blanches, de suppuration et de perforation des surfaces articulaires; ils sont encore la cause de chutes subites et de violents troubles nerveux pris pour des accès hystériformes, etc. Les commémoratifs, les accidents, l'examen de l'articulation suffisent ordinairement pour établir un diagnostic sûr et arriver à la découverte du corps étranger.

Le traitement médical, comme on peut le voir par les faits que j'ai exposés dans mon mémoire, n'est que palliatif; le traitement chirurgical, au contraire, peut débarrasser les malades de la présence du corps étranger. Les différents moyens de compression soulagent quelquefois, mais ne parviennent jamais à mettre à l'abri des accidents, les malades qui sont porteurs de corps étrangers articulaires. Ainsi la compression exercée sur l'articulation de lady L... n'avait fait qu'aplatir le corps étranger sans prévenir les chutes et les douleurs qu'il avait déterminées. Des compressions régulièrement exercées avec des pelotes, directement appliquées sur les corps étrangers, n'avaient produit que l'affaissement de la tumeur et son aplatissement. Bien plus, je dirai que cette compression exercée avec un compresseur habilement exécuté par M. Charrière n'est parvenue qu'à diminuer la hauteur du corps étranger qui s'est accru en largeur. Cette compression avait cependant été exécutée avec une constance admirable par une malade très-patiente que j'ai été obligé d'opérer en présence de MM. Rayer, Andral et Bégin.

La fixité du corps étranger est incertaine, et d'ailleurs elle n'empêche ni son développement ni son déplacement.

L'extraction et la destruction du corps étranger peuvent seules débarrasser les malades de leur infirmité.

L'extraction est le procédé le plus ancien, et c'est celui qui d'abord a dû se présenter à l'esprit du chirurgien. Toutefois on n'a pas manqué d'observer les écueils qui entouraient cette opération, les accidents qui la suivaient, et l'on a successivement modifié les procédés opératoires. En suivant sur ce point les progrès de la science, on peut y distinguer trois périodes. Dans une première, on incise la capsule sur le corps étranger, sans règles certaines et sans s'occuper de ce qui peut en résulter. Dans une seconde, on fait un effort pour éviter le contact de l'air sur l'intérieur de l'articulation, au moyen d'un pli fait à la peau. Enfin, dans une troisième période, on comprend encore mieux la nécessité d'éviter l'action de l'air sur la membrane synoviale, et dès lors on songe à ouvrir l'articulation, à déplacer le corps étranger et à le nicher dans une autre cavité creusée dans les environs de l'articulation; dans cette troisième période, ce qui préoccupe surtout, c'est de prévenir tout accès de l'air sur la synoviale, et c'est sur ce principe qu'est basé le procédé de M. Goyrand et celui qui m'est propre. L'art ici se propose de retirer le corps étranger de la place qu'il occupe pour le placer dans la profondeur des tissus, sans que l'articulation soit irritée par l'air ambiant.

Je ne retire définitivement le corps étranger que lorsque je présume que la plaie faite à la capsule est fermée. Je laisse par conséquent un temps assez considérable entre la sortie du corps étranger de l'articulation et son extraction définitive. Les accidents à redouter après l'extraction du corps étranger sont d'autant plus menaçants que la plaie tégumentaire est plus voisine de l'articulation, qu'elle est plus directe, et que la pénétration de l'air est plus facile. L'inflammation est d'autant plus à craindre que les plaies articulaire et tégumentaire sont plus larges.

La méthode sous-cutanée dans l'extraction des corps étrangers ne met pas les malades complétement à l'abri des accidents, surtout si l'on ne combine pas bien l'extraction définitive du corps étranger avec la cicatrisation de la plaie de l'articulation. Aucun accident toutefois ne me paraît à craindre lorsque la plaie articulaire est fermée au moment où le corps étranger est retiré de son nouveau domicile.

Les tentatives d'extraction peuvent, par les efforts qu'elles nécessitent, déterminer des accidents redoutables, et il est indispensable, pour les éviter, de faire une ouverture extérieure assez large pour retirer le corps étranger sans effort; la suture entortillée et la compression latérale deviennent indispensables pour obtenir l'agglutination des parois de la cavité accidentelle dans laquelle le corps étranger a été placé avant son extraction définitive.

Tous les corps étrangers peuvent être détruits par l'action du bistouri porté sur eux en différents sens, et de manière à les diviser en parcelles et en petits morceaux; cette opération, que je désigne pour abréger par le nom de *broiement*, peut être exécutée lorsque le corps étranger est avec ou sans pédicule; le broiement s'exécute avec un long bistouri à lame étroite et forte; le bistouri doit être plongé à 3 ou 4 pouces de l'articulation afin d'atteindre le corps étranger qu'il broie sur place en différents sens, lorsqu'il est sans pédicule.

Les corps durs, ostéo-cartilagineux et mobiles, doivent être retirés de l'articulation par une incision préalablement faite à celle-ci, et ce n'est que plus tard, et après l'avoir fixé en dehors de la capsule à l'aide de l'instrument que je désigne sous le nom de *trident*, que le broiement doit être opéré par une nouvelle piqûre faite aux téguments.

Le trident est introduit au travers des tissus par un mouvement de vrille exécuté avec les doigts jusqu'à ce qu'il atteigne le corps étranger qui se trouve alors traversé par lui ou entamé et comprimé contre les parties sous-jacentes.

Le broiement est suivi d'une tuméfaction produite par de la synovie, du sang et de la sérosité venant du corps étranger. Le corps étranger broyé, fibreux, cartilagineux ou ostéo-cartilagineux, se résorbe inévitablement; c'est ce qu'une de nos observations démontre d'une manière péremptoire; le broiement est exempt de tout accident.

Le corps étranger broyé et abandonné aux forces absorbantes finit par disparaître en un temps plus ou moins long, deux mois, cinq mois, huit mois.

On peut établir comme un fait la disparition du corps étranger, quelle que soit sa consistance, pourvu que, désorganisé, il soit changé de lieu; ce déplacement est surtout important lorsqu'il s'agit d'un corps étranger intra-articulaire, afin d'éviter la déposition des sels contenus dans la synovie.

— M. Cl. Bernard prie l'Académie de vouloir bien le comprendre dans le nombre des candidats pour la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie.

MM. Jobert (de Lamballe), Maisonneuve et Malgaigne adressent chacun une semblable demande. Les deux derniers y joignent une notice imprimée sur leurs principaux travaux.

Ces quatre demandes sont renvoyées à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 15 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre du commerce demande l'avis de l'Académie sur la valeur d'une source d'eau minérale située dans la commune de Carcanières, et sur l'opportunité d'en autoriser l'exploitation.

— M. Debeney écrit, au sujet de la communication de M. Langlebert du 30 mai dernier, pour faire connaître l'opposition motivée qu'il fait aux modifications que M. Langlebert a fait subir à son procédé de traitement des blennorrhagies, modifications qu'il qualifie d'irrationnelles en principe et funestes dans la pratique. (Comm. nommée.)

— M. Commaille, médecin à Douéra (Algérie), fait connaître à l'Académie trois cas d'empoisonnement qui ont eu lieu à Douéra, par l'atractylis gummifera, et il donne quelques détails sur ce poison. (Comm. : MM. Adelon, Caventou et Chatin.)

— M. Brouillet, de Blœsheim (Bas-Rhin), adresse un travail sur l'incontinence d'urine nocturne des jeunes sujets et sur son traitement par l'eau froide en bains de siége et en douches. (Comm. : MM. Ferrus, Grisolle et Bouvier.)

— M. Bouvier informe de vive voix l'Académie qu'il a fait confectionner depuis longtemps, par M. Mathieu, des aiguilles analogues à celles présentées dans la dernière séance par M. Bitterlin, et destinées à passer des fils de plomb.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le redressement utérin.

La parole est à M. Depaul.

DU TRAITEMENT DES DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS PAR LES PESSAIRES INTRA-UTÉRINS.

M. Depaul : J'ai deux réponses à faire : la première à M. Malgaigne ; la seconde à M. Gaussail de Toulouse. Je commencerai par remercier M. Malgaigne de ce qu'il a dit de bienveillant sur l'ensemble de mon rapport. Mais malgré toute ma déférence pour lui, je ne puis être de son avis sur quelques points. Je constaterai d'abord que, sur le fond de la question, nous sommes d'accord, et je trouve même en lui un réprobateur de la méthode beaucoup plus sévère encore que je ne l'ai été moi-même. Le redressement utérin, dit M. Malgaigne, a été fait empiriquement, sans règle, sans indications, sans diagnostic; il n'a pas l'efficacité qu'on lui prête, et il a entraîné des accidents graves. Pour son compte, il n'essayera jamais cette méthode. Enfin, il ajoute que tout ce qu'a fait là-dessus M. Valleix est un chaos où il est impossible de se reconnaître. En vérité, je me demande après cela comment M. Malgaigne a pu me trouver trop absolu, comment il peut dire que j'ai été trop loin, que j'ai fait un plaidoyer (d'autres ont dit même un réquisitoire). Du reste, j'accepte le mot réquisitoire, pourvu qu'on le trouve juste.

M. Malgaigne reconnaît cependant que j'ai fait quelques réserves. Cela est vrai; mais notre collègue ne me paraît pas en avoir compris le sens. Je n'ai pas nié que, dans quelques cas, les femmes traitées par le redresseur aient éprouvé de l'amélioration, que quelques-unes même aient guéri. Mais à quel moyen ont-elles dû leur soulagement ou leur guérison? Est-ce au redresseur ou aux moyens employés concurremment? Là était la question. M. Malgaigne n'en a pas dit un mot. Or je crois avoir démontré que c'est aux moyens pré-

tendus accessoires et non au redresseur lui-même qu'il fallait attribuer ces guérisons. C'est du moins là ma conviction.

M. Malgaigne m'a reproché encore d'avoir accordé que quelques déviations simples peuvent produire des accidents, sans en avoir fait connaître les proportions et sans avoir dit dans quelles circonstances ces guérisons avaient eu lieu. J'ai dit que, sur plus de 60 malades ayant eu des déviations, j'en avais compté tout au plus 4 chez lesquelles des accidents de quelque importance pouvaient être attribués à la déviation. C'est, comme on le voit, une exception.

Un reproche que j'ai moins compris encore, c'est que je n'aurais pas dit, dans mon travail, quels sont les moyens, autres que le redresseur, que la science possède pour le traitement de ces déviations exceptionnelles. Mais n'ai-je pas cité les moyens employés par M. Hervez de Chégoin, ceux de M. Huguier? n'ai-je pas parlé des ceintures hypogastriques, des pessaires à air de M. Gariel? Je ne pouvais faire l'histoire complète de l'art sur ce point: j'ai dû me borner à mentionner les principaux moyens connus.

M. Malgaigne me reproche d'avoir examiné trop rapidement les faits de M. Valleix et d'avoir été trop sévère pour l'observation quatrième. Mais que dit-il lui-même de cette observation, sinon que M. Valleix affirme que la malade a été guérie? Pourquoi ne m'a-t-il pas dit en quoi j'avais pu me tromper? On sait ce que j'ai opposé à cette affirmation, d'après des citations textuelles empruntées au travail même de M. Valleix. Je n'ai pas besoin d'y revenir.

Il est un autre reproche d'une importance minime, que je n'aurais pas relevé s'il ne s'adressait en même temps à un confrère honorable d'Angleterre. Il s'agit de cette observation dans laquelle le redresseur utérin aurait produit des ulcérations et des fissures du rectum. Qu'y a-t-il d'étrange à ce que de semblables lésions aient pu être produites dans ces régions, quand on sait surtout que le redresseur, en Angleterre, est souvent maintenu pendant très-longtemps, qu'il se déplace souvent et vient arc-bouter contre la paroi vagino-rectale! D'ailleurs, j'ai pour moi l'affirmation d'un confrère honorable qui a certainement vu ce qu'il a décrit.

M. Malgaigne, entrant dans le cœur de la question, divise les médecins en deux camps: les uns pour qui tout est dans la déviation; les autres pour qui la déviation n'est rien; et il me reproche d'avoir pris parti pour ces derniers; puis rappelant la discussion de 1849 et les diverses opinions qui y ont été exprimées, il conclut de tout cela que la question n'a pas fait un seul pas. Je suis loin de partager cette manière de voir. J'ai été pour ma part beaucoup éclairé par la discussion de 1849, et mon expérience personnelle aidant, j'ai pu me convaincre depuis que, sur plusieurs points de la pathologie utérine, on a aujourd'hui des notions plus précises qu'autrefois.

D'après M. Malgaigne, il est vrai, les faits contenus dans la page 22 de mon rapport ne prouveraient rien. Comment! si je prouve qu'il y a des femmes qui marchent sans souffrir, bien qu'elles aient des déviations utérines, vous dites que cela ne prouve rien! J'ai ajouté encore qu'il y a une catégorie de femmes qui ont des déviations utérines compliquées d'autres affections; lorsque ces femmes sont traitées pour ces affections, il arrive de deux choses l'une: ou qu'elles guérissent à la fois et de ces affections et de la déviation, ou que la déviation persiste après que tous les accidents sont dissipés. Dans le premier cas, il est évident que la déviation, qui a disparu par le fait seul de la guérison des autres accidents et sans qu'aucun moyen spécial lui ait été opposé, n'était qu'un simple phénomène secondaire sans importance, et dans le second cas, n'est-il pas également évident que la déviation n'était pour rien dans la production des accidents, puisqu'ils ont disparu malgré sa persistance. Et vous dites que cela ne prouve rien!

M. Malgaigne dit un peu plus loin que les déviations qui donnent lieu à des accidents sont très-fréquentes, et quand je suis arrivé aux conclusions de son travail, j'ai trouvé qu'il y déclarait rares les déviations suivies d'accidents. Je lui laisse le soin d'expliquer cette contradiction.

Au sujet des affections utérines qui peuvent produire tout le cortége des symptômes que l'on a mis sur le compte des déviations, M. Malgaigne me reproche d'avoir tracé le tableau de toute la pathologie utérine. Mais je ferai remarquer à M. Malgaigne que je n'ai pas dit qu'il fût nécessaire que tous ces symptômes se trouvassent réunis pour constituer telle ou telle affection utérine. J'ai énuméré tous les symptômes que l'on peut voir dans ces différents cas; mais je n'ai pas prétendu dire qu'on dût nécessairement les trouver tous et toujours réunis.

M. Malgaigne me reproche de n'avoir point fait le diagnostic différentiel, et il a pris prétexte de cela pour l'établir à sa manière.

Je n'ai à répondre autre chose à cela si ce n'est que j'ai cru inutile de faire un chapitre spécial de diagnostic différentiel, ce diagnostic se trouvant fait en réalité en plusieurs endroits de mon rapport. A cette occasion M. Malgaigne a fait contre moi une sortie un peu vive et qui m'a fort étonné. Il s'agit de la constatation de la pesanteur de l'utérus. Il s'est même égayé quelque peu à cette occasion sur la subtilité de mon doigt. Mais quel est l'accoucheur un peu exercé qui, ayant l'habitude de ces sortes d'exploration, ne soit à même d'apprécier une différence dans la pesanteur de l'utérus.

M. Malgaigne récuse également les signes déduits des altérations de couleur, de forme, de texture, de pesanteur, etc. Les écoulements même lui paraissent sans importance. Les trois quarts des femmes seraient malades, dit-il, si l'on s'en rapportait à l'écoulement. Je crois au contraire que l'écoulement est un signe d'une très-grande valeur; mais il ne suffit pas, dans ce cas, de dire: il y a des fleurs blanches, une perte blanche; il faut étudier les caractères différentiels de ces écoulements. Par suite de l'expérience que j'ai acquise, tant dans les cliniques de mes maîtres que dans ma pratique particulière, je n'ai pas tardé à voir tout le parti qu'on pouvait tirer de l'examen des écoulements. Est-ce qu'on peut confondre le mucus sécrété par le vagin avec la matière qui s'écoule du col utérin, par exemple?

Mais il faut à M. Malgaigne quelque chose de plus général. Il est arrivé, pour son compte, à un moyen nouveau de diagnostic. Voici en deux mots en quoi il consiste. La manière dont une femme supporte l'application d'une ceinture hypogastrique et l'effet que produit chez elle le repos avec le décubitus suffisent pour établir le diagnostic. L'application d'un bandage redresseur et le repos au lit font-ils cesser les douleurs, c'est à une déviation que l'on a affaire; dans le cas contraire, il y a tout à parier que c'est à une phlegmasie.

J'avoue que quelque confiance que j'aie dans la grande expérience de M. Malgaigne, je ne puis accepter ce moyen de diagnostic. A ce compte-là, en effet, les trois quarts des femmes seraient jugées n'avoir que des déviations, car chez le plus grand nombre il suffit d'un simple repos momentané pour faire disparaître jusqu'à nouvel ordre tous les symptômes morbides, ce qui évidemment ne prouve rien.

Mais ce n'est pas tout. M. Malgaigne nous a indiqué encore un autre caractère diagnostique pour les névralgies. Il nous a dit qu'il y avait des névralgies du col de l'utérus et des névralgies des annexes. Comment les distingue-t-il? Le voici. Il a remarqué que lorsque la névralgie siége au col il y a un point douloureux dans le côté gauche et des douleurs sympathiques dans les parties supérieures du corps, jamais dans les parties inférieures. Dans les névralgies des annexes, au contraire, les douleurs siégent exclusivement dans les membres inférieurs.

Il suffirait donc de savoir sur quelles parties du corps s'irradient les douleurs pour déterminer quel est le siége de la névralgie, si c'est dans le col de l'utérus ou dans les annexes. (Il ne nous dit rien par parenthèse du corps de l'utérus.) Je crois que lorsqu'il existe une névralgie de l'utérus, les douleurs peuvent s'irradier dans toutes les parties du corps. Ce caractère n'a donc pas à mes yeux l'importance que lui attribue M. Malgaigne. Pour démontrer l'existence de ces névralgies, il a cité le fait de M. Notta. Il s'appuie même sur cette citation pour prouver que le redresseur peut soulager et guérir sans replacer la matrice dans sa direction normale. Cette observation prouve tout simplement que le redresseur n'a rien redressé.

M. Malgaigne ne s'est pas borné là; il a voulu nous faire connaître ses idées sur le traitement de ces névralgies. Je n'ai pas été, je l'avoue, très-édifié; mais ce qui m'a le plus étonné, c'est le point de départ de ce traitement. Il y a été conduit, dit-il, par le fait de M. Desternes guérissant une névralgie faciale à l'aide de l'excitation du tympan; c'est, d'un autre côté, une névralgie dentaire guérie par la section du lobule de l'oreille. M. Malgaigne aurait pu se citer lui-même, et je suis étonné qu'il ne l'ait pas fait. On n'a pas oublié, en effet, les succès qu'il a obtenus dans le temps par la cautérisation du tragus. Mais qui ne sait que ce sont là de ces méthodes qui ne naissent que pour mourir aussitôt? Il répugne de prendre au sérieux de semblables méthodes. Moins difficile sur ce point, M. Malgaigne a pris acte de ces faits pour se demander s'il ne suffirait pas d'un moyen analogue pour faire cesser les névralgies de l'utérus; il a essayé d'exciter l'utérus pour le cathéter, et dans quelques cas, il a vu les douleurs névralgiques disparaître. Mais, ajoute-t-il, dans quelques cas elles sont revenues. Qui ne voit là les effets ordinaires de toutes les émotions, de toutes les impressions vives chez la femme? N'est-ce pas l'histoire des personnes qui voient disparaître leurs maux de dents en approchant du dentiste? J'insiste là-dessus parce qu'il faut en finir, une fois pour toutes, avec cet argument tiré de guérisons immédiates. Il faut du temps pour juger une méthode.

Je ne puis terminer sans dire un mot en réponse à la conclusion de M. Malgaigne sur l'empirisme.

M. Malgaigne s'élève contre l'empirisme; il veut qu'on sache ce que l'on fait, et pourquoi on le fait. Je demanderai à M. Malgaigne s'il sait ce qu'il fait lorsqu'il touche la membrane interne de l'utérus avec le cathéter.

Enfin M. Malgaigne m'a reproché, je ne sais trop pourquoi, ma conclusion concernant l'hystéromètre, quand il en a fait une semblable: c'est encore une de ces contradictions que je ne m'explique pas.

J'avais donc raison de dire au début que le traitement mécanique des déviations de l'utérus n'avait pas de plus grand adversaire que M. Malgaigne, et qu'à part quelques détails sur lesquels je viens de m'expliquer, nous étions du même avis sur le fond de la question.

M. Depaul arrive à la lettre de M. Gaussail.

Dans la lettre que M. Gaussail a écrite à l'Académie dans la dernière séance, il se plaignait que M. Depaul eût considéré ses documents cliniques comme n'ayant aucune valeur, et qu'il n'eût point tenu compte de ses considérations pratiques préliminaires sur ce sujet. M. Depaul répond à ces diverses réclamations en soumettant les faits de M. Gaussail à une nouvelle analyse, d'où il fait ressortir la justification des conclusions qu'il en a déduites dans son rapport, et en déclarant, en ce qui concerne les considérations préliminaires dont M. Gaussail se plaint qu'il n'ait pas été tenu compte, qu'il n'avait cru devoir s'occuper que des points qui se rattachaient directement à son sujet. Il se défend enfin, en terminant, du reproche de partialité, et maintient que sa critique a pu être sévère, mais qu'elle n'a pas cessé un seul instant d'être impartiale.

M. Huguier: La question importante soumise à l'examen de l'Académie est complexe; elle se compose de trois parties principales, qui ont trait: la première aux *redresseurs* ou *pessaires intra-utérins*; la deuxième aux *déviations utérines*, et la troisième à l'*hystérométrie* ou au *cathétérisme* utérin, considéré au point de vue du diagnostic.

Sur la première partie de la discussion, je partage les opinions émises par M. le rapporteur, opinions basées sur un grand nombre de faits qu'il a fait

passer avec soin sous vos yeux; toutefois, me montrant un peu moins exclusif que plusieurs de mes collègues, je ne dirai pas que les pessaires intra-utérins doivent être entièrement proscrits, parce qu'ils sont inutiles et dangereux. Certains faits prouvent que quelques malades s'en sont parfaitement trouvées, et n'ont éprouvé aucun accident de son application. Ces quelques faits, bien que rares, suffiront toujours pour que des praticiens, quoi qu'en disent et fassent l'Académie et les autres corps savants, continuent à avoir recours à cet instrument. Ce qu'il faut dire, c'est ceci : Pour les déviations de l'utérus qui déterminent des accidents sérieux ou graves, ce qui est l'exception, on pourra, si ces affections résistent aux autres moyens curatifs que possède la science, avoir recours aux pessaires intra-utérins, à la condition d'avoir préalablement reconnu que l'utérus peut, sans effort et sans douleur, être ramené à sa direction, à sa position normales; que l'application de l'instrument et son séjour prolongé ne déterminent pas de douleur; de ne quitter la malade que quinze à vingt minutes après son introduction, et de lui bien recommander, en s'éloignant, de l'enlever tout de suite si elle éprouvait de l'agitation, du malaise, de la douleur ou un peu de fièvre.

Chez certaines femmes non réglées, chez d'autres qui ont une suppression des règles, qui éprouvent des accidents sérieux, et même dont la santé et la vie sont compromises par la suppression du flux menstruel, on peut, lorsque tous les moyens que possède l'art ont échoué, avoir recours aux pessaires intra-utérins comme emménagogues, appliqués pendant quelques heures ou quelques jours, et on ne tarde pas, en réglant et en surveillant l'action, à obtenir une métrorrhagie périodique, qui, ainsi établie d'abord artificiellement, se fait plus tard spontanément. La science possède déjà des faits de cette heureuse application, et pour mon compte, je pourrais en citer deux fort remarquables.

J'arrive aux déviations utérines. Les auteurs les plus estimés et les praticiens les plus éclairés sont divisés en deux camps : les uns, qui, sans nier d'une manière absolue, au point de vue physique, l'existence des déviations de l'utérus, ne lui accordent, au point de vue pathologique et thérapeutique, qu'une importance très-secondaire ou presque nulle, sont portés à les considérer comme de simples anomalies anatomiques et physiologiques qui méritent à peine quelque attention.

Les autres, émus par les accidents qu'éprouvent certaines femmes atteintes de déviations utérines et par la rapidité avec laquelle on fait disparaître ces accidents en replaçant et maintenant l'utérus dans sa direction normale, accordent à ces déplacements une grande importance pathologique.

Eh bien! dans cette question, comme dans beaucoup d'autres, c'est encore dans le juste milieu que se trouve la vérité. C'est probablement faute d'avoir étudié avec assez de persévérance, d'attention et de soin les anomalies, les changements et altérations anatomo-pathologiques qui surviennent dans l'utérus, dans ses annexes, dans les organes voisins et même dans le bassin, que les praticiens ont été en désaccord sur cette question. Les partisans de la première opinion se fondent sur ce que :

1° Ils ont rencontré sur le cadavre des déviations, bien que, pendant l'existence, les personnes qui en étaient atteintes ne se fussent pas plaintes de souffrir vers les organes sexuels;

2° Qu'ils en ont rencontré non moins souvent dans la pratique sur des femmes qui ne se plaignaient nullement d'en être incommodées; que, sur 27 cas d'antéflexion à des degrés divers observés par M. Gosselin, aucune des femmes ne souffrait de l'utérus.

3° Que beaucoup de malades portent des tumeurs intra-pelviennes volumineuses qui ne causent aucun des symptômes des déviations, bien qu'elles doivent exercer sur les organes pelviens une compression plus forte que l'utérus dévié;

4° Que les symptômes et troubles fonctionnels qu'on attribue aux déviations utérines, mais surtout aux inflammations chroniques de l'utérus, et que, comme ces déviations sont le plus souvent accompagnées de l'une de ces inflammations, on a attribué à la déviation les accidents qui appartiennent à l'autre affection;

5° Qu'en faisant disparaître les affections concomitantes des déviations, on fait cesser les accidents symptomatiques, sans avoir rien fait contre celles-ci pour les guider.

6° Un des hommes les plus compétents en organologie, consciencieux et dont les opinions sont à juste titre le plus révérées, nous a dit : Comme l'utérus, dans l'état de vacuité, n'a pas d'axe proprement dit, que sa direction est pour ainsi dire à la merci de tous les organes environnants, les déviations utérines, qui seraient des modifications et altérations de cet axe, n'existent pas.

7° Enfin on a dit : La mobilité excessive de l'utérus peut, chez certaines femmes, expliquer la douleur et les incommodités qu'elles éprouvent, sans avoir recours pour cela à la déviation, et pour preuve, c'est que si on laisse ces femmes au repos, les accidents disparaissent.

Examinons chacune de ces objections.

Les faits trouvés sur le cadavre ont été rencontrés le plus souvent sur des sujets appartenant aux amphithéâtres des hôpitaux. S'il s'agit de femmes âgées dont l'utérus est petit et atrophié, et qui ne travaillaient et ne fatiguaient plus depuis longtemps, il n'y a rien d'étonnant que ces femmes ne se plaignissent pas de leur déviation. S'il s'agit de femmes jeunes, la gravité de la maladie qui les a amenées à l'hôpital a le plus ordinairement fait oublier des souffrances moins sérieuses, et d'ailleurs diminuées par le repos et la position horizontale. Enfin il est une troisième catégorie de sujets chez lesquels à l'autopsie on a trouvé des déviations utérines, et qui, interrogés pendant la vie à cet égard, ont déclaré ne pas souffrir des organes sexuels et pelviens.

Parmi ceux-ci, on a pu négliger d'examiner quelques-unes des conditions anatomiques qui eussent pu expliquer pourquoi les malades ne souffraient pas. L'examen de ces conditions permettra de répondre à la deuxième objection qui tend à faire rayer du cadre nosologique les déviations que portent les femmes sans en souffrir ni sans en être sérieusement incommodées. Oui, il existe, et personne n'a pensé à le nier, des déplacements utérins sans grands dangers dans la santé, et cela à lieu lorsque la déviation est peu prononcée à son premier degré, lorsque l'utérus est peu volumineux et lorsqu'il n'exerce sur les organes voisins qu'une faible pression, ne rétrécit que dans une légère proportion les cavités vésicale et rectale; lorsqu'on a un vagin long, ferme, étroit, qui maintient l'utérus assez haut, il ne retombe pas sur l'anus ou sur le col de la vessie; lorsque le bassin est très-large, a une vaste étendue, que l'espace compris entre la vessie et le rectum est plus grand que d'habitude, et que la matrice petite peut y flotter, se mettre en anté ou en rétrocession sans aplatir et presque sans rétrécir les réservoirs voisins.

Il peut encore en être de même lorsque le rectum, au lieu de se tenir sur la ligne médiane, se dévie à droite ou à gauche des symphyses sacro-iliaques; l'utérus en rétroversion n'incommode en rien les fonctions de cet organe, il ne gêne pas davantage celles de la vessie, parce que son col s'est d'autant plus éloigné de celle-ci que son corps a pu se rapprocher de la cavité du sacrum, le rectum n'étant plus là pour lui faire obstacle, d'ailleurs le col utérin peut lui même être peu développé, atrophié ou détruit et n'exercer aucune pression sur le réservoir urinaire, bien qu'il soit dirigé vers lui. Dans d'autres circonstances, il y a une anté ou une rétro-latéro-version, l'utérus n'exerce qu'une faible action sur les fonctions rétro-vésicales, et si alors on n'aperçoit que la rétro ou l'antéversion, on dit à tort que celle-ci ne dérange pas les fonctions rectales ou vésicales. Ne sait-on pas d'ailleurs qu'il y a des personnes plus insouciantes, moins sensibles ou réfractaires à la douleur, et qu'il faut aussi tenir compte dans tout ceci de la condition sociale et de la profession des individus.

Pour les vingt-cinq cas de prétendues antéflexions de l'utérus sans souffrances observées par M. Gosselin, ils ne prouvent absolument rien pour juger la question qui nous occupe, puisque onze de ces femmes n'avaient qu'une *antécourbure*, c'est-à-dire étaient dans l'état normal : les seize autres n'avaient que des antéflexions très-légères, puisque le doigt ne sentait que 1 ou 2 centimètres de la portion susvaginale antérieure de l'utérus. Notez qu'il s'agit ici simplement d'antéflexions, c'est-à-dire de toutes les déviations, celles qui ont le moins d'inconvénients.

Je ne saurais partager entièrement la manière de voir de ceux de nos collègues qui pensent démontrer l'innocuité des déviations utérines, en avançant que les troubles fonctionnels et les accidents que l'on attribue à celles-ci sont les mêmes que ceux des engorgements et des inflammations chroniques de l'utérus, qu'il suffit de guérir ces affections pour faire non-seulement disparaître tous les accidents, mais encore les déviations elles-mêmes. Cet argument n'est pas sérieux, car il peut être facilement rétorqué et renvoyé par les partisans des déplacements. Ce qu'il fallait, c'était d'étudier la symptomatologie des cas simples, c'était au milieu des symptômes nombreux qui appartiennent aux maladies des organes sexuels de distinguer ceux qui sont communs au plus grand nombre de ces maladies de ceux qui sont propres à chacune d'elle; c'est ce que nous allons essayer de faire en esquissant le tableau à grands traits.

M. Huguier distingue dans les affections de l'appareil sexuel cinq variétés principales de douleurs, la douleur purement nerveuse ou névralgique, qui est très-mobile et qui peut siéger sur les différents points de l'appareil; la douleur utérine proprement dite qui siége dans l'utérus et qui est un caractère de ses inflammations, celle de ses annexes, celle des parties qui sont en rapports immédiats avec lui et la douleur sympathique qui irradie sur les organes avec lesquels il a des connexions vasculaires et nerveuses que la malade soit au repos ou en exercice, dans le calme des organes ou dans l'acte sexuel. La douleur utérine manque soit spontanément, soit qu'on touche, palpe ou cathétérise l'utérus; ce que les malades éprouvent, c'est une douleur de voisinage et de sympathie provoquée par la pression, les tiraillements, les frottements qu'exerce l'utérus déplacé sur les parties voisines. Dans l'antéversion, sentiment de poids, de gêne, de malaise, de souffrance, sur la base de la vessie, sur le col de cet organe, derrière le pubis. Dans la rétroversion, les mêmes troubles de sensibilité se font sentir sur le rectum, vers la base du sacrum ou vers la pointe de cet os, au niveau de l'articulation sacro-coccygienne, etc.

La douleur utérine spontanée ou provoquée par l'exploration est un des caractères des inflammations de l'utérus. Dans celles-ci les deux grandes fonctions de la calorification et de la circulation sont presque toujours troublées; elles ne le sont pas ou très-peu au moins dans le principe, dans les simples déviations.

Les fonctions utérines proprement dites sont moins altérées dans les déplacements de la matrice, si on en excepte les flexions, mais surtout la rétroflexion très-prononcée, que dans les inflammations et les engorgements de l'organe; la fonction qui est le plus fréquemment troublée est la menstruation.

Les troubles fonctionnels des organes voisins sont beaucoup plus manifestes et plus fréquents dans les déviations que dans les inflammations chroniques, etc.

En résumé, les déviations complètes et simples de l'utérus ont donc une symptomatologie propre qui ne permet pas d'en nier l'existence pathologique et de les confondre avec les autres maladies de cet organe : ce qu'il fallait, et ce qu'on n'a pas encore fait avec assez de soin dans les faits publiés jusqu'à

ce jour, comme l'a dit et en partie démontré M. Malgaigne, c'était de faire ressortir des nombreux symptômes communs appartenant aux maladies de la matrice, ceux qui sont propres à ses déplacements.

L'argument qui consiste à nier l'influence pathologique des déviations, parce qu'en faisant disparaître les affections concomitantes on fait cesser les accidents symptomatiques, n'a aucune valeur, parce qu'un grand nombre de moyens tels que repos absolu, suppression de la fatigue, décubitus horizontal, en supination ou pronation, le bassin élevé, les ceintures hypogastriques, etc., surtout dans les cas d'antéflexions et d'antéversions, sont utiles aux deux genres d'affections.

Examinant ensuite l'argument de M. Cruveilhier contre la déviation, fondé sur ce que l'utérus n'a pas d'axe, M. Huguier déclare ne pouvoir partager cette manière de voir.

L'utérus a un axe à peu près parallèle à celui du grand bassin, dirigé obliquement de haut en bas et d'avant en arrière sur l'axe du corps. L'axe utérin, par les changements ordinaires qui arrivent aux organes voisins, peut bien être déplacé, mais non à chaque instant détruit, et il suffit pour cela d'interroger la nature, de jeter un coup d'œil sur les connexions de l'utérus avec les organes qui l'entourent et sur le mécanisme de ceux-ci.

C'est parce que la matrice, dans la grande majorité des cas, a une direction normale, qu'elle garde dans ses changements physiologiques, et pour la conservation de laquelle la nature a pris d'admirables précautions, que l'on doit considérer les déviations qui en sont des altérations comme des maladies.

Les déviations et leurs conséquences admises, il nous reste les deux questions suivantes à résoudre : Est-il vrai qu'elles ne soient jamais une cause de stérilité? — Est-il vrai qu'elles soient incurables? — Quiconque répondra d'une manière absolue sera dans le faux.

Des faits nombreux recueillis avec attention, un relevé de ceux publiés dans les annales de la science, nous ont prouvé que les latéroversions, les anté et rétroversions sont bien moins souvent un obstacle à la fécondation que les flexions, mais surtout que la rétroflexion.

L'antéflexion, en effet, est rarement assez prononcée pour rétrécir ou oblitérer l'orifice cervico-utérin au point que le principe fécondant ne puisse arriver au lieu où l'imprégnation s'opère. Il n'en est pas de même de la rétroflexion congénitale ou acquise; très-fréquemment elle est portée au point que le col et le corps sont dirigés l'un vers l'autre et presque parallèles, se touchant pour ainsi dire par leur face postérieure; or, dans une semblable disposition, la cavité de l'utérus, au niveau de la courbure qui répond le plus ordinairement à l'orifice supérieur du col ou au voisinage de cet orifice est effacée, les parois utérines étant mises en contact l'une avec l'autre; et il résulte souvent de ce contact prolongé une adhérence qui réduit le canal utérin à un simple pertuis ou même l'oblitère entièrement.

Quant à la rétroflexion, c'est plutôt dans les altérations anatomo-pathologiques qui la déterminent qu'il faut chercher la cause de la stérilité qui assez souvent l'accompagne, la flexion dans ce cas n'est jamais portée assez loin pour oblitérer la cavité de la matrice.

Les déviations utérines sont-elles incurables? ou, en d'autres termes, l'utérus dévié est-il fatalement destiné à rester à jamais dans cet état ou à retomber lorsqu'il a été réduit et maintenu pendant un temps plus ou moins long?

Si je ne craignais d'abuser de vos moments, je ferais passer sous vos yeux un bon nombre de faits qui me sont propres, et dans lesquels la guérison se maintient depuis plus de six ou sept ans.

La possibilité des déplacements et des accidents qui les accompagnent étant reconnue ainsi que leur curabilité, disons en peu de mots, d'après les faits qui nous sont propres, quels sont les moyens thérapeutiques qui doivent être dirigés contre chacune d'elles et que l'expérience a le plus sanctionnées.

(L'heure étant avancée, M. Huguier demande à remettre la suite de cette lecture à la séance prochaine.)

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

DELLA GENESI E DELLA NATURA DEI TUMORI ETEROLOGHI; memoria del dottore A. TIGRI, professore supplente di anatomia umana alla R. Università di Pisa (DE LA GENÈSE ET DE LA NATURE DES TUMEURS HÉTÉROLOGUE); mémoire du docteur A. TIGRI, professeur suppléant d'anatomie humaine à l'Université royale de Pise). — Broch. in-8° de 58 pages. — Milan, 1851.

Les tumeurs hétérologues, c'est-à-dire n'ayant point d'analogues dans les tissus de l'économie normale, et caractérisées en outre par leur tendance à se reproduire quand un moyen chirurgical les a extirpées, ont été étudiées avec grand soin par les micrographes; mais M. Tigri pense qu'il y a un trop brusque saut à partir du domaine duquel s'est contenté jusqu'ici l'œil nu, jusqu'à celui où commence l'investigation microscopique. Il pense que l'œil nu peut aller beaucoup plus loin, empiéter sur le domaine où l'on avait fait commencer trop tôt la micrographie, et vérifier et contrôler ainsi une partie des résultats fournis par cet instrument. Tel est le mode original avec lequel procède M. Tigri. Grâce à ce procédé, il pense être arrivé à apprécier les liens de l'effet à la cause, et à déterminer les phases et les procédés d'évolution des tumeurs hétérologues.

Si le mode d'investigation de M. Tigri a quelque chose de particulier, les résultats auxquels il est parvenu ont un caractère bien plus spécial, bien plus original.

On connaît le parasitisme, dont une des plus simples expressions est la noix de galle : le phénomène complet se compose de l'arbre (support), de l'animal parasite, et enfin de l'hypertrophie du support, entourant le parasite et présentant des caractères, une texture, des propriétés en rapport avec la nature de l'animalcule qui a piqué l'écorce. Or les tumeurs hétérologues rentrent dans la grande classe des parasites. Un tissu s'hypertrophie par une cause quelconque; cette hypertrophie, sorte d'expansion de nos tissus normaux, est conséquemment une tumeur homologue : c'est l'analogue du chêne. Quand un parasite, une hydatide, viennent à se développer, une matière appropriée à la nature de l'animalcule ou du corps organique parasite se dépose bientôt entre les mailles du tissu homologue : voilà les analogues de l'insecte des galles et du corps appelé noix de galle. Dans le squirrhe et le fongus médullaire, la substance hétérologue dans laquelle est logé le parasite est une substance molle pareille à la pulpe cérébrale, substance composée de corpuscules bien distincts de la cellule cancéreuse, corps homologue. Le tubercule rentre aussi dans la grande catégorie du parasitisme.

Voici quelques faits à l'aide desquels M. Tigri a pu acquérir la conviction que ses opinions sont bien l'expression de la nature.

Il s'agit d'abord d'un cyste multiloculaire de la mâchoire inférieure. L'os était perforé, criblé de loges de diverses grandeurs, dont la matière osseuse, plus ou moins amincie, formait les parois. Ces loges contenaient une matière sarcomateuse et cérébriforme au sein de laquelle on découvrait les corps cystoïdes, soit isolés, soit réunis en grappe, corps vésiculaires remplis de sérum transparent ou opalin. Voici ce que l'œil nu fait découvrir quant aux transformations qui s'opèrent dans cette tumeur hétérologue, transformations que M. Tigri, si l'on se le rappelle bien, pense plus facilement saisissables à l'œil nu, qui embrasse mieux l'ensemble, qu'à l'aide du microscope, dont l'action partielle, localisée pour ainsi dire, ne doit commencer l'étude que là où l'œil trouve l'impossibilité d'aller plus loin.

Quand une seule vésicule cystoïde est contenue dans la loge, la surface externe de sa membrane fait corps avec la gangue médullaire; mais quand plusieurs vésicules s'agglomèrent en grappe, cette masse devient indépendante de l'atmosphère médullaire, dont elle est bientôt séparée par un peu de liquide, indépendance qui n'est jamais complète, car le pédicule de la grappe prend toujours racine dans la substance médullaire. Contenue dans une poche osseuse qui cède bien difficilement et résiste ainsi mécaniquement, et d'autre part repoussée continuellement par la croissance excentrique des vésicules, la matière médullaire disparaît peu à peu; mais cependant M. Tigri en a encore rencontré une lamelle tapissant les cavernes dont les cystoïdes présentaient le degré d'évolution le plus avancé. Les cystoïdes ne demeurent pas indéfiniment des vésicules pleines de sérosité, car leur surface interne se tapisse de mamelons qui vont en progressant de la périphérie au centre, et marchent conséquemment à la rencontre les uns des autres. Ces dépôts, qui tapissent aussi les parois des cystoïdes, sont de véritables cristaux de cholestérine, bien reconnaissables à leur cristallisation régulière. Le microscope a été nécessaire pour apprécier la forme de ces cristaux. Cet instrument a aussi dévoilé de petits cristaux de même nature et des granulations dans ce liquide albumineux qui remplit les cavernes osseuses à mesure que la matière cérébriforme disparaît.

M. Tigri pense que ces productions pathologiques osseuses, autrefois étudiées par Dupuytren, ne doivent pas être considérées comme des tumeurs de diverses sortes, contenant les unes une matière liquide, les autres une substance liquide; elles sont de même nature, mais se présentent sous divers aspects, selon l'époque de leur évolution. Cette constatation est certainement des plus importantes. Notons qu'elle est antérieure, puisqu'elle a été publiée en 1851, à deux mémoires présentés récemment à l'Académie des sciences, mémoires qui ont eu un juste retentissement. Les auteurs y établissent en grand et pour tous les entozoaires le principe des métamorphoses, duquel il résulte que les diverses espèces adoptées jusqu'ici ne sont que des différentes phases d'évolution d'un même être. Or les travaux de M. Tigri nous semblent un rudiment de cette belle découverte; ils méritent donc notre attention, et à cause de leur propre valeur et au point de vue historique, puisqu'ils constituent la première phase du développement d'idées qui prennent domicile dans la science.

Démontrer qu'il existe un parasite dans les tumeurs cystoïdes, ce

n'est rien dire de nouveau; mais il y aurait, au contraire, originalité et découverte si l'on pouvait constater ce parasitisme dans le cancer et dans le tubercule. Or M. Tigri nous renvoie à un mémoire antérieur, dans lequel il a entrepris de mettre ce fait en relief. Dans le tubercule peu avancé, il a vu des monades et des sporules, et dans les cavernes, dernier degré de l'évolution du tubercule, il a rencontré ces corpuscules réunis en grappe, selon les lois organiques générales bien connues.

Le parasitisme du tubercule n'est point une idée nouvelle; elle a été émise par l'Anglais John Baron en 1822. Cet auteur croit que ce produit est formé par une vésicule hydatique qui se remplit consécutivement de matière concrète. Ces idées n'ont pas été admises, et M. Kuhn a montré en 1832, précisément dans ce même journal, que l'acéphalocyste n'est rien pour la production du tubercule, mais que cette matière peut accidentellement être déposée dans les vésicules. On est si éloigné aujourd'hui d'admettre le parasitisme du tubercule qu'on lui dénie même la vitalité, et que les travaux tout récents de M. Mandt tendraient à établir que, bien loin d'être constitué par des éléments spéciaux caractéristiques que M. Lebert avait cru voir, ce n'est qu'un produit amorphe, dont le ramollissement ne serait qu'une transformation graisseuse. Or M. Mandt a une telle habitude du microscope, que ses expériences nous mettent naturellement sur la défensive devant l'opinion du parasitisme du tubercule. La cellule cancéreuse ne paraît pas à M. Tigri le caractère essentiel et spécifique du cancer : c'est une cellule semblable à toutes celles par le moyen desquelles l'organisme procède pour sa nutrition, pour son accroissement, tout comme pour les réparations de solutions de continuité; c'est une cellule qui deviendra fibre si son évolution peut se compléter. Ce qui constitue l'essence du cancer, c'est encore un parasite, monade ou sporule, que ses études micrographiques lui ont révélé, et dont il a consigné la découverte dans son premier mémoire.

Un cancer n'est point cancer parce qu'il contient des cellules, mais bien à cause des parasites inclus dans cette gangue commune; en d'autres termes, la cellule ne suffit point pour faire nommer hétérologue une tumeur, puisque la cellule est un élément normal. La cellule, qui a son analogue surtout dans l'origine des formations organiques, est l'analogue du tannin de la noix de galle, qui se retrouve partout dans l'écorce du chêne, mais dont l'enture d'un parasite provoque l'accumulation, la concentration sur un point limité. Il faut l'insecte pour que la galle soit un produit sans analogue sur le chêne, comme il faut le parasite pour que la masse utriculaire, la conglomération de cellules cancéreuses, constitue une production sans analogue dans notre économie.

Certes toutes ces questions sont capitales. Amenées par la comparaison, appuyées de puissantes analogies, déduites de l'examen d'une foule de phénomènes qui se succèdent par gradations, depuis les acéphalocystes, où le parasitisme est incontestable, jusqu'au cancer et au tubercule, où la découverte n'en avait pas encore été faite, ces idées auraient un certain mérite quand même elles ne s'appuieraient pas sur des faits positifs, sur une observation microscopique bien rigoureuse. Mais si, comme M. Tigri assure l'avoir démontré dans son premier mémoire, ces idées ne sont que l'expression de faits strictement observés, le professeur pisan peut réclamer pour lui l'honneur d'une belle découverte. On voit que l'éloge est sous toute réserve.

Cinq observations, outre celle du eyste osseux, figurent dans le mémoire de M. Tigri. Voyons ce qu'elles peuvent fournir de plus saillant pour la démonstration qu'il poursuit. Dans un cas de squirrhe ulcéré de la lèvre inférieure, l'incision de la tumeur a montré des corpuscules, ou isolés ou réunis entre eux par des filaments de même nature qu'eux, absolument comme ces corps cystoïdes de la mâchoire inférieure dont il a été parlé ci-dessus. Incisés, ces corpuscules montrent dans leur intérieur, au milieu d'une substance à demi liquide, un noyau qui est uni plus ou moins largement à l'enveloppe, et qui ne lui tient quelquefois que par un filament. Le rapprochement n'est pas difficile à établir entre la configuration de ces parasites et la constitution de ceux que M. Tigri a vus dans le eyste de la mâchoire inférieure. Les cellules cancéreuses étaient, du reste, très-facilement visibles au microscope, dans les parties ramollies et ulcérées du squirrhe.

Une tumeur du sein que l'auteur appelle hémato-médullaire, c'est-à-dire un cancer encéphaloïde avec développement considérable des artères et des veines, a permis à peu près les mêmes constatations. Laissons de côté les deux autres observations, pour arriver à l'examen microscopique de *glandes lymphatiques hypertrophiées par la scrofule*. Ces glandes contenaient au centre une matière jaune, molle, consistant en petites masses bi ou trilobulées, à contours irréguliers, constituées par l'agrégation de nombreux corpuscules; elles étaient isolées ou réunies en grappes, comme les cystes. Les corpuscules qui composent par leur réunion les masses lobées, ne ressemblent pas à ceux qu'on rencontre dans les tumeurs hétérologues, car ils sont polyédriques, anguleux et inégaux en grandeur; de sorte que ces masses lobées diffèrent, par leur tissu et par l'état de leur surface, des corps pyriformes des tumeurs hétérologues.

M. Tigri va plus loin dans son extension du parasitisme : il le retrouve encore dans les loupes, les mélicéris, les athéromes, etc. Les tumeurs sont le produit de l'évolution de cystes. Les vésicules mères contiennent un nombre plus ou moins considérable d'hydatides qui, parvenues à un certain développement, se vident et laissent à leur place une matière qui revêt les différents caractères qui lui ont valu diverses dénominations. Cette substance, liquide dans les commencements, contient des corpuscules qui nagent dans son sein, corpuscules qui sont de véritables monades dont les mouvements sont très-évidents.

Nous nous trouvons arrêté ici par une réflexion : si les tumeurs bénignes tirent ce caractère de la présence de parasites, les loupes, les athéromes, etc., devront donc être rangés aussi dans cette classe; puis, par un retour sur nous-même, nous nous demandons ensuite : Les limites du parasitisme et des formations organiques normales et intrinsèques sont-elles bien précisées? Sait-on où commence l'un, où finissent les autres? On est si peu édifié sur ce fait que tel observateur jugera dans un sens quand un autre conclura tout l'opposé. Accueillons avec empressement les travaux de M. Tigri, mais usons de réserve quant à la nature intime des phénomènes qu'il veut rattacher au parasitisme. Quoi qu'il en soit, un mérite incontestable lui est acquis dès aujourd'hui : c'est celui d'avoir montré, sous certains rapports, un lien de parenté entre les diverses tumeurs dont notre organisme peut être le siége, et d'avoir su découvrir ces analogies dans des faits obscurs qu'on n'avait pas vus jusqu'ici, ou du moins qu'on n'avait pas vus comme M. Tigri. Que ce dernier membre de phrase ne semble pas une critique : en micrographie, l'esprit doit à chaque instant aider à l'œil; tout le monde voit, mais peu voient bien, et il est rare de trouver deux hommes qui voient absolument de la même façon.

FÉLIX JACQUOT.

BULLETIN DU CHOLÉRA.

Nous résumons, dans le tableau suivant, le mouvement du choléra pour les trois semaines qui viennent de s'écouler.

On trouvera dans ces chiffres la preuve que la manifestation cholérique, après s'être considérablement amoindrie dans la dernière quinzaine de mai, a pris, à partir du mois de juin, une extension notable qui a porté de 1 à 17 le chiffre des décès à domicile, et de 10 à 31 le chiffre des entrées aux hôpitaux.

On remarquera que les cas déclarés à l'intérieur des hôpitaux, tout en augmentant ces jours derniers, n'ont pas suivi une marche proportionnée à celle des admissions et des décès à domicile.

Un fait qu'il importe de mentionner et qui s'accorde du reste avec ce que nous avons déjà dit de l'intensité plus grande de la manifestation cholérique sur les militaires, c'est que les hôpitaux militaires figurent pour près de la moitié dans les entrées aux hôpitaux des jours derniers. Ce fait peut être expliqué en partie par l'arrivée dans la capitale, depuis un mois environ, d'un très-grand nombre de recrues non acclimatées, fatiguées par de longues marches, qui payent, en temps d'épidémie, un large tribut à la mortalité.

Mai	25	26	27	28	29	30	31	1er juin	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Admis dans les hôpitaux..	1	4	6	7	5	7	12	10	2	10	3	9	6	7	10	20	15	17	12	29	22	31
Cas déclarés à l'intérieur..	1	3	2	2	3	1	5	4	5	5	2	5	4	5	4	8	6	4	5	7	11	10
Décès enregistrés aux hôp.	9	8	7	7	5	4	5	11	4	10	8	5	11	5	7	6	12	19	11	19	22	22
Décès à domicile......	1	1	0	4	1	1	6	1	5	2	2	6	4	13	7	10	12	7	7	10	20	17

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ÉTUDES RÉTROSPECTIVES DE LA PRATIQUE DES HIPPOCRATIQUES DANS LE TRAITEMENT DES DÉVIATIONS UTÉRINES.

La discussion qui s'est engagée à l'Académie de médecine sur les déviations utérines et sur leur traitement a soulevé d'importantes questions au sujet desquelles les praticiens les plus habiles sont partagés. En cet état de choses, j'ai pensé que les lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE ne me sauraient pas mauvais gré si je mettais, en regard de l'opinion de nos médecins les plus éclairés, l'opinion des médecins hippocratiques. Eux aussi s'étaient beaucoup occupés des déviations utérines, eux aussi avaient de la pratique et de l'expérience, eux aussi avaient leur mode de traitement qu'ils préféraient. C'est en des points controversés comme celui-ci qu'il importe sans doute de faire de tels rapprochements.

Il y a dans la collection hippocratique un ouvrage considérable, intitulé : DES MALADIES DES FEMMES ET DES FEMMES STÉRILES ; il n'est pas d'Hippocrate, peut-être pas même d'un médecin de son école, pourtant il est d'un homme fort ancien et fort habile, et qui certainement avait beaucoup vu et beaucoup fait.

Ce praticien opérait couramment le redressement de l'utérus par un procédé qu'il décrit ainsi : « Après les fumigations, on essaye de mettre les pessaires faits avec des bâtonnets du pin le plus gras; on les enduit avec de l'huile; ils sont longs de six doigts, au nombre de cinq où six, de forme conique, et un peu plus gros les uns que les autres; le plus gros est comme le doigt indicateur, de même forme que ce doigt, plus mince par le bout, grossissant en allant vers l'autre extrémité. Ces bâtonnets seront aussi lisses et aussi ronds que possible, sans aucune écharde. On place d'abord le plus mince. Quand il est en place, la femme le tient tranquille, prenant garde qu'il ne tombe. On n'enfonce d'abord que le bout, puis on l'engage de plus en plus, le faisant tourner et le poussant en même temps. Quand le petit bout est reçu, on s'arrête à ce petit bout, et la femme prend garde que le bâton ne tombe, puis on enfonce davantage de la même façon, jusqu'à ce qu'il soit entré de quatre doigts à l'intérieur de l'orifice utérin. Quand ce premier bâtonnet est ainsi reçu, on l'ôte pour substituer celui qui suit en grosseur, de manière que celui-ci soit en place avant l'affaissement de l'orifice, et quand cet orifice est encore droit et ouvert. Or on réussira si on enlève l'un et met l'autre. Il faut aussi avoir une tige en plomb semblable, pour la forme, au bâtonnet le plus gros, mais creusée à l'intérieur pour pouvoir contenir quelque chose. La capacité en sera celle de la sonde pour les plaies. Afin que l'orifice de cette tente soit lisse et ne blesse pas, on la dispose comme le bout des bâtonnets. Quand la tente en plomb est prête, on l'emplit de graisse de mouton broyée. Cela fait, on ôte le bâtonnet, et on met en place le plomb; si, mis en place, il cause de la chaleur, on le retire et on remet le bâtonnet; on trempe le plomb dans l'eau froide, et on le replace après avoir ôté le bâtonnet. Il faut qu'il y ait toujours quelque chose en place : pendant le jour le bâtonnet vaut mieux, le plomb pendant la nuit. Si la femme veut se lever, qu'elle se lève, mais en ayant attention à ce que la tente reste en place; et, en cas de déplacement, elle la remettra aussitôt. Si aucun des bâtonnets employés pour ces cas ne sont reçus, on les fera plus minces, jusqu'à ce que l'opération puisse s'accomplir. » (DES MALADIES DES FEMMES, § 133.)

Et ailleurs, § 13, dans le traitement du cas où, par la faute de l'orifice utérin, le sperme n'est pas retenu : « Si l'orifice est très-fermé, on l'ouvrira avec les bâtonnets de pin et avec les plombs; fumigation émolliente avec le fenouil; purgation avec les pessaires qui atténuent la matrice et en favorisent le redressement..... Chez quelques-unes, l'orifice utérin est dévié et appliqué du côté de la banche; car c'est aussi un des empêchements pour la matrice de recevoir la semence. En ce cas, on fera les fumigations aromatiques; après la fumigation, la femme, portant le doigt, écartera de la banche l'orifice; l'ayant écarté, elle le redressera avec les bâtonnets de pin et le plomb. »

§ 132 : « L'orifice utérin s'incline d'un côté et se porte vers la banche; c'est encore un empêchement à la mondification de la matrice, à la réception du sperme et à la génération..... Éloignez de la banche la matrice avec le doigt, puis la redressez avec les baguettes de pin et les sondes de plomb, car elle ne cède pas à une force qui s'exerce rapidement. »

Ouvrir l'orifice utérin contracté était une opération fréquemment pratiquée. On lit, *ib.*, § 158 : « Si l'orifice utérin n'admet pas le sperme, mais est dur et fermé, on applique le plomb pendant trois jours après un bain chaud. » Et *ib.*, § 163 : « L'orifice utérin étant dur et contracté, l'ouvrir avec une sonde qu'on introduit, et avec le doigt semblablement. »

On introduisait des tentes dans l'orifice utérin. Ainsi, la matrice se durcissant et l'orifice devenant dur, § 157, il est dit : « Si la malade, se touchant, trouve souple l'orifice utérin, on y introduit une tente en lin écru, semblable à celle dont on se sert pour les empyèmes. On a trois de ces tentes; la première est mince, la seconde un peu plus grosse, la plus grosse de la grosseur du petit doigt et longue de cinq doigts. On les enduit de graisse d'oie, et on les applique après une fumigation aromatique. »

On voit par ce qui précède quel était l'appareil dont se servait le médecin grec : des bâtonnets de bois de pin, très-polis, et des sondes de plomb de différentes grosseurs. Suivant lui, il importait de remédier aux déviations, et il se trouve ainsi de l'avis de ceux qui aujourd'hui regardent les déplacements comme causes et non comme effets des accidents.

Il attribuait aux déviations de l'orifice utérin le pouvoir de produire la stérilité; et, en raison de cette opinion, il redressait et ouvrait l'orifice à l'aide de ses plombs, quand une femme, ne pouvant concevoir, avait le museau de tanche ou dévié ou contracté. Ainsi, § 213, il indique comme causes de stérilité l'orifice utérin oblique et l'orifice utérin dévié du côté du siége. Dans le § 228, où il est question de la matrice qui s'amincit et de l'orifice qui devient raboteux et se ferme, ce qui empêche de concevoir, il conseille d'élargir avec la sonde l'orifice utérin et d'appliquer des plombs qu'on a amincis en râclant en forme de gland et enduits de bile de bœuf.

Le § 217 est consacré aux causes de la stérilité. Il est fait mention de celles qui dépendent de la lésion de l'orifice, de son obliquité, etc. : « Quand la malade vient de prendre un bain et une fumigation, y est-il dit, ouvrir l'orifice utérin et le redresser en même temps, s'il en est

---

FEUILLETON.

EXPOSITION PERMANENTE DES PRODUITS DE L'ALGÉRIE ET CONCOURS GÉNÉRAL AGRICOLE DE 1854.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

Nous arrivons près des ruches ingénieuses du docteur Debeauvoys, honoré au concours général d'une médaille d'argent qui est venue, je ne dirai pas compléter — car un tel homme ne s'arrête pas là; — mais continuer la collection où notre confrère range déjà quatre médailles d'or, six d'argent, sans compter le fretin de bronze ni un *price medal* de l'exposition de Londres.

A côté de la ruche repose modestement un bon petit livre intitulé : GUIDE DE L'APICULTEUR, livre qui en est à sa quatrième édition, grâce à son utilité d'abord, et grâce ensuite aux recommandations officielles des sociétés agricoles et des conseils généraux.

On y lit cette épigraphe empruntée à Réaumur : « Pendant l'été nos campagnes sont couvertes de fleurs pleines de miel et de cire; nous perdons » ces revenus délicieux, faute d'avoir assez d'abeilles, qui seules peuvent » faire cette récolte. Les abeilles enfin sont une branche de l'économie rurale » d'autant plus précieuse qu'elle est à la portée des pauvres habitants des campagnes; elle ne demande ni engrais, ni labours, ni semences. C'est dans » ce genre qu'il est exactement vrai de dire que l'on recueille sans semer. »

Si les départements de l'Ouest ont subi une complète réforme sous le rapport de l'apiculture, à telle enseigne qu'on y compte aujourd'hui plus de six mille ruches du docteur Debeauvoys, c'est parce que cet honorable et ingénieux confrère a répandu sur le pays la semence féconde de son exemple et de ses bons préceptes. Non, on ne recueille rien sans avoir semé; mais il y a des semences de toutes sortes : les découvertes du génie, les perfectionnements introduits par les esprits ingénieux et chercheurs, la propagation des lumières par les amis du progrès, sont autant de semences qui présentent plus d'une analogie avec les graines confiées à la terre. Transmises d'abord à quelques individus isolés, elles sont ensuite répandues par ceux-ci sur un plus grand nombre, et bientôt la foule a reçu la féconde imprégnation. C'est l'histoire du grain de blé qui donne l'épi, et de l'épi qui donne le champ.

M. Debeauvoys est donc un semeur, et de l'espèce la plus utile; nous tenions à lui faire ce compliment, quoiqu'il semble le décliner par l'épigraphe placée en tête de son GUIDE DE L'APICULTEUR.

La médecine est vraiment une prodigieuse science qui s'appuie sur toutes les autres, leur emprunte quelques pierres pour ses fondements, et leur fournit en échange bien des faits, des appuis et des éclaircissements. Nous, voici devant un rucher; qu'a donc à faire ici le médecin? Beaucoup, comme le démontre parfaitement le livre de notre confrère.

Les alvéoles ont été établis par les travailleuses cirières; les uns renferment

besoin, avec une sonde de plomb, d'abord petite, puis plus grosse, si elle est reçue, jusqu'à ce que les choses paraissent en bon état; tremper la sonde dans quelque préparation émolliente qui sera jugée convenable et qu'on rendra liquide en la délayant. Les sondes seront creuses en arrière; on les emmanchera dans des bâtonnets longs, et on s'en servira ainsi. »

Pour préparation à la conception, § 221, l'auteur, après quelques moyens préliminaires, recommande d'ouvrir la matrice avec cinq plombs préparés, longs de huit doigts: le premier est mince, le second est plus gros, et ainsi de suite; de l'ouvrir pendant cinq jours; de toujours mettre en place les plombs après un bain; de les maintenir par un bandage attaché aux lombes afin qu'ils ne tombent pas, et de les enfoncer de plus en plus avant, et le dernier aussi avant que possible.

Au reste, ce médecin n'hésitait pas à pousser des injections dans l'intérieur de la matrice, § 122, et d'y faire arriver des fumigations. Ainsi, § 11 : « Au moment d'aller auprès de son mari, la femme fera quelques fumigations aromatiques et astringentes; la fumigation se fait par le couvercle et le roseau, et la femme s'asseyant la reçoit; avant de la recevoir la femme se servira de la sonde de plomb, afin que la fumigation trouve ouvert l'orifice utérin. » Dans le § 133, il est encore question de fumigations qui vont dans l'intérieur de la matrice. « On fait asseoir la femme, et le bout du roseau est introduit dans l'orifice utérin... Cette fumigation remplit d'air l'utérus, la redresse et l'ouvre. »

Notre ancien praticien comptait beaucoup sur les fumigations utérines, qui présentement sont à peu près abandonnées, non-seulement pour remplir une foule d'indications spéciales, mais même pour soulever et redresser l'utérus. Dans la déviation de l'utérus vers l'ischion, § 134 : « On verse de la vieille urine bouillante dans un vase creux; la femme s'asseoit sur ce vase enveloppée de vêtements pour que la vapeur ne se perde pas. Quand l'urine se refroidit, on y jette des pierres chauffées au rouge, et on continue la fumigation jusqu'à ce que la femme dise que sa vue s'obscurcit et qu'elle tombe en faiblesse. Après la fumigation, elle prend un bain chaud; puis, touchant avec le doigt, elle tire l'orifice utérin vers l'ischion sain. Quand elle annonce que l'orifice est droit, on administre une fumigation aromatique, on revient aux émollients, mais on y joint les plombs qu'on emploie pendant trois jours. » Et § 13 : « Si la matrice est abaissée, on prescrit les vomissements, les fumigations fétides, jusqu'à ce qu'elle revienne à sa place. » Et ailleurs, DE LA SUPERFETATION, § 32 : « L'orifice utérin s'entr'ouvre et se redresse sous l'action des fumigations. »

Il serait possible que l'auteur eût raison et que certaines fumigations poussées jusque dans la cavité utérine fussent capables de redresser la matrice; mais il se pourrait aussi que l'action en fût indirecte, et que les fumigations guérissent les déviations en guérissant les lésions qui, suivant l'opinion de plusieurs, les produisent.

En général, ce médecin est constamment occupé à agir directement sur la matrice par des médicaments disposés en pessaires, à l'oindre de graisses médicamenteuses, à y diriger des fumigations. Il déploie pour tout cela beaucoup de ressources et d'activité. Le traitement chôme peu entre ses mains, mais la contension mécanique de l'utérus ne lui est pas familière, car ses pessaires, à lui, ne sont aucunement ce que nous entendons par pessaire : un instrument de formes diverses destiné à maintenir la matrice qui se déplace. Les siens sont faits avec un sachet de linge ou avec de la laine enroulée, où l'on met les substances et qu'on introduit à l'aide d'une plume. Il n'est parlé qu'une seule fois d'un pessaire contentif, et encore assez grossier. « On prend, dit l'auteur, § 149, une grenade de la forme qui conviendra le mieux, on la perce par l'ombilic de part en part, on l'échauffe dans du vin tiède, et si rien ne s'y oppose, on l'enfonce aussi avant que possible, puis on serre avec une écharpe large qui la reprend en dessous afin qu'elle ne glisse pas, mais que, restant en place, elle fasse son office. »

D'après ce qui vient d'être rapporté, notre vieil auteur, s'il pouvait assister à la séance de l'Académie, se rangerait du côté de ceux qui soutiennent le redressement utérin, apportant des procédés qui ont quelque chose de la rouille de l'antiquité, et qui n'en témoignent pas moins d'un esprit observateur et d'une main exercée; mais son livre est là qui y assiste pour lui, et qui prendra sa part de l'arrêt dans une question où il n'est pas indigne d'être entendu.

É. LITTRÉ, de l'Institut.

PATHOLOGIE INTERNE.

DE L'ANÉMIE DES NOUVEAU-NÉS; par le docteur E. HERVIEUX

L'état pathologique que nous nous proposons d'étudier dans ce travail n'a point, que nous sachions, été décrit isolément jusqu'à ce jour; au moins les recherches bibliographiques que nous avons faites dans le but d'éclairer la question qui nous occupe ne nous ont-elles conduit à aucun résultat. C'est donc à l'aide de nos seules observations que nous tenterons d'édifier l'histoire de l'anémie des nouveau-nés.

Et d'abord, pour fixer les idées, nous ferons un appel aux souvenirs de chaque praticien, et nous lui demanderons s'il n'a pas eu maintes fois occasion d'observer quelqu'un de ces petits êtres qui, doués en venant au monde de tous les attributs de la force et de la santé, perdent dans l'espace d'un à deux septénaires, quelquefois plus, souvent moins, l'embonpoint, la vigueur et toutes ces apparences d'une bonne constitution qu'ils avaient présentées au moment de la naissance.

On remarque alors chez ces enfants une décoloration générale de la peau et des muqueuses, un amaigrissement qui peut être porté jusqu'au marasme le plus complet, une flaccidité particulière des parties molles, une teinte terreuse répandue sur toute la surface cutanée, un air de décrépitude précoce qui en a souvent imposé pour une des manifestations de la diathèse syphilitique, une atonie du système musculaire, une faiblesse extrême du cri et divers autres phénomènes qui sont à mes yeux l'expression symptomatique d'un état pathologique que je désigne sous le nom d'*anémie des nouveau-nés*.

On pourrait objecter à ce tableau, sur les détails duquel nous allons bientôt revenir, que l'ensemble des traits qui le composent ne constitue pas une véritable entité morbide, que cette apparence qu'on trouve quelquefois aux nouveau-nés n'est que la résultante de certaines conditions pathologiques plutôt qu'un état pathologique distinct; qu'il n'y a pas lieu par conséquent à reconnaître l'existence de la maladie nou-

des germes de mâles, les autres recèlent du couvain d'ouvrières, quelques-uns enfin, demeures royales, couvent précieusement des larves de reine. Mais la reine mère est morte, et les alvéoles royaux ont été détruits par accident; la ruche va donc périr! Mais non, car ces ingénieux hyménoptères vont procéder comme le ferait un savant membre de l'Institut vieilli dans l'étude de l'embryologie. Si les ouvrières naissent infécondes, c'est qu'ayant été déposées dans des alvéoles étroits, leur abdomen et leurs ovaires ont été arrêtés dans leur développement par la compression des parois trop rapprochées. Vite donc les pattes actives des démolisseuses de se mettre à détruire les cloisons qui séparent l'alvéole choisi pour un si haut destin, des niches voisines dont le couvain prolétaire est sacrifié à la nécessité de perpétuer la race royale.

L'obstacle enlevé, l'embryon prend son accroissement sans entraves, et dans son large abdomen naissent et se multiplient d'innombrables germes ovariques, d'où sortiront tous les individus de la ruche, car, pour le dire sans malice, le monarque des abeilles est vraiment et toujours le père de ses sujets. La reine passe sa vie à pondre : du matin au soir elle décharge son inépuisable cloaque; elle pond tant parfois, qu'elle en devient malade; il n'est de cellule, de recoin caché de la ruche, où elle n'engage son abdomen, pendant qu'elle se cramponne à l'entrée, pour y pousser des fusées de germes; on parle de plus de soixante mille œufs par année! Et pour suffire à une telle production, qui se continue quatre et même cinq ans, la reine ne s'accouple qu'une fois dans sa vie, ordinairement le lendemain de sa naissance, car si elle ne voit qu'une fois le mâle, il paraît qu'elle est fort pressée de le voir. Les reines de la terre ne manquent jamais de hauts barons, de lords, de boyards, d'hidalgos, toujours empressés, toujours prêts, dont elles utilisaient même beaucoup autrefois la bonne volonté. Dans la ruche, rien de pareil. Le mâle que choisit la reine des abeilles, quand, s'élançant de la ruche, elle veut s'accoupler dans les airs, cet élu se laisse faire, mais il y va sans friandise. Tout ce qu'on peut exiger de lui, c'est de ne point battre en retraite en abandonnant un bout d'aile aux pattes de la séductrice. Personne n'est jaloux des noces royales, terribles comme celles de la tour de Nesles, puisque c'est le signal du massacre de tous les mâles de la tribu, qui seraient réduits désormais au rôle de gros mangeurs improductifs, ce que la travailleuse abeille ne peut souffrir assurément. L'élu n'en est même pas quitte pour la vie; il subit une triste mutilation avant sa mort, car la cruelle reine se sépare violemment de lui en arrachant le pénis, qui reste dans le royal cloaque. Retirée dans ses appartements, elle se couche sur le dos, pince avec les crochets de ses pattes de derrière l'objet qu'elle méprise après l'avoir désiré; elle le saisit avec ses mandibules et, hideuse opération! s'en débarrasse par lambeaux piteux.

Le royal accouplement n'a encore été vu qu'une seule fois depuis le commencement des siècles, et c'est le père trappiste saint Jean-Chrysostome, de la Milleraie, que la Providence choisit pour en être témoin; choix judicieux s'il en fut jamais, car on ne pouvait mieux que par un tel exemple prouver au révérend père que la chasteté vaut mieux que l'amour.

Soixante mille œufs par année, et cela pendant quatre à cinq ans, après une seule caresse conjugale! Certes voilà de quoi intriguer toute la physiologie. On voit que nous retombons encore dans le domaine de la médecine.

velle que nous nous proposons de décrire. A cela nous répondrons que l'anémie des nouveau-nés non-seulement se traduit pendant la vie par un certain appareil de symptômes, mais qu'elle laisse après la mort les traces les plus manifestes de son existence, et l'on ne sera peut-être pas médiocrement surpris d'apprendre que ce sont les altérations cadavériques, altérations aussi remarquables par leur constance que par leur uniformité, qui tout d'abord ont éveillé notre attention et nous ont conduit à rechercher s'il n'existait pas des troubles fonctionnels particuliers liés à ces sortes de lésions. Nous ajouterons que l'anémie des nouveau-nés, loin d'être toujours une affection secondaire comme on serait porté à le croire, est souvent une affection primitive, qu'on observe assez communément dans la pratique, et qui, négligée, peut compromettre l'avenir de la santé de l'enfant, quand elle ne met pas en péril immédiat son existence.

Nous commencerons par exposer les résultats de l'examen cadavérique chez 15 nouveau-nés anémiques autopsiés par nous, et ce simple énoncé sera le meilleur argument qu'on puisse opposer à ceux qui prétendraient contester la réalité de cette affection.

LÉSIONS CADAVÉRIQUES.

Le fait capital qui nous a frappé à l'ouverture du corps des enfants nouveau-nés qui avaient succombé avec tous les symptômes caractéristiques de l'anémie est celui-ci : tous les tissus sont pâles, décolorés, exsangues; les principaux viscères, mais particulièrement l'encéphale et les intestins, présentent cette décoloration générale portée au plus haut degré.

Entrons dans quelques détails.

Considérée à l'extérieur et préalablement à toute incision, la surface tégumentaire présentait une coloration d'un blanc jaunâtre, parfaitement comparable à celle de la cire qui a vieilli. Venait-on à sectionner cette membrane, toute trace de vaisseaux semblait avoir disparu tant la décoloration était profonde. La coupe en était nette, sèche et complétement exempte de tout pointillé rougeâtre ou noirâtre. Le tissu cellulaire n'était pas moins pâle, et nous n'y avons constaté d'infiltration séreuse que dans les cas où il avait existé un sclérème concomitant. Les muscles avaient perdu cette couleur d'un rouge vif et foncé qui leur appartient à l'état normal pour prendre une teinte jaune rougeâtre, presque rose. De plus, leur volume et leur consistance étaient manifestement amoindris.

Les viscères des trois cavités splanchniques nous ont présenté des altérations analogues.

A l'ouverture de la cavité abdominale, l'estomac et les intestins apparaissaient si profondément pâles dans toutes les parties accessibles à la vue, que nous sommes étonné qu'une circonstance si remarquable ait pu échapper à l'attention des observateurs qui nous ont précédé. D'ailleurs cette décoloration ne portait pas seulement sur la tunique externe, mais sur toutes les autres tuniques, de telle sorte que la mise à nu de la muqueuse intestinale dans toute son étendue révélait une pâleur non moins intense des parties qu'on n'apercevait pas d'abord. Chose étrange! cette décoloration universelle des tuniques intestinales n'excluait pas certaines altérations qu'on est accoutumé de rencontrer avec un certain degré d'injection ou d'hypérémie: je veux parler de l'hypertrophie des plaques de Peyer, de l'éruption folliculeuse qu'on rencontre si souvent dans le gros intestin des nouveau-nés, et enfin de l'ulcération soit de ces plaques, soit des follicules, soit d'un point quelconque de la muqueuse des voies digestives.

Le foie et la rate ne m'ont jamais paru participer évidemment à l'anémie dont étaient frappés les principaux viscères; mais je puis affirmer que, dans ces cas, ils n'étaient pas non plus hypérémiés, qu'ils ne servaient pas par conséquent de refuge au sang qui s'était retiré de toutes les parties du système. Ces organes offraient le volume, la coloration et la consistance qu'ils présentent à l'état normal. Il n'en a pas toujours été ainsi des reins qui plusieurs fois étaient tellement pâles qu'on ne distinguait plus l'une de l'autre les deux substances.

Les viscères thoraciques, sans être aussi généralement exsangues que le tube intestinal qui nous a occupé déjà et que l'encéphale dont nous allons parler bientôt, offrent cependant, dans la plupart des cas, des traces évidentes de l'affection que nous décrivons ici.

Ainsi les poumons présentaient habituellement les particularités suivantes : Ils offraient à l'extérieur une teinte rose pâle très-remarquable et très-différente de la coloration vermeille qui appartient aux poumons des nouveau-nés à l'état normal. Si l'on froissait entre les doigts le tissu pulmonaire encore intact, on avait la sensation que procurerait un sac de satin rempli d'ouate, en d'autres termes on avait la sensation d'un corps très-doux, très-moelleux, complétement exempt de crépitation. Nulle part ces caractères n'étaient plus prononcés qu'à la partie antérieure des poumons ; presque toujours il existait un peu d'engouement à la partie postérieure ou quelques noyaux d'engorgement disséminés en divers points de l'organe.

La section du parenchyme pulmonaire à l'aide du scalpel ne donnait lieu qu'à l'apparition de quelques mucosités spumeuses blanchâtres ou transparentes. Sauf les points d'engorgement dont nous avons parlé, il n'y avait nulle part de suintement sanguin à la coupe. Tous les vaisseaux qui parcourent le parenchyme pulmonaire étaient exsangues.

J'ai trouvé plusieurs fois le cœur manifestement décoloré dans son tissu; son aspect rappelait assez exactement celui des cerises qui ont macéré longtemps dans l'alcool. Beaucoup plus pâle que de coutume, son tissu offrait aussi moins de fermeté. Les vaisseaux qui rampent à sa surface externe étaient vides, mais les cavités de l'organe étaient souvent occupées par du sang noir liquide, très-rarement par du sang coagulé.

Parmi tous les organes viscéraux, il n'en est pas auquel l'anémie imprimât plus profondément et plus manifestement son cachet que l'encéphale. Ainsi sur 15 autopsies faites par nous de nouveau-nés morts anémiques, 14 fois nous avons trouvé les diverses parties dont la réunion compose l'encéphale complétement exsangues. La calotte du crâne une fois enlevée, on était frappé de l'absence de toute injection dans les méninges, de la pâleur extrême du cerveau, soit qu'on le considérât à l'extérieur, soit qu'on y pratiquât des coupes en divers sens et à diverses profondeurs. La couleur de l'organe était tantôt grisâtre, tantôt d'un blanc mat parfaitement uniforme, de telle sorte qu'on ne distinguait pas l'une de l'autre les deux substances. Dans plusieurs cas, toute la masse encéphalique présentait une mollesse presque diffluente, circonstance assez commune à cet âge et que l'on rencontre dans les états morbides les plus variés. Deux fois nous avons

---

Or c'est à M. Debeauvoys et au docteur Auzoux qu'on doit la solution du problème. Remarquez-le en passant, ce sont toujours des docteurs qui interviennent dans la question.

L'abdomen royal est en partie occupé par deux faisceaux de tubes filiformes contenant une multitude d'œufs; chaque faisceau se résume en un tube, et de la réunion du tube ou oviducte droite et du gauche, résulte un vagin unique qui s'ouvre dans le cloaque. A la jonction du vagin et des deux oviductes se trouve une vésicule communiquant à la fois avec les deux ordres de conduits: c'est la vésicule copulatrice ou spermatacée, qui se remplit de sperme lors de la copulation, le tient en réserve pour toute la vie de la reine, et imprègne au passage chaque œuf qui tombe des ovaires dans les oviductes et de là dans le vagin. M. Auzoux a constaté la présence des spermatozoïdes dans la liqueur de la vésicule copulatrice. M. Debeauvoys pense que l'existence de cette poche permet de se rendre compte de la fécondation des prodigieuses quantités d'œufs que la reine pond pendant plusieurs années, sans invoquer l'*aura seminalis* que l'on supposait exhalée par les mâles qui, à certaines époques surtout, remplissent la ruche d'une pénétrante odeur spermatique.

Il appartenait naturellement à un médecin d'étudier les signes de décrépitude de la reine : son fécond et large abdomen se rétrécit, et ses belles couleurs jaunes, cachet vraiment royal, disparaissent peu à peu pour faire place aux obscures couleurs plébéiennes des simples ouvrières; les teintes flavescentes persistent cependant toujours aux pattes et aux cuisses. Les vieilles reines ont l'abdomen aplati, le corps moins globuleux, plus allongé; leurs ailes deviennent plus sèches, plus friables et se frangent aux bords. Il arrive même quelquefois un moment où la reine ne peut plus voler; alors si de trop nombreuses et pressantes jeunes reines s'agitent impatientes dans leurs alvéoles dont elles cherchent à détacher l'opercule en trompant la vigilance des cirières mises en faction à la porte des cellules royales, alors la vieille mère, menacée à chaque instant de périr sous les coups de celle de ses filles qui parviendra à sortir, se décide à quitter son royaume avec un essaim de peuple fidèle, comme jadis Didon, et à traîner humblement par terre sa caduque vieillesse jusqu'à un buisson hospitalier ou un arbre creux, au lieu d'y voler hardiment comme elle l'eût fait dans sa brillante jeunesse.

Les vieilles reines ne pondent presque plus et la ruche dépérit. Les ruches de M. Debeauvoys, dont chaque rayon peut être enlevé séparément avec le châssis sur lequel il est attaché, permettent d'aller à la recherche de ces majestés décrépites et de les enlever de leur royaume. S'il y a des cellules contenant un royal couvain, la perte sera bientôt réparée; sinon on pourra emprunter un alvéole royal à une autre ruche et l'incruster dans les rayons de celle qu'on vient de décapiter. Le peuple accueille comme un bienfait du ciel cette perpétuation artificielle de la race; la provenance lui importe peu; ce qu'il lui faut, c'est un ventre fécond.

Mais nous ne sommes qu'au commencement de notre voyage médical dans la ruche; nous allons y trouver de l'hygiène et de la pathologie.

L'aération, le chauffage et la propreté y sont non-seulement l'objet de soins individuels, mais ressortissent d'une véritable hygiène publique. Voyez ces abeilles qui, postées dans les carrefours ou vers les portes, agitent vivement leurs ailes; ce sont des ventilateurs animés qui produisent des courants d'air

trouvé les ventricules latéraux distendus par une certaine quantité de sérosité, en même temps qu'il existait un peu d'infiltration sous-arachnoïdienne.

Il eût été intéressant, pour compléter ces recherches cadavériques, de pouvoir indiquer l'état du sang. C'est là, nous le comprenons très-bien, un des nombreux désidérata de notre travail. Mais si l'on songe, d'une part, à l'impossibilité absolue de rencontrer pendant la vie des conditions qui nécessitent l'emploi des évacuations sanguines chez les nouveau-nés anémiques, si l'on réfléchit, d'une autre part, à l'infiniment petite quantité de ce liquide qu'on peut retirer du cadavre d'enfants si jeunes et atteints d'une telle affection, on appréciera sans peine la valeur des raisons pour lesquelles nous avons dû renoncer à ce genre de recherches.

SYMPTÔMES.

Nous avons déjà, au commencement de ce travail, esquissé les traits principaux par lesquels se révèle à l'observateur l'anémie des nouveau-nés. Si de cet aperçu rapide, de cette vue d'ensemble, nous passons à un examen plus détaillé des phénomènes qui constituent l'appareil symptomatique de la maladie, voici ce que nous remarquons :

1° HABITUDE EXTÉRIEURE.

L'habitude extérieure des nouveau-nés anémiques est celle des enfants dont la constitution s'est détériorée sous l'influence soit d'une maladie héréditaire telle que la syphilis ou les tubercules, soit d'une alimentation insuffisante. Nous verrons en effet, en parlant de l'étiologie, que dans la plupart des cas cet appauvrissement du système est la conséquence soit de l'allaitement artificiel mal administré, soit des privations, du manque de soins ou du jeûne forcé auxquels sont exposés les nouveau-nés entre les mains de certaines nourrices mercenaires. Quoi qu'il en soit, l'aspect des petits anémiques est le suivant :

La surface tégumentaire est le siége d'une décoloration générale et profonde qui ne laisse pas même soupçonner la circulation du liquide nourricier dans les parties accessibles à la vue. Les diverses muqueuses, dans toutes les parties de leur étendue que l'œil peut apercevoir, participent plus ou moins manifestement à cette pâleur. Leur teinte rose fait place à une coloration terne, violacée, et le sens de la vue ne suffit plus pour distinguer, dans les régions où ces membranes sont limitrophes, ce qui est muqueuse de ce qui est tégument.

La décoloration de la peau et des muqueuses s'accompagne habituellement d'un certain degré de maigreur qui peut être porté jusqu'au marasme le plus prononcé. C'est dans ces cas extrêmes qu'on voit la peau du visage se sillonner de rides profondes qui font ressembler les nouveau-nés à de petits vieillards. Le front est parcouru par des lignes transversales plus ou moins nombreuses dont on ne retrouve plus d'analogues sur la face humaine qu'à un âge très-avancé. Puis on remarque les traits divers signalés par Eusèbe de Salles et M. Jadelot, savoir : le trait oculo-zygomatique, le trait nasal, le trait labial, le trait génal, et qui n'ont d'autre signification séméiologique que celle d'indiquer un dépérissement plus ou moins grand de l'enfant.

Ce n'est pas seulement à la face qu'on observe les rides et sillons résultant de la résorption du tissu adipeux et de l'amoindrissement des parties molles ; les téguments du cou, du tronc et des membres reviennent sur eux-mêmes et se plissent pareillement. La surface entière de la peau, naguère lisse et brillante, prend un aspect terreux. En même temps les principales saillies osseuses se dessinent à travers cette membrane et des lignes anguleuses remplacent partout les contours si mollement et si gracieusement arrondis du corps de l'enfant. Le squelette du thorax apparaît de plus en plus évident, le ventre se creuse en carène, les crêtes iliaques s'accusent, et les membres tant supérieurs qu'inférieurs n'offrent plus de saillant que les régions articulaires dont le volume semble s'accroître et se trouve être disproportionné avec les parties intermédiaires. C'est le marasme des nouveau-nés

2° TROUBLES FONCTIONNELS.

Les troubles fonctionnels ne sont pas moins curieux à étudier que l'habitude extérieure chez les nouveau-nés anémiques.

L'appareil circulatoire nous offre surtout à considérer des phénomènes intéressants.

Jamais, il est vrai, nous n'avons rencontré chez les nouveau-nés cette altération des bruits soit cardiaques, soit artériels, qui, chez les individus d'un âge plus avancé, est significative de cette maladie du sang désignée sous le nom de *chloro-anémie*.

Mais nous avons noté un état particulier du pouls que l'on ne rencontre dans aucune autre affection de l'enfance, si ce n'est pourtant dans le scléréme des nouveau-nés et dans l'état particulier que j'ai décrit sous le nom d'*algidité progressive*.

Le pouls des nouveau-nés anémiques est faible, petit, souvent filiforme. Cette particularité est sans doute remarquable en raison de sa constance. Mais ce n'est pas sur ce point que nous voulons insister. Il est une autre modification beaucoup plus saisissante et que nos relevés font ressortir avec le plus haut degré d'évidence : nous voulons parler du *ralentissement progressif* du pouls.

En effet, dix fois sur quinze, nous avons vu chez nos petits anémiques le pouls se ralentir de jour en jour et présenter au moment de la mort un chiffre de pulsations deux et trois fois moindre qu'au commencement de la maladie. Ainsi nous avons vu le pouls tomber, par une progression décroissante, dans un cas de 120 à 84, dans un autre cas de 120 à 60, dans un troisième de 130 à 50, dans un quatrième de 150 à 36, etc. Jamais je ne l'ai vu descendre au-dessous de 36. Les 5 cas dans lesquels je n'ai pas observé le ralentissement progressif du pouls sont relatifs à des nouveau-nés chez lesquels l'explosion d'une phlegmasie intercurrente, entérite ou pneumonie lobulaire, a troublé en quelque sorte la marche naturelle de la maladie et ses manifestations symptomatiques.

Coïncidemment avec le ralentissement progressif du pouls nous avons noté l'abaissement progressif de la température du corps, à tel point que le thermomètre qui, placé dans la bouche ou sous l'aisselle des petits malades, marquait au début de 35° à 38° suivant les sujets, a pu tomber au-dessous de 30°, et dans 2 cas en particulier à 25° et 24°. Nous devons à la vérité de dire que, dans ces 2 cas exceptionnels, il s'était manifesté peu de temps avant la mort un endurcissement partiel du tissu cellulaire. Mais le fait du refroidissement progressif n'en subsiste pas moins, puisque nous l'avons rencontré chez les autres enfants qui n'ont pas présenté cette complication.

---

et renouvellent l'atmosphère stagnante entre les rayons. C'est surtout pendant les fortes chaleurs que ce soin les préoccupe. Vous les verrez facilement, par les jours humides et surtout pendant la canicule, s'agiter ainsi à la porte de la ruche, où elles se rechangent chaque dix ou vingt minutes, quand la lassitude les accable.

M. Debauvoys, frappé du soin que les industrieuses abeilles prennent de la ventilation, a disposé ses nouvelles ruches et leurs portes mobiles, de manière à permettre un facile renouvellement de l'air dans toutes les parties reculées. Avouez-le, il fallait un médecin, un hygiéniste, pour trouver cela. C'est bien simple pour nous, mais presque inaccessible au vulgaire.

Les abeilles sont frileuses, et la reine est surtout d'une extrême délicatesse ; les travailleuses l'entourent, la couvrent de leur corps, la réchauffent de leur chaleur ; mais, pour la masse, il fallait un système général de chauffage. Exposées à une température de 3 ou 4 degrés au-dessus de 0, les abeilles tombent dans une mort apparente dont on les tire en les réchauffant, et M. Debauvoys a vu la reine périr à une température moins basse encore. Mais grâce à leur agglomération et surtout à leurs trémoussements, à leurs froissements continuels, les abeilles entretiennent dans la ruche une température constante de 24 à 28 degrés centigrades. C'est le chauffage par frottement. Par les nuits froides et silencieuses de l'hiver, les mouvements augmentent d'intensité, et l'observateur entend très-bien ce bourdonnement : une activité croissante lutte contre un froid plus intense. Quand la reine a pris la grave résolution d'aller fonder une colonie, elle assemble son peuple qu'agite la préoccupation d'un si grave événement ; chacun va, vient, monte, descend ; ou se coudoie, on se presse, on se choque, et la température monte quelquefois à 32 degrés ; aucuns prétendent même qu'on gesticule sans trêve ni repos, et que la foule jase et s'apostrophe en tous sens, autre cause de chaleur, ajoute-t-on, ce que nous ne croyons guère, car nous avons quelquefois pu tenir jusqu'au bout à certaines séances de la Constituante et de la Législative avec la seule et simple précaution de desserrer un peu notre cravate.

Le soin de la voirie ne sont pas négligés dans la ruche ; M. Debauvoys a nommé balayeuses celles des cirières qui, à l'aide de mouvements particuliers, balayent les rues ou époussettent le bord des alvéoles. Les vieilles habitations devenues insalubres sont impitoyablement détruites et leurs débris portés hors de la ruche. Les pompes funèbres ont aussi leurs représentants, car les cadavres des abeilles mortes ou des ennemis tués sont immédiatement portés dehors. Enfin, cette prévoyante population a ses vidangeurs, qui ont souvent fort à faire en temps d'épidémie dyssentérique.

Nous voici en pleine pathologie. La ruche a ses temps de calamités, et la dyssentérie n'est pas une des moindres. Voyez cette population morne et sans bourdonnements, voyez ces lentes abeilles qui se traînent sur la ruche et la couvrent d'excréments, voyez encore sur le tablier, à la porte et jusque dans les rues que les travailleuses affaiblies ne peuvent plus déblayer, ces amas de matières fécales noires et fétides ; l'épidémie s'est abattue sur la ruche et la mort frappe à coups redoublés ; triste spectacle qui nous fait revenir en mémoire un classique épisode que nous croyions avoir oublié :

Pastor Aristeus fugiens Peneia Tempe,
Amissis, ut fama, apibus morboque fameque, etc.

Les phénomènes morbides relatifs à l'appareil respiratoire sont en rapport avec les troubles de la circulation. Ainsi l'énergie des mouvements respiratoires est manifestement amoindrie; ces mouvements eux-mêmes m'ont paru ralentis; mais le caractère qui a surtout frappé mon attention, c'est la faiblesse du cri. Les petits malades ne font plus entendre, dans les derniers temps de la maladie principalement, qu'un cri plaintif, qu'un gémissement étouffé.

Il existe une faiblesse musculaire proportionnelle à la faiblesse de l'acte respiratoire. Non-seulement, ainsi que nous l'avons dit, les muscles ont perdu leur volume, leur fermeté, mais encore leur énergie contractile. Les mouvements n'ont plus la vivacité et la vigueur normales; ils deviennent lents, obscurs; telle est même, en certains cas, l'inertie musculaire, qu'elle en imposerait aisément, si l'on n'y prenait garde, pour un état de paralysie.

Les troubles digestifs, d'abord peu marqués, prennent, dans la dernière période de la maladie, un caractère de gravité tel, qu'ils suffisent à eux seuls pour emporter les petits malades. D'abord on ne constate que la diminution de l'appétit et un léger enduit blanchâtre à la surface de la langue. Mais la maladie continue-t-elle ses progrès, le ventre se météorise, une diarrhée colliquative s'établit, des vomissements surviennent et les petits malades périssent complétement émaciés.

Tel est l'ensemble des symptômes par lesquels se manifeste l'anémie des nouveau-nés. Il n'est pas, j'en suis convaincu, de praticien qui n'ait eu occasion d'observer de jeunes enfants chez lesquels ces divers phénomènes s'étaient manifestés avec un degré plus ou moins prononcé d'évidence. Seulement on est dans l'habitude de rapporter ces apparences, qui à l'entérite, qui à la syphilis, qui aux tubercules, et nous verrons en effet que l'anémie des nouveau-nés peut reconnaître pour cause chacune de ces affections; mais nous démontrerons qu'elle peut être et qu'elle est très-souvent primitive, exempte des complications que l'on est enclin à supposer en pareille circonstance, et par conséquent susceptible de guérison dans le plus grand nombre des cas.

(La fin au prochain numéro.)

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE.

EXPÉRIENCES SUR L'EMPOISONNEMENT PAR LE VENIN DU SERPENT ET SUR LES MOYENS DE LE COMBATTRE (mémoire présenté à l'Académie des sciences, le 28 novembre 1853); par le docteur Daniel Brainard, président du Collége médical de Chicago (Illinois) et professeur de chirurgie au même collége.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

TRAITEMENT DE LA MORSURE.

Rien de moins facile à établir que la pratique à suivre par les médecins dans les cas de morsure par le serpent à sonnettes. Nous n'aborderons pas ce sujet; il nous suffira de dire que jusqu'à présent l'expérience n'a démontré l'efficacité d'aucun des traitements proposés, si l'on en excepte l'application des ventouses.

Cette application immédiatement après la morsure, et leur usage continué ont constamment retardé l'action du poison, mais ne l'ont pas empêchée. Dans un cas où la dose de poison est petite, retarder l'action du venin c'est neutraliser son effet, car alors il est absorbé lentement, comme s'il était donné à doses fractionnées (1).

Les oiseaux auxquels on a appliqué les ventouses ont vécu de deux à cinq heures.

TRACHÉOTOMIE.

Me rappelant, d'une part, que le docteur Marsball-Hall, dans les expériences sur les chiens empoisonnés par la strychnine, en a sauvé un en pratiquant la trachéotomie; ayant remarqué, d'un autre côté, que le spasme de la glotte est un des effets produits par le venin du serpent, j'ai pensé immédiatement à la trachéotomie et j'ai cru que cette opération offrirait des chances de succès.

Je l'ai pratiquée dans six cas d'empoisonnement, qui tous étaient à une période si avancée qu'il y avait indubitablement tendance à une terminaison fatale; dans cinq de ces cas j'avais déjà fait usage d'autres modes de traitement. Dans aucun des cas, la trachéotomie n'empêcha la mort; il faut cependant reconnaître que dans quelques-uns de ces cas cette opération prolongea évidemment la vie et rendit la respiration régulière et facile.

Je rapporterai le cas suivant, qui a été le plus favorable à la trachéotomie:

Mardi 20 septembre 1853. — Un pigeon fut mordu par un serpent qui n'avait pas encore servi. J'appliquai une ventouse et j'injectai sous la peau 1 drachme d'une solution composée de 1 once d'eau distillée, de 3 grains d'iode et de 10 grains d'iodure de potassium. Pendant trois heures l'action du poison ne fut pas très-sensible; mais une demi-heure après, au bout de trois heures et demie, par conséquent, le pigeon ne pouvait se tenir debout, et en cinq heures un quart il était si près de la mort que sa respiration n'était plus visible. A ce moment, la trachéotomie fut pratiquée; après cette opération l'animal vécut une heure vingt minutes (2).

INJECTION SOUS-CUTANÉE ET VENTOUSE.

Depuis plusieurs années c'était ma croyance que les poisons inoculés ne peuvent être combattus que par l'inoculation, ou, ce qui revient au même, sur une grande échelle, par l'injection d'antidotes; j'entrepris donc des expériences pour essayer ce mode de traitement.

On applique ce procédé de la manière suivante: le plus tôt possible après la morsure, on place sur la partie mordue un verre à ventouse qui, pour les pigeons, doit être petit et qui doit être grand pour de grands animaux; on emploie une seringue avec un trois-quarts très-mince pour pousser sous la peau et sous le verre la quantité que l'on désire de l'antidote en solution.

(1) Voir à ce sujet le mémoire de Barry, qui fut présenté à l'Académie de médecine dans le courant d'août 1825.

(2) Je puis dire aussi que la respiration artificielle, avec ou sans trachéotomie, ne prolonge pas la vie. Bien plus, en remuant l'oiseau, on hâte sa mort.

Il y a vingt ans, on se fût probablement ingénié à pratiquer de petites phlébotomies à ces pauvres bêtes; aujourd'hui on cherche à redonner du ton à leur organisme et à leurs intestins. On réussit généralement avec les fumigations de résines aromatiques, avec des sirops de miel additionnés de bon vin, de noix de Galles, de décoction de centaurée, etc. Il faut aussi faire la police des rues, asperger les murs avec du vin aromatique, enlever les ordures, détruire les édifices infectés. Si ces moyens ne suffisent pas, sacrifiez la ruche, pour ne pas perdre tout le miel, et veillez surtout à ce qu'une partie de sa population n'aille pas se mêler à une autre ruche, car elle y importerait la maladie.

Le vertige est une autre affection assez fréquente des abeilles; on prétend qu'il provient de la récolte du miel sur certaines ombellifères. Il se manifeste surtout du 25 mai au 25 juin. On a dit aussi que la dyssenterie devait être attribuée à une essence particulière, au tilleul; mais cette assertion est combattue par M. Debeauvoys, qui est porté à en reporter la cause aux conditions hygiéniques générales et à l'indigeste aliment que les abeilles demandent quelquefois aux excréments miellés déposés par les pucerons sur les troncs d'arbres.

Enfin, une sorte de typhus de l'enfance se déclare parfois dans les ruches; les nymphes périssent dans leurs cellules; la putréfaction qui les tue se propage de proche en proche, et l'apiculteur est souvent obligé d'enlever des rayons entiers, pour éviter une infection générale.

L'étude de l'action physiologique des différents gaz sur les abeilles est pleine d'intérêt. Beaucoup de corps gazeux sont de véritables anesthésiques pour les abeilles; ainsi la fumée de vieux linge, celle du lycoperdon ou vesse-de-loup, et l'acide carbonique engourdissent momentanément l'habitante des ruches, qui revient ensuite à la vie quand la fumigation a cessé. M. le docteur Herbert — encore un médecin — a inventé un appareil pour éthériser et chloroformiser les mouches, de manière à profiter de leur engourdissement pour visiter leur demeure et ravir le doux fruit de leurs travaux, comme dirait Delille. M. Debeauvoys a simplifié cet appareil. Il est remarquable de voir tant de substances diverses endormir momentanément les abeilles; à cette liste il faut encore ajouter la privation de l'air, dont les effets sont absolument les mêmes. Mais, comme le dit M. Debeauvoys, pas n'est besoin de recourir à tous ces toxiques qui ne sont jamais complétement inoffensifs, quand même on les dispense avec mesure; le *fucunde* de l'apiculture a été trouvé par M. de Chérigné: lorsqu'on porte la ruche dans une chambre noire ne laissant pénétrer que juste les rayons nécessaires à l'observateur, ces bonnes abeilles restent tranquilles et inoffensives, et vous laissent achever commodément la besogne.

Nous touchons enfin au terme de notre promenade médicale dans une ruche. Mais, avant de terminer, pouvons-nous omettre de dire que l'instinct des abeilles serait à plus juste titre placé dans les antennes, que l'âme humaine dans la glande pinéale où Descartes a voulu la reléguer? Quand une reine perd ses antennes à la bataille, elle n'est plus bonne à rien, elle perd même ses œufs sur le chemin et par les carrefours; aussi, quand il vient à naître une nouvelle reine, celle-ci ne se donne-t-elle pas la peine de tuer sa vieill

On emploie généralement de 1 à 2 drachmes. On maintient la ventouse quelques instants après l'injection, cinq à dix minutes en général. Ce traitement a donné le résultat suivant : dans plus de la moitié des cas où il a été employé, les oiseaux ne sont pas morts, et ceux qui sont morts ont vécu bien plus longtemps que ceux qui n'avaient pas été traités, ou auxquels on avait seulement appliqué les ventouses. C'est mon opinion que les oiseaux ne meurent pas souvent quand ce traitement est bien dirigé, et que lorsque la mort a lieu, on peut l'attribuer à la profondeur de la plaie, ou à ce fait, que la plaie dépasse les bords de la ventouse et s'étend à une partie où l'injection ne pénètre pas.

Dans la plupart des cas, la solution employée ne contenait pas assez de principe actif.

Les liquides employés jusqu'à présent sont : la solution de lactate de fer (8 grains pour 1 once d'eau distillée) filtrée à travers le papier, et une solution d'iode et d'iodure de potassium (3 grains d'iode et 10 grains d'iodure de potassium pour 1 once d'eau distillée).

Le lactate de fer a eu une action plus énergique que l'iode ; je l'ai employé en proportion à plus forte dose. C'est ma conviction que l'iode est le remède propre à ces cas ; mais pour le rendre efficace, il faut l'employer à dose aussi forte que possible sans produire d'escarre.

Dans un cas, je fis usage d'une solution deux fois plus forte que celle indiquée ci-dessus, et elle réussit parfaitement.

L'eau distillée fut employée dans un cas ; la guérison eut lieu, mais la peau fut séparée par l'eau et la ventouse. Dans d'autres cas où j'ai employé de l'eau, comme dans celui-ci, l'empoisonnement a eu lieu, et je regarde ces cas comme non traités.

Je rapporte le cas suivant, dans lequel j'ai eu recours à l'iode, comme un exemple des effets de cette substance sur le sang et les tissus.

Mardi 23 septembre 1853.

Un oiseau fut mordu par un serpent qui n'avait pas servi ; j'appliquai immédiatement un verre à ventouse ; j'injectai sous la peau 1 drachme et demi de la solution faible d'iode et je laissai la ventouse huit minutes.

En trois heures l'oiseau fut agité de mouvements convulsifs et sa respiration était irrégulière.

Une demi-heure après l'oiseau ne pouvait se tenir debout.

Il est mort en quatre heures trente-huit minutes.

Examen treize heures après la mort.

La peau, au point mordu, présentait à un très-faible degré la couleur bleue constamment trouvée là où il n'y a pas eu application du remède. La peau était rouge, et le muscle sous-jacent n'était que légèrement décbiré.

La plaie faite au muscle par un des crochets du serpent dépassait les bords du verre à ventouse.

Les globules rouges du sang venant de la plaie, du muscle et du tissu aréolaire environnant, paraissaient plus denses au centre ; ils étaient plus courts et plus arrondis qu'à l'état normal.

Plusieurs de ces globules présentaient une légère teinte iodée et étaient plissés. La couleur du sang était naturelle ; mais quel que fût l'endroit d'où on le tirât, il offrait un nombre inaccoutumé de globules blancs, ayant une tendance à s'agglomérer.

En regard au cas que je viens de citer, je place le suivant pour montrer l'effet de l'injection du lactate de fer sur le sang et les tissus.

Je traitai un oiseau mordu par un serpent qui n'avait pas servi de la même manière que ci-dessus ; seulement je remplaçai l'iode par le lactate de fer. L'action du poison se fit lentement sentir sur cet oiseau, qui mourut dix-huit heures et demie après la morsure.

Examen fait deux heures et demie après la mort.

La plaie et la peau sous-jacente présentaient une couleur d'un brun foncé ; le tissu sous-cutané était infiltré et légèrement ecchymosé. Tous les muscles offraient une couleur verdâtre et étaient ramollis ; partout le sang était noirâtre.

Sang tiré de la plaie.

Globules rouges d'une forme irrégulière ; un grand nombre d'entre eux désorganisés ; beaucoup de matière granuleuse.

Les globules du sang provenant du tissu cellulaire où l'injection a eu lieu sont plus réguliers ; quelques-uns cependant ne sont pas à l'état normal.

Dans le sang du cœur et des poumons les globules sont plus réguliers : je n'ai pas trouvé de globules blancs.

Les globules, rouges chez cet oiseau, étaient partout plus ou moins altérés.

EFFETS DE LA MORSURE SANS TRAITEMENT.

Chez un oiseau mordu par un serpent qui n'avait pas encore servi, l'action du venin fut sensible en cinq minutes, et l'oiseau mourut en quarante-cinq minutes.

A l'examen fait immédiatement (1), la plaie et la peau sous-jacente présentaient une couleur d'un bleu foncé. Le muscle sous-jacent à un demi-pouce de profondeur, et depuis la région axillaire jusqu'à la région inguinale, était d'un rouge foncé guéant et légèrement ecchymosé et ramolli.

Le sang était noirâtre ; les globules rouges, pris à un pouce de la plaie, sont à l'état normal ; les globules blancs sont nombreux et agrégés. Sang de la plaie : globules rouges plus épais, plus arrondis, plus courts qu'à l'état normal ; globules blancs en excès. Le sang du cœur et des poumons est à l'état naturel, excepté pour la couleur.

En comparant ces cas, nous aurons les points suivants de différence : La mort, dans le premier cas, vient de ce que la plaie n'était pas couverte par le verre de la ventouse et de ce que la solution d'iode n'était pas assez forte.

La forme des globules rouges a éprouvé les mêmes modifications dans le cas de l'injection iodée et dans celui où il n'y a pas eu de traitement ; il n'en fut pas de même du cas traité par le fer, qui semble favoriser la tendance à la décomposition, ainsi qu'on l'a remarqué dans ce cas.

L'iode conserve la couleur brillante du sang et des tissus ; pour le fer, c'est le contraire.

Les différentes périodes qui se sont écoulées après la morsure et avant la mort peuvent aussi avoir eu quelque influence.

Chez les oiseaux qui guérirent, les plaies traitées par l'iode avaient

(1) Je dois à mon ami le docteur A. H. Johnson les observations microscopiques.

---

rivale ; elle la laisse, idiote et décrépite, achever sa misérable carrière dans quelque réduit obscur du palais où elle trônait jadis.

Enfin, les abeilles ont leurs parasites, leurs poux, *bracila cæca*, qui les rongent et finissent par les tuer. Chaque mouche n'a ordinairement qu'un seul de ces hôtes dangereux, mais cependant M. Debeauvoys a vu une reine qui en portait quatre. Quoi ! des poux à cette puissante reine qui fonde des colonies, qui commande sans ministres ni partage à un peuple immense, à cette reine que des bataillons accompagnent quand il lui prend l'idée d'aller prendre l'air, à cette reine qui livre de grands combats, et que la foule entoure pour la réchauffer quand elle a froid, parce qu'elle est à la fois puissante et aimée ! Hélas ! oui, des poux à la reine ! Il paraît que Dieu a voulu qu'il y eût des misères sur tous les trônes de la création, pour consoler les petits de leurs souffrances. C'est par cette maxime de haute philosophie que se termine ce simple feuilleton qui, commencé sans savoir comment il finirait, ne pensait certes point aboutir à une péroraison si solennelle.

FÉLIX JACQUOT.

— Le conseil académique de Paris vient de modifier, ainsi qu'il suit, la liste de présentation des candidats à la chaire de clinique chirurgicale : 1° M. Jobert ; 2° M. Michon ; 3° M. Gosselin, qui a obtenu 11 voix sur 14 votants.

— Dans le comité secret qui a eu lieu aujourd'hui à l'Académie des sciences, on a discuté les titres des candidats à la place vacante par le décès de M. Roux. Après une discussion sur laquelle nous aurons à revenir, la liste suivante, présentée par la commission, a été arrêtée : 1° M. Claude Bernard ; 2° M. Jobert ; 3° MM. Longet et Baudens ; 4° MM. Laugier et Malgaigne ; 5° MM. Leroy (d'Étiolles) et Maisonneuve.

BULLETIN DU CHOLÉRA. — Le mouvement du choléra se soutient dans des limites qui, sans être élevées, n'en sont pas moins très-importantes. Elles révèlent une persistance plus grande de la cause épidémique que dans les mois de décembre et d'avril derniers, et confirment nos prévisions relativement à l'influence fâcheuse des chaleurs sur le développement de la maladie. Le quartier situé en amont de l'hôtel de ville est actuellement le plus atteint. La caserne Napoléon a fourni au Val-de-Grâce plus du tiers du chiffre total des cholériques.

Nous pouvons annoncer qu'à Courbevoie la maladie a diminué, et qu'elle vient d'apparaître de nouveau à la maison de détention de Saint-Denis.

Juin.	16	17	18	19	20	21	22
Admis aux hôpitaux	23	29	18	31	32	26	27
Cas de l'intérieur des hôpitaux . . .	3	12	5	18	13	10	16
Décès dans les hôpitaux	23	19	25	27	26	24	21
Décès à domicile	23	21	20	24	23	27	21

une belle couleur rouge; celles traitées par le fer une couleur noirâtre.

Pour ceux qui n'ont pas été traités, la mort a toujours eu lieu quand le poison a été bien introduit. La tache noirâtre se remarquait très-vite et augmentait d'étendue jusqu'au moment de la mort. Le lactate de fer, employé à la dose que nous avons indiquée, produisit généralement une escarre; l'iode n'en a pas produit, à moins que la solution ne fût très-forte et qu'on continuât longtemps l'application des ventouses.

J'ai trouvé les globules rouges sans changement, au bout de vingt-quatre heures, chez deux oiseaux qui guérirent après la morsure et par l'injection. Les globules blancs étaient très-nombreux chez l'oiseau traité par le fer, lequel a aussi guéri.

Tableau montrant le nombre d'oiseaux mordus. — Le traitement. — Les résultats.

	Mort en		REMARQUES.
N° 1. Pas de traitement	$0^{h}.35'$		
2. Injection de solution iodée, 1/2 drachme	»	Guéri.	
3. Injection d'eau distillée	»	Guéri.	Escarre produite.
4. Injection de lactate de fer	»	Guéri.	
5. Injection de solution iodée, 1 drachme	»	Guéri.	
6. Pas de traitement	$4^{h}.12'$		
7. Idem.	$25'$		
8. Idem.	$1^{h}.55'$		
9. Idem.	$45'$		
10. Ventouses, 5 minutes	$3^{h}.$		
11. Idem.	»	Guéri.	Effet violent. Paralysie des jambes deux jours.
12. Pas de traitement	$1^{h}.7'$		
13. Idem.	$1^{h}.25'$		
14. Trachéotomie seule	$3^{h}.15'$		
15. Injection iodée, 1 drachme	$5^{h}.$		
16. Pas de traitement	$35'$		
17. Idem.	$2^{h}.40'$		
18. Idem.	$46'$		
19. Idem.	$2^{h}.14'$		
20. Inj. solution d'iode, 1 drachme	$3^{h}.50'$		
21. Inj. 1 1/2 drachme de la même solution et trachéotomie	$5^{h}.34'$		Blessure non couverte par la ventouse.
22. 1 1/2 drachme même solution	»	Guéri.	
23. Idem.	$2^{h}.$		Blessure profonde des muscles.
24. Idem.	$4^{h}.38'$		Plaie non couverte par le verre.
25. Idem.	»	Guéri.	
26. Injection de lactate de fer, 1 drachme 1/2	$18^{h}.13'$		
27. Idem.	»	Guéri.	
28. Injection d'iode à une dose double	»	Guéri.	
29. Pas de traitement	$48'$		

		Morts.	Guéris.
Nombre des cas non traités	10	10	0
Temps moyen entre la morsure et la mort	$0^{h}.88'$		
Nombre total des cas traités par l'iode	10	5	5
Temps moyen entre la morsure et la mort	$2^{h}.52'$		
Nombre total des cas traités par le lactate de fer	3	1	2
Ventouses seules	4	3	1
Trachéotomie seule	1	1	0
Injection d'eau distillée	1	0	1
Cas rejetés comme douteux	6		
Total	35		

		Morts.	Guéris.
Nombre total des cas traités par les injections médicinales	13	6	7
Cas non traités ou traités autrement	16	14	2

Ces résultats, si frappants qu'ils soient, nécessitent encore quelques explications. Ainsi cinq oiseaux moururent après l'injection iodée : dans deux d'entre eux il y avait des plaies dépassant les bords de la ventouse ; un second avait une plaie trop profonde pour être atteinte par l'injection; les deux autres cas ne furent pas examinés; mais dans ces cas comme dans les autres où il y eut guérison, la solution, excepté une fois, fut trop faible.—3 grains d'iode, 10 grains d'iodure de potassium sur une once d'eau distillée.—La dose de ces substances aurait dû être au moins double.

Quant aux cas traités par le lactate de fer, au nombre de trois, il y ent une mort et deux guérisons. Ce résultat pourrait paraître plus favorable que celui donné par l'iode; mais il faut se rappeler que la solution employée était saturée et agit au moins aussi énergiquement sur les tissus qu'une solution iodée quatre fois aussi chargée que celle que j'ai employée. Une escarre plus ou moins étendue suivit l'usage du lactate de fer. Le cas consigné comme ayant guéri à la suite d'une injection d'eau distillée est de nature aussi à induire en erreur.

La ventouse étant fortement appliquée et la peau séparée par l'eau, on trouva une escarre. Dans d'autres cas l'eau distillée n'eut aucun effet, et j'ai inscrit ces cas comme non traités.

La ventouse a décidément un effet favorable, qu'on l'emploie avec ou sans injection.—Avec l'injection, l'absorption est retardée jusqu'à ce que la solution ait eu le temps de pénétrer entièrement les tissus.—Sans injection, l'absorption est retardée, et de cette façon le poison n'est introduit dans l'économie qu'à petites doses.

On remarquera qu'à une seule exception près, tous les oiseaux qui ont survécu à la morsure plus de cinq heures trente-quatre minutes, ont guéri.—On peut facilement conclure de ce fait l'importance de tout agent qui retarde l'effet du poison.

J'ai rejeté six expériences sur les oiseaux, comme ne valant pas la peine d'être prises en considération. Ce sont tous des cas traités par les injections et où il y a eu guérison; mais ici le nombre de morsures que les serpents avaient faites avant nous portait à croire que le poison était épuisé. Cependant je ne doute pas que, dans quelques-uns de ces cas, l'issue eût été fatale sans le traitement; car j'ai remarqué la coloration bleue de la plaie.

J'ajouterai à ces faits deux expériences faites sur des chiens et trois sur de jeunes chats; expériences que je n'ai pas pu comptées, parce que la peau de ces animaux est si épaisse et si dure que, le plus souvent, les morsures ne sont pas mortelles pour eux à cause de la petite quantité de poison que le serpent peut déposer dans les tissus.

J'ai cependant remarqué que là où j'ai eu recours aux injections, les effets étaient légers en comparaison de ceux produits dans les cas où je n'ai pas employé ce remède.

Pour tous les quadrupèdes, sans exception, la morsure de ce serpent est bien moins dangereuse que pour les oiseaux. Sur le cochon, il y a rarement d'effet à cause de l'épaisseur, de la dureté de la peau et de la couche de graisse sous-jacente qui empêchent l'introduction du venin.

Sur l'homme, les effets sont à peu près les mêmes que sur les animaux domestiques, quant au danger; mais par suite de l'absence de poils sur la plus grande partie de la peau et par suite de l'abondance de tissu aréolaire sous-cutané, l'homme est de beaucoup le plus propre au traitement par les injections (1).

Ajoutons pour conclure un mot sur le mode d'action des injections. Ce qu'il faut surtout obtenir, c'est une solution qui, injectée, puisse neutraliser le poison et ne pas agir avec beaucoup d'énergie sur les tissus.

Nous ne connaissons pas une semblable substance, ignorants que nous sommes de la nature chimique du poison à combattre et de l'action spéciale des médicaments quand ils sont injectés. Les expériences que j'ai faites prouvent que les injections empêchent l'action du poison à un degré plus ou moins grand.

L'iode conserve la couleur du sang et empêche la désorganisation de ses globules; en même temps, cet agent a une influence marquée pour empêcher ou retarder l'action du venin, même quand on l'emploie en petite quantité et à faible dose; ces faits indiquent fortement l'iode comme la substance destinée à être efficace quand on comprendra bien son emploi et qu'on saura l'appliquer.

Je crois pouvoir légitimement tirer les conclusions suivantes des faits que je viens d'exposer :

1° Parmi les effets produits par le venin du serpent à sonnettes, nous noterons une altération spéciale des globules rouges et l'apparition

(1) L'opinion générale reçue est que le poison du serpent est fatal à l'animal lui-même, quand il lui est inoculé; mes observations tendent à prouver que cette opinion n'est pas fondée.

J'ai, à plusieurs reprises, enfoncé les crochets dans la lèvre inférieure du serpent quand il était irrité; j'ai souvent, en maniant les serpents, fait saigner la bouche à la suite de blessures faites par les pinces; j'ai souvent vu les serpents irrités se frapper eux-mêmes, et cependant je n'ai jamais remarqué le moindre effet produit par les plaies.

Mon jeune ami Robert Kennicott, au zèle et à la bonté duquel je dois d'avoir eu à ma disposition autant de serpents qu'il en fallait pour mes expériences, est arrivé à la même conclusion. Il a enlevé sur une petite étendue la peau d'un serpent d'eau; il a introduit dans la chair les crochets d'un serpent qui n'avait pas encore servi; il voyait le venin couler librement sur la surface; il l'a inoculé profondément et à plusieurs reprises avec la pointe d'un couteau, et il ne s'est pas produit d'autre effet qu'une légère plaie à la suite de la blessure.

D'un autre côté, il confirme l'opinion que ce poison ne tue pas quand on le met sur une membrane muqueuse ou quand on l'introduit dans l'estomac.

Il retira d'un serpent qui n'avait pas servi autant de venin qu'il put; il le mêla avec un peu d'eau et le versa dans la gorge de deux jeunes oiseaux qui ouvraient le bec pour recevoir leur pâtée. Un de ces oiseaux avait à la gorge une excoriation produite par quelques baies aigres qu'il avait mangées; chez celui-ci il y eut un léger effet qui passa au bout de cinq minutes; chez l'autre il ne se produisit aucun effet. — Chez un jeune chat qui avait avalé la même quantité de venin, il n'y eut aucun effet.

d'une quantité considérable de globules blancs, et la tendance de ces derniers globules à s'agglutiner entre eux.

2° Les antidotes des poisons inoculés peuvent être injectés dans les tissus de manière à atteindre ces poisons et à neutraliser leur action.

3° Ces médicaments ainsi employés ne produisent ni une escarre ni la suppuration, si les ventouses ont été d'abord graduellement employées et si la solution n'est pas trop chargée de principes actifs (1).

4° Dans les cas de morsure par le serpent à sonnettes, c'est à la solution suivante qu'il faut donner la préférence : 5 grains d'iode et 15 grains d'iodure de potassium pour 1 once d'eau distillée ou une dose un peu plus forte.

On doit tenir la ventouse appliquée sur la plaie pendant dix minutes, jusqu'à ce que la solution ait complétement pénétré dans les tissus.

Dans le cas d'une tuméfaction déjà produite, la solution doit contenir beaucoup moins de principe actif, et il faut l'injecter en large quantité dans toute la partie gonflée.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS

(Suite et fin).

V. NEUE MEDICINISCH-CHIRURGISCHE ZEITUNG;

Dirigée par le docteur Ditterich.

(Premier semestre de 1853.)

Les numéros de ce journal ne renferment aucun mémoire original; ils sont exclusivement consacrés à des articles de bibliographie, à des revues de journaux et aux nouvelles du jour.

VI. MEDICINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT DES WURTEMBERGISCHEN AERZLICHEN VEREINS;

Rédigé par les docteurs Duvernoy, Seeger et Cless.

(Premier semestre de 1853.)

RAPPORT SUR L'ÉTABLISSEMENT OBSTÉTRICAL DE L'HÔPITAL SAINTE-CATHERINE, A STUTTGART, DU 1er JUILLET 1851 AU 30 JUIN 1852; par le docteur Elsaesser.

L'établissement renfermait, au 1er juillet 1851, 4 femmes enceintes et 12 accouchées; 363 personnes furent reçues du 1er juillet 1851 au 30 juin 1852. Il y eut en tout 368 accouchements, y compris 5 accouchements de jumeaux, et une môle.

Il naquit 367 enfants, dont 193 garçons et 174 filles; 321 à terme, 46 avant terme; 351 vivants et 16 morts (8 garçons et 8 filles); sur ces 16 enfants mort-nés, 10 étaient avant terme; 42 enfants moururent dans l'établissement, 21 qui étaient nés à terme et 21 avant terme.

Voici quelles furent, en général, les positions : 331 positions du crâne, 2 du sinciput, 1 de la face, 10 du bassin, 6 des pieds, 4 positions transversales, 13 positions indéterminées.

Sur les 16 accouchements d'enfants morts, il y avait 10 positions du crâne, 2 des fesses, 2 des pieds et 2 transversales. La marche de ces accouchements fut naturelle et rapide dans 10 cas; un seul enfant (un garçon) était à terme; 6 fœtus étaient putréfiés; la mort de l'enfant à terme est attribuée à la longueur du travail et à l'existence de crampes violentes.

Sur une femme qui accoucha pour la deuxième fois d'un enfant mort et putréfié, la moitié du placenta était hépatisée, c'est-à-dire changée en une masse lardacée; les vaisseaux de cette portion se trouvaient exsangues, tandis que ceux de la portion saine étaient gorgés d'un sang noir; le cordon, très-long, et qui faisait une fois le tour du cou, était inséré sur la partie saine du placenta. Les 5 autres accouchements d'enfants morts exigèrent les secours de l'art (forceps et version sur les pieds).

L'auteur donne l'autopsie de 8 enfants mort-nés.

La statistique des 46 accouchements avant terme donne 36 enfants nés vivants, desquels 20 moururent dans l'établissement; la moitié de ce nombre moururent dans les quatre premiers jours de la naissance; il y eut 10 mort-nés. Les accouchements avant terme eurent lieu chez 23 primipares, 15 femmes qui en étaient à leur deuxième grossesse, 2 à leur troisième et 2 à leur quatrième; 7 de ces femmes avaient déjà eu des accouchements avant terme.

Les accouchements prématurés eurent lieu le plus souvent dans les derniers mois; les enfants qui furent conservés à la vie étaient tous venus au monde trois ou quatre semaines seulement avant terme, à l'exception d'une fille qui naquit six à huit semaines avant l'époque normale. Parmi les causes de l'accouchement prématuré qui ont pu être constatées, l'auteur signale la syphilis (2 fois), une faiblesse générale de constitution (3 ou 4), l'éclampsie (1), des crampes abdominales (1), des affections vives de l'âme (6), un fort refroidissement (2), mouvements violents du corps (8), coup sur le ventre (1), perte hâtive des eaux (5), décollement du placenta (1), inflammation et hépatisation du placenta (2).

Dans l'examen des naissances d'enfants à terme, l'auteur rapporte un fait qui montre combien il est important de toucher souvent, afin de surveiller la marche du travail. Une femme fut touchée à son entrée dans l'établissement; le doigt reconnut la présentation des fesses; quatre heures plus tard, on sentit les deux pieds, et, au bout de deux heures, c'était la tête qui était mobile au-dessus du détroit du bassin; on sentait en même temps une petite anse du cordon et une main. Dans ces circonstances, on se hâta de déchirer la poche des eaux, on écarta avec soin l'anse ombilicale, et on fixa, à l'aide de la main, la tête à l'entrée du bassin, jusqu'à ce qu'elle fût maintenue dans cette position par les contractions utérines. Comme ces dernières étaient peu efficaces, on termina l'accouchement par le forceps.

L'auteur a observé 52 fois l'enroulement du cordon autour du cou de l'enfant; dans 8 cas, cet enroulement était double et dans 2 cas quadruple; 3 fois le cordon était enroulé autour de l'épaule droite, une fois autour du pied droit et une fois autour du pied gauche.

On n'a pas observé de procidence du cordon dans les présentations du crâne. Plusieurs anomalies dans la disposition du cordon méritent d'être citées, parce qu'elles peuvent influer sur la vie de l'enfant, et qu'elles doivent être prises en considération par le médecin légiste dans les cas d'accouchements sans aucune assistance. Ainsi, dans un cas, le cordon entourait d'une manière très-serrée le cou, le tronc et un bras; dans un autre cas, le cordon faisait deux fois le tour du cou et une fois celui de l'épaule; l'enfant resta quelques minutes dans un état de mort apparente. Quelquefois la constriction autour du cou était si forte qu'on fut obligé de couper le cordon, après l'avoir lié, afin de faciliter la sortie de l'enfant.

Le cas suivant montre l'influence que peut avoir le placenta sur la vie du fœtus. Une femme bien constituée fut admise au milieu des maux, avec hémorrhagie utérine; dès que la poche des eaux fut rompue, celle-ci cessa. L'accouchement eut lieu presque aussitôt après; l'enfant ne pesait que 4 livres; il était mort et avant terme. Le placenta était hépatisé dans la moitié de son étendue; sa surface fœtale recouverte d'une membrane fibreuse, de la consistance du cuir, d'un blanc sale et d'une demi-ligne d'épaisseur. Cette inflammation partielle du placenta doit être sans doute regardée comme une cause prochaine de l'accouchement prématuré.

Dans toutes les naissances de jumeaux, le premier-né était plus gros que l'autre; le contraire avait eu lieu l'année précédente.

Le relevé des femmes enceintes malades n'offre rien de particulier. Il y eut 161 femmes en couche atteintes de diverses maladies; de ce nombre, 7 moururent.

Les principales formes morbides ont été la fièvre puerpérale, la péritonite, la métro-péritonite, la métro-phlébite. L'autopsie des 5 malades mortes de ces affections n'a rien offert d'insolite. 42 enfants moururent, 21 qui étaient nés à terme et 21 avant terme; le quart environ des enfants à terme moururent dans les premières vingt-quatre heures; un peu plus du quart des enfants avant terme moururent dans le même intervalle. Les principales maladies des enfants ont été l'ophthalmie des nouveau-nés, les congestions cérébrales, l'apoplexie cérébrale, 2 cas de tétanos, 2 cas de tubercules du cerveau, le céphalhématome, le muguet, diverses affections des organes respiratoires, des affections cutanées.

GUÉRISON D'UN GOITRE CYSTIQUE SANS OPÉRATION; par Frédéric Betz (de Heilbronn).

Obs. — Un jeune paysan, de 27 ans, portait depuis deux ans un goitre volumineux; il avait employé à plusieurs reprises, sans succès, l'iodure potassique. L'opération ayant été rejetée, l'auteur prescrivit un mélange de teinture d'iode et d'éther sulfurique, dont on devait mouiller matin et soir le goître, à l'aide d'un pinceau.

Au bout de trois semaines, le goître était réduit à la grosseur d'une prune.

(1) Voir Recherches sur les cavités closes de l'économie animale; par A. Velpeau.—Paris, 1843.

L'auteur attribue ce succès à la présence de l'éther, qui, en dissolvant la graisse, permet à l'iode de mieux pénétrer dans les tissus.

HERNIE DU DIAPHRAGME; par le docteur MICHEL (de Neckarsulm).

OBS. — B..., 34 ans, fut souvent indisposé pendant les dix dernières années de sa vie, sans toutefois être atteint d'aucune maladie caractérisée. Il croyait tantôt à une affection du poumon, tantôt à une maladie du cœur, sans que l'auscultation ou la percussion pût révéler aucune lésion dans les organes pectoraux. Il accusait surtout une sensation pénible d'oppression et de plénitude dans l'épigastre, après les repas, et quelquefois des renvois et du dégoût.

Le 19 avril, il fut pris de vertiges qui diminuèrent un peu le lendemain; les nuits étaient devenues insomnieuses.

Le 21 au matin, il éprouva une telle dyspnée accompagnée d'une douleur lancinante au côté gauche de la poitrine, qu'il dut quitter le lit, craignant une suffocation immédiate. Ronchus sec, crépitant; pouls assez fort, régulier; battements du cœur étendus. Soif, peau sèche et chaude; langue chargée, bouche amère; difficulté dans la déglutition; hoquet, vomiturititions, douleurs rhumatismales dans les extrémités. (Saignée suivie de quelque soulagement; calomel et potion nitrée.)

Nuit suivante tout aussi mauvaise; le malade ne peut pas avaler; tout ce qu'il prend est rendu par le vomissement.

Les jours suivants, il y eut du délire et divers accidents nerveux, quoique la déglutition fût de nouveau possible et que les douleurs précordiales parussent avoir cessé.

Ces derniers symptômes reparurent le 28 avec plus d'intensité que jamais; le malade tomba dans une grande prostration et mourut le 1er mai.

L'autopsie révéla les désordres suivants : inflammation du lobe inférieur du poumon gauche, hépatisation; légère hypertrophie du cœur; poumon droit sain. Près de la pointe du cœur, on découvrit, sur la face convexe du diaphragme, une élévation de la grosseur d'un œuf de poule.

L'abdomen ayant été ouvert, on vit que, dans cette région, le diaphragme présentait, dans sa portion tendineuse, un trou dans lequel s'était engagé un morceau de la paroi supérieure de l'estomac et de l'épiploon, qu'on put retirer facilement. Cette ouverture était ronde, à bords un peu renflés. Il n'y avait pas de sac herniaire. La portion herniée de l'estomac était légèrement enflammée.

Tout ce qu'on a pu apprendre sur la cause de cette hernie, c'est que, à l'âge de 8 ans, cet individu était tombé d'une grande hauteur, et que, depuis cette époque, il s'était souvent plaint d'une pression dans la région de l'épigastre.

OBSERVATIONS THÉRAPEUTIQUES; par le docteur ROESCH (de Gaildorf).

Dans un rapport médical annuel, l'auteur mentionne quelques médications dont il a eu à se louer : l'acétate de morphine dans un cas de péritonite; de fortes doses de calomel dans plusieurs cas de typhus abdominal; le nitrate d'argent en lavement et à l'intérieur dans la dysenterie et le choléra; l'huile de foie de morue dans les affections scrofuleuses; l'acétate de morphine dans la phthisie et le cancer utérin. Comme ces médicaments sont connus et employés par tous les praticiens, nous n'avons pas besoin d'en parler plus longuement, nous dirons seulement quelques mots de l'emploi de l'acétate de morphine dans la péritonite, et du calomel dans le typhus.

On connaît les bons effets des opiacés dans le traitement des inflammations des séreuses en général. Dans le cas suivant, les honneurs de la guérison paraissent devoir être surtout attribués à la morphine.

OBS. — Un jeune homme fut pris, sans cause connue, de douleurs violentes dans l'abdomen, suivies de malaise, de vomissements, de fièvre intense. Météorisme et sensibilité extraordinaire du ventre, constipation. (Saignée; 12 sangsues, frictions mercurielles en diverses régions du corps, fomentations émollientes sur l'abdomen.)

Le lendemain, aggravation de tous les symptômes; le moindre attouchement produit des douleurs excessives; le météorisme a encore augmenté. (5 centigr. d'acétate de morphine dans une potion de 200 grammes, à prendre deux fortes cuillerées toutes les deux heures, fomentations, lavements, frictions.)

Dès ce moment, amélioration rapide, diminution de tous les symptômes, guérison.

Dans plusieurs cas de typhus abdominal, l'auteur a donné de fortes doses de calomel (un demi-gramme matin et soir) avec succès. La diarrhée diminuait sous l'influence de ce médicament, cessait même, et la marche de la maladie paraissait plus courte et moins orageuse. Aucun des malades traités de cette manière ne mourut.

— Il est certain que le calomel rend d'éminents services dans le typhus; mais il est à regretter que les auteurs qui s'en sont bien trouvés négligent presque toujours de signaler les circonstances particulières dans lesquelles il a été employé; on mettrait peut-être fin aux controverses que soulève tous les jours l'administration de ce médicament, si l'on se donnait la peine de préciser les indications qui paraissent plus particulièrement le recommander.

EMPOISONNEMENT PAR LE GAZ DE L'ÉCLAIRAGE; par le docteur O. GAERTNER (de Stuttgart).

OBS. — L'auteur fut appelé le 18 février, à huit heures du matin, au rez-de-chaussée d'une maison voisine, auprès d'une femme de 45 ans, d'une forte constitution, qu'il trouva au lit, le visage rouge, boursouflé, se plaignant de douleurs de tête violentes, pulsatives, siégeant à l'occiput, de grande faiblesse, de vertiges et de tintements d'oreille; pas d'appétit, langue blanche, chargée, selles naturelles; pouls petit, faible, de 90 pulsations; absence de menstrues depuis six semaines.

M. Gaertner, croyant à une hyperémie du cerveau, prescrivit un purgatif, un pédiluve sinapisé et plus tard une saignée du bras. Le soir, comme la malade ne se trouvait pas soulagée, on fit appliquer 8 sangsues aux tempes et des fomentations à la glace sur la tête. La malade se sentant mieux, on espéra une bonne nuit et on la laissa seule avec sa servante et un grand chien anglais qu'elle avait l'habitude de garder près d'elle pendant la nuit; la domestique était couchée dans une chambre voisine, dont la porte était restée entr'ouverte.

Le lendemain 19, la sœur de cette femme, qui occupait le premier étage, envoya son fils pour s'informer de l'état de santé de sa tante; celui-ci n'eut pas de réponse, ce qu'on regarda comme un bon signe. Mais une heure s'étant écoulée, la sœur de la malade appela son mari qui fit sauter la porte d'un coup de hache et trouva tous les habitants du rez-de-chaussée sans mouvement dans leur lit. Il était sept heures et demie du matin, l'auteur fut appelé, et, en entrant dans la maison, il sentit l'odeur du gaz, odeur qui fut encore bien plus sensible dans la chambre, dont on avait déjà ouvert les fenêtres.

La femme était sans connaissance, la figure rouge, les joues tuméfiées, les yeux fermés, les bulbes tournés vers le haut, les pupilles contractées; trismus à un haut degré, bras fléchis, difficiles à étendre; mouvements respiratoires faibles, à de longs intervalles; pouls à peine perceptible, lent, 60 pulsations; peau insensible, mais chaude. La ligature de la saignée de la veille fut détachée et un sang épais commença à couler; frictions de la poitrine et de la face, instillation d'éther, sinapismes, frictions, à l'aide d'une brosse, des mains et des pieds. Tous ces moyens accélérèrent la respiration et les battements du cœur. On découvrit que la fuite du gaz se faisait dans la ruelle du lit, et l'on se hâta de quitter la chambre et de transporter les malades au premier étage. On pratiqua une nouvelle saignée, on fit des fomentations de neige sur la tête et l'on donna un lavement vinaigré, puis un autre lavement fait avec une infusion de séné et du camphre. De ce moment la malade ouvrit les yeux et poussa de profonds soupirs; mais la bouche restait fermée; ce trismus dura encore quelques heures. Cette femme se rétablit peu à peu.

La servante offrait les mêmes symptômes que sa maîtresse, mais à un moindre degré; le symptôme prédominant chez elle consistait en crampes violentes des extrémités; les doigts étaient fléchis au point qu'on ne pouvait les étendre qu'avec peine; les bras et les jambes également dans la flexion; grande agitation, bâillements fréquents. On fit deux saignées; le sang était plus foncé que celui de sa maîtresse, peu coagulé, sans couenne, et offrant peu de sérum. Elle se rétablit promptement, mais elle fut prise d'une diarrhée sanguinolente, sans fièvre, qui dura quinze jours. Cette diarrhée, dit l'auteur, sans colique et sans fièvre, provient peut-être d'une extravasation sanguine dans le canal intestinal. De pareilles extravasations ont été signalées à Munich dans deux autopsies de personnes mortes à la suite d'un empoisonnement par le gaz de l'éclairage, et on les a ausssi rencontrées après la mort par suspension.

Quant au chien, il fut traité avec moins de cérémonie; il fut jeté roide et sans mouvement sur la neige et arrosé d'eau froide; il revint aussitôt à lui et ne conserva qu'un peu de somnolence et de lassitude. Une circonstance remarquable, c'est qu'il avait reçu le gaz de première source, et conséquemment devait en avoir respiré une plus forte quantité que sa maîtresse.

D'après les renseignements qui ont été pris, il paraît qu'il existait depuis plusieurs mois une infiltration de gaz dans cet appartement, et que la femme en question se trouvait sous le poids d'une véritable intoxication chronique, qui se traduisait par toutes sortes de malaises, mais dont on ignorait la cause.

L'auteur termine son intéressant travail en relatant les faits analogues publiés par MM. Devergie et Paulin, Moreau, Sédillot, Tourdes et Seitz (de Munich).

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 12 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination de la commission qui sera chargée de l'examen des pièces admises au concours pour le prix de physiologie expérimentale.

MM. Magendie, Flourens, Rayer, Serres, Milne Edwards obtiennent la majorité des suffrages.

SUR L'ACCROISSEMENT DE LA MEMBRANE DES BOURGEONS CHARNUS ET LES USAGES DE LA SUPPURATION DANS LA CICATRISATION DES PLAIES EXPOSÉES.

M. LAUGIER lit sous ce titre un mémoire qu'il résume en ces termes :

L'exposition des phénomènes de la cicatrisation des plaies exposées tels qu'on les connaît aujourd'hui présente encore des lacunes regrettables. La membrane des bourgeons charnus, avant de former le tissu de la cicatrice, augmente visiblement d'épaisseur. Comment a lieu cet accroissement?

Elle fournit longtemps de la suppuration. A quoi sert cette suppuration? Est-elle utile ou nuisible aux plaies dont elle paraît retarder la guérison?

Ces deux questions restent dans une obscurité à peu près complète. C'est dans l'espoir de contribuer à les éclairer que j'apporte ici le résultat de recherches qui me sont propres.

Une expérience très-simple prouve que l'épaisseur de la membrane des bourgeons charnus augmente par stratification ; que des couches de lymphe coagulable se superposent et s'organisent avec rapidité à sa surface, car chacune d'elles, aussitôt qu'elle est pourvue de vaisseaux, devient l'organe sécréteur de la couche, qui la couvrira, jusqu'à ce qu'enfin la stratification étant complète, les vaisseaux cessent de se former, et la sécrétion devient épidermique. Par le mot *stratification complète*, je n'entends pas une épaisseur donnée, mesurée, par exemple, par la hauteur des bords de la plaie, mais l'ensemble des conditions qui, avant la sécrétion de l'épiderme, changent la membrane des bourgeons charnus en cicatrice.

Or l'accroissement en épaisseur est d'une grande importance, car la membrane des bourgeons charnus n'est autre que le tissu de la cicatrice même.

Comment se démontre la stratification? J'avais constaté à la surface de la plaie une couche blanchâtre, demi-transparente, parcourue par des vaisseaux fins et nombreux. Le peu d'épaisseur de cette membrane, qui me parut récente, et en même temps sa vascularité très-manifeste me donnèrent le soupçon de la déposition de couches successives. Dans cette hypothèse, je pensai qu'un corps étranger d'un très-petit volume et de nature inerte, pourrait être interposé entre deux couches successives. Une parcelle de charbon porphyrisé me parut réunir les conditions convenables. Sa couleur tranchait sur la teinte blanchâtre de la lymphe coagulable, et sa finesse, à l'état de poussière impalpable, lui permettait de séjourner dans la plaie sans l'irriter, car on devait soigneusement éviter toute excitation de la plaie qui, en donnant lieu à des produits inflammatoires, aurait amené l'expulsion du corps étranger ou son enkystement accidentel, en substituant au travail physiologique de la formation de la cicatrice celui qui organise les kystes autour des corps étrangers. Le charbon répondit parfaitement à mon attente.

L'expérience néanmoins exigeait quelques précautions. Déposé à la surface de la plaie, le charbon aurait pu être entraîné par le pus liquide avant la formation d'une nouvelle couche de lymphe. Mis en contact avec les pièces d'appareil du pansement ordinaire, il aurait pu y adhérer et être enlevé par elles. J'adoptai un mode de pansement qui me permettait d'éviter ces difficultés. Le charbon déposé en différents points d'une plaie, entre les bourgeons charnus et par parcelles très-petites, j'ai recouvert la plaie et ses bords d'une solution sirupeuse de gomme arabique et d'une peau de baudruche. On peut lever ce pansement le lendemain ou le surlendemain; la baudruche, humectée sur les bords de la plaie à l'aide d'une éponge mouillée, est soulevée avec précaution, puis la suppuration et la gomme sont entraînées par un filet d'eau. Si l'expérience a réussi, les parcelles de charbon ne sont enlevées ni par l'eau, ni même par le doigt promené à la surface de la plaie. Reconnu à la loupe, il est évidemment revêtu d'une pellicule blanchâtre, très-mince, dont l'épaisseur peut varier cependant. Mais cette pellicule n'existe pas seulement là où est déposé le charbon, elle s'étend également sur les autres bourgeons charnus de la plaie. Ce n'est donc pas un phénomène local dû à la présence du corps étranger; c'est le produit d'un travail physiologique que celui-ci n'a point entravé. Les jours suivants, la teinte du charbon est moins tranchée, parce que de nouvelles couches de lymphe sont sécrétées; il paraît s'enfoncer dans ce tissu de nouvelle formation à mesure que celui-ci augmente d'épaisseur.

Plus tard, lorsque la cicatrice est achevée, quelques taches bleuâtres, assez exactement en rapport avec la situation des parcelles de charbon, m'ont semblé la trace de son incarcération dans le tissu cicatriciel ; mais j'avouerai qu'il ne m'a pas été donné d'en faire l'extraction. Je n'ai pu proposer à des malades guéris la petite incision qui eût été nécessaire cependant pour démontrer la présence du charbon dans la cicatrice. Cette expérience pourrait être faite sur les animaux; mais j'avais vu le charbon disparaître graduellement sous les couches de lymphe coagulable; il devait être resté dans l'épaisseur du derme nouveau, et le fait de l'organisation de la cicatrice en couches superposées m'a paru suffisamment établi par cette expérience.

Une autre preuve de la stratification, c'est l'organisation des diverses couches à mesure qu'elles sont déposées. Sur le sommet des bourgeons charnus, on voit à l'œil nu de petites taches rouges, comme des ecchymoses, mais qui, étudiées à la loupe, se résolvent bientôt en filaments vasculaires très-ténus. A chaque nouvelle couche produite, ce travail d'organisation recommence dans une plaie saine. J'ai vu souvent sur les granulations d'une plaie des canalicules légèrement ondulés, brusquement interrompus à leurs extrémités, et présentant sur leurs côtés de petites stries disposées en barbes de plume peu serrées; ces vaisseaux étudiés sur une granulation n'offraient aucune communication apparente avec ceux des granulations voisines. Ce fait prouve la formation de vaisseaux nouveaux pendant toute la durée de la cicatrisation des plaies exposées aussi bien qu'au début de ce travail réparateur. Il prouve de plus l'existence de groupes vasculaires d'abord isolés, répondant à des bourgeons charnus distincts et qui ne s'anastomosent entre eux qu'à une période plus avancée de la cicatrisation. Dans un autre travail, qui sera le complément de celui-ci, je démontrerai que la pathologie des plaies confirme d'une manière remarquable ce fait anatomique.

Quels sont maintenant les usages du pus dans les plaies exposées? Hunter est le seul physiologiste qui ait imaginé un usage au pus des plaies. Il suppose qu'il a pour utilité de les maintenir constamment humides ; mais il ne dit pas comment cette humidité peut servir à la cicatrisation.

La période de suppuration est indispensable dans les plaies exposées, parce que le pus contient un des éléments de la cicatrice. La suppuration n'est pas un accident dans une plaie saine, c'est une période. J'ajoute que c'est une période du travail adhésif dont la cicatrice est le terme.

La membrane des bourgeons charnus est l'organe sécréteur du pus. L'examen direct apprend que la lymphe coagulable est déposée à la surface de cette membrane en même temps que le pus. Est-il admissible que la même surface membraneuse, parfaitement homogène, donne à la fois ou même à de très-courts intervalles, deux produits, la lymphe coagulable et le pus, de nature tout à fait dissemblable? N'est-il pas évident plutôt que l'un de ces produits, la lymphe, si elle n'est pas le pus tout entier, à un état différent, est au moins l'un de ses éléments, et par conséquent sécrétée avec lui? Cela n'est pas contraire aux idées des chimistes et des physiologistes sur la sécrétion du pus, car ils admettent qu'il vient de la *liqueur du sang*, qui, entre autres éléments, contient la fibrine en dissolution. Or la lymphe coagulable est de la fibrine. Babington a déjà dit que le pus n'est autre que de la lymphe coagulable à l'état de division extrême : on peut au moins admettre qu'elle existe dans le pus à cet état de division. Il favorise le dépôt de la lymphe en couches minces organisables; mais celles-ci, pour être organisées, ont besoin de rester molles et souples.

L'humidité des plaies était nécessaire à leur souplesse, et c'est de cette manière que l'idée de Hunter, qui avait soupçonné l'utilité de l'humidité des plaies par la présence du pus, quoiqu'il ne connût pas d'autre usage à ce fluide, se trouve justifiée.

Les conclusions de ce mémoire sont les suivantes :

1° L'organisation de la membrane des bourgeons charnus continue après la formation de ces bourgeons, comme avant leur développement, et il en résulte son accroissement en épaisseur.

2° L'accroissement de la membrane des bourgeons charnus a lieu par stratification de couches de lymphe organisables.

3° La suppuration est un mode du travail adhésif approprié aux conditions des plaies exposées.

4° Le pus sécrété par les bourgeons charnus contient un élément plastique, qui sert de gangue aux vaisseaux des couches stratifiées de la membrane des bourgeons charnus.

Dans un second mémoire, M. Laugier étudiera la perturbation que l'état morbide de la membrane des bourgeons charnus apporte dans la cicatrisation des plaies exposées.

RECHERCHES SUR L'INFLUENCE DES NERFS SUR LA NUTRITION DES OS.

M. SCHIFF lit sur ce sujet un mémoire dont nous extrayons ce qui suit :

La physiologie expérimentale ne possède pas encore des notions exactes relativement à l'influence des nerfs sur la nutrition des os. Depuis plusieurs années, j'ai fait de nombreuses recherches sur la question intéressante de savoir si la suppression de l'influence nerveuse provoque, du côté des vaisseaux et de la nutrition des os, des effets analogues à ceux que cette suppression amène dans l'œil, les poumons, la langue et dans beaucoup de membranes muqueuses.

Il résulte de ces recherches qu'il y a deux causes de l'altération des os produites par la section des nerfs : l'immobilité et la paralysie des nerfs vasculaires. Voilà deux altérations opposées trouvées dans les os, dont chacune correspond à une de ces causes différentes.

L'immobilité des muscles qui s'y attachent produit l'amincissement des os, leur atrophie, non-seulement dans les membres, mais aussi dans le pelvis et le sacrum, si le plexus sacré lombaire a été détruit. L'amincissement paralytique se voit aussi sur des grenouilles adultes; mais on peut l'empêcher de se produire en imprimant au membre un mouvement artificiel; ainsi je l'ai vu manquer après la resection du plexus sciatique, chez une grenouille dont j'ai galvanisé le pied une heure par jour pendant quatre mois. Par contre-preuve, il y a quelques observations chirurgicales où, sans qu'il existât de paralysie des nerfs, le pied ou le bras ont été maintenus pendant quelque temps dans une immobilité forcée, et les os sont devenus plus minces.

L'hypertrophie est l'altération de la nutrition provenant de la paralysie des nerfs vasculaires; elle est analogue à l'exsudation dans l'œil, le poumon, le péricarde, après la section de leurs nerfs. Cette hypertrophie ne manquait pas quand je galvanisais l'œil d'un jeune pigeon pendant quinze jours. Ainsi elle ne vient pas de l'immobilité. C'est elle qui, par conséquent, comme l'altération de la nutrition, est d'autant plus prononcée que la nutrition est plus active.

Ces deux altérations, l'hypertrophie et l'atrophie, se contre-balancent mutuellement, et c'est pourquoi, après la section des nerfs d'un membre, il faut que l'on attende toujours un espace de temps plus ou moins considérable, jusqu'à ce que l'une ou l'autre se montre d'une manière prononcée; et c'est, je le répète, suivant l'âge de l'animal, que l'hypertrophie ou l'amincissement l'emporte sur l'altération opposée. Dans un âge moyen de l'animal, les deux alté-

rations se montrent simultanément, comme le démontre une des préparations que je mets sous les yeux de l'Académie.

Mais si j'ai bien compris la valeur de chacune de ces altérations, alors il faudra que, si je coupe le nerf maxillaire inférieur d'un côté, que même chez des animaux plus avancés en âge, l'hypertrophie paralytique se montre non-seulement très-promptement et même les premiers jours après l'opération, mais qu'elle devienne aussi en peu de temps plus prononcée que chez les autres os de l'animal, et qu'il n'y ait jamais une trace d'atrophie ou d'amincissement. Car, après cette opération, les mouvements de la mâchoire sont conservés par l'intégrité de l'autre côté, et parce que les muscles qui s'attachent au côté lésé communiquent encore avec les centres nerveux ; et ainsi la cause qui, suivant moi, produisait l'amincissement, n'existe pas dans ce cas. Or ces suppositions sont pleinement confirmées par l'expérience. Peu de jours après la section, on voit déjà du côté lésé des couches superposées du périoste avec une ossification incomplète. Après trois semaines, dans un chien presque adulte, à une époque où les os des membres présentent à peine une altération sensible, on a déjà, dans la préparation que je présente, une hypertrophie énorme du côté paralysé; et après quatre semaines, on peut voir dans cet autre chien plus jeune la mâchoire paralysée devenue comme monstrueuse. Dans aucun cas je n'ai observé, après cette section, une trace d'amincissement.

Qu'on ne suppose pas, d'ailleurs, que ce soit la paralysie des filets sympathiques contenus dans les nerfs qui produit la dilatation des vaisseaux et fait naître cette hypertrophie : toujours la destruction de la moelle dans la région lombaire m'a montré le même effet sur les vaisseaux que la section des nerfs des membres postérieurs, et jamais l'extirpation de la partie céphalique du sympathique ne produit sur les os le même effet que la resection du nerf maxillaire.

SUR L'EMPOISONNEMENT PRODUIT PAR UNE SUBSTANCE VÉNÉNEUSE ENCORE PEU CONNUE (L'ATRACTYLIS GUMMIFERA DE LINNÉ) ET SUR SON PRINCIPE ACTIF.

M. COMMAILLE, de Douéra (Algérie), communique les trois observations suivantes, qui révèlent l'action toxique de l'*atractylis gummifera*.

OBS. I. La nommée Bartholomo (Marie-Esther), habitant Douéra, âgée de 3 ans et demi, est en bonne santé le 7 mars en se couchant. Le 8, à huit heures du matin, je suis appelé auprès d'elle ; voici ce que j'observe :

L'enfant est couchée sur le dos, les bras étendus le long du corps, les jambes étendues, les yeux fermés, les dents tellement serrées qu'il est impossible d'écarter les mâchoires; de larges taches violettes sont répandues sur les téguments, la face est marbrée de violet, les lèvres sont bleuâtres, le pouls est insensible, la respiration est longue, les côtes sont soulevées par soubresauts. Point de convulsions.

Les parents ne savent à quoi attribuer la maladie de leur enfant qui, le matin même, à la pointe du jour, est descendue de son lit et n'a pas voulu accepter l'aide de sa sœur pour se recoucher. La nourriture de la famille a consisté, dans la journée du 7, en café, en haricots et en riz.

En présence de tels symptômes, je crus avoir affaire à une apoplexie pulmonaire et cérébrale (l'autopsie a fait voir que je ne m'étais pas trompé). Mais à quoi attribuer cette maladie? C'est ce que j'étais encore loin de soupçonner. Je lis appliquer six sangsues au cou, des sinapismes furent promenés aux extrémités inférieures.

A dix heures, je retourne vers ma petite malade; il n'y avait aucun changement dans son état. J'ausculte la poitrine, la trachée; la respiration est longue, faible, mais il n'existe aucun bruit anormal. Dans l'idée qu'il existait une laryngite pseudo-membraneuse, je prescris une potion avec 2 centigr. d'émétique et 2 décigrammes de calomel. La malade vomit un liquide sanguinolent. Elle était morte à midi.

OBS. II. — Le lendemain 9 mars, à sept heures du matin, je suis appelé en toute hâte pour voir la sœur aînée de la petite fille, sujet de l'observation précédente.

Cette enfant (Élisabeth-Octavie), âgée de 6 ans et demi, a été prise subitement, à cinq heures et demie du matin, des mêmes symptômes que sa sœur. Quoiqu'il ait fallu à peine trois minutes pour me rendre, l'enfant était morte à mon arrivée. J'examine le cadavre, c'est la même rigidité, la même cyanose que chez sa sœur; j'écarte les paupières pour m'assurer de la mort, je suis frappé de la dilatation énorme des pupilles. J'examine les yeux de la petite Esther, morte la veille, les pupilles sont aussi énormes. A l'instant j'eus l'idée d'un empoisonnement par les solanées vireuses, quoique dans les deux cas il n'y ait eu ni convulsions, ni délire, ni vomissements.

Les parents n'ont vu entre les mains des enfants ni euphorbes, ni renoncules, ni ricin, ni morelle, plantes communes le long des chemins.

NÉCROPSIE. — 1° Autopsie de la plus jeune, le 9 à deux heures du soir : téguments cyanosés, pupilles énormément dilatées, cerveau et sinus de la dure-mère gorgés de sang, inflammation de l'arachnoïde, substance blanche sablée de rouge quand on la coupe par tranches, épanchement séreux dans la moelle allongée, inflammation vive de la trachée-artère et des bronches, œsophage sain, poumons et foie gorgés de sang noir qui s'échappe à flot par la section; ventricule droit et oreillette droite du cœur pleins de sang; estomac sain, excepté un grand cul-de-sac où il présente une plaque de la largeur d'une pièce de cinq francs, tellement enflammée, qu'elle paraît gangrenée, ses bords tranchent sur le reste de la muqueuse qui est blanche et saine. Dans un demi-état de vacuité, les intestins sont très-sains, les follicules muqueux du colon sont très-apparents. La muqueuse de la vessie est enflammée ; il y a beaucoup d'urine.

L'estomac et les intestins contiennent une matière pultacée à demi liquide, renfermant une énorme quantité de débris ligneux, brisés, déchiquetés, analogues au résidu de la pulvérisation de certaines racines. Le colon descendant est surtout plein de cette matière; quelques morceaux même, par suite du vomissement provoqué par l'émétique, ont remonté jusqu'au pharynx et de là sont tombés dans la trachée. Nous nous informons auprès du père, en lui montrant de ces débris de végétaux; il nous apprend qu'ils mangent souvent des racines et des côtes de chardon après les avoir fait cuire, et que les enfants mangent même ces racines crues.

2° L'autopsie de l'aînée a révélé les mêmes lésions.

OBS. III.—Un troisième enfant est mort empoisonné le 29 avril à sept heures du soir. Le nommé Klingler (Auguste) a présenté les mêmes symptômes que les petites filles; il était âgé de 4 ans.

L'autopsie n'a pas été faite; mais d'autres enfants ont avoué qu'ils avaient mangé ensemble des chardons; ils en ont même montré; seulement ceux-ci étaient du *scolymus* et du chardon-marie. L'enfant mort, qui était le plus jeune, aura par ignorance cueilli de l'*atractylis*, qui croît parmi les *scolymus*, et qu'à première vue, lorsque la tige de ceux-ci n'a pas encore poussé, il est très-difficile de distinguer.

Il devenait intéressant de rechercher si l'*atractylis gummifera* était bien réellement un poison ; à quelle substance alors il devait son action toxique et comment il agissait sur les animaux vivants. C'est l'objet de la seconde partie de cette note.

Après une analyse qui, faite dans des circonstances défavorables, ne semble pas à l'auteur lui-même complètement satisfaisante, il a essayé diverses préparations dont les unes ont été sans action, tandis que d'autres ont montré une puissance toxique des plus prononcées : ainsi de l'eau pure dans laquelle la racine de l'*atractylis* avait macéré un temps assez court, a empoisonné de jeunes chats, et l'autopsie cadavérique a montré sur ces animaux des désordres tout semblables à ceux qui ont été observés chez les enfants qui font le sujet des deux premières observations : la dilatation des pupilles a été aussi des plus manifestes.

ESPRITS FRAPPEURS.

M. RAYER communique une observation et une expérience de M. le docteur SCHIFF, relatives aux *esprits frappeurs*.

On s'est beaucoup occupé, dans ces derniers temps, de certains bruits attribués à de prétendus *esprits frappeurs*, et notre célèbre confrère M. Chevreul a publié sur ce sujet un travail remarquable dans le JOURNAL DES SAVANTS. Mais aucune expérience directe n'avait été instituée, soit en Allemagne, soit en France, en vue de l'explication de ces bruits, avant les observations de M. le docteur Schiff (de Francfort-sur-le-Mein).

Chez une jeune fille qu'il a eu l'occasion d'observer, et chez laquelle se produisaient les bruits attribués aux esprits frappeurs, M. Schiff est arrivé à reconnaître que le *frappement* avait lieu dans le corps de cette jeune personne et non au dehors; et il a démontré expérimentalement qu'un tel bruit peut être produit par le déplacement réitéré du tendon du muscle long péronnier de la gaîne dans laquelle il glisse en passant derrière la malléole externe. En effet, M. Schiff est parvenu à produire sur lui-même le phénomène, absolument comme s'il avait lieu chez la jeune fille, sous l'influence du soi-disant *esprit frappeur*.

Lorsque la gaîne fibreuse, dans laquelle le tendon du long péronnier glisse, est faible ou relâchée, le phénomène est plus facile à produire. Ce frappement peut s'accomplir, du reste, ainsi que M. Schiff m'en a rendu témoin, sans qu'on observe un mouvement très-appréciable dans le pied. Seulement, quand on appuie le doigt derrière la malléole externe, au moment où le bruit se produit, on sent parfaitement et très-distinctement le déplacement alternatif et réitéré du tendon, animé d'un mouvement d'élévation et d'abaissement très-brusque.

Cette expérience de M. Schiff m'a paru offrir un véritable intérêt, au point de vue physiologique.

Sur l'invitation faite par M. le secrétaire perpétuel, à laquelle s'associent plusieurs membres de l'Académie, M. Schiff qui, après la lecture de son mémoire, avait continué d'assister à la séance, répète, dans l'enceinte où ont coutume de se placer les lecteurs, l'expérience décrite par M. Rayer. Le *frappement* est assez distinct pour pouvoir être entendu à plusieurs mètres de distance, quoique le silence ne soit pas absolu, et les pieds placés bien en évidence ne semblent animés d'aucun mouvement.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 20 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre du commerce adresse un rapport de M. le docteur Flornoy, médecin inspecteur des bains de mer de Royan (Charente-Inférieure), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1852. (Comm. des eaux minérales.)

Le même ministre transmet une demande en autorisation d'exploitation de trois sources minérales, sises à Prépion (Drôme), et des échantillons pour que l'Académie en fasse l'examen.

—Le préfet du Puy-de-Dôme transmet la réponse de M. le docteur Mivet, médecin inspecteur des eaux minérales de Royet, à la circulaire de l'Académie.

M. DELAPORTE (de Vimoutiers) adresse la réponse à la même circulaire.

—M. CELLIER BLUMENTHAL soumet à l'Académie un procédé à l'aide duquel

on peut conserver des viandes à l'état cru, sous un volume et sous un poids très-réduits, sans leur faire perdre aucun de leurs éléments nutritifs. (Comm.: MM. Bouchardat, Chevallier, H. Gaultier de Claubry.)

— M. le docteur E. Langlebert adresse une lettre en réponse à la réclamation que M. Deheney a faite, dans la séance du 13 juin, au sujet de la méthode de traitement de la blennorrhagie urétrale par les injections caustiques récurrentes, limitées à la fosse naviculaire.

Je m'étonne, dit M. Langlebert, que M. Deheney ose qualifier d'irrationnel en principe et de funeste dans la pratique un mode de traitement qu'il ne connaît pas et qu'il n'a pas en le temps d'expérimenter. M. Deheney n'ignore pas sans doute que la blennorrhagie récente et le plus souvent aussi la blennorrhagie déjà ancienne ont le plus ordinairement pour siége la fosse naviculaire. Or n'est-il pas plus rationnel de borner l'injection modificatrice à la région malade que de la porter au delà, c'est-à-dire dans les parties profondes de l'urètre, où, pour me servir du langage de mon savant confrère, elle ne peut produire qu'un luxe de douleur et de désordre parfaitement inutile et funeste dans la pratique. C'est ce que l'expérience n'a que trop confirmé. Aussi la plupart des médecins ont-ils depuis longtemps renoncé à cette méthode des injections caustiques dans toute la longueur de l'urètre.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que lorsque j'ai imaginé ma seringue à jet récurrent, je ne connaissais en aucune façon l'instrument de M. Leriche, instrument qui, d'ailleurs, n'est nullement semblable au mien.

— M. le président annonce la présence de M. Gintrac (de Bordeaux).

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le redressement utérin.

La parole est à M. Huguier.

TRAITEMENT DES DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS PAR LE REDRESSEUR UTÉRIN.

M. Huguier : La possibilité des déplacements et des accidents qui les accompagnent étant reconnue, ainsi que leur curabilité, quels sont les moyens thérapeutiques qui doivent être dirigés contre chacun d'eux et quels sont ceux que l'expérience paraît avoir le plus sanctionnés.

D'une manière générale on peut dire que, parmi les déviations, les unes demandent un traitement purement médical et hygiénique général et local qui consiste à changer et à régler les mouvements organiques et fonctionnels de toute l'économie et de l'appareil génito-pelvien : ce sont celles qui, comme l'ont démontré MM. Baud, Hervez de Chégoin, Gibert, dépendent d'un grand amaigrissement, d'une affection, d'une débilité générale de l'économie; les autres réclament un traitement purement chirurgical : ce sont les déviations simples et les déplacements aigus survenant à la suite d'une chute ou d'un violent ébranlement des organes intra-pelviens. Il en est enfin pour lesquelles la combinaison des deux ordres de moyens doit être employée : ce sont le plus souvent les déplacements compliqués d'engorgements ou d'inflammations chroniques de l'organe, soit que ces affections concomitantes se soient manifestées en même temps sous l'influence de la même cause, soit qu'elles soient consécutives à la déviation et en dépendent, soit qu'elles aient précédé la déviation qui en est une conséquence.

M. Huguier expose ce que l'expérience lui a appris sur chaque espèce de déplacement. Nous résumons brièvement cet exposé.

Les latéro-versions et latéro-flexions principalement sont presque toujours incurables, parce qu'elles sont rarement essentielles, mais le plus souvent la suite de l'absence congénitale d'un des ligaments larges. J'ai observé plusieurs fois le cas de rétraction de ce ligament après la guérison d'une inflammation phlegmoneuse, d'un abcès, d'une tumeur sanguine, etc., d'adhérences directes de l'utérus à la marge du bassin, ou indirectes par l'intermédiaire de l'ovaire, sans parler des cas nombreux où l'utérus est poussé directement par une tumeur voisine. Heureusement que les latéro-flexions et latéro-versions sont, de tous les déplacements, ceux qui causent le moins d'incommodités et d'accidents.

Ce qui vient d'être dit de la latéro-flexion peut s'appliquer, si ce n'est sous le rapport étiologique, au moins sous celui de la physiologie pathologique et de la thérapeutique, aux antéversions.

Les anterversions guérissent en général par les moyens simples et hygiéniques suivants : l'élévation du bassin au-dessus du niveau de l'abdomen, la dilatation du réservoir vésical par l'accumulation de l'urine, la vessie remplissant alors l'office d'un pessaire à air, les injections astringentes, un lavement froid, et l'usage de la ceinture hypogastrique, lorsque le ventre est volumineux et dépasse beaucoup le niveau de la symphise des pubis.

Les rétroversions sont en général très-bien maintenues, et peuvent même guérir radicalement par l'usage de différents moyens que possède l'art, et plus particulièrement par celui des pessaires de MM. Hervez de Chégoin et Gairiel.

Malheureusement on ne maintient et on ne guérit pas aussi facilement les rétroflexions. Je dis malheureusement, parce que cette affection est souvent cause de stérilité, de dysménorrhée, de tranchées, de coliques utérines, d'accidents même très-sérieux au moment des règles, de troubles généraux dans l'innervation, la musculation et la nutrition, sans parler de ceux du côté du rectum, tels que besoins fréquents, presque incessants pour certaines malades, d'aller à la garde-robe, pesanteur sur l'anus, etc.

Les différents pessaires inventés jusqu'à ce jour et introduits dans le vagin n'ont presque aucune efficacité contre la rétroflexion, parce que leur action ne peut guère s'exercer plus haut que l'insertion vaginale postérieure. Ils ne peuvent remonter assez haut pour redresser et maintenir le fond de l'utérus dans la position et la direction normales.

Quant aux pessaires à air, même ceux de MM. Gariel et Favrot, introduits, puis dilatés dans le rectum, comme ils représentent une espèce d'olive ou d'œuf très-allongé, dont le diamètre transversal est peu étendu et très-convexe, ils ne peuvent maintenir l'utérus, qui glisse presque aussitôt à droite ou à gauche de l'instrument et retombe dans sa position vicieuse.

Dans la mobilité extrême de l'utérus, accompagnée de douleurs nerveuses ou de troubles utérins et péri-utérins, mobilité qui, comme je l'ai dit, n'est autre chose que la possibilité qu'a la matrice de se porter successivement dans diverses directions, il a suffi de la fixer légèrement avec un petit pessaire élytroïde, inventé par M. Cloquet, un pessaire élytromochion, qui n'est qu'une simple tige élastique courbée à son milieu et renflée à ses extrémités; pour voir cesser presque subitement les accidents. On pourrait encore, comme le faisait souvent notre collègue Devilliers, se servir simplement d'une petite orange verte ou d'un petit citron vert. En vain dira-t-on que les malaises, les douleurs que les malades ressentent dans ce cas, tiennent, non au changement de direction et de position de la matrice, mais aux frottements, aux tiraillements que cet organe malade éprouve ou fait éprouver aux parties voisines, dont la sensibilité est pathologiquement accrue; toujours est-il que les accidents cessent lorsqu'on fixe même légèrement la matrice.

Un mot, en terminant, sur la ceinture hypogastrique, dont l'usage est presque devenu ridicule par l'abus qu'on en fait et le peu de discernement qu'on apporte dans sa prescription. S'il existe des femmes auxquelles ce moyen est utile, il en est peut-être plus pour lesquelles il n'est d'aucun avantage et même est nuisible, et qui sont obligées d'y renoncer promptement. Ce sont presque toutes les malades qui n'ont qu'un médiocre embonpoint, dont les parois abdominales sont fermes, résistantes, non distendues ou dilatées, et qui ne dépasseut pas en avant le niveau de la symphise du pubis. Chez ces femmes, la ceinture ne soutient rien, ne supporte aucune partie du poids des viscères; elle ne fait que rétrécir la cavité abdominale et refouler les organes qui y sont contenus dans l'excavation pelvienne sur l'utérus; elle agit alors à la manière des vêtements serrés et des corsets, qui ont une si grande influence sur le développement des déviations.

M. Velpeau, appelé par son tour de parole, s'excuse de ne pouvoir prendre part à la discussion dans cette séance et demande à être entendu mardi prochain.

La parole est à M. Hervez de Chégoin.

M. Hervez de Chégoin : Il résulte de la discussion nouvelle sur les déplacements de la matrice, que plusieurs propositions qui paraissaient acceptées sont remises en question. Il y a donc lieu d'examiner si celles que l'on a mises à leur place méritent la préférence.

La première de ces propositions, celle qui domine toutes les autres, est celle-ci : « Les déplacements de la matrice n'ont aucune importance. Il est inutile d'y remédier. »

Parce que quelques femmes n'éprouvent aucun des accidents inhérents à ces déviations, prétendre qu'il en est toujours ainsi, c'est prendre l'exception pour la règle et oublier que les maladies sont individuelles, comme les médications qu'elles réclament. L'exemple que M. Malgaigne a choisi est si vrai qu'il se présente à l'esprit de tout le monde. Il n'est aucun de nous, en effet, qui n'ait vu des malades porter impunément des hernies volumineuses sans aucun moyen contentif, et il ne vient à la pensée de personne qu'aucune hernie n'ait besoin d'être contenue. Nous savons tous, au contraire, quel malaise, quelle impatience, quel dérangement même dans toutes les fonctions entraîne une hernie très-petite, quelquefois même une hernie incomplète. On peut même dire en général que les déplacements quelconques, quelque légers qu'ils soient, sont la source d'une série d'accidents tout particuliers qui, en portant sur le système nerveux, finissent par agir sur l'organisme tout entier. Tels sont, par exemple, le simple allongement du cordon spermatique, la chute du rectum, un abaissement du foie, le simple relâchement de la paroi antérieure du vagin, etc. Comment croire que la matrice seule ferait exception à cette loi générale? Comment conserver quelques doutes à cet égard, quand, par des épreuves et des contre-épreuves mille fois répétées, on voit des accidents, dépendant d'une déviation de la matrice, cesser et se renouveler, selon que cet organe est ramené à sa position normale ou laissé dans sa position vicieuse? Et ces accidents, d'une nature toute particulière, sont plus pénibles que ceux des autres déplacements.

Je ne puis donc pas accepter les conclusions du rapport sur cette première question; et je me crois autorisé à soutenir celle que j'ai émise il y a longtemps, entièrement opposée à celle que je combats.

Seconde proposition : « Les déplacements de la matrice ne sont que la conséquence d'un état pathologique de cet organe, dont la guérison fait disparaître la déviation. »

Toujours opposé aux théories exclusives, je reconnais que beaucoup de déviations de la matrice sont produites par des maladies de cet organe. Mais puis-je méconnaître que beaucoup de ces déviations existent sans cet état pathologique, quand je vois ces déplacements persister, alors que toute complication a disparu, et quand je vois le retour de la matrice à sa place naturelle par un moyen artificiel, mettre fin à tous les symptômes qui continuaient malgré tous les moyens dirigés contre l'état pathologique lui-même?

Qu'y a-t-il encore de surprenant dans la continuation du déplacement après la cessation de la cause qui les a produits et entretenus pendant un temps quelquefois très-long? Ne voyons-nous pas, dans les maladies extérieures, qui frappent nos sens ostensiblement, certains dérangements persévérer quand l'état accidentel qui les a déterminés n'a plus aucune influence?

Je ne puis non plus admettre les conclusions du rapport sur cette seconde proposition.

Relativement aux observations de M. Valleix, j'avoue que ne pouvant élever

de doutes sur l'exactitude de ces faits, ils dépassaient toutes mes prévisions fondées sur des considérations qui découlaient de graves accidents que j'avais vus survenir à la suite d'opérations, légères en apparence, pratiquées dans l'intérieur de la matrice.

En ajoutant foi aux succès de M. Valleix, je ne pouvais non plus m'empêcher de croire aux aveux qu'il fait sur les métrites, sur les hémorrhagies, sur les péritonites partielles, sur les abcès périutérins survenus à la suite de tentatives faites à l'aide du redresseur intra-utérin, et je me demandais comment on pouvait poursuivre une pareille méthode avec tant de chances malheureuses à courir. Un fait dont je fus témoin avec M. Michon nous en détourna complétement tous les deux, et les faits, si multipliés depuis, confirment toutes les craintes que j'avais exprimées par anticipation.

C'est qu'en effet la matrice fait exception, pour sa susceptibilité inflammatoire, à tous les organes creux. Il est remarquable que, dans ceux-ci, la face interne et la face externe sont dans une indépendance complète. Pourquoi donc les lésions de la face interne de la matrice, dans son col ou dans son fond, entraînent-elles tous les désordres que la loyauté de M. Valleix n'a pu dissimuler? C'est que les deux faces de cet organe communiquent l'une avec l'autre et avec les parties voisines, par les trompes de Fallope, et quand on arrête son attention sur tout ce qui précède ces inflammations, les accumulations purulentes ou sanguines que l'on appelle *tumeurs rétro-utérines*, on voit toujours que la membrane interne a été primitivement malade et que souvent l'état pathologique du col n'a point permis l'issue facile au dehors des différents liquides morbides ou naturels accumulés dans sa cavité.

J'avais donc eu à cœur, dans les moyens variés que j'ai appliqués aux déplacements variés de la matrice, de ne jamais toucher qu'à sa face externe. Je ne voulais pas mettre un pessaire dans la matrice, mais appuyer seulement la matrice sur un pessaire. Et comment pourrais-je préférer le redresseur intra-utérin, si dangereux, à des moyens constamment innocents, efficaces quand ils sont appliqués opportunément et selon certaines règles? Je me demandais aussi pourquoi, pour redresser un organe creux, on s'adressait plutôt à sa face interne qu'à sa face externe, quand celle-ci se présente de manière à offrir une prise aux moyens qu'on doit employer. Je ne pouvais m'empêcher de penser à la pression continuelle que cette tige solide, avec laquelle la matrice est littéralement embrochée, exerce sur la face interne de son col et aux conséquences de cette compression sur une partie vivante et sensible, quand le simple séjour d'une bougie dans l'urètre entraîne si facilement des inflammations, des ulcérations si dangereuses. Plus que jamais je suis devenu circonspect dans l'introduction de corps étrangers dans la cavité du col de la matrice, depuis que, pour remédier à l'écoulement difficile et douloureux des règles, à cause d'un engorgement du col, je fus forcé de répéter souvent le cathétérisme avec une sonde creuse et que j'ai vu des inflammations périutérines se développer pendant la répétition de cette opération, en apparence si légère, et mettre les malades dans le plus grand danger, et par la maladie elle-même et par les abcès qui sont survenus et dont l'ouverture par le vagin n'est pas toujours exempte de danger.

Je prends, dans les déviations de la matrice, l'état pathologique de cet organe en grande considération, et j'ai tellement à cœur qu'il n'en reste aucune trace douloureuse surtout, que j'ai formulé l'opportunité des pessaires en disant: que non-seulement ils ne devaient causer aucune douleur, mais que les malades ne devraient pas même en avoir la connaissance; et ces expressions sont si justes que les femmes qui les portent avec succès s'assurent de temps en temps avec le doigt si elles ne l'ont pas perdu, tant il est vrai que la présence du pessaire n'entraîne qu'une condition d'indifférence, signe certain de leur innocuité.

N'oublions jamais non plus les individualités; lorsque je rencontre des déviations, c'est moins sur leur existence seule que je me fonde pour y remédier que sur les accidents qu'elles entraînent, parce qu'il est bien vrai que, chez certaines femmes, les déviations, les abaissements, les chutes même complètes de la matrice ne sont la source d'aucun malaise.

Mais une considération bien importante dans l'appréciation des accidents causés par les déplacements de la matrice est de ne point s'en rapporter seulement aux symptômes locaux qui sont quelquefois tout à fait seuls, tandis que les symptômes éloignés, les gastralgies, les palpitations, les céphalalgies constituent tous les accidents de ces déviations, et comme dans ces cas la matrice est exempte de toute douleur, c'est l'argument le plus péremptoire contre ceux qui les attribuent à son état pathologique, et le plus péremptoire aussi pour l'opinion non exclusive de ceux qui considèrent les déplacements comme cause essentielle quelquefois de désordres qui leur sont propres.

Avant d'arriver à la conclusion définitive, je veux dire un mot des rapports de la stérilité avec les déplacements de la matrice. Je suis bien loin de prétendre qu'ils en sont la cause unique: je pense, au contraire, que ces causes sont fort nombreuses, aussi bien générales que locales. Mais quand je vois une femme en pleine santé rester stérile et que je rencontre en même temps une déviation de la matrice, je ne vois rien d'irrationnel dans le redressement de cet organe, et la conscience médicale n'est point en défaut en le proposant au malade, sauf les réserves bien grandes que je n'oublie jamais; car d'autres obstacles peuvent exister depuis l'orifice du col de la matrice jusqu'aux ovaires inclusivement, me promettant de les combattre aussi à leur tour par des moyens aussi appropriés que possible, si les premiers restent sans succès.

Toutes ces considérations me conduisent à conclure que beaucoup de déplacements de la matrice réclament des moyens contentifs; que ceux qui agissent sur la face interne de l'organe sont dangereux; que les moyens appliqués par le vagin sont efficaces et sans danger quand ils le sont opportunément; que cette opportunité résulte de la guérison de toutes les complications avec lesquelles on voit aussi disparaître quelques-unes de ces déplacements; que les faits exposés dans le rapport de M. Depaul, si remarquable sous plusieurs points de vue, que ceux dont j'ai été témoin doivent faire rejeter le redresseur utérin.

La parole est à M. P. Dubois.

M. P. Dubois, ne s'attendant pas à être appelé pour cette séance, avone n'être pas en mesure pour prendre la parole. Cependant, puisque j'ai été appelé, dit-il, je saisirai cette occasion pour dire un mot au sujet de la lecture que nous venons d'entendre. Je crois que M. Hervez de Chégoin se fait illusion lorsqu'il affirme avoir remédié aux déviations de l'utérus avec les pessaires. Les instruments que M. Hervez de Chégoin met en usage ne peuvent agir évidemment que sur la portion inférieure de la matrice; or il me paraît impossible qu'avec de semblables conditions ces instruments puissent redresser complétement un utérus en rétroversion. Aussi, rien de plus naturel, à mon avis, qu'on ait cherché d'autres moyens, et qu'on ait en l'idée d'introduire un instrument dans la cavité de la matrice. Cette idée est même la seule qui me paraisse susceptible d'atteindre le but qu'on se propose. Cette introduction d'un pessaire dans l'utérus est-elle dangereuse? Là est la question. C'est cette question que je me propose d'examiner dans la prochaine séance, si l'Académie veut bien me maintenir la parole.

Aucun autre membre n'étant inscrit, M. le président consulte l'Académie. L'Académie décide que la suite de la discussion sera renvoyée à la séance prochaine.

DE LA CAUSE ORGANIQUE DE L'ALIÉNATION AVEC PARALYSIE GÉNÉRALE.

M. Bayle lit un mémoire ayant pour titre: De la cause organique de l'aliénation avec paralysie générale.

Jusqu'en 1822, dit l'auteur, toutes les espèces de folie étaient considérées comme des névroses cérébrales, et les lésions que l'on rencontre assez souvent à l'ouverture des cadavres étaient regardées comme des effets ou des complications de la vésanie dont les malades avaient été atteints pendant leur vie. Esquirol avait remarqué que la paralysie se rencontre parfois dans les asiles d'aliénés, mais il en avait fait une complication de la démence, sans la rattacher ni au délire ni aux altérations matérielles de l'encéphale; c'était pour lui un épiphénomène qui aggravait le pronostic, un accident nerveux d'une maladie nerveuse.

M. Bayle, dans sa dissertation publiée en 1822, a résumé en ces termes ses recherches sur ce point:

1° Il y a une espèce particulière d'aliénation mentale symptomatique, parfaitement distincte des aliénations essentielles et formant une maladie à part, une individualité morbide qui a des causes qui lui sont propres, des symptômes et des caractères anatomiques bien tranchés qui ne permettent de la confondre avec aucune autre affection,

2° Les causes ont pour effet commun de produire une congestion lente ou subite dans les vaisseaux de la pie-mère et du cerveau.

3° Les symptômes se réduisent à deux, qui commencent et marchent concurremment, savoir: une paralysie générale et incomplète et un délire apyrétique avec un grand affaiblissement des facultés. Dans le cours de la maladie, la paralysie fait des progrès incessants et abontit souvent à une privation presque entière de tous les mouvement volontaires. Le délire présente ce caractère singulier d'être, ordinairement caractérisé par des idées dominantes d'ambition, de richesses et de grandeur, et de passer successivement par les formes de la monomanie, de la manie et de la démence; mais la manie manque souvent.

4° Les caractères anatomiques sont ceux d'une inflammation primitivement chronique des méninges, de la convexité des hémisphères cérébraux et souvent de la superficie subjacente de la substance corticale du cerveau,

En 1825, M. Bayle a donné plus de développement à ses idées, en insistant d'une manière particulière sur le délire ambitieux, sur les lésions anatomiques et sur le rapport de ces lésions considérées comme causes avec les symptômes envisagés comme effets.

La plupart des résultats contestés à leur origine furent admis ensuite peu à peu.

Un seul point, mais un point capital, celui de la cause organique à laquelle M. Bayle attribue l'aliénation paralytique, n'a pas jusqu'ici obtenu la même faveur, et est mis en doute ou rejeté par quelques auteurs. C'est ce point que M. Bayle s'est proposé de discuter dans le travail qu'il communique en ce moment à l'Académie.

D'après les faits observés par l'auteur, et que n'ont fait que confirmer les observations publiées depuis ses travaux, l'aliénation mentale paralytique est le symptôme d'une méningite chronique primitive et très-souvent d'une encéphalite consécutive de la substance corticale des circonvolutions cérébrales.

M. Bayle énumère les preuves sur lesquelles ce point de doctrine lui paraît établi de la manière la plus solide. Il les tire de l'examen nécroscopique des cerveaux de paralytiques, comparés aux cerveaux d'individus non aliénés et de l'analogie de cette maladie avec les autres phlegmasies des membranes séreuses.

En résumé, il résulte de la discussion à laquelle M. Bayle soumet le résultat de ses recherches et les objections dont elles ont été l'objet, que ses premières conclusions doivent être maintenues, conclusions qu'il formule de nouveau en ces termes:

L'aliénation mentale avec paralysie générale n'est ni une névrose, ni le résultat d'une encéphalite chronique primitive ou d'une augmentation de con-

sistance du cerveau ; et comme déduction finale des faits et de raisonnements contenus dans ce mémoire, elle doit être considérée comme le symptôme d'une méningite primitivement chronique, à laquelle se joint très-souvent une encéphalite consécutive de la substance grise.

Comme confirmation de ce point de doctrine, M. Bayle termine son mémoire en cherchant à démontrer que les diverses lésions qui constituent la méningo-encéphalite chronique expliquent de la manière la plus naturelle les symptômes de l'aliénation paralytique, dans toute leur succession, depuis leur invasion jusqu'à la mort. (Comm. : MM. Ferrus, Jolly, Baillarger.)

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

ESSAI D'UNE TOPOGRAPHIE MÉDICALE DU BASSIN DE TLEMCEN; par M. CATTELOUP, médecin en chef de l'hôpital militaire de Tlemcen. — Broch. in-8° de 72 pages. — Paris, 1854.

La GAZETTE MÉDICALE a déjà rendu compte de trois mémoires de M. Catteloup ; en voici les titres : DE LA DYSSENTERIE DE L'AFRIQUE SEPTENTRIONALE (GAZ. MÉD. 1851, p. 701); DE LA CACHEXIE PALUDÉENNE EN ALGÉRIE (Idem, 1852, p. 443); DE LA PNEUMONIE D'AFRIQUE (Idem, 1853, p. 827). M. Catteloup termine la série de ses publications sur l'Algérie par la description médicale de la localité où il a séjourné le plus longtemps. Une topographie de Tlemcen existe déjà ; elle est due à M. le docteur Cambay et figure au RECUEIL DE MÉMOIRES DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE MILITAIRES. Le travail de M. Catteloup complète celui de M. Cambay.

La description du bassin est faite avec le plus grand soin, et sa subdivision, en bassins secondaires, vallées, plaines et plateaux, est d'une lucidité toujours précieuse en pareille matière. Ce chapitre complet et concis à la fois ne saurait être résumé.

La ville de Tlemcen est assise dans la situation la plus agréable comme la plus salubre, sur un petit plateau formant le premier gradin d'une succession d'étages qui s'élèvent les uns au-dessus des autres jusqu'à la cime du Nador dont l'altitude est de 1,529 mètres. Protégée contre le sud, dont elle ne ressent guère le sirocco, la ville s'étale aux souffles du nord. Elle est située, d'après Mac-Carthy, à 725 mètres au-dessus du niveau de la mer, par 35° de latitude nord, et 3° 6' de longitude ouest du méridien de Paris. Le chiffre donné par Mac-Carthy nous a un peu surpris, car, d'après d'autres mesures, Tlemcen n'aurait que 300 mètres d'altitude, c'est-à-dire moins de moitié. Une autre considération nous porte à désirer d'autres renseignements à ce sujet. La moyenne de la température d'Oran étant d'environ 17°5, celle de Tlemcen, en calculant d'après les règles connues de la décroissance de la chaleur à raison d'un degré par 170 mètres environ, ne devrait lui être inférieure de 4 degrés, soit 13,5 ; abaissement qui ne peut qu'être favorisé par l'orientation septentrionale de la ville. Or M. Catteloup représente la température moyenne annuelle par 12° à 18°, d'après les observations prises de 1842 à 1851. S'il n'y a pas erreur dans le chiffre de l'altitude, il y en a dans celui de la température, cela est certain ; peut-être même l'erreur est-elle des deux côtés. M. Cambay nous a dit que la moyenne était au-dessus de 16°. Dans le travail de ce dernier, inséré au recueil cité, le rédacteur (Cas. Broussais) a commis une singulière méprise : voulant déduire la moyenne annuelle des moyennes mensuelles de M. Cambay, il n'a pas remarqué que ces observations des mois les plus froids manquaient, de sorte que, calculant d'après une série incomplète comprenant les mois chauds, il a donné un chiffre beaucoup trop haut.

Nous avons insisté sur ce point parce que la météorologie, indispensable à tout médecin qui écrit une topographie médicale, est généralement négligée, peu comprise, et contient, dans les meilleurs ouvrages, une foule d'erreurs, ou bien d'inconcevables omissions capitales, tandis que les points accessoires sont l'objet d'inutiles développements. Ces réflexions nous sont suggérées à propos du mémoire de M. Catteloup et non par ce mémoire qui, sauf ce point signalé qui offre prise à la contestation, nous fournit de bons documents météorologiques.

Tlemcen, dominant une plaine admirablement cultivée, où l'activité agricole laisse bien peu de place aux surfaces palustres, ne connaît point l'endémo-épidémie annuelle des contrées algériennes marécageuses. La garnison qui ne sort point de ses murs n'est sujette qu'à des fièvres rares et bénignes ; mais les troupes campées dans les différentes parties de son territoire y gagnent souvent la fièvre et viennent apporter à l'hôpital militaire des maladies ignorées des citadins sédentaires. M. Cambay pense pourtant, tout en déclarant la ville fort salubre, que par exception des accès pernicieux peuvent y prendre naissance. Nous ne savons si cet honorable confrère et bon observateur a bien interrogé les antécédents de ses malades ; mais M. Catteloup assure que l'immunité de Tlemcen est complète sous le rapport qui nous occupe. Notre séjour prolongé dans cette ville nous porterait à nous ranger à cet avis.

M. Catteloup, dans la partie de son travail destinée à la pathologie proprement dite, continue à professer nettement les idées que nous l'avons déjà vu exposer dans ses précédents mémoires. Il refuse à l'étiologie palustre, à laquelle il laisse les fièvres dites intermittentes ou à quinquina, la génération des dyssenteries et des affections du foie, qu'il met sous la dépendance des influences générales du climat et des vices de l'hygiène. Cette distinction qu'il appuie, dans ses diverses publications, de documents sérieux, est remarquable au milieu des entraînements de la médecine algérienne vers la monopolisation de l'étiologie palustre; monopolisation et absorption contre laquelle il faut protester, en s'arrêtant en temps et lieu, comme le fait M. Catteloup, mais non point en donnant dans un extrême contraire, tout aussi excessif, tout aussi éphémère, à l'exemple de notre ami le docteur Armand qui, au milieu d'une foule de bonnes idées, a eu la malheureuse inspiration de nier l'existence du miasme et de vouloir créer un autre monopole exclusif dans les pays chauds, en faisant jouer le rôle de causes de toute maladie aux influences thermo-hygro-électriques. Cette opinion isolée, solitaire, n'a du reste de valeur que celle qu'elle emprunte au mérite de l'auteur.

Les maladies endémo-épidémiques de Tlemcen sont, comme dans la plupart des localités de l'Algérie, les flux intestinaux, les fièvres intermittentes et les affections du foie. Les fièvres, comme nous l'avons dit, sont d'origine extra-urbaine.

Le nombre et la gravité des dyssenteries paraissent plutôt liés à l'hygiène, aux fatigues, à l'installation confortable ou défectueuse, qu'aux influences mêmes du climat; ainsi, pour la gravité, avant la reddition d'Abd-el-Kader, alors que nos troupes étaient obligées d'expéditionner souvent, il y avait 1 décès sur 6 malades environ, tandis que depuis la pacification, la proportion est descendue à 1 sur 14 ou 15. M. Catteloup, qui sépare étiologiquement les fièvres de la dyssenterie auxquelles on avait faussement attribué une parenté étroite, fait voir que les deux épidémies ne sont point parallèles dans leur développement; le maximum des dyssenteries arrive à la fin de juillet ou dans le mois d'août, tandis que l'apogée des fièvres coïncide avec septembre et octobre. Il est également fort remarquable que les fièvres et les dyssenteries ne soient pas également fréquentes dans la même année, et qu'au contraire l'une domine quand l'autre diminue.

Nous avons donné le chiffre de la mortalité par la dyssenterie; on a vu que c'était toujours là une maladie grave. Les fièvres entraînent moins de mortalité, car on ne compte qu'un décès sur 32 malades, tandis que la dyssenterie a tué 1 homme sur 6 environ jusqu'en 1849.

M. Catteloup passe en revue, dans la catégorie des maladies sporadiques: 1° la fièvre typhoïde ; 2° les fièvres éruptives ; 3° les affections pulmonaires; 4° le choléra ; 5° les ophthalmies.

A propos de la fièvre typhoïde, M. Catteloup sanctionne cette remarque faite tant de fois déjà, à savoir que cette affection devient de plus en plus rare à mesure que le séjour en Algérie date de plus longtemps.

Tandis que dans nos hôpitaux militaires de France on compte près de 1 décès par phthisie sur 5 morts, il n'en est plus du tout de même en Algérie. D'après les documents communiqués à l'Académie par C. Broussais, il n'y aurait eu, dans la période qu'il a soumise à son examen, que 1 décès sur 102 morts. A Tlemcen, dont le climat est moins clément et moins chaud que celui d'Alger, on compte 1 décès de phthisie sur 84 morts, ce qui n'en constitue pas moins une énorme différence avec ce qui se passe en France.

Tlemcen n'a pas échappé au choléra en 1849; le fléau a causé 140 décès, dont 29 civils et 111 militaires, sur une population totale de 15,000 âmes, la banlieue comprise.

L'ophthalmie est endémo-épidémique à Tlemcen et parcourt ses périodes, comme la dyssenterie et la fièvre, dans la saison estivo-automnale. Il est à remarquer qu'elle est bien plus rare chez le soldat qu'en ville, et que les juifs et les Arabes en sont plus souvent atteints que les Européens. Elle a une malheureuse tendance à devenir purulente; elle rappelle l'ophthalmie d'Égypte, et M. Catteloup l'a vue passer à la suppuration dans l'espace d'une seule nuit. La cautérisation avec le nitrate d'argent est le meilleur remède. M. Catteloup emploie un pinceau de blaireau qu'il trempe dans la solution et qu'il passe ensuite entre le globe oculaire et les paupières. Avec un peu d'habitude cette petite opération est facile et expéditive. Nous l'avons nous-même employée à Tlemcen, à l'exemple de M. Catteloup.

FÉLIX JACQUOT.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — DISCUSSION DU RAPPORT SUR LE TRAITEMENT DES DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS PAR LES PESSAIRES INTRA-UTÉRINS.

La GAZETTE MÉDICALE, qui n'a point suivi pas à pas la discussion qui a déjà occupé cinq séances de l'Académie, a voulu donner aux faits et aux opinions le temps de se produire avant de les apprécier et de les juger. Aujourd'hui, en revenant sur une question dont nous avons déjà exposé d'une manière sommaire les *desiderata*, nous tenons à constater avant tout que ce n'est ni le nombre des observations et leur précision, ni la nouveauté et la portée de l'expérience clinique, qui distingueront la discussion qui s'agite actuellement. Les orateurs qui ont pris la parole et qui ont porté dans la question leur contingent d'observations personnelles, ont pu s'apercevoir eux-mêmes qu'ils n'introduisaient pas dans le débat ce genre de faits ou de preuves qui préparent les solutions. Leurs observations n'ont, en effet, porté que sur des détails. Personne n'a posé d'une manière ferme les bases de la discussion, à tel point que celle-ci n'a pas encore de terrain bien circonscrit, et qu'à l'heure actuelle l'Académie est probablement tout aussi peu éclairée sur le sens de sa décision qu'au moment où la discussion s'est ouverte.

Comme nous l'avons fait observer en analysant la première partie du rapport de M. Depaul, la discussion, pour être utile, pour être pratique, pour être complète, doit porter d'abord sur l'influence curative du redresseur ou du pessaire intra-utérin : « Quelle est la valeur du redressement mécanique pratiqué avec les précautions recommandées par M. Valleix ? » Ensuite elle doit déterminer la part que le redresseur intra-utérin prend au redressement, et enfin chercher à indiquer le mode d'action des déviations utérines dans la production des accidents secondaires ou des phénomènes liés à ces déviations.

Si ces trois questions trouvent à l'Académie leur solution, l'influence du redresseur ou du pessaire intra-utérin sera définitivement jugée. S'il reste, comme nous le pensons, des inconnues dans les questions que nous avons ainsi posées, la discussion continuerait en vain ultérieurement : il sera impossible de fixer d'une manière positive les conditions qui doivent régler on faire rejeter l'emploi du redresseur.

On a pu le remarquer, du reste, le redressement des déviations utérines, si on en fait une simple question pratique, est susceptible, comme toutes les questions de pratique pure, d'une foule de solutions et d'interprétations suivant les cas particuliers ; il n'y a donc pas à proscrire le redresseur. C'est ce qui résulte de l'argumentation de M le professeur Dubois dans la séance de mardi dernier. Le redresseur intra-utérin est déclaré utile par le praticien qui ne croit pas à son action contre la déviation. C'était bien le cas de chercher à déterminer « le mode d'action des déviations utérines dans la production des accidents secondaires ou des phénomènes liés à ces déviations. » On aurait ainsi résolu la question dans son sens le plus général et le plus scientifique. A défaut de cette démonstration, le discours remarquable de M. Dubois restora entre les mains des partisans du redressement comme un argument puissant en faveur de la méthode. Que le redressement ne soit que temporaire, comme M. Dubois l'a vu dans ses observations, ou qu'il soit permanent, comme M. Valleix l'a prétendu, au moins est-il vrai que des phénomènes morbides graves ont été heureusement influencés par le redresseur.

Au prix de quels accidents obtient-on de ces guérisons temporaires pour les déviations, et peut-être permanentes pour les états névralgiques qui les accompagnent? Seconde inconnue, que la pratique seule du redressement peut révéler, et dont la solution positive ne ressort pas d'une manière bien évidente du discours de M. Dubois.

En parlant d'état névralgique, nous devons répéter ici les réserves que nous avons déjà faites sur la relation des phénomènes liés à cet état avec la déviation utérine. Tant qu'on n'aura pas cherché à déterminer ce rapport, il sera impossible de connaître la part du redressement et celle d'un simple attouchement ou d'une action locale mécanique quelconque. On a voulu faire jouer un grand rôle à ces états névralgiques, en les considérant comme indépendants des déviations. On n'a pas réfléchi que jusqu'ici rien ne montre que ces phénomènes soient indépendants les uns des autres.

A ce sujet, nous emprunterons à l'argumentation de M. Cazeaux une remarque importante : c'est que les affections utérines n'ont point de symptômes pathognomoniques, et que l'interrogation des malades et l'examen matériel ne permettent presque jamais, quand il existe une déviation et d'autres lésions concomitantes, de déterminer la source des douleurs et le point de départ des troubles fonctionnels. A plus forte raison, quand il existera un état névralgique, sorte d'hystérielocale, avec une déviation utérine, sera-t-il impossible de dire *à priori* si les douleurs sont indépendantes de la déviation? Et si le traitement de la déviation guérit quelquefois ces douleurs, on sera encore moins autorisé à faire jouer, dans ces cas, aux influences inconnues du contact une action modificatrice directe sur l'élément douleur.

Les remarques qui précèdent montrent l'intention où nous sommes de ne procéder que d'une manière positive dans une question où la sagacité des hommes spéciaux a souvent été mise en défaut, et où il nous a semblé que la rigueur la plus absolue devait présider à l'adoption de telle ou telle conclusion.

THOLOZAN.

PATHOLOGIE INTERNE.

DE L'ANÉMIE DES NOUVEAU-NÉS; par le docteur E. HERVIEUX.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

CAUSES.

L'âge peut être rangé au premier rang parmi les causes prédisposantes de l'état que nous venons de décrire sous le nom d'anémie des nouveau-nés.

En effet, les limites extrêmes de l'âge de nos quinze petits malades ont été 7 jours et 4 mois. Onze d'entre eux avaient de 7 jours à 17 jours; les quatre autres avaient 2 mois et demi, 3 mois, 3 mois et demi et 4 mois. Ainsi, c'est dans la première quinzaine de l'existence qu'on rencontre le plus grand nombre d'enfants anémiques. C'est aussi dans

FEUILLETON.

LA CIGUE DES ATHÉNIENS.

Le docteur Osborne, professeur de matière médicale à Dublin, a publié, il y a déjà quelque temps, des recherches curieuses sur le *poison d'État* des Athéniens; nnus emprunterons à son travail quelques-uns des faits qui nous paraissent les plus importants et les conclusiens qui nous semblent les mieux motivées. Au point de vue médico-légal et historique, nous savons peu de chose de *la science des poisons* chez les anciens, pour nous servir de l'expression de M. Littré. Il nous a paru intéressant de réunir les indications qui peuvent jeter quelque lumière sor ce sujet.

Platon, dans l'admirable passage du Phœdon où il raconte la mort de Socrate, désigne sous le nom de φαρμακον le brenvage qui mit fin aux jours du philosophe. Xénophon, en racontant l'exécution de Théramène, qui eut lien à peu de distance de celle de Socrate, emploie pour désigner le même poison le mot de Κωνειον. C'est cette dernière expression que conserve Plutarque en parlant de la mort de Phocion, victime de lois athéniennes, quatre-vingt-cinq ans après Socrate. Mais la preuve la plus convaincante que le poison usité chez les Athéniens était désigné communément sous le nom de Κωνειον, c'est qu'Aristophane, contemporain de Socrate, emploie ce mot dans plusieurs pièces qui furent représentées à Athènes avant la mort de ce dernier.

D'un autre côté, les auteurs latins et Pline spécialement emploient le mot de ciguë, *cicuta*, quand ils parlent du poison dont on se servait à Athènes ; de telle sorte qu'on ne peut élever de doute quant à l'identité des plantes désignées sous les noms de Κωνειον et de *cicuta*. Le docteur Sibthorpe, dans sa Flore grecque, dit bien que le nom grec moderne de la ciguë est Βρομοχορτον; mais en cela il paraît avoir été mal informé ; car dans la Pharmacopée grecque, publiée à Athènes en 1837, qui donne les noms modernes de toutes les plantes médicinales usitées en Grèce, la ciguë se nomme Κωνειου ποα.

Ces détails importent sans doute; mais on sait que, faute d'une classification ou d'un arrangement systématique quelconque, les anciens auteurs désignaient les plantes par des noms arbitraires, et en donnaient des descriptions très-vagues portant sur des particularités communes quelquefois à des espèces très-éloignées ; de telle sorte qu'il est difficile et voire même souvent impossible de les rapporter aux plantes connues aujourd'hui. Il est donc indispensable à cet égard de savoir si les caractères botaniques du Κωνειον, tels que les donnent Pline et Dioscoride, sont suffisamment caractéristiques et concordent avec les caractères botaniques de la ciguë. Dioscoride, en décrivant le Κωνειον, parle d'une tige analogue à celle du fenouil; Pline dit qu'elle offre des nœuds comme un roseau. Dioscoride indique l'odeur vireuse, la terminaison des branches en ombelles, la fleur blanchâtre et le fruit semblable à celui de l'anis, quoique plus blanc. D'après cet auteur, le Κωνειον aurait à peu près les dimensions du fenouil. Pline donne à cette plante deux coudées de haut; il mentionne aussi son odeur forte et les taches noires ou noirâtres de la tige qui, dans certains climats, prennent une

cette période de la vie extra-utérine que l'anémie présente le plus souvent la forme idiopathique. Passé cet âge, l'affection qui nous occupe est presque toujours secondaire; c'est habituellement l'expression symptomatique de quelque maladie constitutionnelle ou d'une phlegmasie chronique du tube intestinal. On conçoit sans peine le rôle important que cette circonstance est appelée à jouer dans la détermination du diagnostic, et par suite, dans le choix du traitement.

Nos relevés ne fournissent que des résultats insignifiants relativement au sexe, puisque, sur quinze petits malades, huit appartenaient au sexe féminin et sept au sexe masculin.

On serait porté à croire que la constitution primordiale des individus n'est pas sans influence sur la production de la maladie. Les quelques recherches que nous avons faites à cet égard sont loin d'être confirmatives de cette manière de voir. D'une part, en effet, les renseignements fournis par les sœurs de la crèche aux Enfants-Trouvés nous ont appris que quelques-uns des nouveau-nés qui nous étaient apportés à l'infirmerie dans un état de faiblesse et d'anémie très-prononcé étaient arrivés à l'hôpital sains, vigoureux, bien portants. D'une autre part nous avons vu plusieurs fois, en ville, des enfants venus au monde avec les apparences de la santé la plus robuste, devenir, dans un laps de temps assez court, profondément anémiques. Dans le premier cas, l'anémie reconnaissait pour cause l'insuffisance de l'alimentation et l'abus de la position horizontale. Dans le second cas, le mal avait sa source dans l'incurie ou l'infidélité des nourrices auxquelles on avait confié les nouveau-nés. En d'autres termes, c'était, dans les deux cas, à la détérioriation de la constitution par le manque de soins et l'insuffisance de l'alimentation, et non à la faiblesse primordiale du nourrisson qu'il fallait s'en prendre des ravages dont on observait les effets.

D'après ce que nous venons de dire, on concevra sans peine qu'il peut exister, pour les nouveau-nés, une anémie idiopathique ou primitive, et une anémie symptomatique ou secondaire. Un coup d'œil jeté sur nos observations fait en effet reconnaître que, dans un certain nombre de cas, l'anémie s'est manifestée consécutivement au développement de certaines affections, telles que la diathèse tuberculeuse dans deux cas, l'entérite et la colite folliculeuse dans deux autres cas, et enfin la syphilis chez un autre enfant. Nous ne prétendons pas dire que ce soient là les seules maladies dont le développement puisse donner lieu à la production de l'anémie chez les nouveau-nés. Loin de là, nous pensons que tout état morbide qui, par le fait de sa persistance au delà de certaines limites de temps pourra altérer la nutrition, sera susceptible d'entraîner à sa suite, comme conséquence presque inévitable, l'apparition des phénomènes qui caractérisent l'anémie. Seulement nous disons, qu'en dehors de ces conditions qui sont très-communes et dont on rencontre journellement des exemples dans la pratique, il en est d'autres en vertu desquelles l'anémie peut naître, se développer et atteindre son maximum d'intensité, antérieurement à l'existence d'un état pathologique quelconque. Ces conditions, nous les avons déjà mentionnées plus haut : c'est l'insuffisance de l'alimentation, c'est le manque de soins, d'exercice, de mouvement, c'est la privation d'un air pur et fréquemment renouvelé, c'est enfin, dans nos établissements hospitaliers, le manque de bras, qui condamne fatalement les nouveau-nés à un décubitus dorsal beaucoup trop prolongé. J'ai déjà eu occasion, dans une de nos feuilles scientifiques trihebdomadaires, de développer les idées dont je viens de présenter ici l'esquisse. Je n'y insisterai pas davantage; mais j'appellerai de toutes mes forces l'attention des médecins sur un point dont les conséquences pratiques me paraissent de la plus haute gravité.

PRONOSTIC.

Si le fait que je viens d'avancer est vrai, et dix de mes observations le démontrent de la manière la plus péremptoire, le pronostic de l'anémie chez les nouveau-nés est loin d'être toujours aussi sérieux qu'on serait porté à le croire.

Lorsqu'on a sous les yeux un de ces petits êtres que l'anémie a marqués de son cachet, en voyant leur teint pâle, toute leur surface tégumentaire exsangue, leur front ridé, leurs joues pâles, amaigries et plissées, leurs yeux excavés, leur face de vieillards; en voyant leurs membres grêles et leur tronc littéralement squelettique, l'atonie du système musculaire, l'obscurité des mouvements, la faiblesse du cri, on est tenté de croire à une terminaison funeste, inévitable, terminaison, en effet, qui ne se fait pas longtemps attendre quand on ne modifie pas les conditions particulières qui ont amené cet état.

On aurait tort pourtant, en présence d'un cortége aussi peu rassurant de symptômes, de renoncer à tout espoir de guérison. L'expérience m'a en effet démontré que les nouveau-nés arrivés au dernier degré du marasme et de l'anémie peuvent recouvrer leur santé et leur vigueur primitives. Entrons dans quelques détails.

Si l'anémie résulte de l'épuisement lent et progressif de la constitution par une maladie grave, telle que la phthisie tuberculeuse, la syphilis, l'entérite chronique, etc., tous les efforts de l'art viendront sûrement échouer contre la détérioration du système et l'anémie qui en est la conséquence. Ce cas est donc infailliblement mortel.

Si au contraire l'anémie ne s'est développée, comme cela est trop fréquent dans les classes inférieures ou même dans les classes moyennes qui confient leurs enfants à des nourrices mercenaires, que par suite d'une hygiène mal entendue, le mal est parfaitement curable. Aux aliments grossiers, non réparateurs, substituez le lait d'une bonne nourrice; aux repas trop rares les repas plus rapprochés; à une habitation froide, humide et malsaine, le séjour dans des lieux aérés, secs, bien chauffés, convenablement exposés; au repos forcé dans la position horizontale les promenades en plein air et au soleil; au manque de soins des soins assidus et intelligents, et vous verrez ces petits vieillards pâles et d'une maigreur squelettique revêtir insensiblement toutes les apparences de la santé et de la constitution la plus vigoureuse.

Il est évident que l'anémie produite par l'insuffisance de l'alimentation et l'absence des conditions hygiéniques convenables est elle-même incurable si déjà, aux symptômes fournis par l'habitude extérieure, se sont joints quelques accidents graves, tels que la diarrhée colliquative, les congestions pulmonaires, le sclérème terminal, etc., accidents qui témoignent d'une atteinte profonde et irréparable portée à l'économie des nouveau-nés.

Mais tant que l'anémie n'a point entraîné ces lésions locales consécutives, la guérison est encore possible, je le répète, si, à l'ensemble des conditions qui ont engendré le mal ou substitue un ensemble de conditions diamétralement opposé.

---

couleur pourpre foncé. Pline ajonte que la ciguë, qu'il décrit comme la plante toxique employée à Athènes, croît dans l'Attique et à Mégare. Les semences et les feuilles sont d'après lui très-toxiques lorsqu'elles ont été infusées dans du vin, les semences surtout.

A ces faits, il est curieux de comparer les résultats suivants que donne la science moderne. Le *conium maculatum*, d'après le docteur Sibthorpe, croît dans différentes parties de la Grèce; il en a trouvé sur des ruines aux environs de Constantinople, surtout au Péloponnèse et au voisinage d'Athènes et de Mégare. Le professeur Geiger (d'Heidelberg) a trouvé que les semences contenaient cent trente-trois fois plus de principes actifs que le reste de la plante.

Quelque probants que paraissent ces faits pour établir l'identité de la plante désignée à Athènes sous le nom de Κωνειον avec le *conium maculatum*, il n'en faut pas moins attacher une très-grande importance aux effets produits par ces poisons. C'est à ce point de vue surtout qu'il est intéressant de comparer le récit de l'agonie de Socrate avec les cas d'empoisonnement par la ciguë observés de nos jours. C'est à tort, croyons-nous, que Christison, après avoir essayé de faire ce rapprochement, conclut que les effets observés sur Socrate diffèrent totalement de ceux qui sont produits par les substances toxiques aujourd'hui connues. Après avoir bu d'un trait la coupe empoisonnée, Socrate, au dire de Platon, s'étendit sur le dos. Alors l'exécuteur s'approcha, et après avoir examiné pendant quelque temps les pieds et les jambes du patient, il lui pressa fortement le pied et lui demanda s'il sentait cette pression. Socrate répondit que non. Il en fut de même des jambes et peu à peu du reste du corps. Quand les membres inférieurs furent froids, il se découvrit et adressa à Criton la mémorable recommandation qui a tant exercé les commentateurs.

La demi-paralysie avec refroidissement des extrémités inférieures qui oblige Socrate à se coucher se retrouve dans les expériences faites aujourd'hui sur les animaux et dans quelques observations curieuses, entre autres celle que publia Orfila en 1815, dans son TRAITÉ DES POISONS, dans le cas relaté au JOURNAL DE CHIMIE MÉDICALE en août 1842, et dans celui de J. H. Bennet inséré en 1845 au JOURNAL D'ÉDIMBOURG. Quant aux effets du poison sur l'intelligence, nombre d'écrivains, se copiant les uns les autres, ont attribué à la ciguë la propriété de produire un délire furieux. Cette opinion repose en somme sur deux faits seulement, celui de Ritcher et celui de Mattiole. Par contre, dans les cas relatés ci-dessus et dans celui que cite Watson dans les TRANSACTIONS PHILOSOPHIQUES DE LONDRES, il n'y a eu qu'un délire léger ou que peu de délire. Le docteur Osborne a observé que l'extrait de ciguë et plus spécialement la teinture des semences produisent un sommeil calme et profond ou bien des rêves d'un caractère particulier, surtout quand on a eu soin d'associer à ces substances une certaine quantité d'opium.

Cette combinaison se pratiquait à Athènes, et leur Κωνειον résultait peut-être d'un mélange de deux sucs végétaux; c'est ce que semble indiquer du moins le passage suivant qu'écrivait Théophraste cinquante ans environ après la mort de Socrate : « Thrasyas le Mansinéen, en mêlant les sucs du Κωνειον, des pavots et d'autres plantes analogues, avait découvert une substance capable de causer la mort sans douleur à la dose d'un drachme. Cette substance

TRAITEMENT.

Le traitement de l'anémie des nouveau-nés est la partie la plus importante de l'histoire de cette affection ; c'est à ce point de vue surtout que nos recherches présentent quelque intérêt.

Les considérations qui précèdent ont eu pour but principal de montrer que l'anémie des nouveau-nés, loin d'être toujours sous la dépendance de quelque état pathologique grave, affection tuberculeuse, syphilitique, intestinale ou autre, peut se manifester d'emblée, indépendamment d'une lésion viscérale quelconque et par le seul fait d'une hygiène mal entendue. Or c'est de ce fait capital que doit dériver le traitement.

Si le praticien se trouve en présence d'un enfant devenu anémique par suite des ravages qu'aura exercés sur la constitution quelque maladie viscérale grave, l'indication essentielle sera évidemment de combattre l'affection primitive, sauf à relever plus tard l'organisme de l'état de faiblesse et d'atonie dans lequel il est tombé.

Mais si, de l'examen attentif de tous les organes, naît cette conviction qu'il n'a existé préalablement aucune affection à laquelle on puisse rapporter l'anémie du nouveau-né comme un effet à sa cause, si les commémoratifs apprennent que l'enfant est né sain et vigoureux, et qu'il est arrivé à l'état dans lequel on l'observe sans avoir présenté aucun trouble fonctionnel grave, alors interrogez les conditions hygiéniques dans lesquelles il a vécu, et vous arriverez immanquablement à découvrir que la cause du mal est, ou dans l'insuffisance de l'alimentation, ou dans le manque de soins, ou dans le défaut d'exercice, ou dans l'insalubrité de l'habitation, etc. Dès lors, changer de nourrice, substituer, s'il y a lieu, l'allaitement naturel à l'allaitement artificiel, multiplier le nombre des repas, procurer à l'enfant, par des promenades en temps opportun, l'exercice et le mouvement dont il a besoin, surveiller toutes les circonstances relatives aux soins, à la propreté, à l'habitation, etc., telles seront les conditions nouvelles qui devront faire la base du traitement. C'est pour avoir méconnu la possibilité de remédier au mal par des moyens aussi simples qu'un grand nombre de médecins ont souvent abandonné à la nature le soin d'une guérison qu'on ne pouvait obtenir qu'en changeant radicalement l'hygiène du nouveau-né.

Je dis donc aux médecins, et c'est par là que je termine : Ne vous laissez point effrayer par l'état en apparence désespéré dans lequel se présentent quelquefois à votre observation certains nouveau-nés anémiques. Les sources de la vie sont loin d'être aussi profondément taries que vous le pensez chez ces petits squelettes vivants. S'il en est parmi eux qu'une affection constitutionnelle a voués à une mort certaine, il en est d'autres qui, exempts de toute lésion organique, se prêtent merveilleusement aux tentatives sérieuses que vous pouvez faire dans le but de leur rendre leur vigueur, leur santé primitive. Il n'y a là qu'une affaire d'hygiène et rien de plus.

De ce travail et des faits qui lui servent de base, nous croyons pouvoir déduire les conclusions suivantes :

1° Dans l'anémie des nouveau-nés, on trouve, à l'autopsie, la plupart des tissus décolorés, exsangues ; les principaux viscères, mais particulièrement l'encéphale et les intestins, présentent cette décoloration générale portée au plus haut degré.

2° Les phénomènes par lesquels se traduit pendant la vie l'anémie des nouveau-nés sont les suivants : décoloration générale de la peau et des muqueuses, amaigrissement qui peut être porté jusqu'au marasme le plus complet, flaccidité particulière des parties molles, teinte terreuse répandue sur toute la surface cutanée, décrépitude précoce, atonie du système musculaire, faiblesse extrême du cri, ralentissement progressif du pouls et abaissement progressif de la température du corps.

3° C'est dans la première quinzaine de l'existence que se manifeste principalement, avec les caractères que nous venons d'exposer, l'anémie des nouveau-nés.

4° On peut distinguer une anémie idiopathique et une anémie symptomatique, la première résultant de l'insuffisance de l'alimentation, du manque de soins, d'exercice, de mouvement, de la privation d'un air pur, d'une bonne hygiène en un mot ; la seconde consécutive à certaines affections, telles que la diathèse tuberculeuse, la syphilis constitutionnelle, l'entérite chronique, etc.

5° Le pronostic de l'anémie des nouveau-nés est loin d'être toujours aussi sérieux qu'on pourrait le croire. Constamment grave, il est vrai, dans l'anémie symptomatique, il cesse de l'être dans l'anémie idiopathique, lorsque celle-ci ne s'accompagne pas encore de lésions viscérales, et qu'à la mauvaise hygiène qui a produit le mal on peut substituer en temps opportun une hygiène bien entendue.

6° Le traitement consiste, dans l'anémie idiopathique, à choisir au nouveau-né une nourrice qui remplisse toutes les conditions exigées par les lois de l'hygiène, dans l'anémie symptomatique à combattre l'affection primitive par les moyens appropriés.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

NOTE SUR LES INHALATIONS OU FUMIGATIONS OPIACÉES ; par le docteur LOMBARD (de Genève).

Il y a déjà longtemps que la lecture des voyages en Orient m'avait rendu familiers les effets de la fumée d'opium chez ceux qui se livrent à cette funeste habitude. J'avais surtout lu dans les ouvrages des voyageurs en Chine la description de ces cafés, où les fumeurs, mollement étendus sur les coussins d'un divan, hument délicieusement la fumée enivrante de l'opium, et ne tardent pas à tomber dans une extase plus ou moins complète ou dans une ivresse qui, comme celle des boissons alcooliques, présente tous les degrés intermédiaires, depuis la joie expansive jusqu'à la fureur brutale, depuis l'extase contemplative jusqu'à la stupeur la plus absolue. Je dois avouer cependant que ces derniers résultats de la fumée opiacée sont bien plus fréquents que l'excitation cérébrale dont la GAZETTE MÉDICALE a retracé les effets meurtriers dans l'île de Sumatra. Si j'en crois les auteurs chinois, il y a plus d'abattement et de joie contemplative que de folie violente et brutale, et je n'ai vu nulle part, dans les récits empruntés à l'empire céleste, des scènes tragiques habituelles comme celles dont le chirurgien de marine a été témoin à Sumatra.

On comprendra l'importance que je mets à établir ce fait lorsqu'on saura que j'ai, depuis plus de deux ans, fait usage, dans un but théra-

pouvait se conserver facilement sans altération. »

Nicandre de Colophon, dont le poëme des poisons, Ἀλεξιφάρμακα, est le plus ancien travail connu sur cette matière, indique déjà dans les termes suivants les effets du Κωνειον : « Ce breuvage détruit l'intelligence, obscurcit complétement l'esprit et rend les yeux convulsés ; les personnes ainsi empoisonnées chancellent dans les rues, tombent et finissent par se traîner sur leurs mains. Un resserrement mortel saisit les parties supérieures du cou et oblitère les étroits canaux de la gorge. Les extrémités se refroidissent, les gros vaisseaux des membres se contractent, l'air ne pénètre plus dans la poitrine et la mort survient. » Le poëte Nicandre vivait sous Attalus, le dernier roi de Pergame, 134 ans avant l'ère chrétienne. Attalus, possédant à un haut degré cet amour des sciences naturelles qu'on remarqua parmi les successeurs d'Alexandre, combla Nicandre de faveur. Au dire du poëte, il cultivait lui-même dans ses jardins plusieurs plantes toxiques bien connues, la jusquiame, l'aconit, la ciguë, l'hellébore, avec lesquelles il faisait des expériences pour déterminer jusqu'à quel point elles étaient susceptibles d'être influencées par divers antidotes. Les plantes vénéneuses que nous venons de nommer sont les seuls poisons végétaux mentionnés dans ce poëme.

Il n'est pas probable que la science moderne ne soit pas en possession de tous les moyens usités à cette époque dans un but criminel, et pourtant les recherches les plus scrupuleuses sur la toxicologie des anciens ne nous font connaître qu'un très-petit nombre de poisons. A Rome, l'empoisonnement est mentionné dans les lois des Douze-Tables ; mais il y est évidemment confondu avec les procédés ténébreux de la magie et des enchantements : « Qui malum carmen incantasset, malum venenum taxit, dicitve parricida esto. » Et encore, s'il faut en croire Tite-Live (liv. VIII, 18), cette mention du crime dans la loi est purement nominale, le premier jugement sur cette matière n'ayant eu lieu à Rome qu'en l'année 422 de la fondation. Un certain nombre de personnes de haut rang étant mortes presque en même temps et avec les mêmes symptômes, on soupçonna, on dénonça des matrones qui avaient l'habitude de manipuler les poisons (*venena coquere*). Deux dames patriciennes, du nombre des accusées, déclarèrent que ce n'étaient pas des poisons, mais des médicaments, et sur l'offre qu'on leur fit de boire ces préparations afin de démontrer leur innocence, elles acceptèrent, ainsi que vingt autres inculpées. Toutes moururent cependant à la suite de l'ingestion de ces substances toxiques, et leur mort eut pour effet d'amener la condamnation de cent cinquante autres personnes. Il est probable que ces femmes s'occupaient de la préparation de médicaments pour le soulagement des malades, et que les plantes qui leur fournissaient les sucs les plus actifs étaient le *veratrum album* ou l'*helleborus viridis*, plantes communes en Italie, et que, pleines de confiance dans la vertu de ces substances, elles n'en connaissaient pas les effets drastiques et débilitants à haute dose.

Plutarque nous a conservé la description des mystères de Trophonius. « Timarque, c'est le nom de l'initié, éprouva, dit-il, une violente douleur de tête lorsque commencèrent les apparitions, c'est-à-dire lorsque le breuvage commença à troubler ses sens, et quand les apparitions s'évanouirent, la même douleur se fit sentir aussi vivement. » Les Hébreux du temps de Moïse connaissaient déjà les effets de plusieurs plantes vénéneuses, puisque l'historien

peutique, des inhalations de la vapeur d'opium, et que si j'avais pu craindre que, comme les fumeurs d'opium, mes malades vinssent à s'armer du sabre ou du yatagan et parcourussent les rues de notre ville comme les *matta-glabs* des îles de la Sonde, je n'aurais eu garde d'introduire dans la thérapeutique une méthode capable d'amener des résultats aussi désastreux. Mais je puis le dire, en toute vérité, je n'ai jamais rien vu de semblable sous l'influence du traitement narcotique que je veux raconter.

Il s'agit donc de la fumée d'opium, non plus humée comme on le fait en Chine, mais aspirée dans les fosses nasales et portée, grâces à sa chaleur et à sa ténuité, jusqu'aux portions les plus anfractueuses de la membrane pituitaire. Les propriétés narcotiques de l'opium n'étaient point détruites par la combustion assez incomplète de la pipe, j'ai pensé que l'on pouvait faire usage de la fumée opiacée, obtenue par le moyen d'une plaque de fer rougie au feu, et il m'a semblé qu'il devait en résulter une sédation favorable dans certaines formes de douleurs frontales ou faciales qui se lient, de près ou de loin, à un état morbide de la membrane pituitaire.

Je sais que l'on a souvent tenté d'introduire l'opium dans les fosses nasales, principalement comme traitement abortif du coryza, soit au moyen d'injections d'eau laudanisée, soit en faisant aspirer une poudre de sucre mélangée de morphine; mais le but que je désirais atteindre est fort différent, ainsi qu'on le verra plus bas, et d'ailleurs la ténuité plus grande de la fumée, non moins que sa chaleur, lui permettent de pénétrer, sans douleur aussi bien que sans difficulté, dans les parties les plus anfractueuses des fosses nasales, tandis que ce résultat ne peut être que difficilement obtenu par un liquide et encore moins par une poudre, quelque impalpable qu'elle soit.

Quant à moi, la méthode que je viens soumettre à votre appréciation, après deux ans et demi d'observations cliniques, me paraît très-différente de celles dont je viens de parler, et je puis affirmer, sans crainte que l'expérience vienne me contredire, que les inhalations de fumée opiacée dans les fosses nasales sont une précieuse ressource thérapeutique.

Disons d'abord dans quels cas elles m'ont admirablement réussi. Vous avez sans doute rencontré dans votre pratique des coryzas accompagnés de douleurs lancinantes dans les sinus frontaux, douleurs qui atteignent quelquefois un haut degré d'intensité. C'est dans des cas semblables que j'ai vu la fumée d'opium produire des résultats vraiment merveilleux; la douleur cessait comme par enchantement, et à un état souvent presque intolérable succédait très-promptement un bien-être remarquable, et qui avait beaucoup d'analogie avec l'extase des fumeurs d'opium.

Dans un cas de ce genre que je soignais, il y a dix-huit mois, les douleurs frontales étaient d'une telle intensité qu'elles arrachaient des cris à la malade et lui faisaient croire, malgré son caractère ferme et sans aucune pusillanimité, à l'existence d'une maladie cérébrale fort dangereuse. Ces douleurs étaient survenues dans le cours d'une affection catarrhale accompagnée d'un coryza très-intense, sous l'influence d'un courant d'air très-froid qui avait passé pendant toute une nuit sur le visage de la malade. Il suffit de deux ou trois fumigations pour enlever la douleur avec une rapidité qui paraissait tenir du prodige. Quelques légers retours du même mal cédèrent promptement sous l'influence du même remède, à l'exclusion de tout autre traitement, interne ou externe.

Une guérison aussi prompte que facile avait tout lieu de me donner confiance dans la méthode thérapeutique que j'expérimentais alors, surtout lorsque mes souvenirs me rappelaient un assez grand nombre de cas où je n'avais point été aussi satisfait des autres méthodes de traitement, et où des douleurs frontales de la même nature avaient persisté fort longtemps, malgré la médication la plus variée. Je n'ai point oublié, en particulier, les craintes, en apparence bien fondées, que j'avais eues, il y a une vingtaine d'années, en traitant une dame qui présenta cette forme de douleurs aiguës dans les sinus frontaux. Je crus à une méningite, et mon traitement fut des plus énergiques; mais en rappelant mes souvenirs, je n'hésite pas à croire maintenant que j'avais affaire à une névralgie catarrhale, qui aurait sans doute cédé aux inhalations opiacées. Au reste, la méprise assez probable que j'ai pu faire ne m'est point particulière: d'autres praticiens m'ont dit avoir rencontré, surtout chez les enfants, de ces douleurs frontales compliquant une affection catarrhale, et qui simulaient, à s'y méprendre, le début d'une méningite tuberculeuse.

Mais revenons aux fumigations opiacées pour en étudier les effets, non-seulement dans les névralgies à forme continue, comme chez la malade dont nous avons parlé plus haut, mais aussi dans les névralgies à forme périodique. Or cette circonstance n'a point empêché le succès des inhalations opiacées. En effet, chez la plupart des malades que j'ai eu à traiter, les douleurs frontales, ou temporales, ou zygomatiques, compliquant le coryza catarrhal, se montraient sous une forme périodique, et cependant la même méthode a suffi pour guérir complétement la maladie, sans qu'il fût nécessaire de recourir à l'emploi d'aucun autre médicament, soit extérieur, soit intérieur.

Il s'est rencontré que les deux malades sur lesquelles j'ai fait l'essai des fumigations opiacées en février 1852 étaient l'une et l'autre atteintes de coryza, compliqué de douleurs périodiques. Chez l'une d'elles, l'accès revenait régulièrement à huit heures du matin et durait jusqu'à quatre heures de l'après-midi, tandis que, chez l'autre malade, l'après-midi était l'époque du retour périodique de la douleur frontale. Les fumigations opiacées, à l'exclusion de tout autre médication, ont amené, dans les deux cas, une prompte guérison.

Dès lors j'ai pu constater, à bien des reprises, l'utilité de cette méthode thérapeutique dans un bon nombre de cas de névralgies faciales, à type continu ou intermittent. Dernièrement encore un jeune étudiant qui devait quitter son travail et gagner son lit chaque fois que la douleur faciale le saisissait, a été complétement et définitivement guéri par les fumigations opiacées; il a même suffi chez lui d'une seule application du remède pour amener un heureux résultat, qui ne s'est point démenti depuis trois mois qu'il a été obtenu.

Ce n'est point seulement dans les céphalalgies liées à un coryza que j'ai employé l'opium, mais aussi dans quelques cas où la douleur névralgique paraissait être ou idiosympathique ou symptomatique de quelque autre affection morbide.

Chez une femme âgée d'environ 40 ans et qui était atteinte de bronchite depuis un grand nombre d'années, il était survenu une céphalalgie tellement intense, surtout pendant la nuit, que le sommeil était devenu complétement impossible et que les élancements arrachaient

---

Josèphe nous informe que ce législateur défendit sous des peines sévères de recueillir et de conserver ces plantes.

A ces faits et à quelques autres analogues se borne ce que nous savons de sa toxicologie des anciens. Mêlée aux croyances et aux pratiques superstitieuses de cette époque, la science des poisons ne se dégage pas nettement; les formules empiriques n'ont pas de signification précise; ses résultats sont peu positifs et presque toujours susceptibles d'interprétations différentes.

— Dans sa séance de lundi, l'Académie des sciences a procédé à la nomination d'un membre titulaire pour remplir la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie par suite de la mort de M. Roux.

Il y avait 51 votants; majorité, 26.

Au premier tour de scrutin, M. Claude Bernard a obtenu 42 voix; M. Baudens, 4; M. Jobert de Lamballe, 2; M. Longet, 1; M. Maisonneuve, 1.

En conséquence, M. Claude Bernard a été proclamé membre de l'Académie des sciences pour la section de médecine et de chirurgie.

— Par décret impérial, M. le docteur Jobert de Lamballe est nommé professeur de clinique externe à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Roux, décédé.

— Nous annonçons avec regret la mort aussi subite qu'inattendue de M. le docteur Fabre, fondateur et rédacteur en chef de la Lancette française, Gazette des hôpitaux, auteur du Dictionnaire des Dictionnaires de médecine, de la Bibliothèque des médecins praticiens, de Némésis médicale, etc. Notre regrettable confrère est mort samedi dernier, à l'âge de 57 ans.

— Médecins de la flotte et de l'armée anglaises en Orient. — On écrit de la mer Noire:

« On n'a rien négligé pour mettre le personnel médical des troupes anglaises en Orient à la hauteur des services que ce corps est appelé à rendre. Les 203 officiers de santé qui sont actuellement sur le terrain de la guerre, sous la direction générale du docteur Smith, se félicitent d'avoir à leur disposition tous les moyens d'action que l'on est en droit d'attendre dans une des armées les mieux équipées et les mieux organisées.

» Quant au personnel médical de la flotte, il laisse beaucoup à désirer. Cette flotte, qui se compose de 10 vaisseaux de ligne portant ensemble 949 canons, ne compte que 21 aides-chirurgiens, un par 45 canons. Or les forces navales anglaises de la Méditerranée en 1848-49, qui comptaient aussi 10 vaisseaux de ligne portant 956 canons, comptaient 28 chirurgiens adjoints, 1 chirurgien par 34 canons; l'escadre des Dardanelles, en 1850, consistait en 7 vaisseaux de ligne portant 692 canons et 24 chirurgiens adjoints, soit 1 chirurgien par 29 canons.

» Ces chiffres indiquent assez l'insuffisance du personnel dont on dispose actuellement au moment des formidables éventualités qui se préparent.

» C'est qu'en Angleterre actuellement, comme il advenait chez nous avant les dernières ordonnances du ministre de la marine, le recrutement des médecins pour la flotte est insuffisant, et on trouve à peine dans les universités des jeunes gens qui veulent entrer dans une carrière qui les prive des honneurs et des rémunérations auxquels ils ont un si légitime droit. »

descris à la malade; il n'y avait chez elle aucun coryza; sa toux n'était ni plus ni moins forte que précédemment, et la santé générale ne présentait aucun dérangement. Cet état, qui me paraissait dépendre d'une névralgie frontale, avait plusieurs semaines d'existence, et n'avait cédé à aucun des moyens domestiques ou thérapeutiques employés pour la combattre. C'est alors que je prescrivis les fumigations opiacées, qui ne tardèrent pas à produire une grande amélioration; en sorte que la céphalalgie ne tarda pas à disparaître et que les nuits redevinrent aussi calmes qu'avant la maladie. Une rechute moins intense que la première attaque disparut complètement sous l'influence du même traitement. J'ai pu tout dernièrement encore m'assurer de la permanence de cette guérison, obtenue il y a bientôt dix-huit mois.

Dans un autre cas, les douleurs frontales se liaient à un coryza subaigu, accompagné de fréquentes hémorrhagies nasales. L'emploi de la fumée d'opium fit cesser les douleurs dans l'espace de quelques jours, et les épistaxis furent plus tôt diminués en intensité et en fréquence.

La méthode dont nous parlons a souvent réussi à calmer des céphalalgies sympathiques de quelque affection morbide. A l'appui de cette affirmation, je citerai les bons effets obtenus chez une malade atteinte de métrorrhagie, que compliquait presque toujours une douleur de tête très-intense et accompagnée de vertiges, d'éblouissements et de nausées. L'emploi des fumigations opiacées procurait à la malade un état de bien-être remarquable, et ne manquait jamais de faire disparaître tous les symptômes céphaliques, sans exercer, du reste, aucun effet apparent sur l'hémorrhagie utérine.

Je pourrais citer encore bien des cas particuliers à l'appui de la thèse que je soutiens; mais ceux qui précèdent suffisent sans doute pour montrer que la fumée d'opium peut être employée avec avantage contre certaines formes de céphalalgie continue ou périodique, aiguë ou chronique. J'ajouterai en outre que l'expérience de mes collègues, et en particulier celle du docteur Herpin, qui m'a autorisé à le citer, est venue confirmer les résultats satisfaisants de la nouvelle méthode thérapeutique que je préconise.

Parlons maintenant des doses du médicament et de la manière dont on doit en faire usage. J'ai commencé par 5 centigr. d'opium brut pulvérisé, uni avec autant de sucre et quelquefois aussi avec partie égale de benjoin; plus tard j'ai prescrit 10 et même 15 centigr. dans chaque fumigation; mais, en définitive, il m'a semblé que la dose intermédiaire de 10 centigr. mêlée avec partie égale de sucre pilé répondait à toutes les indications et suffisait à produire l'effet désiré. J'ai répété les fumigations deux ou trois fois par jour; mais, dans quelques cas, les ayant répétées plus fréquemment, je n'ai pas eu lieu de le regretter n'en ayant observé aucun mauvais effet.

Quant au mode d'administration, il est aussi simple que possible. Je fais rougir au feu une petite plaque de tôle, une pelle par exemple, et je recommande au malade de prendre la poudre par petites pincées et de la projeter successivement sur le fer rougi, en ayant soin d'avancer la tête de manière à ce qu'il puisse aspirer largement la fumée par les fosses nasales aussi bien que par la bouche.

J'ai souvent aussi employé les fumées d'opium obtenues par une autre méthode qui consistait à incorporer une solution opiacée dans de l'agaric préparé et séché convenablement. En ayant soin d'incorporer une quantité bien connue de teinture aqueuse dans un ou plusieurs centimètres d'amadou, on peut arriver à doser aussi exactement l'opium qu'en le partageant en poudre. L'amadou ainsi préparé étant allumé est placé sous le nez du malade qui en respire facilement la fumée. J'ai obtenu par cette méthode des résultats aussi satisfaisants qu'avec la poudre projetée sur la pelle ou sur les charbons ardents. On pourrait aussi préparer des cigarettes imprégnées d'opium, et les fumer comme on le fait avec les feuilles de stramonium.

Après ces détails, que j'aurais pu rendre plus complets, mais qui dans leur brièveté me paraissent suffisants pour établir l'avantage d'emprunter aux fumeurs d'opium une méthode thérapeutique qui, dirigée avec prudence et modifiée suivant les circonstances, n'a jamais eu aucune des conséquences désastreuses auxquelles conduit la funeste habitude de fumer de l'opium. En effet, non-seulement je n'ai jamais vu aucun mauvais résultat produit par les fumigations opiacées que j'avais conseillées; mais, au contraire, j'ai eu le bonheur d'obtenir la guérison de plusieurs de mes malades, tandis que d'autres étaient notablement soulagés.

En sorte qu'en définitive je n'hésite pas à conseiller l'emploi des fumigations opiacées dans tous les cas de douleurs névralgiques occupant les régions frontales, temporales ou zygomatiques, et se présentant sous une forme continue ou périodique. Répondant entièrement à cet axiome thérapeutique : *primum non nocere*, la méthode que je conseille ne présente aucun inconvénient, et n'empêche en aucune manière tout autre traitement que pourrait réclamer un cas réfractaire à l'emploi des fumigations opiacées. Enfin, rappelons, en terminant, que c'est surtout dans les névralgies catarrhales qui compliquent si souvent le coryza, que l'emploi de notre méthode a paru réussir de la manière la plus satisfaisante et la plus complète.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION D'UN CAS DE GELURE DES PIEDS; AMPUTATION SIMULTANÉE DES DEUX JAMBES; PANSEMENTS RARES; GUÉRISON; par M. COSTE, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Marseille, professeur à l'École de médecine.

Monsieur et honoré confrère,

Je ne puis laisser sans réponse une lettre qui vous a été adressée par huit internes de l'Hôtel-Dieu de Marseille, et que publie, sous le titre de rectification, votre journal du 13 mai.

L'observation dont MM. les internes se sont crus obligés de relever ce qu'ils appellent les erreurs et les omissions a été publiée à mon insu et à mon grand déplaisir, par la raison toute naturelle que j'étais sur le point de l'adresser moi-même à la presse médicale.

La lettre de MM. les internes peut se résumer ainsi : d'abord une double amputation a été faite, malgré l'avis contraire du plus grand nombre des membres d'une consultation. L'opération a réussi, en dépit des prévisions funestes de la majorité opposante; donc un tel succès n'a plus de portée, car il est le prix d'une conduite imprudente, d'une hardiesse heureuse, il est vrai, mais qui ne peut servir d'exemple, et partant ne doit pas être imitée. J'ai hâte de dire que tous vos lecteurs seront vraisemblablement frappés de la force de cette logique; puis la guérison est arrivée moins promptement que ne l'a dit l'auteur de l'observation; puis encore le fait actuel n'est point en faveur des pansements rares.

L'argumentation qu'on m'oppose pour le premier point est telle, que je pourrais bien me dispenser d'y répondre; la sagacité du lecteur suppléerait à mon silence. Aussi me bornerai-je à ces quelques mots : j'ai regretté d'être obligé de me séparer de mes collègues; mais ce que j'ai fait, je devais le faire. Dans ma pensée la plus intime, il était de la dernière urgence de soustraire mon malade aux suites inévitablement fatales d'une interminable élimination. Or, comme dans notre conférence il ne s'est pas produit un seul argument qui pût infirmer les motifs sur lesquels je fondais ma détermination d'amputer sans autre retard, comme ma conviction me disait toujours qu'il fallait agir et non temporiser, j'ai dû par-dessus tout obéir à ma conviction, sans reculer, ce qu'on oublie trop, devant la responsabilité que j'assumais pour accomplir un impérieux devoir. On trouve que j'ai été trop hardi; eh bien! mon audace a été pleinement justifiée par le succès, comme j'eusse été absous, en cas de revers, par la froide et impartiale raison.

J'ai opéré au milieu d'éléments épidémiques, disent MM. les internes, deux blessés de mon service étant morts récemment d'infection purulente. Que mes censeurs y réfléchissent un instant, cela devait-il m'arrêter? Croit-on que si les conditions sanitaires de l'hôpital étaient mauvaises alors pour un amputé, elles n'étaient pas tout aussi défavorables pour un malade porteur de deux grandes plaies et profondément débilité par la suppuration? Je ne sache pas que la pyoémie soit exclusivement le triste apanage des amputés.

La guérison a été plus tardive, a-t-on dit encore, que ne l'indique le récit de M. Mérentié. De telles puérilités ne se discutent point. Qu'importe que le malade ait été guéri quinze jours, un mois, si l'on veut, plus tôt ou plus tard? Pour moi, comme pour tout le monde, je pense, un amputé est guéri quand, après avoir heureusement échappé aux accidents primitifs, il en est arrivé à cette période de la cicatrisation où la plaie du moignon se trouvant réduite à des proportions infimes, nul accident secondaire n'est désormais à redouter.

Enfin, d'après MM. les internes, le fait qui m'occupe ne saurait être invoqué en faveur des pansements rares, les pansements ayant été rarement faits durant la première quinzaine seulement, mais renouvelés ensuite tous les jours.

Quant à cette allégation, quelque peine que j'en éprouve, je la déclare entièrement fausse : j'en appelle sur ce point au souvenir de tous les élèves attentifs, et ils sont nombreux, qui ont suivi le malade depuis l'amputation jusqu'au jour de la guérison.

Avant comme après la dernière semaine, j'ai toujours fait des pan-

sements rares ; car on ne peut, j'imagine, compter pour un vrai pansement la nécessité où je me suis souvent trouvé de réappliquer les bandes sans toucher à la charpie, parce que le malade s'obstinait à les déplacer.

Il a été manifeste, pour quiconque ne veut pas nier l'évidence, que les pansements ainsi faits ont exercé, comme toujours, la plus heureuse influence sur la marche de la cicatrisation, en écartant des moignons les chances de phlegmasie.

Que la prétendue rectification de MM. les internes soit un acte spontané ou provoqué, ce que je ne veux pas éclaircir, il m'importe de la définir comme elle doit l'être. Ce n'est pas seulement, au point de vue scientifique, une appréciation très-inutile d'abord, puis très-erronée, du fait dont il s'agit : c'est en outre une inconvenance sans nom et une injustice; car la lettre de ces messieurs tend, en dénaturant les faits, à présenter une magnifique guérison comme le résultat d'une faute. Elle tend à amoindrir, à annihiler même un succès opératoire dont l'honneur, me semblait-il, devait m'être bien légitimement acquis; elle me place enfin dans la singulière situation d'un chirurgien qui aurait à se défendre d'avoir, dans des circonstances difficiles, conservé la vie d'un malade confié à sa sollicitude, parce que d'autres auraient jugé la guérison impossible au moyen d'une opération chanceuse, sans contredit, mais bien nettement indiquée.

Voici la relation du fait clinique dont il s'agit.

Obs. — Le nommé Bénardi (Ange-Louis), âgé de 27 ans, marin, est amené à l'hôpital pendant la nuit du 28 décembre dernier et couché au n° 26 de la salle Saint-Louis (Clinique chirurgicale).

Cet homme a été trouvé à demi nu dans un bois, où il a eu à souffrir de la faim et du froid intense qui régnait alors. Ses pieds ont été gelés. La gangrène a déjà profondément envahi la région plantaire et se propage aussi à la face dorsale. Le malade n'étant pas Français et parlant un langage inintelligible, il est impossible d'obtenir de lui des renseignements précis sur les circonstances qui ont précédé et accompagné le développement d'une affection si rare sous notre latitude. Il a l'air effaré et le regard immobile; son visage porte l'empreinte d'une frayeur extrême. Le corps est amaigri, la peau chaude, le pouls fréquent et petit. Je prescris l'application de linges imbibés d'eau chlorurée, des bouillons et de l'eau vineuse.

Les jours suivants la mortification fait des progrès jusqu'au 6 janvier; puis, après avoir progressivement atteint les pieds en totalité, elle se borne au niveau des articulations tibio-tarsiennes, qui sont entourées du cercle inflammatoire indiquant les limites de la gangrène. Bientôt après commence à se creuser le sillon qui sépare les parties vivantes de celles que la mort a frappées. Même traitement.

Le 22, les escarres se soulèvent; au-dessous de la peau, sphacélée jusqu'à la hauteur des malléoles du côté droit et jusqu'au-dessus de ces éminences à gauche, on voit des bourgeons charnus, au milieu desquels apparaissent à nu le calcanéum et l'astragale. Les pieds se détachent dans l'articulation médio-tarsienne, cette jointure de l'astragale avec le scaphoïde en dedans et du calcanéum avec le cuboïde en dehors. Les bourgeons cellulo-vasculaires sont de bonne nature; mais, sous l'influence d'une énorme suppuration, l'état général qui, jusque-là ne s'était pas notablement altéré, est rapidement devenu mauvais; la maigreur et la faiblesse du malade se sont considérablement accrues; il n'y a pas lieu d'espérer que la nature abandonnée à elle-même puisse faire seule tous les frais de la réparation; l'heure d'agir me paraît donc venue, et l'idée de l'amputation est arrêtée dans mon esprit.

Je dois exposer en ce moment le résumé des motifs que je développai, en faveur de l'intervention active de l'art, dans la réunion à laquelle je conviai mes collègues, et où je ne fus point assez heureux pour faire prévaloir mon opinion.

Le malade, disais-je, doit totalement perdre ses pieds; s'il n'est amputé par le chirurgien, il le sera par la nature; mais les résultats doivent être bien différents pour les deux opérations. Amputé par le chirurgien, cet homme aura de chaque côté une plaie régulière et un moignon de longueur convenable pour appuyer sur la jambe de bois. Amputé par la nature, il aura deux vastes plaies, inégales, anfractueuses, hérissées d'extrémités osseuses dénudées, et dont la cicatrisation serait infiniment lente, si, contre toute espérance, le malade résistait aux désordres qu'entraîne toujours une longue et abondante suppuration. En outre, la station debout et la déambulation sur deux pieds artificiels étant véritablement une impossibilité, ces moignons informes que laisserait après elle l'amputation naturelle, s'ils arrivaient jamais à guérison, seraient très-gênants pour la flexion du genou et sans cesse exposés aux chocs par leur longueur démesurée. Les mêmes raisons me font repousser l'amputation tibio-tarsienne et l'amputation sus-malléolaire, comme elles rendent tout à fait illusoires les avantages que l'on pourrait entrevoir à aider la nature, à régulariser l'œuvre d'expulsion qu'elle a commencée; la gangrène ayant d'ailleurs supprimé toutes les parties molles jusqu'aux chevilles, il ne serait pas possible d'avoir le moindre lambeau.

L'avantage est donc manifestement pour le résultat final, du côté de l'amputation faite au lieu d'élection; cette opération est, malgré toute sa gravité, la simplification de l'état du blessé. Dès lors la question se trouve réduite à des termes tout simples; elle consiste uniquement à savoir si l'amputation simultanée des deux jambes est plus dangereuse pour le malade qu'un immense travail d'élimination qui ne peut s'effectuer que lentement pour séparer les parties mortes des tissus restés sains. Pour moi, après avoir hésité beaucoup, on le comprend, mais aussi après avoir très-sérieusement médité sur ce sujet, je crois que l'action chirurgicale, venant au secours de la nature, entraîne moins de périls que l'expectation, dont les suites inévitables ne peuvent être, indépendamment des chances d'infection purulente, qu'une suppuration épuisante, la fièvre hectique et la mort.

L'opération que je suis décidé à faire est sans doute, pour ses effets immédiats comme pour ses conséquences dernières, une des ressources les plus extrêmes de la chirurgie. Je sais qu'elle est d'une incommensurable gravité; toutefois les annales de l'art offrent bien des exemples de guérison après une semblable opération. et, pour n'en citer qu'un tout récent, car il remonte seulement à deux années, M. le professeur Bouisson (de Montpellier) a pratiqué avec succès la double amputation des jambes. Je sais encore que, dans la supposition la plus heureuse, dans l'hypothèse même de la guérison, la vie n'est rachetée qu'au prix du plus douloureux sacrifice, de la plus cruelle mutilation. Pourtant, si terrible qu'elle soit, cette opération me semble, par les motifs que je viens d'exposer, entièrement rationnelle et opportune, nulle contre-indication n'existant dans l'état général du malade. C'est une de ces nécessités que le chirurgien déplore toujours du fond de son âme, mais qu'il doit accepter résolûment, soutenu par la pensée qu'il remplit, sans compromettre l'art, un devoir de conscience.

Tels sont, en substance, les motifs que j'invoquais à l'appui de ma résolution.

Je fais donc par la méthode circulaire l'amputation des deux jambes le 24 janvier et non le 21, ainsi que l'ont dit MM. les internes. Le patient est soumis à l'anesthésie pour la première opération seulement; l'hémorrhagie ayant ajouté beaucoup à sa faiblesse antérieure, je ne l'éthérise pas pour la seconde, qui est exécutée rapidement et avec une faible perte de sang. La peau a été coupée par une incision légèrement ovalaire et les os sciés à quatre travers de doigt au-dessous de l'insertion tibiale du ligament rotulien, le péroné un peu plus haut que le tibia. Les lèvres de chaque plaie sont rapprochées par des bandelettes agglutinatives; un linge criblé, les compresses et la bande complètent le pansement.

Les suites de l'opération sont des plus heureuses; la réaction est très-modérée et les moignons indolores. Le jour même le malade prend des bouillons; le lendemain, des potages, et, dès le troisième jour, des aliments solides; je lui fais donner promptement une nourriture analeptique.

Le premier pansement est fait le septième jour de l'opération. Les moignons vont très-bien, ils sont absolument exempts d'inflammation et les bords de la plaie sont à peine distants de 2 centim., en pressant autour d'elle on n'amène point de pus, ce qui démontre que la face cellulaire de la manchette est collée aux parties profondes. L'état général est aussi parfaitement satisfaisant.

Le seizième jour, second pansement; commencement de cicatrisation, bon aspect des bourgeons, suppuration nulle, amélioration progressive et rapide de l'état général.

Le 13 février, vingt et unième jour de l'opération, troisième pansement. La cicatrisation marche vite et sans accident; le bourgeonnement est énergique et nécessite l'application du nitrate d'argent.

Le 25, quatrième pansement. Les plaies sont presque entièrement cicatrisées, surtout à droite; les forces renaissent et le malade reprend de l'embonpoint. Les ligatures tombent successivement à partir du seizième jour. Les pansements ultérieurs sont faits à de longs intervalles, tous les sept ou huit jours; et le 20 mars, cinquante-cinquième jour de l'opération, la cicatrisation est complète; les moignons sont protégés par de petits sacs.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENTS.

I. REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1853 contiennent les mémoires originaux suivants : 1° *De l'épidémie actuelle du choléra asiatique*; par M. L. Saurel. 2° *Réflexions sur la thérapeutique de l'éclampsie pendant le travail de l'accouchement*; par M. P. J. Cabaret. 3° *De l'emploi du seigle ergoté contre les écoulements blennorrhagiques passés à l'état chronique*; par M. Lazowski. 4° *De la diarrhée prodromique du choléra*; par M. Durand. 5° *Considérations pratiques sur l'empoisonnement par les champignons blancs*; par M. le docteur Mourgue. 6° *Opération de cataracte tentée avec succès sur un œil atteint de phlegmasie chronique*; par M. Beauclair. 7° *Extraction d'un corps étranger du conduit auditif par un procédé particulier*; par M. Sirus-Pirondy, (Injection aqueuse dans le conduit auditif.) 8° *De l'alumine et de son emploi en médecine; des principes chimiques qu'elle renferme*; par M. Desmartis fils. 9° *Pustules malignes guéries par la cautérisation*; par M. Griolet. (Incision cruciale; cautérisation avec la potasse caustique.) 10° *Propriétés hémostatiques de l'eau de Pagliari prise à l'intérieur*; par M. Miergues fils. (L'eau de Pagliari a été employée par l'auteur, concurremment avec d'autres moyens, dans deux cas d'hémoptysie; la cessation de l'hémorrhagie a eu lieu

en peu de temps.) 11° *De l'emploi de l'appareil de Scott dans le traitement de l'hygroma;* par M. B. Dunal. 12° *Épidémie de fièvre muqueuse grave qui a régné dans la commune de Pontevès (Var) pendant l'automne de* 1853; par M. le docteur Liégey.

RÉFLEXIONS SUR LA THÉRAPEUTIQUE DE L'ÉCLAMPSIE PENDANT LE TRAVAIL DE L'ACCOUCHEMENT; par M. P. J. CABARET.

Le mémoire de M. Cabaret embrasse toute la thérapeutique de l'éclampsie pendant le travail de l'accouchement. L'auteur passe successivement en revue les moyens médicaux mis en usage contre cette terrible complication de l'accouchement; il établit les indications spéciales de chacun de ces moyens. Mais la partie véritablement importante de son travail est celle qui est relative au traitement chirurgical de la maladie.

Dans les cas d'éclampsie légère, il est d'avis — et c'est aussi l'opinion de la plupart des accoucheurs — qu'on se borne aux saignées, aux révulsifs, suivant l'état de la femme. Il proscrit le seigle ergoté et toute espèce de manœuvre opératoire.

Dans les cas d'éclampsie grave, si le col est aminci, dilaté, il conseille de rompre les membranes et de terminer l'accouchement soit en pratiquant la version, soit en appliquant le forceps. Là encore l'opinion de M. Cabaret est celle de presque tous les praticiens.

Mais dans le cas de convulsions violentes, si l'orifice utérin n'offre pas de dilatation suffisante pour permettre l'introduction de la main ou des instruments, que faut-il faire? C'est ici que la pratique de l'auteur s'éloigne de celle de beaucoup d'accoucheurs distingués qui veulent qu'on termine l'accouchement en opérant la dilatation forcée du col.

On ne recherchera pas dans le travail de M. Cabaret les raisons propres à faire rejeter cette opération. Il se borne à conseiller, au lieu de dilater le col avec la main, d'en faire l'incision; et après s'être retranché derrière quelques autorités, très-respectables sans doute, telles que Lauverjat, Guillemot, Martin jeune, etc., il mentionne les heureux résultats qu'il a obtenus lui-même de cette pratique.

Les observations qu'il cite, au nombre de deux, sont on ne peut plus favorables à sa méthode.

Chez la première malade les accès étaient très-souvent répétés et d'une violence excessive. Le col n'était nullement dilaté. Quatre incisions de 2 centim. d'étendue furent faites en avant, en arrière et sur les côtés de l'orifice. La tête se présentait; le forceps put être appliqué sans difficulté; l'accouchement se termina très-promptement.

Chez la seconde malade, qui était dans des conditions peu différentes de la première, le col fut également fendu crucialement. Le forceps amena un enfant plein de vie, et la mère elle-même, malgré quelques accidents postérieurs à l'accouchement, se rétablit en peu de jours.

L'auteur cite une autre observation où l'opération ne fut pas nécessaire, mais qui est remarquable parce que la malade qu'elle concerne et qui fut prise de violents accès convulsifs avait une grossesse gémellaire.

DE L'EMPLOI DU SEIGLE ERGOTÉ CONTRE LES ÉCOULEMENTS PASSÉS A L'ÉTAT CHRONIQUE; par M. LAZOWSKI.

M. Lazowski a été conduit par des idées théoriques à employer le seigle ergoté contre les blennorrhées. Il suppose que l'écoulement urétral est souvent entretenu par un état d'atonie des organes génitaux; que la vessie, la prostate, le canal de l'urètre sont isolément ou simultanément frappés d'un relâchement de nature à perpétuer la maladie; d'où il résulte que les moyens doués d'une action excitante spéciale, comme le seigle ergoté, trouvent dans les blennorrhagies chroniques des indications fréquentes.

Voici la formule adoptée par l'auteur; elle lui donné d'excellents résultats:

Seigle ergoté.	4 grammes
Safran de mars apéritif. . .	55 décigr.
Poudre de vanille.	25 centigr.
Camphre pulvérisé	25 —

Mêlez et divisez en vingt paquets, que l'on doit prendre l'un le matin, l'autre le soir.

Le traitement est en moyenne de dix à vingt jours.

DE L'EMPLOI DE L'APPAREIL DE SCOTT DANS LE TRAITEMENT DE L'HYGROMA; par M. DUNAL.

L'appareil de Scott est peu connu en France. Comme il a été appliqué avec succès, non-seulement dans des cas d'hygroma, mais encore dans un certain nombre de maladies articulaires graves, telles que tumeurs blanches, arthrites blennorrhagiques, etc., nous croyons utile d'en donner ici la description, non pas d'après l'auteur de l'appareil, dont le livre, à notre avis, ne figure que dans quelques rares bibliothèques, mais d'après un chirurgien de Lausanne, M. Mathew, initié à la méthode par Scott lui-même. C'est M. Mathew qui a fait connaître à MM. Broussonnet et Dunal, non-seulement la composition, mais encore le mode d'application de l'appareil.

Cet appareil est loin d'être simple. Il se compose de plusieurs couches superposées et rangées dans l'ordre suivant en procédant de la surface aux parties profondes :

1° D'une bande de flanelle;

2° De lanières de peau blanche enduites de cérat de savon;

3° De bandelettes de diachylon;

4° De bandes de toile recouvertes d'un mélange de cérat de savon, d'onguent mercuriel et de camphre.

Voici la formule du cérat de savon :

Savon	300 grammes
Cire	45 —
Litharge.	450 —
Huile d'olive	600 —
Vinaigre.	300 —

M. S. A.

Voici celle du mélange de cérat de savon, d'onguent mercuriel et de camphre :

Cérat de savon. . . .	30 grammes
Onguent mercuriel. .	30 —
Camphre	4 —

M. S. A.

L'appareil s'applique de la manière suivante. Après avoir lavé l'articulation avec de l'eau de savon et l'avoir soigneusement séchée, on frictionne doucement la peau avec de l'alcool camphré jusqu'à ce qu'elle soit chaude et légèrement rouge.

Les bandes de toile sont appliquées les premières (celles qui sont enduites du mélange de cérat, d'onguent mercuriel et de camphre); elles doivent être en assez grand nombre et disposées suivant l'axe du membre. Sur celles-ci, on applique les bandelettes de diachylon dans le sens de la circonférence du membre, perpendiculairement aux bandes de toile, qu'elles doivent recouvrir complétement. Ce bandage adhésif est lui-même recouvert par les lanières de peau blanche enduite d'une couche épaisse de cérat de savon. Enfin le tout est maintenu au moyen de la bande de flanelle. L'appareil reste en place pendant dix ou quinze jours.

Dans les deux observations d'hygroma rapportées par M. Dunal, la guérison a été obtenue une fois après trois applications, et la seconde après quatre applications de l'appareil. Mais ce qui doit surtout engager les praticiens à expérimenter ce moyen, c'est que M. Broussonnet, qui l'emploie depuis de longues années, en a obtenu, au dire de l'auteur, de *merveilleux* effets dans diverses maladies des articulations.

II. GAZETTE MÉDICALE DE MONTPELLIER.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1853 contiennent les articles originaux suivants : 1° *La théorie des arts libéraux ne peut être vraie et suffisamment profonde qu'en l'éclairant par la connaissance de la dualité du dynamisme humain et des lois de l'alliance qui existent entre les deux puissances de ce dynamisme;* leçon de physiologie de M. Lordat. 2° *Nouvel agent anesthésique éthéro-chloroforme;* par M. D. Cellaries. 3° *Considérations pratiques sur les plaies de tête;* par M. E. Montet. (Travail dont la publication n'est pas achevée.) 4° *De l'emploi du seigle ergoté chez les femmes en couche.* (Mémoire adressé à l'Académie de médecine; il contient un assez grand nombre d'observations dont l'auteur tire cette conclusion que le seigle ergoté, loin d'avoir une influence fâcheuse sur la vie des enfants et sur la santé des mères, est au contraire de nature, lorsqu'il est administré après une dilatation suffisante du col, à sauver la vie à beaucoup d'enfants en abrégeant la durée des contractions utérines, et à épargner aux mères bien des chances d'hémorrhagie et de fistule vésico-vaginale.)

NOUVEL AGENT ANESTHÉSIQUE ÉTHÉRO-CHLOROFORME; par M. E. CELLARIES.

Le mélange d'éther et de chloroforme à parties égales, que M. Robert, dans son rapport fait à la Société de chirurgie sur le chloroforme, a regardé, incidemment il est vrai, comme le meilleur des anesthésiques, ne peut manquer d'être prochainement soumis à de nombreuses expérimentations. En attendant, il est bon de ne pas oublier que l'au

teur du mélange, M. E. Cellaries, ne s'est pas borné à une simple indication, à la seule mention du nouvel agent hypnotique, mais qu'il a fait des essais et obtenu des résultats dont devront tenir compte tous ceux qui voudront entrer sans tâtonnements dans la même voie.

Le premier fait qui est établi dans son travail, c'est que les deux liquides, éther et chloroforme, se mélangent exactement, sans qu'il y ait de précipité, mais à la condition expresse d'être complétement privés d'eau.

Le second, c'est que les vapeurs stupéfiantes exhalées du mélange proviennent également des deux liquides, ou plutôt que chacun des deux liquides mélangés à parties égales fournit la même quantité de vapeur. Ce fait repose sur une expérience bien simple, mais qu'il est inutile de rapporter.

Viennent ensuite les résultats de l'expérimentation physiologique. Ceux-ci sont en tous points conformes aux déductions que l'on pouvait logiquement tirer des deux faits précédents.

La mort, chez les lapins soumis aux inhalations d'éther, survient en général en dix ou douze minutes (telle est du moins la moyenne que l'auteur se croit en droit d'adopter); elle survient en cinq à six minutes chez les mêmes animaux soumis aux inhalations de chloroforme.

Chez les jeunes chiens, la mort est moins prompte : elle a lieu, avec l'éther, en vingt minutes environ ; et avec le chloroforme, en dix minutes.

Or il résulte des expériences de M. Cellaries, que, chez les lapins anesthésiés avec le mélange des deux liquides à parties égales, la mort a lieu chez les lapins en onze minutes, et chez les chiens en quinze minutes.

L'insensibilité qui, après les inhalations de chloroforme, arrive chez les lapins au bout d'une minute et demie, et avec l'éther au bout de quatre minutes, arrive, après les inhalations des vapeurs du mélange, en deux minutes et demie.

Comme on le voit, les effets des deux liquides mélangés sont intermédiaires à ceux de l'éther et du chloroforme pris isolément. Et bien que les chiffres cités par l'auteur ne suffisent pas pour établir qu'il y a réellement une moyenne d'action aussi précise, aussi mathématique que les proportions du mélange, on ne peut pas nier qu'il n'y ait un effet mixte dont l'importance n'échappera pas à ceux qui reprochent au chloroforme les dangers d'une action trop prompte et à l'éther les inconvénients d'une anesthésie trop lente.

M. Cellaries termine son travail en vantant, un peu trop prématurément sans doute, l'innocuité absolue de son mélange : c'est à l'expérience à prononcer sur ce point. Mais ce qui est dès aujourd'hui sans appel, si l'épreuve a été bien faite, c'est que les deux liquides — la chose vaut bien la peine d'être signalée — seront respirés sans répugnance, puisque, au dire de l'auteur, le goût douceâtre du chloroforme et la saveur piquante que procure l'éther se trouvent transformés dans le mélange en une impression qui tient le milieu entre les deux et qui est incontestablement plus agréable.

III. GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1853 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *De la péritonite par perforation de l'appendice iléo-cœcal ;* par M. Forget. 2° *Observations sur la luxation de l'extrémité acromiale de la clavicule ;* par M. Herrgott. 3° *Résumé de dix cas de fièvre intermittente traitée par le sulfate de cinchonine.* 4° *Traitement du staphylôme ;* leçon de M. le docteur Pétrequin, recueillie par M. Hervier. 5° *Compte rendu de la clinique de M. le professeur Forget, du 1er avril au 1er octobre* 1853 ; par MM. Aron et Ledru.

DE LA PÉRITONITE PAR PERFORATION DE L'APPENDICE ILÉO-CŒCAL ; par le professeur FORGET (de Strasbourg).

Le travail de M. Forget se base sur trois observations faites à la clinique de la Faculté de Strasbourg. Le premier cas est relatif à un phlegmon de la fosse iliaque droite avec péritonite consécutive. On trouva à l'autopsie une concrétion intestinale dans la cavité du péritoine. Le second fait est celui d'une péritonite simulant au début un étranglement interne. L'autopsie y révéla une péritonite générale par perforation de l'appendice iléo-cœcal. Dans la troisième observation, la péritonite procède graduellement, on trouve une perforation de l'appendice avec concrétion dans ce diverticulum.

Il est à croire, dit M. Forget, que les cas de ce genre sont beaucoup plus nombreux qu'on ne le pense généralement et que beaucoup de péritonites dites spontanées se rattachent à cette perforation. On sait que ces perforations tiennent rarement à la présence de corps étrangers venus du dehors, qu'elles sont dûes le plus souvent à des concrétions intestinales plus ou moins dures, ordinairement d'un jaune verdâtre, formées de couches concentriques alternativement grises, terreuses, brunes, parfois brillantes, renfermant à leur centre un noyau plus dur, variant en grosseur, du volume d'une lentille à celui d'une noisette. Ces concrétions, comme le remarque le savant professeur, peuvent donner lieu à des péritonites aiguës ou subaiguës, ou à des abcès circonscrits s'ouvrant au dehors, ou dans l'intestin, ou dans le péritoine. Les indications curatives varient évidemment suivant un grand nombre de circonstances. M. Forget s'arrête un moment sur les effets de l'opium proposé par Graves de Dublin ; lorsque les accidents de la perforation sont déclarés, l'opium peut encore rendre des services en immobilisant l'intestin et en combattant la douleur.

Nous rappellerons en terminant, avec le professeur de Strasbourg, ce sage conseil qu'étant donnée une péritonite primitive, c'est-à-dire sans cause déterminante appréciable, on devra y considérer comme possible, sinon comme très-probable la perforation de l'appendice iléo-cœcal.

OBSERVATIONS SUR LA LUXATION DE L'EXTRÉMITÉ ACROMIALE DE LA CLAVICULE ; par M. HERRGOTT.

Aucune luxation n'est certainement aussi difficile à maintenir réduite que celle de l'extrémité acromiale de la clavicule. M. Herrgott, qui en rapporte une observation, n'a pas imaginé d'appareil nouveau pour maintenir la réduction. Il s'est contenté d'appliquer un bandage qui a beaucoup d'analogie avec celui que Mayor a préconisé dans les cas de fracture de l'os. C'est là, dit-il, le seul appareil qui soit à la disposition des praticiens de campagne, lesquels auraient beaucoup de peine à se procurer les appareils plus compliqués à l'aide desquels on est plus sûr d'obtenir une guérison sans difformité, tels que ceux de MM. Bach (de Strasbourg), Maisonneuve, etc.

Nous partagerions l'opinion et les regrets de l'auteur, si la GAZETTE MÉDICALE n'avait publié, en 1846, un cas de guérison complète de ce genre de luxation, au moyen d'un appareil qui est à la disposition de tous les praticiens ; nous voulons parler du tourniquet de Jean-Louis Petit, que M. Laugier a eu l'heureuse idée de faire servir à la compression de l'extrémité luxée, en prenant un point d'appui sur le coude. D'ailleurs la luxation de l'extrémité acromiale de la clavicule ne doit pas être comptée parmi celles qui laissent, à la suite d'un traitement même défectueux, une difformité compromettante pour les fonctions du membre.

TRAITEMENT DU STAPHYLÔME ; par M. PÉTREQUIN.

Ce travail contient quatre observations qui sont autant de spécimens des différents modes de traitement appliqués par M. Pétrequin aux formes diverses de la maladie.

La première observation est un exemple de staphylôme de la cornée traité par la cautérisation infundibulaire et la compression méthodique. La vue a été sensiblement améliorée et le staphylôme complétement détruit.

La seconde observation est relative à un staphylôme de l'iris. Il y a eu également guérison complète du staphylôme, et en outre rétablissement de la vue.

La cautérisation pratiquée par M. Pétrequin a ceci de particulier qu'elle s'opère avec un crayon de nitrate d'argent taillé en cône et qu'elle atteint non pas le staphylôme seul, comme on le recommande généralement, mais avec la tumeur herniée, l'ouverture par laquelle se fait la hernie. C'est ce que l'auteur nomme la cautérisation *infundibuliforme*.

La compression méthodique de l'œil malade est également une innovation heureuse, un complément parfaitement rationnel de la médication.

La troisième observation est un exemple rare de staphylôme du ligament ciliaire, de la grosseur d'un haricot, situé à la jonction de la sclérotique et de la cornée. Le traitement a consisté en plusieurs ponctions successives de la tumeur, qui contenait de l'humeur aqueuse, ponction suivie de la compression. Une amélioration notable a été obtenue.

Enfin, dans la quatrième observation, il est question d'un staphylôme opaque, sphérique de la cornée, dont M. Pétrequin a fait l'ablation. Il en est résulté un moignon très-apte à recevoir un œil artificiel.

Avant de faire l'excision du staphylôme selon le procédé ordinaire, M. Pétrequin a traversé la tumeur avec un fil qui a ensuite été confié

à un aide, afin de la faire saillir. C'est une pratique qu'il sera bon d'imiter dans les cas analogues.

Ces faits viennent à l'appui des préceptes et confirment la méthode que M. Pétrequin a commencé à faire connaître dans la GAZETTE MÉDICALE (V. 1838, p. 470).

RÉSUMÉ DE DIX CAS DE FIÈVRE INTERMITTENTE TRAITÉS PAR LE SULFATE DE CINCHONICINE (DE M. PASTEUR); par le professeur FORGET.

Les observations dont M. Forget nous donne le résumé comprennent 6 cas de fièvre intermittente quotidienne et 4 cas de fièvre tierce ayant duré de quelques jours à un mois. Les effets de la médication au sulfate de cinchonicine, dans ces 10 cas, ont montré :

Que la cinchonicine ne supprime la fièvre que trois fois sur dix, et d'une manière plus lente que le sulfate de quinine;

Que la cinchonicine occasionne des accidents gastriques, même à la dose de 0g,50 ;

Et enfin, que ce médicament nouveau guérit la fièvre intermittente comme tant d'autres succédanés du sulfate de quinine dont l'efficacité demeure toujours incomparablement supérieure.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 19 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

M. FLOURENS, en faisant hommage à l'Académie d'un exemplaire du livre qu'il vient de publier sous le titre d'HISTOIRE DE LA DÉCOUVERTE DE LA CIRCULATION DU SANG, donne une idée, dans les termes suivants, de l'objet qu'il s'est proposé dans ce livre.

J'étudie successivement, dans ce livre, toutes ces découvertes merveilleuses de la circulation du sang proprement dite, des vaisseaux chylifères, du réservoir du chyle, des vaisseaux lymphatiques.

J'y suis les faits depuis Érasistrate et Galien jusqu'à Servet, depuis Servet et Césalpin jusqu'à Harvey, depuis Harvey jusqu'à Pecquet et Thomas Bartholin.

Un point m'a particulièrement occupé. Je me suis appliqué à rechercher, et, si je puis ainsi parler, à reconstruire tout l'ensemble des idées de Galien touchant la circulation de l'*adulte* et celle du *fœtus*, la formation du *sang*, la formation des *esprits*, la *chaleur innée*.

J'examine, dans un chapitre, les prétentions de Scarpi à la découverte de la circulation du sang; et, dans un autre, les opinions physiologiques de Servet, homme étrange qui eut du génie.

Je termine par deux chapitres sur Gui Patin, l'adversaire tout à la fois le plus spirituel et le plus obstiné qu'aient eu les idées modernes.

NOTE SUR LE TROU OVALE ET SUR LE CANAL ARTÉRIEL.

M. FLOURENS lit la note suivante.

I. — DU TROU OVALE.

1° *Époque où le trou ovale est complétement fermé.*

Sur le cochon d'Inde, à 12 jours.
Sur le lapin, à 12 jours.
Sur le chien, à 23 jours.
Sur le veau, entre 1 an et 2 ans.
Sur l'homme, il ne l'est pas encore à 18 mois.

2° *Filaments du trou ovale.*

Ces filaments n'existent, parmi les animaux que j'ai pu examiner, que sur le veau et le cheval.

Dans le veau, je les ai trouvés sur les plus petits embryons (2 mois) que j'aie vus.

3° *Comment sont disposés d'abord les filaments, et comment ensuite ils se réunissent pour former l'occlusion du trou ovale.*

Les filaments n'existent jamais seuls; ils se développent toujours en même temps qu'une membrane dont le bord adhérent s'insère au bord postérieur du trou ovale. Les filaments naissent, au nombre de douze ou quinze au moins, du bord libre de la membrane. Mais ils se réunissent presque aussitôt les uns aux autres, se séparent ensuite pour se réunir de nouveau, et forment ainsi un réseau à mailles variées et de plus en plus larges à mesure qu'on s'éloigne du bord de la membrane. Ce réseau, pour ainsi dire suspendu dans l'oreillette gauche, se termine par trois ou quatre filaments qui viennent s'insérer à la face gauche de la cloison des oreillettes, à un demi-centimètre à peu près du bord antérieur du trou ovale. Les filaments terminaux, au lieu de leur insertion à la cloison des oreillettes, forment comme des arches de pont, l'arche médiane étant plus large que les autres.

A mesure que l'animal se développe, la membrane et le réseau des filaments s'épaississent; par suite de ce grossissement des filaments, les mailles diminuent d'étendue et finissent par disparaître. Les points d'insertion terminale des filaments restent toujours au même nombre et dans la même situation. Au bout d'un certain temps, il ne reste plus que trois ou quatre arches formées par le bord libre de la membrane et les filaments très-raccourcis et très-grossis. Ces arches disparaissent à leur tour par le même procédé, et il n'y a plus de communication entre les deux oreillettes. Avant que cette communication soit complétement fermée, il reste un canal très-oblique qui s'étend de l'oreillette droite jusque dans l'oreillette gauche. Quelquefois ce canal persiste dans l'adulte (vache, mouton, etc.).

Dans les animaux qui n'ont pas de filaments, le mécanisme est à peu de chose près semblable. C'est aussi par l'hypertrophie de la membrane et de ses insertions dans l'oreillette gauche que le trou ovale se ferme; et il y a aussi un canal très-oblique qui peut persister dans l'adulte (chien, lapin, homme, etc.).

II. — DU CANAL ARTÉRIEL.

Époque où le canal artériel est complétement oblitéré.

Sur le chien, il est oblitéré à 36 jours.
Sur le lapin, à 26 jours.
Sur l'homme. Je n'ai examiné le canal que sur des enfants de 18 mois à 2 ans : il n'était pas encore complétement fermé.

Le canal artériel paraît se fermer d'abord par sa partie moyenne : les deux extrémités restent encore ouvertes assez longtemps après que le canal est oblitéré à sa partie moyenne.

ACTION DU SULFATE DE STRYCHNINE DANS LE CHOLÉRA BLEU OU PÉRIODE CYANIQUE ALGIDE DU CHOLÉRA INDIEN.

M. ABEILLE communique sur ce sujet une note dont nous extrayons ce qui suit :

Du 26 avril au 3 juin courant, dit l'auteur, j'ai administré la strychnine à 22 cholériques arrivés à la période cyanique algide, avec absence complète du pouls radial ou pouls à peine perceptible. Or voici ce qui est résulté :

Sur 19 de ces malades, il est survenu une réaction progressive avec réapparition et ascension du pouls, dans l'espace de quatre à vingt-quatre heures, à partir du moment de l'administration du médicament ou pendant son emploi.

Les doses de strychnine ont varié de 0,015 à 0,030 deux fois par jour et en quatre prises dans quatre heures. Sur les 3 malades restants, il n'y a pas eu de réaction, et la mort a été la terminaison; dans la réaction, la circulation a pris parfois un tel degré d'activité, qu'il a fallu recourir à la saignée générale dans le double but de modérer son impulsion et de remédier aux hypérémies organiques.

Un tel résultat, dans cette période du choléra où les cinq sixièmes peut-être des malades succombent sans que la circulation ait pu se rétablir librement, est quelque chose de fort remarquable et témoigne de toute la puissance de la strychnine.

Mais ce n'est pas tout que d'arracher les malades à cette terrible période du choléra : d'autres dangers les attendent pendant la réaction. Soit par suite d'hypérémie, soit par toute autre influence, beaucoup d'entre eux succombent dans l'état dit torpide. C'est ce qui est arrivé pour 9 de nos 19 cholériques échappés à l'état cyanique algide.

Au point de vue de la réaction prompte qu'elle entraîne dans la période cyanique algide, la strychnine possède donc une valeur qui nous a étonné et qu'aucun autre moyen ne peut égaler.

Quant aux résultats définitifs, c'est-à-dire au nombre de guérisons qu'elle procure (10 sur 22), le chiffre est supérieur à ceux obtenus jusque-là dans des conditions identiques.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 27 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Closmadeuc, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Vannes, sur une épidémie de fièvre scarlatine qui a régné dans les communes de Tréhillac et Saint-Dolay;

2° Trois rapports de MM. les médecins des épidémies du département de la Lozère, sur une épidémie de variole qui a régné successivement dans les trois arrondissements;

3° Un extrait d'un rapport de M. le docteur Suquet, médecin sanitaire à Beyrout, sur l'influence de la vaccine sur le développement de la fièvre typhoïde.

Le même ministre transmet en outre à l'Académie des explications fournies par les médecins du département de la Haute-Garonne, exposant les motifs qui les ont empêchés de produire les renseignements demandés.

M. le ministre de la guerre accuse réception du rapport relatif à l'opium algérien.

—M. BÉDOR, correspondant de l'Académie, adresse quelques renseignements sur les cas de choléra qui se sont montrés récemment à Troyes et dans les environs.

—M. TOURNES (de Strasbourg) adresse un mémoire sur le goître endémique. Ce travail renferme quelques détails sur le goître congénial considéré comme cause de mort, sur la distribution du goître suivant les âges et suivant les

sexes, sur sa forme anatomique la plus fréquente, sur la prédominance du lobe droit de la glande thyroïde, sur le poids comparé de cette glande et de la rate, etc.

— M. Léon Malle, élève en pharmacie, adresse un mémoire sur l'emploi des semences de staphysaigre dans les maladies cutanées. (Comm. : MM. Chatin, Gibert.)

— M. Debeney écrit pour protester contre plusieurs assertions de la dernière lettre de M. Langlebert et en particulier contre celle qui consiste à rapporter à Carmichaël la méthode des injections caustiques dans le traitement de la blennorrhagie.

— M. Gaussail (de Toulouse) écrit en réponse à la partie de la dernière argumentation de M. Depaul qui le concerne, qu'il persiste dans toutes ses affirmations, et qu'il mettra l'Académie à même d'en juger en lui adressant prochainement tous ses documents imprimés.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le traitement des déviations de l'utérus par le redresseur utérin.

La parole est à M. P. Dubois.

TRAITEMENT DES DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS PAR LE REDRESSEUR UTÉRIN.

M. P. Dubois : La discussion qui a eu pour point de départ et pour objet la communication de quelques résultats malheureux de la nouvelle méthode de traitement des déviations utérines préconisées par M. Valleix, s'est agrandie au point qu'aujourd'hui elle comprend une très-grande partie de la pathologie utérine. Je vais m'efforcer de la maintenir dans ses premiers termes, en me bornant à ce qui a trait plus particulièrement à l'application du redresseur utérin.

On sait que M. Simpson d'abord, puis après lui et à son exemple M. Valleix, pour remédier à de certaines souffrances qu'ils considèrent à tort ou à raison comme l'effet des déviations de l'utérus, introduisent un instrument droit et rigide dans la cavité de l'utérus, avec l'intention de redresser cet organe lorsqu'il est infléchi, ou de le remettre à sa place s'il est dévié. L'introduction et le maintien de cet instrument dans la cavité de l'utérus donnent souvent lieu à des douleurs plus ou moins vives, à des pertes plus ou moins abondantes, et enfin quelquefois même à des accidents mortels. Cependant il faut ajouter pour être complétement vrai que, dans quelques cas, cette introduction est tout à fait inoffensive; qu'elle a été suivie souvent d'un soulagement temporaire, et même dans quelques cas définitifs.

Quoi qu'il en soit des résultats qu'on est venu exposer devant vous, il est certain pour moi que dans aucun cas le but matériel qu'on se proposait n'a été atteint. Les utérus infléchis n'ont point été redressés, les utérus déviés n'ont point été remis à leur place.

Parmi les propositions que je viens d'énoncer, il en est quelques-unes qui n'ont pas besoin d'être démontrées tant elles sont claires et évidentes d'elles-mêmes. Ainsi personne ne conteste que l'application du redresseur soit douloureuse, qu'elle donne lieu à un écoulement de sang, etc. Mais il n'en est pas de même à l'égard de celle-ci, savoir : que dans aucun cas on ne réussit à redresser et à replacer l'utérus dans sa situation normale (d'une manière permanente s'entend). Voici là-dessus quelques idées théoriques.

L'utérus est contenu dans une cavité dont les diamètres sont supérieurs à ceux de cet organe, et s'il ne s'y incline pas dans divers sens, c'est qu'il n'y est pas seul, c'est qu'il y a autour de lui d'autres organes qui limitent naturellement le champ des déplacements qu'il pourrait subir. Cependant cette limitation n'est pas telle, si l'on considère surtout la mollesse des parois de ces organes, que l'utérus ne pût encore se déplacer s'il n'était maintenu par des ligaments. Mais ces ligaments eux-mêmes ne sont jamais assez tendus pour que l'utérus soit maintenu invariablement dans l'axe fictif que l'on considère comme sa situation normale; en sorte que ce que l'on regarde comme la situation régulière de l'utérus ne serait plutôt que l'exception. Maintenant, si l'on considère que ces agents conséculifs peuvent être relâchés, l'utérus rentrera dans les conditions dont il était question tout à l'heure, et il en pourra résulter des déplacements quelquefois très-considérables.

C'est pour ces cas qu'on a imaginé le redresseur. On s'est proposé un double objet par cet appareil : le premier de redresser et le second de maintenir l'utérus redressé. Mais comme il n'est pas possible de maintenir indéfiniment ce pessaire, il arrive un moment où on le retire, et cela presque inévitablement, que le déplacement se produit. Je sais bien qu'on objecte à cela qu'au bout d'un certain temps les ligaments ont pu reprendre leur tension et leur longueur naturelle, de sorte que l'utérus resterait maintenu. Mais ce n'est là qu'une hypothèse. On pourrait à la rigueur admettre que les ligaments ronds, contenant quelques fibres musculaires, pussent subir un certain degré de rétraction; mais ce qui serait admissible à la rigueur pour le ligament rond ne l'est point pour le ligament large. Il n'y a donc en réalité aucune raison pour admettre que la matrice déviée puisse reprendre sa situation normale et s'y maintienne.

Je n'ai opposé jusqu'à présent à une opinion théorique que des arguments théoriques; voyons maintenant ce qu'apprend l'observation. Lorsque M. Valleix commença à faire sa première application du pessaire intra-utérin, je me rendis sur son invitation à l'hôpital Beaujon, et non-seulement M. Valleix me fit assister à ses opérations, mais il me mit à même d'examiner ses malades. Ayant reconnu que le maniement de cet instrument n'exigeait pas une grande expérience, j'essayai aussi à mon tour. Mes essais ont porté sur une vingtaine de malades. Après six semaines ou deux mois de traitement au maximum, elles sont restées toutes dans le même état; je n'ai constaté chez aucune le redressement de l'utérus; mais je dois dire que plusieurs d'elles étaient très-manifestement soulagées; plusieurs confrères ont constaté les mêmes résultats. J'ai eu, en outre, l'occasion d'être consulté par des malades qui avaient été traitées par M. Simpson; chez toutes indistinctement j'ai trouvé aussi l'utérus dévié. Enfin j'ai revu quelques-unes des malades de M. Valleix, chez toutes encore j'ai trouvé un déplacement plus ou moins considérable, très-considérable dans quelques cas. Parmi ces malades, il en est une en particulier, qui a été signalée dans le travail de M. Valleix comme guérie, c'est celle qui est le sujet de l'obs. 4. Cette femme avait une antéversion. Après sa prétendue guérison, elle avait encore une antéversion des plus considérables et qui a été constatée par plusieurs médecins. J'ajouterai même que l'antéversion était plus considérable qu'avant le traitement; ce qui me paraît pouvoir s'expliquer par la disparition de l'engorgement inflammatoire qui rendait plus difficile peut être la constatation de l'antéversion.

Les inflexions peuvent-elles être redressées? M. Jobert, lors de la première discussion sur ce sujet, fit observer que les inflexions de la matrice se liaient à une altération particulière des parois de cet organe, que la paroi antérieure était plus courte, qu'elle avait moins de substance que la paroi postérieure, et que par conséquent ces sortes d'inflexions ne pouvaient être redressées. Il est à ma connaissance encore que depuis cette époque M. Depaul a fait des observations dont les résultats sont entièrement conformes à celle de M. Jobert.

M. Huguier a exprimé une opinion contraire; mais il a basé cette opinion sur un argument spécieux : il a rappelé qu'on pouvait opérer le redressement d'un cal vicieux, ajoutant que, par suite des transformations nutritives qui s'opéraient dans le tissu osseux, l'os finissait par se développer dans la position redressée.

Je ferai remarquer à M. Huguier qu'il a comparé des choses dissemblables. Il n'y a pas de parité entre un os mou et l'utérus. A mesure que l'os se redresse, il s'enveloppe d'une gangue solide qui se durcit, et qui vient à la longue consolider définitivement le redressement. Rien de semblable n'a lieu dans l'utérus : le redressement de cet organe n'est et ne peut être qu'un redressement temporaire.

L'opinion que j'émets est en contradiction, je le sais, avec celles qu'on a exprimées ici. Je désire qu'on prenne acte de cette opinion et qu'on la soumette à une enquête; lorsqu'on ne sera plus sous l'influence de ce préjugé très-général que les déviations de l'utérus ne sont suivies d'aucun accident, on reconnaîtra peut-être que j'ai eu raison.

J'arrive à la partie la plus difficile de ma tâche; je vais toucher à une matière obscure en elle-même. Je n'ai fait aucune difficulté de dire que, par l'application du redresseur, on avait soulagé des malades non-seulement d'une manière temporaire, mais même d'une manière définitive. Sur 108 observations rapportées par M. Valleix, il a constaté 78 fois la guérison définitive. Je ne pourrais accepter cette assertion en tant que le mot de guérison s'appliquerait ici au redressement; mais s'il s'adresse au soulagement, je ne le trouve pas exagéré. On obtient une pareille proportion de soulagement par d'autres traitements. Je ne conteste ici que le fait du redressement. Comment ce soulagement a-t-il été obtenu? C'est ce qu'il est intéressant d'examiner.

M. Valleix a appliqué le pessaire intra-utérin chez des femmes qui éprouvaient des douleurs dans la région sacrée, dans les fosses iliaques, qui se plaignaient d'une sensation de pesanteur incommode, augmentant par la station et la marche, et chez lesquelles il existait en même temps une sensibilité assez vive dans les organes génitaux. A ces symptômes enfin se joignaient des déplacements de l'utérus; mais ces symptômes n'appartenaient pas au déplacement, ils appartenaient à toute autre maladie : la preuve, c'est que ces symptômes se dissipent, bien que la déviation persiste. L'inflammation utérine s'accompagne de la sensation de pesanteur; ne retrouve-t-on pas encore cette même sensation de pesanteur chez un grand nombre de femmes au moment où se fait la fluxion menstruelle? On les rencontre encore dans un état nerveux particulier qu'il est difficile de bien décrire.

Je n'hésite pas à dire que M. Valleix a appliqué son redresseur chez des femmes qui avaient des phlegmasies utérines.

La malade dont je parlais tout à l'heure était précisément dans ce cas, et on se rappelle qu'elle a guéri, ou du moins qu'elle a cessé de souffrir. Est-ce parce que son utérus a été redressé qu'elle n'a plus souffert? Nullement, car on se souvient que l'utérus n'avait pas été redressé. A quoi faut-il donc attribuer le soulagement qu'elle a éprouvé? A ce qu'en élevant légèrement la matrice, on l'a soustraite à l'action de la pesanteur et à l'effet des tractions opérées sur les ligaments. Il n'est pas impossible encore qu'en redressant momentanément l'utérus, on l'ait soustrait à une cause de fluxion fâcheuse; de sorte que le redressement, dans ce cas, n'aurait pas été inutile. Enfin il n'est pas impossible non plus que l'action du redresseur fasse subir une modification particulière à l'état morbide de l'utérus; je ne suis même pas éloigné de croire qu'on a pu guérir quelquefois, en ravivant une phlegmasie chronique et sourde qui, livrée à elle-même, n'eût jamais marché vers la résolution.

On comprend bien que ce n'est pas par tous ces moyens, par toutes ces modifications à la fois, qu'a lieu la guérison; mais chacun d'eux peut, dans certaines conditions données, concourir à la guérison. Comme exemple à l'appui de ce que je viens de dire, je citerai une femme qui, après avoir subi le traitement de M. Valleix, vint me consulter; elle avait alors un gonflement inflammatoire assez intense de la matrice. Je la soumis à un traitement antiphlogistique; elle vint me trouver quelque temps après, m'assurant qu'elle ne souffrait plus. Il s'était fait chez elle, sous l'influence du traitement mécanique, une transformation d'une phlegmasie chronique en une phlegmasie

aiguë, laquelle avait marché avec beancoup plus de rapidité vers la guérison.

J'ai parlé d'un état nerveux de l'utérus. Cet état nerveux se montre sons deux apparences différentes : il se manifeste le plns habituellement par la douleur; dans d'autres circonstances, il est caractérisé par l'aptitude qu'a la matrice de provoquer dans le système nerveux une surexcitation qui se traduit par des convulsions : c'est la forme hystérique.

J'ignore si l'on a décrit quelque part nne maladie assez commnne, que j'ai eu l'occasion de rencontrer assez fréquemment ponr mon compte, et dont il n'est rien dit cependant dans nos traités classiques. Il n'est pas rare de voir des femmes qui épronvent des douleurs très-vives dans les parties génitales; on voit ordinairement dans ce cas, dans la région vulvo-vaginale, une petite rongeur. Cette hypéresthésie pent aller quelquefois plns loin, et dans quelques cas, elle est portée au point de rendre tout rapprochement sexuel impossible, et de devenir ainsi une canse de stérilité. Dans ce cas, la donleur se propage jusque dans l'utérus, et sur quelqne point dn vagin que l'on porte le doigt, la malade y éprouve nne vive douleur. Eh bien! cette affection produit chez certaines femmes exactement le même ordre de phénomènes dont j'ai parlé tont à l'heure : des donleurs de reins, des doulenrs dans le bassin et la sensation de pesantenr. Ces doulenrs ont quelquefois été soulagées par l'application du pessaire intra-utérin; mais dans un certain nombre de cas, il n'est pas supporté : tels sont ceux où l'hypéresthésie est générale. Dans les cas, an contraire, où l'hypéresthésie est locale et limitée à un point dn col, par exemple, le redresseur est facilement snpporté. Il n'est pas impossible qu'en soustrayant alors l'ntérns à l'action de son propre poids on par tonte antre modification qu'il serait difficile de définir, le pessaire intra-utérin produise d'heureux résultats.

Mais c'est surtont dans l'état nerveux, que j'ai désigné sons le nom d'état hystérique, que l'emploi de ce moyen me paraît susceptible de produire de bons effets. C'est dans ce cas surtout que les femmes éprouvent une sensation de pesanteur très-prononcée. Cet état peut, dans quelques circonstances, être très-prolongé. J'ai counn nne dame qui était dans cette situation depuis plusieurs années. Cette dame a été soumise à diverses opérations faites dans le but de la soulager, et en effet, une de ces operations a produit un soulagement marqué. C'est précisément dans ce cas que le pessaire intra-ntérin produit beaucoup de soulagement, comme modificateur de la sensibilité morbide de l'utérus.

Il est probable qne les faits de ce genre ont dû grossir beancoup la liste des guérisons de M. Valleix; c'est ce qui explique, à mes yeux, le grand nombre de ses succès. Mais je suis persuadé que M. Valleix sait cela anssi bien que moi, qu'il le sait par expérience et par réflexion. Cela est si vrai qu'il emploie un peu moins souvent son pessaire depuis quelque temps, et qu'il lui a fait subir des modifications, entre autres celle qui a consisté à raccourcir la tige, qui est beancoup trop courte maintenant pour pouvoir redresser l'utérus. Je sais enfin qu'il l'a appliqué à des femmes qui n'avaient point et qu'il savait très-bien n'avoir point de déviation; si bien que je l'ai vu, dans quelques circonstances, se borner à introduire l'instrument sans faire ancune tentative de redressement, ce qui eût été, d'ailleurs, parfaitement insuffisant.

Je ne dis pas ceci dans un but de critique; il n'entre pas dans ma pensée la moindre idée de blâme pour M. Valleix. Je ne ferai même aucune difficulté de convenir que, dans les mêmes circonstances, j'aurais agi comme lui. Si M. Valleix avait dit à ses malades qu'elles n'avaient point de déviation, ancune d'elles n'aurait consenti certainement à se laisser opérer. Si je cite ces faits, c'est donc uniquement dans le but d'éclairer la question; si je me sers de cet argument, c'est pour montrer que le redresseur ntérin agit autrement qu'on ne l'a cru d'abord; qu'il agit, non point en redressant, mais en modifiant l'état morbide de l'utérus.

Puisque le redresseur intra-utérin n'est pas un redresseur proprement dit, devra-t-il être conservé dans la pratique? Pour moi, je n'en doute pas; mais il rencontrera de nombreux concurrents. La curette de M. Récamier guérissait aussi, non pas, comme il le croyait, en retirant certains produits morbides de l'utérus, mais en modifiant la sensibilité de cet organe. Cela est si vrai qu'on a guéri des malades par la simple introdnction de la curette. Les cautérisations feront aussi concurrence, et une concurrence redoutable, an redresseur; j'en pourrais dire autant des donches ascendantes.

Je ne crois donc pas que le redresseur doive être abandonné, et pour moi, je ne doute pas que M. Valleix ne soit dans une bonne voie; mais on a fait, dans cette discussion, un oubli que je dois relever : on a oublié de parler d'un moyen trop négligé généralement aujourd'hui, et dont M. Valleix a su tirer un ntile parti. On sait que les femmes qui ont des affections de l'utérus finissent toujours par éprouver un trouble plus ou moins notable de la menstruation, trouble qui n'est pas toujours un simple effet, mais qui devient souvent aussi à son tour cause de nouveaux accidents morbides. L'effet le plus ordinaire de cette perturbation de la menstruation est une chloro-anémie qui complique d'une manière fâcheuse l'affection primitive. On a généralement le tort de borner le traitement aux moyens locaux, et de négliger les moyens généraux que réclame cette chloro-anémie. On se prive par là d'un des principaux éléments de succès. C'est parce que M. Valleix a tenu compte de ces complications et qu'il a fait marcher de front, avec les moyens locaux, des moyens généraux de traitement, tels que les ferrugineux, les toniques, les bains de mer, etc., que je m'explique ses succès.

M. Cazeaux : Si notre honorable rapporteur avait seulement démontré que les cas de mort communiqués à l'Académie par MM. Cruveilhier et Broca devaient être attribués aux complications déterminées par l'introduction de la sonde et du pessaire intra-ntérin; si même, à propos de ces communications, il avait cherché à démontrer que ces faits n'étaient pas aussi isolés qu'ils paraissaient l'être, et qu'une foule d'autres observations, jusqu'à présent inédites, témoignaient du danger de la nouvelle méthode, il est infiniment probable que personne, dans cette enceinte, n'eût demandé la parole pour contredire ses assertions. Après avoir, en effet, entendu le très-remarquable rapport de notre collègue, il me paraît impossible de ne pas rester convaincu que, même dans les cas en apparence les plus favorables, le redressement des déviations ou des inflexions ntérines par le pessaire intra-ntérin devient sonvent la cause d'accidents très-graves, et que, dans plusienrs de ces cas, ces accidents ont rapidement entraîné la mort de la malade. Les faits recueillis par M. Depaul ne laissent plus ancun donte à ce sujet, et je me plais à reconnaître qu'il a rendu un véritable service à la science en démontrant par des faits nombreux tout le danger d'une méthode dont jusqu'à présent on ne connaissait guère que les avantages et les prétendns succès.

Mais puisque M. Depaul, élargissant volontairement le terrain de la discussion, introduisait dans son travail des observations autres que celles communiquées à l'Académie, puisqu'il faisait, en un mot, une véritable enquête sur les résultats fonrnis par le nonveau redresseur, pouvait-il, niant ainsi tacitement les faits publiés par des confrères honorables, ne citer que des revers et ne rien dire des résultats favorables? Pour moi, je n'hésite pas à le dire, quelques-uns de ces résultats favorables sont tout anssi incontestables que les cas malhenreux cités par notre collègue.

Ce qne vient de dire M. P. Dubois à ce sujet me dispense d'entrer dans de longs développements : j'ajonterai seulement que, dans les cas de rétroversion légère, le redresseur n'a eu d'influence heureuse qu'en corrigeant l'abaissement de la matrice. Il suffit, en effet, de réfléchir à la direction de l'axe pelvien pour comprendre que presque tous les abaissements se compliquent d'une rétroversion plus ou moins prononcée, et j'ai la conviction que bon nombre des observations de M. Valleix, qui portent le titre de rétroversion, seraient plus légitimement désignées sous celui d'abaissement. Cette erreur de diagnostic fait comprendre pourquoi les femmes ont été momentanément soulagées ou guéries par l'application de l'instrument, et pourquoi les symptômes primitifs se sont renouvelés peu de temps après le retrait du pessaire. On comprend enfin comment, dans quelques cas rares où le pessaire a été conservé longtemps, les malades ont pu être complétement guéries, les ligaments snspenseurs ayant repris pendant ce temps leur énergie première.

Je me hâte d'arriver à la partie théorique du rapport.

M. Depaul ne s'est pas contenté de prouver le danger du redresseur : non-seulement il a cherché à démontrer, par les observations de MM. Simpson et Valleix, que leur méthode était mauvaise et dangereuse, mais encore qu'ils s'étaient trompés sur la cause et la nature des douleurs auxquelles ils on voulu remédier.

S'appuyant sur les idées professées par M. Paul Dubois, notre honorable collègue déclare que, pour lui, les déplacements et les inflexions n'ont qu'une influence très-secondaire dans la production des accidents qu'on leur attribue, et que c'est uniquement aux affections concomitantes qu'il faut faire remonter la cause des troubles locaux ou généraux éprouvés par les malades.

Déjà MM. Malgaigne, Hervez de Chégoin et Huguier ont protesté contre cette assertion.

La différence d'opinion sur ce point de pratique, aussi simple en apparence, me paraît surtout tenir à ce qu'on a pris l'habitude de grouper dans un même chapitre les déviations ou déplacements de la matrice, et les inflexions ou incurvations du même organe. Ce qui est vrai pour les déviations ne l'est pas pour les inflexions, et *vice versâ*. Et pour prendre un exemple dans le rapport lui-même, je serais assez disposé à accepter l'opinion de MM. P. Dubois et Depaul, sur l'innocuité des inflexions simples et légères, et je la repousse complétement, quand cette opinion s'applique aux antéversions et aux rétroversions.

Les déviations de la matrice, connues sous les noms d'anté, rétro, latéro-versions et d'abaissement, sont-elles par elles-mêmes, et en dehors de toute autre altération, une cause de souffrance, une maladie, en un mot, qui réclame impérieusement les secours de l'art?

Pour avoir quelque chose de positif sur l'influence des déviations utérines, il faut, dit le rapport, rechercher : 1° si parmi les femmes qui se portent bien, il n'y en a pas un certain nombre dont la matrice est plus ou moins déviée; 2° si chez celles qui ont simultanément une autre affection, il ne suffit pas, le plus habituellement, de guérir celle-ci pour voir disparaître tous les accidents, même ceux qu'on attribuait à la déviation; 3° si des affections utérines, sans aucun déplacement, ne produisent pas souvent tout le cortége des symptômes précédemment indiqués comme appartenant aux déviations.

Ainsi, parmi les femmes dont l'utérus est dévié, il y en a un certain nombre qui se portent parfaitement bien. Mais qu'est-ce que cela prouve? Est-ce qu'il n'en est pas de même de la plupart des affections utérines? Est-ce que les ulcérations, certains engorgements du col ne sont pas dans ce cas? En conclurez-vous qu'ils sont toujours sans influence sur la santé des femmes? Le cancer lui-même, qui se termine constamment par la mort, n'existe-t-il pas souvent depuis longtemps sans qu'aucun symptôme ait révélé son existence à la malade? C'est qu'en vérité l'utérus offre, sous ce rapport, de nombreuses bizarreries, et que la même altération de tissu, la même anomalie de position et de déviation déterminera, chez une femme, les troubles locaux ou géné-

raux les plus variés et les plus violents, tandis qu'elle passera inaperçue chez une autre.

Mais, ajoute M. Depaul, chez les femmes qui ont simultanément une autre affection et un déplacement, il suffit de guérir la première pour voir disparaître le second, ou du moins les accidents qu'on est tenté de lui imputer. Et sur ce point, il fait appel à l'expérience de tous.

Jusqu'à présent, disons-le, personne n'a répondu à l'appel de notre collègue.

Il serait facile, d'ailleurs, de retourner l'argument contre notre collègue; car s'il a été assez heureux pour voir des déviations disparaître après la guérison de granulations ou de simples névralgies, M. Hervez et beaucoup d'autres, parmi lesquels je pourrais me citer, ont vu, après la réduction d'un utérus dévié, disparaître les engorgements et les ulcérations que le col de l'utérus offrait auparavant. Et si alors on venait lui dire : J'ai réduit l'utérus dans sa position normale; après cette réduction, tous les symptômes que vous imputez aux ulcérations, engorgements, etc., ont disparu, pourrait-il encore conclure que la déviation n'est rien ou peu de chose et que les autres altérations étaient la cause unique de douleurs qui pourtant ont disparu malgré la persistance de ces mêmes altérations.

Enfin, ajoute M. le rapporteur, les symptômes assignés aux déplacements se rencontrent dans une foule d'autres maladies non accompagnées de déviations. Je me plais à reconnaître la vérité de cette assertion. Mais quelle conclusion favorable à sa thèse M. le rapporteur croit-il pouvoir déduire de cette similitude de symptômes? Et puisque dans les altérations complexes de l'utérus, il blâme M. Valleix de faire remonter aux déviations la cause des phénomènes morbides, je ne vois pas, en vérité, ce qui l'autorise à en trouver le point de départ dans une autre lésion. Si, en effet, M. Valleix a tort de ne tenir compte que des déplacements, M. Depaul est-il plus dans le vrai quand il les considère comme complétement insignifiants?

Je ne le pense pas, et M. le rapporteur, qui a pu reprocher avec justice à M. Valleix d'être trop exclusif, s'est imprudemment exposé à ce qu'on lui adressât le même reproche.

M. P. Dubois, sur l'autorité duquel s'appuie avec raison M. Depaul, n'a pas été tout à fait aussi explicite que M. le rapporteur; et par une de ces sages réserves qui lui sont si familières, il repousse d'avance toute argumentation trop pressante. Quant à l'abaissement et aux déviations, disait-il en 1849, je crois pouvoir leur prêter la même immunité qu'aux inflexions, toutes les fois qu'elles ne sont pas exagérées, et c'est le cas le plus commun.

Après cet aveu, je ne comprends pas, en vérité, l'opposition qu'a soulevée l'opinion de mon savant maître, car tout le monde était d'accord. Personne que je sache, si on en excepte quelques partisans exagérés du redresseur intra-utérin, n'a prétendu que toute altération, si petite qu'elle fût, dans la direction de l'utérus, devenait, pour la femme, la cause de vives souffrances. C'est certainement pour les déviations exagérées et seulement pour celles qui portent une atteinte sérieuse à la santé de la femme, que M. Hervez et quelques autres ont proposé leurs nombreux pessaires.

Et, puisque j'ai parlé du pessaire de M. Hervez, que l'Académie me permette une courte observation sur l'opinion exprimée par M. Dubois, dans la dernière séance, opinion que, du reste, il avait déjà formulée en 1849. Je crois, a dit notre très-honorable collègue, que M. Hervez se fait illusion lorsqu'il affirme avoir remédié aux déviations de l'utérus avec les pessaires dont il se sert. Ces pessaires ne pouvant agir que sur la portion inférieure de la matrice, il me paraît impossible qu'ils puissent redresser complétement un utérus en rétroversion.

Cette illusion, je le déclare, je la partage complétement, et je suis convaincu, comme M. Hervez, que, dans la rétroversion en particulier, son pessaire a guéri des femmes que rien n'avait pu soulager. Cette conviction, je l'ai puisée dans des faits de ma propre pratique, et aux cas nombreux publiés par notre collègue, je prie l'Académie de me permettre d'ajouter le suivant.

(M. Cazeaux rapporte ici un fait dont les détails lui ont été communiqués par M. le docteur Fournier, qui l'avait appelé en consultation.)

Je crois avoir prouvé que les raisons sur lesquelles se fonde M. Depaul pour croire à l'innocuité presque constante des déviations, ne sont nullement probantes.

Voyons s'il en est de même des inflexions.

Sur ce point encore, on se trouve en présence d'opinions complétement opposées : d'un côté, celle de M. Velpeau, qui voit dans les incurvations de l'utérus une cause fréquente de souffrances locales ou générales, et de l'autre, le sentiment exprimé par M. Dubois, qui les croit sans importance dans la pathologie de la femme.

Pour apprécier l'influence qu'elles peuvent exercer, il faut tenir grand compte, à mon avis, de leur origine et du mécanisme de leur formation.

Quant à leur origine, tout le monde admet qu'elles peuvent être congénitales ou ne se produire qu'à un âge plus ou moins avancé. Eh bien! qui ne voit dans cette distinction l'explication toute naturelle des résultats si différents qu'elles produisent? Les inflexions accidentelles, en effet, sont presque toujours la cause de gêne et quelquefois même de douleurs vives, tandis que les inflexions congénitales ne sont le plus souvent la cause d'aucune souffrance. Le rectum et la vessie se sont peu à peu habitués au voisinage d'un utérus mal conformé, et à part les douleurs de la dysménorrhée et l'obstacle que parfois ce vice de conformation oppose à la conception, la femme n'a pas autrement à s'en plaindre.

J'ai dit que beaucoup de ces inflexions étaient congénitales; pour être plus exact, j'aurais dû dire que le plus souvent elles ne sont que la persistance d'une disposition presque constante chez la petite fille, et qui, suivant moi, tend à disparaître à mesure que se complète le développement de la jeune fille. J'admets donc, comme on le voit, à peu près complétement l'opinion de MM. Boulard, Follin, Verneuil, etc., sur la disposition de la matrice chez le fœtus et le très-jeune enfant, opinion qu'a essayé de combattre M. le rapporteur.

Notre honorable collègue croit pouvoir s'inscrire en faux contre cette assertion, ou du moins il croit pouvoir considérer cet état comme purement cadavérique, et ne voit pas là la preuve que ces inflexions constatées à l'autopsie existaient avant la mort.

J'avoue ne pas comprendre la prétention de M. Depaul, et si elle était admise, il faudrait déclarer que nous ne savons rien en anatomie et qu'il faut recommencer nos études.

Je n'ai pas le temps de m'étendre plus longuement sur ce sujet; mais il me suffira de rappeler : 1° la différence de longueur du col et du corps chez le fœtus; 2° la position élevée de ce dernier; 3° l'inclinaison exagérée du détroit supérieur; enfin le poids de la masse intestinale qui presse inévitablement sur la seule partie mobile de l'organe, pour expliquer suffisamment l'antéflexion comme état normal pendant la vie intra-utérine.

Toutes ces dernières conditions, je m'empresse de le dire, disparaissent peu à peu à mesure que la petite fille se développe, et avec elles tend à s'effacer l'inflexion première, dont elles avaient été la cause.

Aussi je suis loin d'admettre que toutes ces inflexions congénitales persistent jusqu'après une première conception. A mesure que la matrice descend davantage dans l'excavation, elle est soumise, de la part des organes voisins, à des pressions qui peu à peu effacent l'angle que formaient son corps et son col. C'est pour cela précisément que plus la petite fille avance en âge, moins ces inflexions sont prononcées, et ce n'est qu'exceptionnellement qu'elles se perpétuent indéfiniment.

Comme je l'ai dit plus haut, je les crois alors sans influence fâcheuse sur la santé des femmes.

Quant aux inflexions accidentelles, leur origine est toute différente : elles m'ont paru presque toujours consécutives à une autre lésion. Tantôt elles résultent d'adhérences vicieuses, tantôt d'une altération particulière du tissu utérin, le plus souvent elles sont causées par une antéversion ou une rétroversion préexistante. J'ai vu plusieurs fois ce dernier mécanisme se produire sous mes yeux en quelques semaines; le même utérus dont j'avais constaté et fait constater à plusieurs personnes le déplacement, m'offrait, peu de temps après, une inflexion du col sur le corps.

L'étude étiologique à laquelle je viens de me livrer a une importance réelle dans l'étude de la symptomatologie et du traitement.

J'ai déjà dit que les inflexions congénitales étaient rarement la cause de souffrances, et qu'il n'en était pas de même en général pour les luxations accidentelles. Je n'y reviendrai pas; mais il est facile de pressentir que, dans mon opinion, ces dernières peuvent nécessiter un traitement que les autres ne réclament jamais.

Parmi les inflexions accidentelles, les inflexions consécutives à une déviation sont à peu près les seules que nous puissions espérer guérir; en remédiant, en effet, à un déplacement primitif, on a quelque raison de penser qu'on fera cesser l'inflexion qu'il a causée. Quant aux adhérences vicieuses et aux altérations diverses du tissu, nous n'avons guère qu'à déplorer notre impuissance.

Indépendamment, en effet, des raisons invoquées par M. Paul Dubois pour prouver l'inutilité du pessaire intra-utérin, je demande à l'Académie de lui signaler une disposition anatomique qui m'a toujours éloigné de ce moyen. J'ai examiné sept ou huit utérus infléchis, et tous m'ont présenté une des dispositions suivantes au niveau de l'angle d'inflexion : ou bien le tissu utérin était en ce point excessivement ramolli, et l'on pouvait, à l'aide d'une légère pression, rendre à l'organe sa direction normale; mais aussitôt qu'on cessait de maintenir le fond de la matrice, il retombait par son propre poids, et la difformité reparaissait, ou bien, au niveau de ce même angle d'inflexion, le tissu utérin offrait une résistance et une dureté très-grandes, à ce point que, saisissant d'une main le col et de l'autre le corps, il fallait déployer une force réelle et déchirer les tissus pour en opérer le redressement. Eh bien! n'est-il pas évident que, dans le premier de ces cas, tout redressement artificiel cessera dès qu'on retirera l'instrument, et que, dans le second, la déchirure presque inévitable des fibres utérines pourra être le point de départ d'accidents formidables?

Je crois donc pouvoir conclure de tout ce que je viens de dire :

1° Que le redresseur utérin est le plus souvent un instrument inutile, souvent dangereux;

2° Qu'il importe de distinguer les déviations des inflexions utérines;

3° Que les déviations simples, quelquefois innocentes, sont souvent la cause d'accidents sérieux;

4° Que la science possède des moyens de les guérir quelquefois, et que ces moyens soulagent presque toujours;

5° Que les inflexions utérines accidentelles, quand elles ne troublent ni la menstruation ni la conception, ne sont presque jamais accompagnées d'accidents et ne nécessitent aucun traitement.

6° Que, parmi les inflexions accidentelles, les seules dont on puisse tenter le redressement sont celles qui succèdent à un déplacement.

Je me proposais de parler encore du cathétérisme utérin, pour lequel M. Depaul m'a paru trop sévère; mais le temps me presse, et je me contenterai de dire qu'avec certaines précautions il est possible d'éviter les accidents signalés par notre collègue, et que, d'un autre côté, cette exploration me paraît pouvoir rendre des services réels.

Encore un mot. On a bien souvent, et dans le rapport et dans la discussion, invoqué la métrite comme expliquant une foule de souffrances éprouvées par les malades. La métrite est décrite partout comme une maladie très-fréquente qui peut exister isolément et peut surtout être liée à d'autres inflammations. Or, à mon avis, cette phlegmasie du parenchyme utérin est excessivement rare.

Quand je parle de la métrite parenchymateuse, je mets de côté tout ce qui a été décrit sous les noms de phlegmon péri-utérin, de métrite catarrhale ou inflammation de la membrane muqueuse, péritonite partielle, phlébite et lymphite utérine. Je ne parle évidemment que de l'inflammation du tissu propre. Celle-ci, je ne l'ai jamais constatée anatomiquement. Je sais bien que l'inflammation peut exister sans suppuration; mais enfin si la métrite était aussi commune, comment se ferait-il qu'on trouvât si rarement du pus dans les fibres musculaires de l'utérus, alors qu'à la suite des couches le pus se forme si facilement dans toute l'économie ? Comment se fait-il que ce tissu utérin, qu'on dit être si souvent le point de départ de l'inflammation, n'en offre presque jamais de trace? Je n'ose pas dire jamais, mais j'affirme qu'après avoir fait un très-grand nombre d'autopsies, je n'en ai jamais vu.

Je n'ai pas le temps, vu l'heure avancée, d'insister plus longuement sur ce point, mais j'appelle instamment sur lui l'attention de mes confrères, et j'ai la conviction qu'après y avoir sérieusement réfléchi, après avoir examiné un très-grand nombre de faits, on arrivera à cette conclusion que la métrite parenchymateuse, si rare dans l'état puerpéral, est encore plus rare dans l'état de vacuité, et qu'on a eu tort de lui attribuer des troubles locaux et généraux qui, dans l'immense majorité des cas, trouvent ailleurs leur raison d'être.

CALCULS OFFRANT UNE DISPOSITION INSOLITE.

M. Larrey présente des calculs dont la disposition singulière s'est rencontrée chez un ancien officier, affecté depuis longues années d'une maladie complexe des voies urinaires, soumis à une opération heureuse de lithotritie en 1842, par M. Leroy d'Etiolles. Entré récemment au Val-de-Grâce pour la récidive de la même affection, puis atteint, sous une influence de refroidissement, d'un rhumatisme articulaire, et enfin par une métastase brusque, d'une endo-péricardite suraiguë, à laquelle, malgré les secours les plus prompts et les conseils les plus éclairés, il a presque subitement succombé.

La mort, d'après l'autopsie, paraît s'expliquer par la formation d'un caillot fibrineux qui adhérait à l'orifice urétral en l'oblitérant.

Quant aux organes urinaires, à part un rétrécissement valvulaire de l'urètre, à la base du bulbe, et une hypertrophie considérable de la prostate, la principale altération résidait dans la vessie, un peu resserrée sur elle-même, avec un épaississement très-prononcé de ses parois, des anfractuosités de sa face interne, et une excavation notable de son bas-fonds. C'est dans cette poche que se trouvaient logés cinq calculs juxtaposés, de forme et de longueur semblables, chacun représentant un tétraèdre régulier.

La section de l'un d'eux et l'analyse chimique ont démontré la formation de sels calcaires, urate et phosphate de chaux, phosphate ammoniaco-magnésien et un nucléole d'acide urique.

La disposition de ces calculs, bien plus que leur composition, nous a paru offrir assez d'intérêt pour communiquer ce fait à l'Académie de médecine ainsi qu'à la Société de chirurgie, et on pourrait en déduire des considérations utiles sur l'opportunité comparative de l'opération de la taille et de la lithotritie.

La séance est levée à cinq heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE.

De la pellagre; par M. J. M. Gustave Hameau. — Thèse inaugurale. — In-4°. — Paris, 1853.

L'histoire de la pellagre n'a pas seulement l'intérêt d'une maladie grave, peu connue, obscure dans son origine comme dans ses causes; elle offre en outre cet intérêt qui s'attache à l'histoire de toutes les maladies endémiques et à l'étude de toutes les questions de salubrité et d'hygiène publique. Cet intérêt s'accroît encore si l'on songe que la question de l'origine de la pellagre semble impliquer un concours d'influences climatériques, topographiques, des influences d'alimentation, de condition sociale, et peut-être même, suivant l'opinion de quelques pathologistes, une question d'abatardissement de race. L'histoire de la pellagre a été l'objet, dans ces dernières années, de recherches multipliées et de remarquables travaux. L'étiologie de cette maladie, à la fois si singulière et si terrible, a donné lieu surtout à une foule d'hypothèses qui laissent l'esprit indécis. On connaît en particulier la théorie spécieuse et si habilement soutenue en Italie par M. Balardini et par M. Th. Roussel en France. Malgré tout ce qui a été dit depuis pour ou contre, l'étiologie de la pellagre est encore loin d'être fixée et son histoire laisse plus d'un point obscur à éclaircir. Fils de l'honorable praticien qui a l'un des premiers signalé en France l'existence de la pellagre dans les Landes, M. Gustave Hameau a consacré ses premiers travaux à l'étude de cette grave et curieuse maladie. Il en a fait le sujet de sa thèse inaugurale. C'est à l'examen de cette thèse que nous consacrons cet article.

M. Hameau repousse comme défectueuses les divisions établies par les Italiens en degrés ou périodes, en progression d'intensité, en types spéciaux, etc., comme forcées, artificielles et peu conformes à la marche naturelle. Il substitue à ces divisions celles en trois séries prises dans l'ordre anatomique des appareils : 1° cutanés; 2° digestifs; 3° nerveux. Mais quelle est l'importance de chacun de ces trois ordres de phénomènes et quelle est leur ordre de subordination réciproque? On sait que parmi les auteurs, les uns, avec Casal et M. T. Roussel, font débuter la pellagre par les troubles des fonctions digestives; les autres, avec Frapoli et les médecins italiens en général, regardant la pellagre comme due à l'insolation, signalent l'affection cutanée comme en marquant toujours le début; quelques autres enfin font jouer le rôle primordial aux troubles nerveux. M. Hameau, soumettant cette question au contrôle des faits et à une discussion sévère, arrive à cette conclusion : que les auteurs qui ont affirmé une proposition absolue se sont trompés; que la pellagre fait invasion quelquefois par les centres nerveux, fréquemment par le conduit gastro-intestinal, plus souvent encore par l'appareil cutané. Quant aux prodromes et à une prétendue incubation admise par plusieurs auteurs, M. Hameau, sans les rejeter absolument, ne croit à leur existence qu'avec certaines restrictions. Il n'existe pas ordinairement de prodromes, dit-il; le danger a déjà éclaté quand se montre le premier signe, et la marche de la maladie, tantôt lente, tantôt précipitée, sera toujours progressive. Quant au mot *incubation*, qui implique en général l'idée de maladie contagieuse ou à virus, il ne lui paraît pas applicable dans l'espèce; le mot d'*état latent* lui paraîtrait rendre plutôt cette période de la maladie qui précède de plus ou moins longtemps sa manifestation complète.

En ce qui concerne la marche de la pellagre, la distinction en trois périodes, savoir : l'intermittente, la rémittente et la continue, faite par Strambio, lui paraît être celle qui en donne l'idée la plus exacte.

La paralysie et la folie pellagreuse ont donné lieu à des recherches nombreuses et à des rapprochements plus ou moins contestés entre cette affection et la paralysie générale progressive des aliénés. On connaît à cet égard le dissentiment qui existe entre M. Baillarger, d'une part, qui voit un rapport très-intime entre la paralysie générale progressive des aliénés et celle des pellagreux, et M. Bricrre de Boismont, d'autre part, qui voit dans les circonstances de l'âge, de l'hérédité, dans certains symptômes et variétés de la monomanie triste, dans la propension des pellagreux au suicide, un caractère différentiel qui la distingue suffisamment de la paralysie générale progressive dont la démence est le cachet. M. Hameau, faute de faits suffisants à ce point de vue pour résoudre ce point, s'est borné à rapporter à cet égard ce qu'il a vu, mais sans en rien conclure pour l'une ou l'autre des opinions dissidentes. Or il résulte de ses recherches que l'idiotie est plus fréquente que la démence. Sur 130 observations, il a compté 17 démences bien indiquées, et sur ce nombre 4 suicides, et 28 cas d'idiotie. L'hébétude, ajoute-t-il, est presque générale parmi les pellagreux, et souvent après quelques jours de délire aigu, ils tombent dans un collapsus qui se prolonge indéfiniment.

L'anatomie pathologique de la pellagre n'offre, comme on le sait, rien de constant et de caractéristique. M. Hameau n'a rien ajouté à ce que l'on savait à cet égard, si ce n'est une observation nécropsique qui lui a fait constater un épanchement séreux dans les méninges cérébrales et rachidiennes, avec un ramollissement sensible de la substance du cerveau et plus sensible encore de la moelle épinière dans toute son étendue; résultat qu'on peut rapprocher de la remarque suivante de M. le professeur Requin, savoir : que ce qu'il y a de plus important à signaler dans l'anatomie pathologique de la pellagre, ce sont les altérations de l'encéphalite superficielle généralisée.

La nature et les causes de la pellagre ont surtout fixé l'attention de M. Hameau. On sait à combien d'interprétations diverses, à combien de théories a donné lieu l'étiologie de la pellagre. M. Hameau, examinant une à une les opinions les plus accréditées, a fait surtout ressortir avec beaucoup de sens l'étrange confusion qui régnait sur ce sujet jusqu'au temps et au temps même d'Alibert, et il réfute cette opinion ancienne et renouvelée récemment par M. Lalesque, que la pellagre n'est autre chose que la *lèpre modifiée*, ainsi que l'idée que la pellagre pourrait être une syphilis dégénérée.

Parmi les causes assignées à la pellagre, les plus accréditées sont la misère, l'insuffisante alimentation, l'usage du maïs. La misère, suivant M. Hameau, joue probablement, à l'égard de la pellagre, le rôle de cause prédisposante, mais non nécessaire ni suffisante. L'alimentation insuffisante et l'usage du maïs sont les deux seules théories étiologiques que M. Hameau a jugées dignes d'être discutées.

C'est à la thèse de M. le professeur Bouchardat sur l'alimentation insuffisante que M. Hameau a emprunté l'appréciation des effets de

l'inanition. De cette appréciation, il résulte, à ses yeux, que l'alimentation insuffisante provoque dans l'économie un assez grand nombre des désordres qu'on retrouve dans la pellagre; mais elle ne les provoque pas tous, et la plupart même ont besoin, avant d'être acceptés, d'un plus mûr examen. Voici les objections que fait M. Hameau à cette hypothèse. Il est commun de n'observer pendant le cours d'une pellagre ni convulsions, ni délire, ni aucun signe de névrosthénie, mais au contraire une paralysie progressive, sans ataxie, plus facile à concevoir par une diminution du volume de la substance nerveuse ou du moins de ses fonctions que par cette prédominance du même système qu'on observe dans l'inanition.

Loin de voir la sécrétion salivaire diminuer dans la pellagre, on observe très-fréquemment un ptyalisme abondant.

En interrogeant l'anatomie pathologique, on remarque encore quelques différences. La muqueuse stomacale ne s'ulcère, ne se corrode, ne s'enflamme jamais dans l'inanition, contrairement à ce qui s'observe le plus souvent dans la pellagre.

Enfin les faits démontrent qu'un grand nombre de pellagreux sont de malheureux paysans, des laboureurs, des bergers, qui ne trouvent dans leur nourriture habituelle que des moyens peut-être insuffisants pour lutter contre les mille causes de détérioration qui les environnent. Mais si ces conditions sont vraies pour l'habitant des grandes Landes, elles cessent de l'être, au même degré du moins, pour les contrées méridionales des Landes où le terrain se prête merveilleusement à la culture de la vigne et des céréales et où l'on voit cependant des pellagreux.

A cette expérience en masse dont la nature semble avoir fait elle-même les frais, l'auteur joint la relation de quelques faits individuels où l'on voit la pellagre se développer chez des sujets placés dans les conditions d'alimentation les meilleures, et qui lui paraissent militer également contre la théorie qui voudrait attribuer exclusivement à l'inanition le développement de la pellagre.

Le maïs ne peut, non plus, suivant M. Hameau, être regardé comme la cause unique de la pellagre; et la doctrine étiologique établie par Balardini, et si habilement soutenue par M. Th. Roussel, ne lui paraît pas devoir tenir contre ce seul fait, savoir : que la pellagre existe dans des contrées où l'usage du maïs est très-restreint ou n'existe pas, et qu'elle n'existe pas partout où l'on mange du maïs altéré. Ici comme pour l'alimentation insuffisante, M. Hameau fait remarquer d'ailleurs que le maïs peut entrer dans l'étiologie comme cause générale, mais non point comme cause exclusive et spéciale.

Quelle sera donc, pour l'auteur, la cause spéciale de la pellagre? M. Hameau père (le père de l'auteur) avait déjà remarqué, à l'époque où il communiqua ses premières recherches à la Société de médecine de Bordeaux, il y a vingt et quelques années, que les bergers et souvent les cultivateurs se vêtissaient de peaux de brebis non tannées et qu'on ne lavait jamais. Or, des informations qu'il a prises sur les maladies auxquelles les brebis sont sujettes, il est résulté que quelquefois, dans l'été, quelques brebis mouraient d'une forte diarrhée accompagnée d'une rougeur dans l'intérieur des cuisses, et qu'elles étaient sujettes à une maladie nommée par les paysans de la contrée *pelle*, d'où il est présumable qu'est venu le nom de *pellagre*. M. Hameau a induit de là, un peu prématurément peut-être, que les bergers qui soignent les brebis malades, qui les écorchent lorsqu'elles sont mortes pour en avoir la peau dont ils se vêtissent, pouvaient bien avoir contracté cette maladie. Une circonstance surtout semblait prêter quelque appui à cette étiologie, c'est que les marins, nombreux dans ce pays et adonnés à tous les excès; que les résiniers, classe pauvre et plus misérable qu'aucune autre; que les cultivateurs ne faisant aucun usage de fumier de brebis; que les communes où il n'y a pas de troupeaux (telle est la Teste), et que même les quartiers d'une même commune où ils ne sont pas en contact avec les habitants, sont à l'abri de la pellagre, tandis que cette maladie était observée exclusivement chez les bergers ou les cultivateurs qui manient le fumier de brebis. Ce serait donc d'après cette théorie un virus inoculable de la brebis à l'homme, qui serait la cause de la pellagre. (Nous ferons remarquer, en passant, une petite contradiction qu'implique cette théorie avec ce que l'auteur a dit précédemment au sujet de la contagion.)

M. Hameau fils, notre auteur, a cherché à réhabiliter cette théorie oubliée, ou du moins à l'étayer de quelques faits nouveaux et de quelques considérations qui lui paraissent ajouter à sa probabilité. Là où la pellagre est endémique existent des troupeaux de moutons, dit M. Hameau, et des observations qu'il doit à plusieurs de ses confrères, ainsi que celles qu'il a recueillies lui-même, montrent qu'il a toujours existé des rapports des malades avec la race ovine.

Si nous nous sommes associé jusqu'à présent aux critiques judicieuses que M. Hameau a faites des diverses hypothèses auxquelles on a alternativement eu recours pour expliquer l'origine de la pellagre, nous aurons le regret de ne pas nous rendre, sans de grandes réserves au moins, à l'opinion qu'il cherche à faire prévaloir à son tour sur l'étiologie de cette maladie. On pourrait même, ce nous semble, retourner contre cette théorie une partie des objections faites avec tant de justesse contre les autres. Outre que les médecins vétérinaires déclarent ne connaître chez les animaux aucune maladie qui ressemble à la pellagre, il y aurait à se demander pourquoi cette maladie n'aurait pas été connue de toute antiquité; pourquoi depuis un demi-siècle seulement qu'elle a été signalée, on ne l'a observée que dans certaines contrées seulement et point dans toutes celles où il y a de nombreux troupeaux, etc. M. Hameau est allé au-devant de cette objection en disant que la question n'est pas de savoir si la pellagre existe partout où vivent des brebis, mais si partout où elle existe il y a des brebis; si ces brebis sont sujettes à la *pelle*; s'il est enfin des eas bien authentiques de pellagre chez des individus qui n'ont eu aucune relation médiate ou immédiate avec ces animaux. Mais il convient lui-même que les faits nécessaires à la solution de cette dernière partie du problème manquent; et c'est cet aveu même qui vient accroître nos doutes à cet égard. Nous rappellerons à cette occasion tout ce qu'il a fallu d'enquêtes, de discussions, de recherches pour établir dans la science le fait de la transmission de la morve du cheval à l'homme. Ce n'est que par des expériences directes, c'est-à-dire par l'inoculation au cheval des produits sécrétoires morbides de l'homme présumé atteint de morve, que la question a été résolue. Si ce genre d'épreuve était possible pour la pellagre, ce serait aussi le seul capable de donner à cet égard une complète certitude. Jusque-là l'étiologie que lui assigne M. Hameau restera au rang des hypothèses.

N'oublions pas, avant de terminer cette analyse, de mentionner un fait d'un intérêt capital, et qui serait immense dans ses résultats, comme le dit avec raison M. Hameau, s'il venait à être confirmé par l'expérience; nous voulons parler de l'efficacité du traitement de la pellagre par l'eau sulfureuse de Labassère ou de Cauterets. Au dire de M. Verdoux, cité par M. Hameau, tous les sujets pellagreux qu'il a traités par cette méthode auraient guéri. Était-ce bien réellement à des cas de pellagre qu'a eu affaire ce médecin? On comprend combien, en l'absence de tout moyen de contrôle, nous devons être réservé sur ce point. Toujours est-il que la pellagre s'étant jusqu'ici montrée réfractaire à tous les essais de la thérapeutique, il n'y a que trop de motifs d'engager les praticiens à saisir toutes les occasions qui pourront se présenter d'expérimenter ce mode de traitement dont on trouvera les détails dans la très-intéressante thèse de M. Hameau.

H. Brochin.

VARIÉTÉS.

BULLETIN DU CHOLÉRA.

Juin.	23	24	25	26	27	28	29
Admis aux hôpitaux	20	24	45	27	39	30	38
Cas de l'intérieur des hôpitaux . . .	14	9	6	10	10	12	12
Décès dans les hôpitaux	25	23	34	35	15	17	33
Décès à domicile	21	17	33	32	33	39	35

Les décès cholériques de la capitale rapportés à leurs dates véritables donnent le mouvement suivant :

	les 23	24	25	26	27	28 juin.
Total des décès cholériques. .	41	49	71	75	41	59

Ces chiffres continuent la progression soutenue et légèrement ascensionnelle de la semaine précédente. Nous annoncerons aujourd'hui la disparition presque complète de l'épidémie du 10e arrondissement; son extension dans la banlieue, à Saint-Ouen, à Charenton.

Quant aux caractères de la maladie, ils nous paraissent avoir subi ces jours derniers quelques modifications capitales consistant dans la facilité plus grande des réactions et la plus grande abondance des déjections.

— On a annoncé la réapparition du choléra dans les Indes occidentales et spécialement à la Jamaïque, aux Barbades, dans la Guyane anglaise. Nous savons de bonne source que des cas assez graves développés subitement ont fait craindre une épidémie analogue à celle de 1850-51. Aux Barbades, sur les 6 premiers cas il y a eu 5 décès. La mortalité a été fort élevée à Honduras.

— M. le maréchal Vaillant, ministre de la guerre, dans la visite qu'il a faite aux hôpitaux militaires du Val-de-Grâce et du Gros-Caillou le 29 de ce mois, après avoir parcouru le service des cholériques du Val-de-Grâce, a remis de sa main la croix de la Légion d'honneur au chef de ce service, M. le professeur Godélier, médecin principal, déjà distingué à cause de ses honorables services dans la médecine militaire.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — TRAITEMENT DES DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS. — DISCOURS DE M. VELPEAU.

Le rapport de M. Depaul n'avait trouvé jusqu'ici que des critiques partielles; tous les orateurs entendus avant la dernière séance avaient, en somme, adopté, à l'exception de M. Dubois, les opinions émises dans ce travail relativement au danger de l'application du redresseur intra-utérin. M. le professeur Velpeau, dont l'argumentation a occupé en grande partie la séance de mardi dernier, a envisagé la question d'une manière toute différente : il a pris une à une chacune des conclusions du rapport, et sur toutes il a été d'une opinion opposée ou presque contraire à celle du rapporteur. L'Académie ne s'attendait peut-être pas à un pareil changement dans l'état de la question. Comment M. Velpeau est-il arrivé à produire des opinions tout à fait différentes de celles des orateurs qui l'ont précédé? Quelle est la valeur des arguments sur lesquels s'appuie la doctrine du savant professeur? Telles sont les questions sur lesquelles nous avons à nous arrêter. On va voir qu'à l'aide des principes qui ont déjà été posés et des faits sur lesquels nous nous sommes prononcé, il sera facile d'apprécier en partie la portée de l'argumentation de M. Velpeau.

Cette argumentation repose sur l'examen complet de la question et sur la solution de quelques-unes des difficultés inhérentes à ce sujet, et que nous laissions entrevoir dans le dernier numéro de la GAZETTE. Comme les opinions de l'auteur lui sont dictées par les faits qu'il a vus, qu'il a produits et ceux qu'il a entendu relater, il y a d'abord à faire un grand cas de ces opinions, parce que les faits sont nombreux et que les conséquences qu'il en déduit sont rigoureuses. C'est ainsi que nous nous associons à cette pensée capitale de M. Velpeau, que le redresseur intra-utérin agit et que son action s'exerce, non pas, à l'aide d'une influence, sur les lésions concomitantes (sub-inflammations ou névralgies), mais par suite du redressement même de l'utérus. Là est le nœud de la question. Déjà, dans la séance précédente, M. Dubois avait reconnu au pessaire intra-utérin une action curative qu'il rapportait à la modification de l'élément névralgique. M. Velpeau croit peu à la névralgie; si je ne me trompe, il va jusqu'à la nier. Cette question de pathologie utérine ne saurait être en de meilleures mains qu'en celles de MM. Velpeau et Dubois; on remarquera seulement que les deux professeurs s'entendront difficilement sous ce rapport. M. Velpeau a vouIu probablement nier la névralgie indépendante d'altérations organiques, ce qui doit être très-rare en effet; tandis que M. Dubois a été frappé du développement disproportionné des accidents névralgiques dans les cas où l'altération organique est peu prononcée.

Heureusement pour la discussion, M. Velpeau a apporté des faits pour démontrer qu'il y avait un redressement véritable. Ces faits sont les suivants : 1° la longueur des tiges adoptées par M. Valleix dépasse toujours 4 centimètres, ce qui permet à ces tiges de pénétrer dans la cavité du corps de l'utérus d'une quantité suffisante pour amener le redressement. 2° L'exploration directe permet de reconnaître le redressement de l'utérus immédiatement après l'introduction de l'instrument. 3° Si l'utérus ainsi redressé revient à la position déviée immédiatement ou un temps plus ou moins long après la sortie définitive du pessaire, au moins est-il que la déviation reproduite est souvent moindre que la déviation primitive. On pourra sans doute encore objecter que ce n'est point le redressement qui guérit, mais le repos, mais les soins généraux, voire même l'attouchement de l'utérus. Mais d'où vient que ces mêmes moyens procurent si peu de guérisons, tandis que le pessaire intra-utérin en procure bon nombre d'instantanées, d'après M. Valleix, dont la bonne foi et la sagacité ne sont pas en question? L'explication la seule plausible est que le pessaire intra-utérin agit comme redresseur entre les mains de M. Valleix. Nous avons été frappé, dès la lecture du rapport, de ces faits, « dans lesquels on trouve des preuves trop manifestes de l'action de la méthode contre les phénomènes de douleur, de malaise, de gêne, attribués aux déviations utérines, et nous nous étions demandé s'il n'y avait pas redressement, et comment ce redressement de l'organe pouvait faire disparaître à ce point des symptômes qui ne seraient pas imputables à sa déviation. » L'opinion de M. Velpeau donne, sous ce rapport, aux faits publiés par M. Valleix une plus grande force que ces faits n'en ont par eux-mêmes.

La démonstration aurait été complète si l'orateur avait apporté dans le débat des faits observés par lui; car, il faut bien le remarquer, s'il y a des faits que le témoignage et la sagacité d'un seul observateur mettent hors de doute, il y en a d'autres, et ceux dont nous parlons sont de cette catégorie, qui, par la difficulté de l'observation, exigent une sorte de contrôle dans l'observation même.

Nous ne passerons pas sous silence les parties purement dogmatiques du discours de M. Velpeau sans dire les nombreux rapports qu'elles ont avec la question en litige. Le sens dans lequel la solution des diverses questions pathologiques a été posée dicte les conclusions de cette remarquable argumentation, dans laquelle tout se lie, tout se tient, et d'après laquelle il semble que les opinions actuelles de l'orateur ne sont que la conséquence des idées qu'il a formulées il y a déjà longtemps sur l'importance pathologique des déviations de l'utérus. Quand M. Velpeau démontre à ceux qui nient tout progrès récent dans la pathologie utérine que les déviations étaient à peine connues il y a quelques années, que leur importance n'était même pas soupçonnée, tandis qu'aujourd'hui elles sont reconnues par tous les praticiens; quand il rappelle les opinions théoriques qui avaient cours sur les maladies de l'utérus, et entre autres cet engorgement auquel on a si longtemps fait jouer un grand rôle; quand il s'attache à faire voir, dans la première partie de son argumentation, que les déviations existent indépendamment des ulcérations, des granulations, des écoulements, et qu'elles ont une symptomatologie particulière; quand il insiste ensuite sur l'importance pathologique de ces déviations, sur les symptômes qui en marquent le début, sur les accidents qui accompagnent les anté et surtout les rétro-flexions; quand il va même jusqu'à nier l'existence d'un état névralgique indépendant de la déviation, au fond il a une pensée dominante, l'importance des déviations utérines au point de vue de la symptomatologie et de la thérapeutique.

Nous ne discuterons pas chacune de ces démonstrations, elles empruntent leur valeur aux faits sur lesquels elles se basent et au jugement même que l'orateur porte sur ces faits. Les faits laissent quel-

---

FEUILLETON.

LETTRES D'UN MÉDECIN MILITAIRE SUR LA CAMPAGNE D'ORIENT.

LETTRE TROISIÈME.

GALLIPOLI ET SES ENVIRONS.

Camp de Boula-Hir, 29 mai 1854.

Au Rédacteur.

Monsieur,

Les Dardanelles, autrefois l'Hellespont, constituent un détroit qui a quinze lieues à peu près de long, et dont la largeur varie depuis 4,000 toises jusqu'à 1,000. Ses deux rives, taillées en amphithéâtre et sillonnées de vallons délicieux, ressemblent plutôt aux bords d'un fleuve qu'à ceux d'une mer.

La côte d'Europe est plus élevée que celle d'Asie, et la domine sur presque tous les points.

Le détroit des Dardanelles, très-sinueux, se dirige le plus constamment du nord-est au sud-ouest. A l'endroit où le canal se jette dans la mer de Marmara, se présente encore une pointe d'Asie qui le resserre de nouveau. Cette pointe porte le bourg de Tchardak, bâti sur l'emplacement de Parium. En face, et sur la côte d'Europe par conséquent, s'élève Gallipoli.

Cette ville, placée à l'entrée de la mer de Marmara, est donc située sur le détroit, dans ce point où il se termine sur la côte d'Europe.

Assise sur le bord de la mer, au nord de la baie dont elle tire son nom, sur une langue de terre qui s'avance à l'est dans l'Hellespont, elle s'étend presque parallèlement à la côte, suivant une ligne nord-ouest et sud-est.

Gallipoli est la ville la plus grande et la plus importante du détroit; elle est le chef-lieu du sandjak du même nom et appartient à la Roumélie, l'ancienne Chersonèse de Thrace.

La Chersonèse de Thrace est cette langue de terre qui semble se détacher de l'Europe pour s'unir à l'Asie, et qui est comprise entre l'Hellespont et le golfe de Saros.

L'isthme par lequel elle tient à la Thrace n'a que deux lieues de large, et il était jadis fermé par un mur qui joignait les deux mers et qui était flanqué de trois forteresses, de Cardié, de Lysimachie et Pacticé. Cardié était au fond du golfe, Lysimachie au milieu de l'isthme et Pacticé sur l'Hellespont, entre Gallipoli et Ganos.

Je reviendrai sans doute sur ce point; car nous exécutons dans ce moment des travaux analogues à ceux que je viens de signaler.

On peut, ce me semble, considérer Gallipoli sous deux faces, ou encore à deux points de vue différents : d'abord comme ville possédant sa physionomie propre, son originalité intrinsèque en quelque sorte, puis comme localité empruntant chaque jour à la mobilité des événements, au nombre, à la qualité, à l'importance des hommes qui la traversent ou qui l'habitent, enfin aux

quefois à désirer; le jugement scientifique, bien qu'empreint d'éclectisme et de modération, peut sans doute ne saisir qu'un côté de la vérité. Au moins est-il, qu'en partant des faits tels que les expose M. Velpeau, il est impossible d'arriver à des conclusions bien différentes des siennes.

C'est ici le lieu de dire que, pour M. Velpeau, les faits contenus et analysés dans le rapport ne forment qu'une partie des observations sur lesquelles doit se fonder le jugement de l'Académie: la pratique du redresseur date de quelques années à peine; comme toute méthode nouvelle, le redressement a eu des phases diverses; peu de médecins ont mis en usage cette méthode; tous ceux qui la critiquent l'ont à peine essayée; M. Valleix a une expérience déjà étendue sur l'application du redresseur et sur ses effets; il persiste dans l'emploi de cet instrument; l'Académie doit attendre que M. Valleix lui apporte lui-même les résultats de sa pratique et de ses essais.

On trouve, dans plusieurs parties du discours de l'honorable professeur, l'expression chaleureuse de cette confiance entière dans la sagacité de M. Valleix, dans sa modération, dans son désintéressement. Nous n'avons rien à retrancher de ces expressions; mais notre rôle étant ici de suivre simplement les faits tels qu'ils se sont produits, nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer que le rapport de M. Depaul contient l'analyse d'un assez grand nombre d'observations publiées par M. Valleix, et que la plus grande partie de ces faits, tels qu'ils ont été observés, laisse beaucoup à désirer au point de vue de l'observation. Nous ajouterons que si quelques cas malheureux ont été mis en avant contre la méthode, ces cas eussent été évidemment en trop petit nombre pour lutter contre les faits nombreux apportés par M. Valleix, si ceux-ci avaient été tous concluants.

Il y a donc là un vice dans l'observation même; c'est à l'observation qu'il faut demander compte des conclusions sévères du rapport. M. Velpeau lui-même l'a sans doute senti quand, pour combattre cette impression, il a fait valoir tous les titres que réunit M. Valleix comme observateur et comme praticien.

De ce débat qui s'agite devant l'Académie sortiront des conclusions qui n'atteindront pas très-probablement la méthode générale, qui ne porteront que sur l'interprétation des observations particulières lues à l'Académie. Ces observations particulières auront été l'occasion de la discussion; elles ne l'auront pas éclairée d'une grande lumière, en retour elles ne seront pas éclairées par la discussion, car, dans ces longs débats, on ne se demandera probablement pas comment agit le pessaire intra-utérin dans les cas funestes, question qui est liée à la pratique de la méthode de M. Valleix, sur laquelle cet observateur pourrait réunir plus d'éléments que tout autre, et dont la solution donnerait à la discussion un caractère nouveau, en démontrant les vraies causes du danger de l'application du redresseur.

THOLOZAN.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

NOTE SUR UN CAS DE DILATATION VARIQUEUSE DU RÉSEAU LYMPHATIQUE SUPERFICIEL DU DERME; ÉMISSION VOLONTAIRE DE LYMPHE; par M. CAMILLE DESJARDINS (de l'île Maurice); lue à la Société de biologie de Paris, par le docteur GUBLER, dans la séance du 13 mai 1854. — ANALYSE DE CETTE LYMPHE ET RÉFLEXIONS; par le docteur GUBLER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc., etc., et M. QUÉVENNE, pharmacien en chef de l'hôpital de la Charité.

(Suite. — Voir le n° 24.)

Le diagnostic de cette affection insolite, établi sur de simples renseignements écrits, fait assurément le plus grand honneur à la sagacité de M. Camille Desjardins.

En appelant l'un de nous à constater un fait si singulier, l'auteur de l'observation qu'on vient de lire a pensé que nos études analytiques et les inductions dont elles seraient le point de départ pourraient éclairer l'histoire encore si obscure de la lymphe. Nous voudrions que cette attente ne fût pas vaine. Mais le sujet dont nous avons dû nous occuper spécialement est tellement difficile, il exige des recherches si minutieuses et si multipliées que les travaux de plusieurs générations seront sans doute nécessaires pour fixer la science sur les problèmes importants qu'il soulève. Nous ne pouvons avoir ici d'autre prétention que celle d'apporter un petit contingent de faits bien observés et de poser quelques questions.

Depuis le commencement du siècle, les études microscopiques de la lymphe n'ont pas manqué, et cependant la plus grande confusion règne encore dans les ouvrages sur le nombre, les caractères et la synonymie des éléments organiques que ce liquide renferme. Les procédés défectueux mis en usage par les différents observateurs expliquent en partie l'obscurité déplorable où leurs travaux nous ont laissés. Il suffira pour faire apprécier cette fâcheuse influence de rappeler que plusieurs d'entre eux se contentaient d'exprimer les ganglions lymphatiques et qu'ils prenaient pour de la lymphe le suc qu'ils parvenaient à en extraire.

Il est assez difficile en effet de se procurer de la lymphe proprement dite, surtout chez l'homme et les animaux supérieurs. C'est également pour cette raison que les analyses chimiques de la lymphe laissent tant à désirer, les unes ayant eu pour objet le liquide mixte retiré du canal thoracique, les autres une humeur probablement altérée obtenue de certains trajets fituleux qu'on savait en communication avec des vaisseaux lymphatiques. On verra plus loin quels résultats invraisemblables et contradictoires ont donnés des recherches faites dans de pareilles conditions.

Dans le fait de M. Desjardins, au contraire, la lymphe est abondante et peut être considérée comme normale. A part la dilatation ampullaire des vaisseaux lymphatiques, tout paraît dans l'état physiologique, puisqu'il n'y a ni dégénérescence organique concomitante, ni douleurs, ni aucun autre signe d'inflammation dans la région qui en est le siége.

---

circonstances spéciales qui ont amené les soldats de deux nations amies à s'y réunir, des caractères imprévus, un mouvement et des allures qui en changent peu à peu l'ensemble et l'aspect.

Vue à distance et en mer, Gallipoli présente une série de gradins qui s'élèvent graduellement et sous la forme un peu allongée d'un fer à cheval. Elle est pittoresque; elle plaît au regard.

Des maisons peintes ou bariolées de différentes couleurs, des toits en tuiles, légèrement inclinés, de hauts minarets, dominant de tous côtés des moulins bâtis à peu près comme ceux de France, quoique moins grands, plus larges et plus ramassés, éparpillés çà et là, tout ce spectacle étonne, surprend et provoque le désir de la visiter.

Les rues sont étroites, sales, tortueuses, semblables à celles de beaucoup d'anciennes villes d'Afrique; toutefois elles se distinguent par une supériorité incontestable: elles sont horriblement mal pavées.

En général, les maisons sont faites en pisé recouvert de languettes en bois et reposant sur des piles de pierre. La plupart, de hauteur inégale, n'ont qu'un étage et sont peintes en rouge brun, en gris, en noir. Beaucoup projettent en avant leur partie supérieure, ce qui resserre encore les rues.

Aucune maison n'a de terrasse; les toits sont en briques, comme en France, mais sous formes de triangles aplatis, aux angles écrasés, usés, ce qui de loin leur prête un faux air de parapluies.

Une particularité singulière, c'est que, dans tous les quartiers de la ville et même dans beaucoup de rues, se trouvent des cimetières; bref, on en rencontre à chaque pas.

Parmi les douze ou quatorze mosquées qui existent dans Gallipoli, une seule présente un caractère qui mérite un peu d'attention.

Gallipoli renferme une population de 14,000 individus environ, composés de Turcs, de Grecs, de juifs, d'Arméniens. Beaucoup sont d'une taille médiocre, mais bien prise; leur figure est agréable, intelligente, assez douce. On les dit toutefois durs et méchants. Un grand nombre, du reste, sont partis pour la guerre. Les enfants, surtout ceux des Grecs, sont d'une gentillesse toute parisienne.

Quelques rares matrones que j'ai rencontrées portaient un costume analogue à celui des Mauresques; seulement la couleur en est différente.

On rencontre çà et là des cafés turcs semblables à ceux d'Afrique.

En sortant de la ville pour se rendre au camp des Fontaines, sur la gauche, à l'extrémité d'une rue étroite, écartée, se trouve une vaste habitation. Placée au centre à peu près d'un terrain étendu et cultivé, munie de deux larges portes, séparées l'une de l'autre par un mur long de 400 mètres environ, elle se compose de deux corps de bâtiment: le premier sert de mosquée; le second est partagé en un grand nombre de petites cellules.

C'est là qu'habitent les derviches tourneurs.

Les voitures du pays, nommées *arabas*, et traînées par des bœufs, peuvent être comparées à nos voitures de ferme en France; mais elles sont plus lourdes, moins larges, plus basses et d'une solidité problématique.

La ville est entourée de quelques jardins soigneusement cultivés.

Vers le milieu du front que présente Gallipoli, se trouve un château fort qui commande la ville et la rade.

Voyons donc quelles sont les qualités de cette lymphe que nous considérons comme un type de l'état physiologique.

QUALITÉS PHYSIQUES ET ORGANOLEPTIQUES. — Au moment où elle sort de la vésicule, c'est un liquide blanc, opaque même vu en goutte, offrant l'aspect du lait écrémé, avec un reflet légèrement jaunâtre, terne.

Il présente une réaction alcaline prononcée, une saveur saline faible et une odeur animalisée à peine sensible.

Au bout de dix minutes à un quart d'heure la lymphe se coagule; le caillot mou, tremblotant et gélatineux remplit alors presque tout l'espace occupé primitivement par la lymphe à l'état liquide; cependant il n'emprisonne pas absolument tout le sérum. Même au premier instant qui suit la coagulation, il existe déjà une petite couche de liquide laiteux qui est libre et dissimule le coagulum. Celui-ci est d'abord d'un blanc jaunâtre; à mesure qu'il se rétracte la coloration jaune se prononce davantage et finit par passer au rouge cinabre. La couleur rouge n'est pas uniforme, elle est disposée en stries arborescentes assez semblables à des vaisseaux de nouvelle formation. Dans la première émission, le caillot principal submergé était surmonté d'une petite masse spongieuse, d'une sorte d'écume due à l'agitation du liquide pendant la marche. Ce flocon blanc a seul conservé sa coloration. Nous expliquerons ailleurs cette particularité (1).

Quant au sérum séparé de la masse fibrineuse, il est encore lactescent, mais son opacité est un peu moindre que celle de la lymphe dont il provient et son reflet jaunâtre est moins accusé.

EXAMEN MICROSCOPIQUE A DES GROSSISSEMENTS DE 300 ET DE 500 DIAMÈTRES. — Nous avons pu examiner la lymphe avant le phénomène de la coagulation.

Ce qui frappe au premier abord dans le champ du microscope, c'est un nombre considérable de corpuscules jaunâtres, semblables à ceux du sang fraîchement retiré de la circulation, mais de grandeurs fort inégales. Quelques-uns ont les dimensions ordinaires des globules sanguins (2), la plupart sont notablement inférieurs et n'atteignent qu'un diamètre de 1/150 de millimètre. Enfin il existe une certaine quantité de corpuscules colorés comme les précédents, mais beaucoup plus petits, n'ayant guère que la moitié en diamètre des globules de grande dimension, c'est-à-dire à peine 1/200 de millimètre. Ces petits globules se montrent arrondis dans tous les sens lorsqu'ils roulent dans le liquide, et sont par conséquent sphéroïdaux, sans aplatissement sensible, surtout sans excavation ni rien qui rappelle un noyau. Leur surface est lisse, leur contour régulier, et leur coloration jaune paraît aussi intense (3) que celle des globules hématiques mieux formés.

Outre ces corpuscules qui ne sont que des modifications de ceux du sang, on ne tarde pas à remarquer d'autres moins nombreux et pâles ou incolores, lesquels à leur tour offrent aussi des dimensions très-diverses. Les plus petits, ayant sensiblement le même volume que les petits globules jaunes dont il a été question en dernier lieu sont blancs ou incolores à une certaine distance focale; en rapprochant un peu l'objectif, ils nous ont paru offrir une nuance très-légèrement verdâtre. Ils sont sphéroïdaux, parsemés de petites granulations bien apparentes, qui ne rendent pas leur contour irrégulier.

Les plus gros de ces globules blancs surpassent le volume des grands corpuscules sanguins. Leur forme est régulièrement sphérique, à contour lisse; leurs parois sont finement ponctuées.

Pas de noyau apparent. Pas de reflet verdâtre appréciable. Ces gros globules blancs, qui atteignent facilement 1/100 de millimètre, sont rares; il faut de l'attention pour en découvrir deux ou trois dans le champ de la vision, tandis que les petits globules blancs apparaissent de tous côtés (1).

On trouve quelques globules intermédiaires pour les dimensions.

Enfin on aperçoit suspendues dans le liquide une multitude infinie de granulations moléculaires, peu visibles en raison de leur excessive ténuité, dont on peut évaluer l'épaisseur à 1/600 de millimètre environ. Il faut y ajouter quelques linéaments de fibrine en voie de coagulation.

Telles sont les particularités offertes par la lymphe quelques minutes après son extraction (2). Nous avons choisi pour type de notre description l'échantillon de lymphe que nous avons examiné avec le plus de soin; mais il y aurait quelques légères modifications à introduire dans cette exposition pour qu'elle s'appliquât exactement à la lymphe retirée dans deux autres circonstances. Ainsi, dans un premier examen, nous avons trouvé un nombre plus considérable de corpuscules sanguins discoïdes et de globules blancs analogues à ceux du sang; d'un autre côté les petits globules blancs et les petits globules sphéroïdaux de nature hématique étaient moins nombreux (3). D'ailleurs les mêmes éléments se sont toujours représentés avec les mêmes caractères; leur proportion seule a varié.

Quand la lymphe se sépare en sérum et en caillot, il se fait un partage des éléments microscopiques que nous venons de décrire. Le réseau fibrineux entraîne dans sa trame la majeure partie des corpuscules sanguins et des globules blancs avec des granules moléculaires. Le sérum retient la presque totalité de ces derniers, ainsi qu'une certaine proportion des globules colorés et incolores. C'est surtout aux granulations moléculaires qu'il doit l'opacité qu'il conserve presque au même degré que la lymphe entière.

Avec le temps, il se produit aussi quelques changements dans l'aspect des corpuscules organiques en suspension dans le sérum.

Un certain nombre de globules sanguins discoïdes s'altèrent, prennent l'aspect crénelé ou framboisé en même temps que leur forme de-

(1) Voir plus loin l'examen du caillot.
(2) Environ 1/125 de millimètre.
(3) Elle l'est peut-être davantage.

(1) Il est vrai que l'observation microscopique n'a eu lieu que peu de temps avant la coagulation, alors que déjà quelques globules avaient pu se fixer à des linéaments fibrineux en voie de formation.

(2) Nos observations microscopiques sont confirmées dans ce qu'elles ont d'essentiel par celles de MM. Robin et Verneuil, à qui nous avons remis une certaine quantité de liqueur ou sérum de lymphe. M. Verneuil pense que les gros globules blancs ne diffèrent pas essentiellement des corpuscules des ganglions; ceux-ci seraient seulement plus volumineux.

(3) Cette différence tenait peut-être, en partie du moins, à ce que nous avons examiné cette lymphe à une époque un peu plus éloignée du moment de la coagulation.

Ce fort, tombé en ruines, est aujourd'hui en voie de réparation.

La vue de Gallipoli, donnée par de Tournefort, est exacte, et on peut la consulter avec confiance.

Le port est très-étroit; et ne peut abriter que de petits bâtiments.

L'arsenal est situé à peu de distance du môle, derrière lequel existe une assez jolie fontaine.

Les terres qui sont au nord-est de la ville présentent une certaine hauteur, et l'on aperçoit, sur le sommet des collines environnantes, deux ruines de murailles et de constructions anciennes.

Pour la manutention et pour différents magasins, on s'est servi de quelques maisons grandes et de quelques mosquées, ce qui, au début, a *remué* la bile et provoqué le mécontentement et les murmures de plusieurs musulmans fanatiques.

Mais l'orage s'est calmé sous le souffle de la raison, et aussi de la nécessité.

Le gouverneur de la ville est un bey; le capitan-pacha réside aux Dardanelles.

On accorde à Gallipoli un grand mouvement commercial. Sa situation, sans aucun doute, lui donne une importance incontestable; mais, d'après ce que j'ai vu, je doute fort de son activité industrielle.

Abordons maintenant un sujet qui nous touche et nous intéresse plus particulièrement : je veux parler des hôpitaux et de l'état sanitaire de l'armée.

On a jusqu'à présent établi deux hôpitaux : le premier et le plus grand, jadis une prison, ne reçoit que des fiévreux; le second renferme les blessés, les galeux et les vénériens.

Ces deux établissements sont formés d'un nombre assez considérable de salles étroites, contenant chacune, en moyenne, de 10 à 12 malades, comme autrefois, en Afrique, lorsqu'on était forcé de destiner à cet usage des maisons mauresques ou d'anciens palais.

Les fiévreux sont couchés sur des matelas, à terre, recouverts d'excellentes couvertures et munis de tout ce qui leur est nécessaire.

Dans l'hôpital des blessés, beaucoup, et principalement les vénériens, sont encore sous la tente.

L'administration et la médecine militaires, aidées par les autorités françaises et turques, ont fait d'immenses efforts pour arriver à ce résultat.

Je crois qu'avant notre arrivée il n'existait aucun hôpital dans la ville; quant à des collègues turcs, je n'ai pu en rencontrer un seul.

Voyons le mouvement des malades.

A l'heure où j'écris, nous sommes environ 30,000 hommes. Cette armée est arrivée par portions et à des distances inégales. Les Anglais peuvent être au nombre de 8,000 au plus. Beaucoup de troupes anglaises ont été débarquées à Scutari, à Constantinople.

Aucun régiment, aucun bataillon n'a été logé dans la ville.

Les hôpitaux reçoivent, outre les soldats de l'armée de terre, les matelots des navires en rade, les Turcs, etc.

Or, du 1er au 30 avril, voici quel a été le mouvement:

vient globuleuse et qu'ils subissent une réduction de diamètre. Les petits globules sanguins sphériques se multiplient manifestement à mesure que les corpuscules sanguins lenticulaires disparaissent. Une partie des granules moléculaires se groupent en masses pelliculaires plus ou moins étendues dans lesquelles se détachent quelques globulins très-brillants. Des globulins semblables, mais très-rares, nagent isolément dans le liquide avec le reste des granulations.

Après vingt-quatre heures de séjour dans le vase et au contact de l'air, ces modifications sont très-prononcées. Une fois elles ont été très-remarquables; dans ce cas, les globules sanguins sphériques qui, la veille, étaient en minorité, constituaient alors la presque totalité des corpuscules sanguins dans le sérum. Quelques-uns étaient chagrinés, mais la plupart étaient lisses, brillants, et sauf la moindre réfringence, assez analogues à des gouttelettes d'une huile jaune.

Les petits globules blancs ne paraissaient pas avoir diminué de nombre; les globules blancs de gros calibre n'étaient pas devenus moins rares.

Pour mieux établir les caractères et la nature des divers éléments que nous venons de décrire, nous avons fait à plusieurs reprises intervenir les réactifs chimiques en variant leur emploi.

L'acide acétique faible, préalablement mêlé à une goutte de lymphe, dissout à peu près tous les globules rouges. Les rares corpuscules colorés qui résistent quelque temps sont petits, globuleux, lisses et sans apparence d'excavation simulant un noyau. Ils finissent eux-mêmes par entrer en dissolution. Avant de les dissoudre, l'acide acétique gonfle les corpuscules sanguins discoïdes et framboisés; mais nous avons cru voir qu'il n'agit pas tout à fait de même sur les petits globules sphériques qui se dissolvent sans être boursouflés et eupuliformes.

Les globules blancs sont profondément altérés, mais ne disparaissent pas. Les plus grands se gonflent beaucoup; leur paroi cellulaire pâlit en s'amincissant et perd son aspect pointillé.

Les granulations se rassemblent dans la cavité de chaque cellule en une seule masse arrondie en forme de noyau ordinairement excentrique. Dans aucun cas, cette masse ne s'est montrée multiple ni partagée en deux ou trois lobes. Nous ne lui avons pas reconnu manifestement cette coloration rougeâtre que présentent d'ordinaire les globules blancs du sang traités par le même réactif.

Sous le rapport des changements qu'ils éprouvent dans l'acide acétique, les petits globules blancs peuvent se partager en deux catégories: dans les uns, les granulations deviennent seulement plus apparentes et plus fortement ombrées; les autres s'entourent en outre d'une zone très-pâle qui semble n'être autre chose qu'une cellule rudimentaire embrassant étroitement un noyau granuleux, ou bien une couche de substance protéique, gonflée et ramollie par l'acide.

Une goutte d'ammoniaque caustique fait aussi disparaître en un instant tous les globules rouges. Ici encore les très-petits globules colorés sphériques nous ont paru s'évanouir moins vite que les autres.

Les globules blancs se dissolvent plus lentement; ils commencent à devenir tellement pâles qu'on les distingue avec peine dans le liquide.

A la suite de l'action de ces deux agents chimiques (acide acétique et ammoniaque), on voit apparaître des amas granuleux formés de granules moléculaires, agglutinés par la matière liquéfiée des globules blancs et rouges, et de globulins huileux. De petits globules gras nagent aussi à l'état d'isolement.

L'éther dissout les granules moléculaires et en forme des gouttelettes huileuses.

L'iode coagule la matière albuminoïde et la colore en jaune, ainsi que les globules.

L'eau gonfle les globules sanguins discoïdes ou framboisés et les rend vésiculeux en même temps qu'elle les dépouille de leur matière colorante. Il nous a semblé que les petits globules sphériques et lisses restent longtemps sans se déformer.

Le caillot est essentiellement constitué par une masse qui paraît amorphe lorsqu'elle est très-épaisse, mais qui est manifestement striée et fibroïde quand on l'examine en couche plus mince. On voit même, sur les bords lacérés des fragments soumis au microscope, des fibrilles ténues et diversement agencées.

Ce réseau fibrineux est ebargé d'une multitude de globules blancs et surtout de globules rouges déformés, semblables à ceux qui nagent dans le sérum. Quelques points sont aussi parsemés de fines granulations de même nature que les granules moléculaires, qui donnent au fond du liquide lactescent l'aspect d'un grésillé fin.

Ayant soumis un fragment de coagulum à l'action de l'acide acétique qui a dissous complètement les corpuscules sanguins, nous nous sommes assurés, d'après le nombre des noyaux granuleux restants, que la proportion des globules blancs est considérable.

Ainsi qu'on l'a vu précemment, il existait dans un cas deux flocons fibrineux tout à fait distincts par leur aspect extérieur et par d'autres caractères: l'un plus gros, coloré en rouge et submergé; l'autre plus petit et blanc, surmontant le premier.

Cette particularité est assez remarquable pour que nous cherchions à nous en rendre compte.

Le petit flocon blanc qui flotte à la surface du liquide adhère cependant par un point au caillot rouge. Il doit sa légèreté spécifique aux bulles d'air qu'il emprisonne. Cette espèce d'écume s'est formée par l'agitation du liquide pendant la marche, la fibrine qui en constitue la trame s'est donc coagulée très-rapidement, et les globules en suspension dans le liquide n'ont pas eu le temps de s'y attacher. En effet, le microscope n'y découvre pas de globules sanguins ni d'autres corpuscules, excepté du côté du pédicule par lequel le flocon blanc tenait au caillot coloré. Un commencement de dessiccation explique la ténacité plus grande du flocon spumeux, lequel conserve néanmoins sa blancheur mate par suite de la présence de l'air interposé.

Le phénomène de la coloration progressive du caillot formé dans les conditions ordinaires et submergé méritait aussi notre attention. Plusieurs suppositions peuvent être faites pour l'expliquer. On peut admettre qu'il se développe dans la lymphe soustraite à l'influence de la vie des globules colorés, ou que l'action de l'oxygène avive peu à peu la couleur de ceux qui existaient au moment de l'émission; ou bien que l'oxygène colore la fibrine à la manière des muscles, comme le pense M. le professeur P. Bérard; ou bien enfin, l'intensité croissante de la coloration est due à la rétraction, à la condensation du caillot et conséquemment au rapprochement des particules colorantes. Une expérience bien simple nous a fait voir que cette dernière circonstance a la plus grande part dans la production du phénomène.

Entrés.	434	
Sortis	125	
Morts	4	(dont 3 marins et 1 zouave).

Du 1er au 18 mai, le mouvement a été celui-ci :

Entrés.	340	
Sortis	207	(dont 110 par évacuation sur Nagara)
Morts	7	

Les causes de décès ont été les suivantes :

Variole	3
Pleuro-pneumonie	1
Fièvre typhoïde	2
Pneumonie chronique	2
Phthisie pulmonaire	1
Dyssenterie aiguë	1
— chronique	1
	11

Un hôpital d'évacuation a été établi à Nagara. On espère que cet hôpital pourra contenir de 300 à 400 malades.

Les maladies régnantes ont été formées de deux éléments et ont accusé deux origines : l'influence de la constitution médicale antérieure ou française, et celle de la constitution printanière du pays même que nous habitons.

Quant aux troupes venues d'Afrique, elles m'ont paru offrir une prédominance de symptômes gastriques qui, du reste, s'explique aisément.

Enfin, toutes ces maladies n'ont offert aucune gravité. Ces résultats favorables sont dus en grande partie, suivant moi, aux précautions nombreuses qui ont été prises pour le choix des hommes, pour l'embarquement, le campement, en un mot à tous les soins minutieux dont on a été prodigue, avec juste raison.

Je dois consigner ici une remarque qui se rapporte à des réflexions contenues dans une lettre précédente, et qui me paraît intéressante au point de vue du mode de propagation des influences épidémiques.

A Aubagne, dans notre route de Marseille à Toulon, j'avais envoyé à l'hôpital un soldat atteint de variole. A bord, plusieurs cas se présentèrent parmi nos hommes et parmi nos matelots. Un enseigne de vaisseau en fut même attaqué. Au camp des Fontaines, d'autres cas se montrèrent, appartenant au même bataillon, et ce fait se reproduisit au camp de Boula-hir. De sorte que, dans l'espace de cinq semaines environ, je dirigeais sur l'hôpital 20 varioles; 2 seulement faisaient partie du second bataillon; le reste était du premier bataillon embarqué sur le *Suffren*. Sauf 2 également, tous avaient été vaccinés. Nous n'avons compté aucun décès, mais le *Suffren* a perdu un marin.

Que conclure de ces faits? Les fièvres éruptives se déclarent principalement au printemps et à l'automne, mais plus graves à cette dernière époque. Rien donc d'anormal dans l'apparition de quelques varioles au moment dont

Dans un cas, nous avons retiré du liquide le caillot déjà rosé, mais encore volumineux et gélatiniforme, nous en avons exprimé rapidement le sérum, et aussitôt la coloration rouge est devenue intense. Quand le liquide a été complétement chassé, le petit caillot fibrineux était d'un rouge cinabre très-vif. Plongé de nouveau dans le sérum, il n'a plus sensiblement changé. Cependant il est vraisemblable que l'oxygène n'est pas sans influence sur les globules sanguins de la lymphe, qu'il doit aviver comme il le fait de ceux du sang.

Pour résumer en quelques mots les résultats de nos observations microscopiques, nous dirons :

La lymphe tient en suspension dans un liquide séreux : 1° des corpuscules hématiques toujours d'un diamètre inférieur à ceux du sang, les uns lenticulaires, comme les corpuscules sanguins proprement dits, les autres très-petits, sphéroïdaux et lisses; 2° des globules pâles, à peine colorés, qu'on a coutume de désigner plus spécialement sous le nom de globules de lymphe et dont quelques-uns dépassent le volume des globules rouges du sang, tandis que la plupart, réduits pour ainsi dire à un noyau, n'atteignent que la moitié de cette dimension ; 3° enfin, des granules moléculaires de matière grasse.

Les premiers éléments sont des modifications des globules sanguins, dont ils offrent l'aspect et les réactions chimiques ; les seconds envisagés dans leur forme supérieure, ressemblent aux globules blancs du sang, dont ils diffèrent cependant à quelques égards : ce sont les véritables corpuscules de la lymphe pour la plupart des auteurs ; les derniers sont identiques aux granulations du chyle.

La différence entre les globules blancs du sang et les gros globules blancs de la lymphe, tels que nous les avons vus, porte spécialement sur la forme et la nuance que prend le noyau par l'action de l'acide acétique. Nous n'y attachons qu'une médiocre importance. Peut-être cette différence est-elle toute personnelle, puisque Henle et Nasse accordent des noyaux souvent partagés en multiples aux globules de lymphe. Mais quand même elle aurait quelque constance, comme le feraient supposer les observations confirmatives de Vogel, elle ne suffirait pas à motiver une séparation fondamentale, d'autant plus que les corpuscules incolores du sang ont quelquefois des noyaux simples. On pourrait donc penser, avec plusieurs physiologistes, que les globules blancs du sang ne sont autres que ceux de la lymphe légèrement modifiés.

Les petits globules incolores ont-ils réellement la même nature? Ne sont-ils qu'un premier état de ces vésicules auxquelles on applique généralement la dénomination de globules de lymphe? Il est permis de le croire, bien qu'il puisse rester quelques doutes sur ce point, en raison de la nuance jaune verdâtre particulière à ces petits corpuscules. Henle leur assigne un autre rôle quand il dit que « la plupart des corpuscules de la lymphe qui contiennent des noyaux offrent à peine des traces de coloration, mais que beaucoup d'entre eux, surtout les petits, ont d'une manière bien prononcée la couleur jaune rougeâtre des globules du sang (1). » Ces petits corpuscules ne se sont pas montrés à nous avec une coloration jaune assez décidée pour que le rapprochement indiqué dans cette phrase nous paraisse aussi naturel qu'au savant micrographe allemand. Il ne serait pas impossible que Henle eût confondu dans sa pensée et les petits globules blancs nuancés de verdâtre, que nous rapportons à ceux qui caractérisent la lymphe, et les globules jaunes sphériques, qui ne sont pour nous qu'un état particulier des corpuscules du sang. Or les réactifs démontrent que ces éléments sont essentiellement distincts.

(1) ENCYCLOP. ANAT., t. VI, p. 447.

(La suite au prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DES PRINCIPAUX TÉNIFUGES ACTUELLEMENT EMPLOYÉS, ET DE DEUX NOUVEAUX MÉDICAMENTS DE CE GENRE IMPORTÉS D'ABYSSINIE, LE SAORIA ET LE TATZÉ; par M. STROHL, agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg. (Mémoire lu à la Société de médecine le 6 avril 1854.)

Depuis quelques années, le traitement du ténia a subi de profondes modifications ; de long, fatigant et difficile à supporter qu'il était, il est devenu court et plus innocent par suite de l'emploi méthodique et généralement à haute dose de plusieurs médicaments, les uns anciennement connus, les autres nouvellement introduits et réintroduits dans la matière médicale. On laisse presque toujours de côté la préparation préliminaire longue, soit d'une diète prolongée, soit d'une alimentation spéciale, toutes deux conditions auxquelles beaucoup de malades ne pourraient se soumettre. Ce qui est encore plus important, on n'associe plus au ténifuge ces drastiques violents, nécessaires dans l'ancienne méthode, mais laissant à leur suite des dérangements intestinaux souvent pires que le mal que l'on voulait combattre. De là ces médications singulières et compliquées parmi lesquelles le praticien était souvent embarrassé d'en trouver une qui convînt à son malade, et que l'on était ordinairement obligé de varier et de renouveler. Avant, le ténia était la bête noire des médecins et surtout des malades; aujourd'hui on l'expulse aussi facilement que tout autre entozoaire.

Parmi ces médicaments réellement actifs, les uns sont indigènes ou européens, les autres exotiques. Les premiers comprennent principalement la limaille d'étain, la racine de fougère mâle, l'écorce de la racine de grenadier et la térébenthine.

Je ne ferai que mentionner la *pâte de citrouille et de semence de courge*, que MM. Brunet et Lamothe ont récemment préconisée à la suite de M. Mongeny (de Cuba); l'association de la *strychnine* avec la *santonine* de M. Cerri, médicament trop énergique ; l'*huile anthelminthique de Chabert*, et d'autres huiles fétides trop désagréables à prendre et d'une action lente; l'*éther*, trop incertain, etc.

La *limaille d'étain* est réellement ténifuge, mais manque trop souvent son effet. Comme elle ne détermine pas d'évacuations alvines, il faut commencer et finir le traitement par un purgatif. C'est ordinairement sous forme d'électuaire, associé à du miel, du sirop ou de la conserve de roses, que l'on donne l'étain, seul (Alston, Bondet, Pirondi) ou associé à d'autres anthelmintiques (Fouquier, Fordyce), ou bien amalgamé avec du mercure (Guy). La dose en est assez élevée, 15,00 à 30,00 et plus, donnés tous les matins à jeun, pendant trois à huit jours ; et si

---

je parle. Mais il est incontestable qu'une influence épidémique a présidé au développement de cette maladie, et, suivant moi, elle avait pris naissance dans l'encombrement que nous avious subi à bord. Cette circonstance fortuite a augmenté l'énergie et la force du levain variolique, et a donné à une cause morbifique contagieuse il est vrai, mais non épidémique de sa nature, une propriété, une faculté de propagation qu'elle ne possédait pas d'bord. Ce qui me confirme encore dans cette opinion, c'est qu'à bord comme dans les premiers jours de notre établissement au camp, j'ai observé des angines, des bronchites, en nombre considérable, et sans relation logique avec le milieu physique où nous nous trouvions. Je considère ces derniers accidents comme des varioles sans éruption, et je pense que cette appréciation a déjà été donnée par Sydenham.

Jusqu'aujourd'hui, et j'écris dans les derniers jours de mai, la température a été très-variable. D'après les informations que j'ai prises, elle se présente, en moyenne annuelle, de la même manière. A des chaleurs élevées, accompagnées d'une forte tension électrique, succèdent des orages violents, suivis de journées froides et brumeuses.

Les vents les plus fréquents sont ceux du nord, du nord-est et du nord-ouest.

La brise ne se lève guère que vers les neuf heures du matin; la chaleur reste élevée jusqu'à trois heures, puis elle baisse d'une manière très-sensible.

Les nuits sont moins fraîches qu'en Afrique, mais elles me semblent moins belles. Ce n'est plus ce ciel parsemé d'étoiles brillantes et dont la lumière éblouit presque, ce n'est plus cet azur d'un bleu sombre et tranché.

Le sol est peu cultivé : autour de Gallipoli et sur le penchant de quelques collines, se rencontrent seulement des jardins, des vergers, qui renferment des amandiers, des noyers, des figuiers, des mûriers. Je n'ai vu qu'un petit nombre d'oliviers.

Dans certaines parties de la presqu'île, on cultive, sur une assez grande échelle, le lin et le coton.

La terre porte surtout des céréales et de la vigne. Elle est calcaire, argileuse, d'une bonne qualité. Friable, légère, d'une couleur jaunâtre; je la crois propre à fournir d'excellentes récoltes. Mais les habitants sont doués d'une paresse tout orientale.

Le pays produit un vin sirupeux, alcoolique et qui m'a paru de médiocre qualité.

Les Turcs préparent un mélange d'anis et d'alcool qu'ils nomment *mastic*, et qui possède une action rapidement enivrante et toujours funeste. Tous nos soldats après en avoir bu, même en petite quantité, sont tombés dans une ivresse violente, furieuse, suivie le lendemain d'une sorte de fièvre gastrique qui les empêchait de faire aucun service.

L'eau est d'une qualité irréprochable; elle cuit bien les légumes, dissout aisément le savon, possède de la légèreté et une saveur agréable. J'ai remarqué cependant que dans quelques camps elle était un peu lourde, à cause des matières terreuses qu'elle tenait en suspension. Toutefois elle est de facile digestion et n'a jamais provoqué aucun accident. La viande est assez bonne,

la portion céphalique n'est pas expulsée, le traitement peut être recommencé. On a cherché à expliquer l'action de ce métal de différentes manières : les uns l'attribuent à l'arsenic que l'étain renferme presque toujours, ce qui ne peut être admis quand on tient compte du peu de résultat obtenu avec les préparations arsenicales ; d'autres à un dégagement d'hydrogène qui se ferait dans les intestins ; enfin, la plupart des médecins admettent une action mécanique et prescrivent une limaille grossière. Mais d'autres observateurs, Mead et M. Pirondi entre autres, emploient une poudre très-fine avec de bons résultats ; et en 1819, le docteur Becker (1) a publié quatre observations de ténias expulsés avec l'étain métallique réduit, par le galvanisme, ainsi en poudre impalpable. Il prescrit, pour les adultes, un mélange de 4,00 d'étain et 12,00 de sucre, à prendre trois fois par jour une cuillerée à thé. Toujours le lendemain le ver était rendu sans purgatif et sans que le malade eût été incommodé du médicament. Ce fait, qui mérite confirmation, tendrait à prouver une action ténicide plutôt directe de la part de l'étain.

La *racine de fougère mâle* est un anthelmintique déjà depuis longtemps employé surtout contre le ténia. Elle constitue la partie active de plusieurs remèdes secrets, principalement de celui de madame Nuffer. Sa valeur thérapeutique a été souvent contestée, et les résultats variables que l'on en avait obtenus dépendent de plusieurs circonstances. Avant ces dernières années, on faisait d'abord une longue cure préparatoire et l'on administrait le remède, ordinairement associé à d'autres médicaments. Les doses en étaient généralement trop petites, de sorte qu'il fallait y revenir assez souvent. La décoction doit être complètement rejetée ; elle est désagréable à prendre et très-peu active, parce que la matière oléo-résineuse, qui est la partie principale de ce rhizôme, ne se dissout guère dans l'eau. La poudre constitue un excellent ténifuge, à la condition d'être fraîchement préparée avec une racine fraîchement récoltée, et d'être donnée à haute dose, 30,00 à 60,00. L'époque de la récolte ne paraît pas être indifférente ; mais les pharmacologistes ne sont pas encore d'accord sur ce point. Peschier (de Genève), qui fait autorité en cette matière, recommande l'été comme la saison la plus favorable. Malheureusement, d'après le même auteur, cette racine s'altère déjà plusieurs mois après sa dessiccation. D'après Ullersperger et de Macken, la récolte doit être faite de la mi-août à la mi-septembre, en choisissant les plantes croissant sur des côteaux pierreux et exposés au nord. On recueille les extrémités des tiges qui continuent à exister sur les rhizômes, de manière à prélever les vingt-quatre premières, produites par deux années de croissance. Tout le reste est à rejeter. L'examen microscopique montre que, dans ces conditions, les vaisseaux riches en huile sont le plus abondants. Les propriétés ténifuges disparaissent avec la couleur verte. Des racines même bien conservées, à l'abri de l'air et de la lumière, avaient perdu leur action au bout de deux ans ; elles ne fournissaient alors qu'une poudre brune. C'est l'acide silicique, pléritannique et la filixoline qui paraissent être les principes actifs de ce médicament. On donne la poudre délayée dans de l'eau sucrée et aromatisée, ou bien en bols.

Comme cette poudre est volumineuse, M. Peschier en a préparé un extrait éthéré, appelé aussi huile de fougère mâle, d'une consistance d'huile épaisse et de couleur brune. Cette préparation est généralement préférée à la poudre, comme plus active, d'une énergie plus constante et surtout comme plus facile à prendre. On l'administre à la dose de 2 à 4 grammes, en capsules ou sous forme de bols préparés avec poudre de fougère et mucilage q. s.

Pour être plus sûr de l'action ténifuge de la fougère, comme, du reste, de la plupart des médicaments de ce genre, on fait bien d'attendre, pour son administration, que le malade vienne de rendre spontanément quelques portions du ver. La veille, il faut manger peu, surtout des soupes, et faire diète le soir. On prend la préparation le soir avant de se coucher, en une ou deux fois, et le lendemain matin un purgatif, de l'huile de ricin, du calomel ou même un drastique. D'autres médecins font prendre le spécifique le matin, et trois à quatre heures après le purgatif. D'autres, enfin, administrent la fougère, la moitié la veille, et le lendemain matin l'autre moitié, suivie plus tard d'huile de ricin. Le purgatif est tout à fait nécessaire, car les préparations de fougère manquent de propriétés laxatives et n'expulsent pas le ténia ; elles le tuent et le font partir ordinairement roulé en pelote.

Des considérations énoncées dans cette première partie, il résulte que la valeur incontestable de nos ténifuges indigènes est beaucoup amoindrie par leur fréquente inefficacité et par leur action souvent trop vive sur le tube digestif. Ce fait, reconnu par tous les médecins, explique l'ardeur avec laquelle on s'est mis à expérimenter une nouvelle substance exotique, introduite récemment dans la matière médicale, *le kousso* ; aujourd'hui je viens augmenter nos ressources thérapeutiques de deux agents provenant du même pays, *le saoria* et *le tatzé*. Cette provenance est déjà une garantie de leur efficacité ; car on sait qu'en Abyssinie le ténia est tellement endémique que peu d'habitants ne se trouvent pas perpétuellement porteurs de cet entozoaire. (GAZ. MED. DE STRASBOURG, avril 1848.)

Le *kousso*, appelé *cosso* par Bruce et Schimper, *cusso* par Ruppel, Rochet d'Héricourt et Aubert, n'est pas une substance nouvellement connue. Bruce est le premier qui en ait parlé d'une manière détaillée dans son voyage aux sources du Nil, entrepris de 1768 à 1773 ; il décrivit l'arbre qui produit ces fleurs, le mode d'administration de celles-ci, appela l'attention des médecins sur leurs effets remarquables et indiqua même que cette plante pourrait être acclimatée en Europe. Il l'appela, en l'honneur de Joseph Banks, président de la Société royale de Londres, *banksia abyssinica*. Blumenbach fit observer que ce nom était déjà donné à un genre d'arbres de la Nouvelle-Hollande, et Lamarck dans son ENCYCLOPÉDIE MÉTHODIQUE, 1811, lui donna le nom de *hagenia abyssinica*. Néanmoins ce produit était totalement inusité en thérapeutique, lorsqu'en 1822 le docteur Brayer, médecin français à Constantinople, publia une brochure sur un nouveau ténifuge dont il avait eu occasion de voir les effets. Il ne parvint à en obtenir qu'une petite quantité qu'il soumit à l'examen de Kunth ; celui-ci détermina la plante et l'appela *brayera anthelmintica*, nom qui lui est définitivement resté. Malgré les efforts du docteur Brayer pour se procurer cette substance, il ne put y parvenir, aussi peu qu'à y intéresser les médecins et les savants qui se rendaient en Égypte, où elle commençait à être apportée en quantité considérable. Ce n'est qu'en 1837 qu'il en

(1) MEDICINISCHE ZEITUNG, V. D. VEREINE F. HEILKUNDE IN PREUSSEN, n° 36.

---

et les animaux sont à peu près comme en Afrique, secs et maigres. Les chevaux sont tous de petite taille, mais très-doux et ont du fond.

L'aspect du pays présente un terrain ondulé, des plaines cernées par des collines aux arêtes mollement adoucies. Ce n'est plus comme en Afrique, où les montagnes se dessinent et se détachent hautes, à pic, aux flancs déchirés, avec un caractère sévère, avec des lignes heurtées. Ici, sauf quelques contre-forts qui terminent les plaines, partout ce sont des élévations douces, souvent couvertes de verdure, qui reposent l'œil, plaisent, mais n'impressionnent pas vivement.

Pour résumer ma pensée, je dirai qu'en Afrique la nature est belle, et que dans la presqu'île de Gallipoli elle est jolie.

Huit mille Anglais environ campent près de Boula-hir et à la gauche de nos lignes. Ce sont de beaux soldats, manœuvrant avec un ensemble parfait et remplis de sentiments de confraternité. Les officiers sont pour nous d'une exquise politesse, d'une complaisance et d'une urbanité de manières qui gagnent de suite la sympathie.

En arrivant à Gallipoli par les Dardanelles, non loin de la mer, se voit d'abord un camp appelé de la Grande-Rivière. Dans les environs se trouvent un village grec et des cultures de coton.

En sortant de la ville par sa partie la plus haute et qui fait opposition à la rade, on parvient, après un quart d'heure de marche, au camp des Fontaines où nous sommes sous la tente.

Ma prochaine lettre sera probablement datée de Bourgas ou de Varna. L'inconnu doit nous accompagner longtemps encore. Quels événements nous attendent? Enfant du siècle, je suis toujours tenté de soulever le voile qui nous dérobe l'avenir. A quoi bon cependant!

ÉMILE CORDIER.
Médecin-major au 27e régiment de ligne.

— SALAIRE DES MÉDECINS ATTACHÉS A L'ASSISTANCE PUBLIQUE (POOR-LAW MEDICAL OFFICERS) EN ANGLETERRE. — On s'est beaucoup plaint, et avec quelque raison, en Angleterre, de la rémunération insuffisante que reçoivent les médecins attachés aux Poor-Law Unions. La statistique que nous publions démontrera la légitimité des plaintes de nos confrères d'outre-Manche.

Il y a 3,151 médecins dans les différentes *unions* d'assistances publiques d'Angleterre et du pays de Galles. Ils touchent annuellement 165,549 liv. sterl., soit 4,138,725 fr. Pour cette somme, ils se chargent des soins à donner à la partie nécessiteuse d'une population de 17,335,099 âmes distribuée dans une étendue de terrain de 34,473,538 acres.

Il y a, à Leigton Buzzand (17,141 habitants, 37,980 acres), un médecin qui reçoit par an 270 livres sterling, soit 6,750 fr. Deux médecins ne touchent que 2 livres sterling, soit 50 fr. ; la population est, dans leur circonscription, d'environ 400 habitants.

A Tadmorden, un médecin qui est payé tant par maladie reçut seulement 7 livres sterling (175 fr.), l'an dernier, pour un district contenant 11,428 habitants, du 10 au 12 avril 1854.

fut de nouveau question dans le monde médical par un missionnaire, qui, revenu dans le Wurtemberg, après un long séjour en Abyssinie, en avait rapporté le kousso et le ténia. Depuis ce temps un grand nombre de naturalistes et de médecins ont parlé de cet arbre et de ses produits. Mais ce n'est que depuis 1846 qu'on a commencé à l'employer avec suite, en utilisant la quantité considérable de kousso, apportée par M. Rochet d'Héricourt qui, jusqu'à ces dernières années, a fourni tout le médicament administré en Europe. Aujourd'hui cette drogue est très-répandue et a beaucoup baissé de prix ; le kilo peut en être achete à 8 et même 6 francs, mais malheureusement c'est au détriment de sa bonté.

L'arbre qui le produit est aujourd'hui bien connu ; je n'en donnerai pas les caractères botaniques, renvoyant les lecteurs que cela intéresse à plusieurs publications : D. C., PRODROM., II, 588; A. Richard, TENT. FL. ABYSS.; Endlicher, GEN. PLANT., p. 1248, 6395; WILDENOW. SP. PLANT, II, 331, et à la GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG, avril 1848, où l'on trouvera en outre une longue notice sur les principaux ténifuges employés en Abyssinie, publiée par le professeur Kirschleger, d'après les indications de M. Schimper, gouverneur à Adoa en Abyssinie. C'est à ce dernier, ainsi qu'à l'obligeance de son savant cousin M. Schimper, conservateur de notre musée, que nous devons les nouvelles richesses thérapeutiques dont nous pourrons disposer aujourd'hui.

Plusieurs chimistes se sont occupés du cosso, et l'analyse la plus complète que nous en ayons est celle de Wittstein; il contient :

Huile grasse et chlorophylle	1,44
Cire	2,02
Résine âcre, amère.	6,25
Résine insipide	0,77
Sucre.	1,08
Gomme.	7,22
Tannin précip. le fer en vert. . . .	8,94 (1)
— — en bleu . . .	15,46
Ligneux	40,97
Mat. fixes, sels, etc.	15,71

Il est probable qu'il y existe également une huile volatile qui donne au kousso son odeur particulière. Si, comme nous le verrons, cette substance perd de son action au bout de quelques années, ce ne peut guère provenir que de ce corps ; il ne serait donc pas étranger à l'efficacité du kousso.

M. A. Martin en a retiré une substance particulière appelée *kwoséine*, cristallisée en aiguilles, soluble dans l'éther et l'alcool, d'une saveur styptique, mais qui n'a pas été essayée ultérieurement.

Le docteur Meyer Ahrens (de Zurich) a publié une brochure très-intéressante sur les ténifuges d'Abyssinie (2), dans laquelle il donne un résumé complet de tout ce que nous savons relativement au mode d'administration et d'action du cosso. Les récits des voyageurs présentent beaucoup de différences à cet égard. D'après MM. Aubert, Rochet d'Héricourt, Ferret et Galinier, cette substance serait tout à fait innocente ; M. Petit lui attribue parfois seulement une action désagréable ; ainsi, outre des vomissements et de la diarrhée, il a vu survenir sur lui-même de la courbature, de l'abattement général et de la céphalalgie. Johnston, au contraire, en fait une substance presque toxique, déterminant une extrême prostration, souvent l'avortement avec issue fatale pour la mère, voire même, à forte dose, la mort chez des hommes. Il croit que jamais ce moyen ne pourrait être introduit dans la matière médicale européenne. Une communication analogue se trouve dans les TRANSACTIONS DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE BOMBAY. Ces dernières observations sont isolées, contredites par tout le monde, et ne se sont jamais présentées dans nos contrées ; on pourrait les attribuer soit à des doses énormes, soit plutôt à l'addition d'autres drogues. M. Schimper, en effet, rapporte que les Abyssiniens, qui prennent régulièrement tous les mois ou tous les deux mois un ténifuge, et le plus souvent le kousso, corrigent parfois sa saveur âcre et astringente par des émollients, et diminuent l'action astringente du tannin par l'addition de purgatifs.

Les indigènes prennent une ou deux poignées de cosso, séché au soleil et réduit en poudre, le délayent dans un demi-litre d'eau froide, et avalent ce breuvage le matin à jeun. Il faut l'employer peu de temps après sa préparation, car il entre facilement en fermentation, et devient alors émétique. Néanmoins ce dernier effet se produit souvent même dans les circonstances ordinaires. La purgation en est une action constante.

(1) C'est le premier exemple d'une plante renfermant ces deux espèces de tannin.

(2) DIE BLUETHEN DES KOSSO-BAUMES, DIE RINDE DER MUSENNA UND EINIGE ANDERE ABESSINISCHE MITTEL GEGEN DON BANDUREW, Zurich, 1851.

Presque tous les observateurs s'accordent à dire que l'effet purgatif commence une à quatre heures après l'ingestion du médicament, et que le ténia apparaît d'abord par fragments dans les premières selles, puis dans la quatrième ou cinquième, en entier et roulé en pelote. Les suivantes n'en contiennent plus guère et renferment de la poudre de kousso. Tout le monde est unanime à refuser au kousso, administré de la manière indiquée, une action curative permanente ; le ver n'est pas tué et la tête n'est jamais rendue ; aussi les habitants y ont recours de nouveau au bout d'un à deux mois. Ils se gardent même de se débarrasser complètement de leur hôte, craignent, dans ce cas, d'être en proie à de dangereuses maladies.

Il paraît cependant que la destruction de l'entozoaire peut être complète en variant le mode d'administration du kousso. D'après M. Aubert, il faut donner une nouvelle dose trois à quatre jours après une première et faire précéder et suivre chaque prise d'un léger purgatif. M. Rochet d'Héricourt fit prendre 12,00 à trois de ses domestiques, cinq heures après une première dose qui avait expulsé le ver sans la tête. Deux d'entre eux eurent encore trois selles et rendirent la tete dans la seconde ; le troisième eut encore quatre évacuations, et la tête parut dans la troisième. M. Pruner, pratiquant en Égypte, obtint également des succès complets en rendant quelques jours après une nouvelle dose, mais plus faible, ou bien en donnant deux jours plus tard du calomel et de l'huile de ricin.

L'action ténifuge du kousso n'est mise en doute par personne ; on pourrait même l'appeler constante. Ce fait ressort non-seulement de tout ce que nous savons sur son emploi en Abyssinie, mais encore de tous les nombreux essais tentés en France, en Allemagne et en Angleterre. Jamais on n'a éprouvé d'effets nuisibles ; tout au plus les malades se sont plaints de la mauvaise saveur du médicament et de quelques vomissements ou coliques dans un certain nombre de cas. On possède beaucoup d'observations où la fougère et l'écorce de grenadier étaient restées sans effet, et où le kousso avait triomphé de la maladie. L'opinion de M. Pruner, qui l'a expérimenté sur une grande échelle et sur des personnes des nations et des races les plus diverses, est péremptoire à ce sujet. Jamais, en Orient, dit-il, je n'ai obtenu des autres ténifuges, tels que l'éther, la fougère, l'écorce de grenadier, etc., des résultats qui approchassent seulement de ceux déterminés par l'administration convenable du kousso. Il est donc inutile de citer ici avec détail les nombreuses observations publiées dans nos pays.

En disant que l'effet est constant, je fais remarquer qu'il est de la plus haute importance de donner du kousso véritable et bon, ni trop vieux, ni avarié. Ainsi on en a signalé dans le commerce qui (réduit en poudre) n'était autre chose que de la poudre d'écorce de racine de grenadier, mêlée d'une plante amère et astringente. Il ne faudrait donc jamais acheter cette drogue pulvérisée. La couleur rouge de ces fleurs doit être fraîche ; leur odeur particulière assez marquée, d'un mélange de thé, de houblon et de feuilles de séné, odeur qui n'est évidente et forte que pour de grandes quantités ; leur saveur est d'abord peu marquée, mais après quelques minutes elle rappelle celle du séné et devient âcre et désagréable. Les fleurs rouges sont les inflorescences femelles ; les mâles portent le nom de *casso-esels*. Dans le commerce, les deux sont mélangées. D'après M. Schimper, les fleurs femelles, au moment de leur épanouissement, sont les plus actives. En Abyssinie, on croit que le kousso a perdu son activité au bout de trois ans. Il est évident que chez nous cette altération n'a pas lieu, peut-être à cause du climat plus tempéré ; cependant le kousso un peu vieux exige des doses plus considérables. Le mode de dessiccation et de conservation a certes une grande influence sur sa bonté, ainsi que la proportion de tiges et de feuilles qu'on rencontre toujours mélangées avec les fleurs, et qui peuvent bien provenir souvent d'autres arbres et y avoir été ajoutées pour en augmenter le poids (1). J'ai pu faire la comparaison entre différents échantillons, par un envoi de kousso pur recueilli et expédié avec un grand soin par M. Schimper, d'Abyssinie. Nous avions déjà antérieurement employé, à Strasbourg, ce médicament qui nous venait du Caire, de deux personnes différentes, et presque toujours avec un insuccès complet, tandis que tous les cas traités avec le bon kousso avaient tout à fait réussi, même avec des doses faibles, de 10 à 20 grammes.

D'après tout ce que nous savons maintenant, nous pouvons dire que le *bon* kousso est un meilleur ténifuge que le grenadier et la fougère ; il est aussi efficace contre le botryocéphale que contre le ténia solium ; il agit doucement, sans attaquer les intestins dans le moment et sans laisser de suites. Malheureusement il paraît ne pas agir radicalement ; néanmoins nous avons déjà vu comment on pourrait arriver à une ex-

(1) Vaughan, BULLET. THÉP., t. XLII, p. 185.

pulsion complète. Le mode d'administration est des plus simples : léger repas la veille au soir, et même un purgatif doux quand il y a constipation ; le lendemain à jeun 15 à 30 grammes de poudre fine de kousso délayée dans un demi-litre d'eau et prise en deux ou trois fois. Si quelques heures après il n'y a pas eu d'évacuations alvines, une dose d'huile de ricin. Régime doux encore le même jour.

D'après M. Pruner, les ascarides ne résistent pas à de petites doses de kousso, et les oxyures vermiculaires sont également expulsés moyennant des lavements dans lesquels on suspend de petites prises de cette substance. M. Hannon (1) a obtenu des résultats analogues avec 1,00 donné à l'intérieur et des lavements composés d'une infusion de 1,00 dans 90,00 d'eau.

Les deux nouveaux ténifuges que je voudrais introduire dans la matière médicale, et qui sont au moins égaux, sinon supérieurs au kousso, sont deux fruits : le *saoria* et le *tatzé*. Je dois à l'obligeance de M. Hepp, pharmacien en chef de notre hôpital civil, les notices botaniques suivantes sur ces fruits et sur les plantes qui les produisent.

Le *saoria* (*sauarja*) est le fruit mûr et desséché du *maesa* (*bacobotrys*) *picta* Hachstetter, et non du *maesa lanceolata* Forskal. D'après M. Schimper, on le trouve dans toute l'Abyssinie, à une hauteur de 7,000 à 9,000 pieds, parfois plus haut, parfois plus bas, mais jamais au-dessous de 6,000 pieds. Il aime les endroits frais, ombragés, ordinairement sur les montagnes, sur le versant et au bord de vallées étroites et un peu humides, entre d'autres buissons et arbres. Jamais dans les plaines.

Sous-arbrisseau ; tiges ridées longitudinalement ; feuilles alternes, lancéolées, prolongées au sommet, glabres, coriaces, dentées en scie, amincies à leur base, elliptiques, longuement pétiolées. Fleurs dioïques, petites, blanchâtres, ramassées en grappes axillaires ; les grappes sont composées à leur partie inférieure, simples à l'extrémité supérieure ; elles atteignent la moitié de la longueur des feuilles. Calice gamosépale, à cinq lobes ovales, aigus, ciliés, munis à sa base de deux bractéoles. Corolle presque campanulée, à cinq divisions à limbes obtus. Cinq étamines libres, enfermées dans la corolle et opposées aux pétales. Ovaire adhérent au calice. Style très-court. Stigmate arrondi en tête. Le fruit est une drupe ovoïde recouverte aux deux tiers par le calice et d'une couleur jaune verdâtre. Semences turbinées, anguleuses, aplaties au sommet, recouvertes d'une matière résineuse en grains ellipsoïdes. Le grand diamètre du fruit est de 3 à 4 millimètres ; le petit un peu moins ; il a donc à peu près le volume du poivre. La saveur est d'abord un peu aromatique, huileuse et astringente, et laisse quelque temps après dans l'arrière-gorge une sensation d'âcreté assez persistante.

Voici ce que M. Schimper rapporte du saoria. Ces fruits, frais ou desséchés, sont le meilleur et le plus sûr ténifuge. Leur dose, à l'état de dessiccation, est de 32 à 44 grammes ; on les réduit en poudre que l'on administre dans une purée de lentilles ou dans de la bouillie à la farine. Ce médicament détermine des purgations, tue et expulse le ver en entier et n'exerce que peu d'influence sur la santé, ce qui n'a pas lieu pour le kousso. Ce dernier ne tue le ténia que rarement et ne l'évacue qu'en partie, quoique ce soit la presque totalité. Le kousso n'est pas répandu partout, le saoria existe dans toutes les parties du pays (l'Abyssinie), à la hauteur indiquée, et pourrait probablement être cultivé en Europe et y devenir indigène (2).

Comme le ténia est assez rare dans nos contrées, M. Hepp s'adressa à différents médecins, les priant d'employer ces nouveaux médicaments, et ce sont ces observations, malheureusement parfois incomplètes en différents points, qui font la base de ce travail. Néanmoins elles sont toutes assez concluantes pour ne pas laisser de doute sur l'action de ces ténifuges.

Obs. I (de M. le docteur Hirtz, agrégé). — Une dame d'Obernay, âgée de 38 ans, de forte constitution, avait rendu, en automne dernier, un fragment de ténia de 2 mètres. Néanmoins elle ressentait toujours encore des coliques ombilicales avec nausées. Soupçonnant la présence du ténia, M. Hirtz administra 30,00 de saoria en poudre dans une purée de lentilles, après un jeûne de vingt-quatre heures. Dans la journée même, et sans purgatif, elle rendit une masse de ténia lata qui, mesurée par M. Hepp, fut trouvé long de 25 mètres et déposé au musée d'anatomie.

Comme ni la tête ni le col ne purent être découverts, on administra, huit jours après, une nouvelle dose qui ne fut suivie d'aucune expulsion nouvelle. Depuis, cette dame se porte parfaitement bien.

Obs. II (de M. le docteur Fissinger, de Mutzig). — La femme Schikele, âgée de 45 ans, très-maigre et de faible constitution, s'était aperçue pour la première fois du ténia il y a une quinzaine d'années. Elle fit alors un traitement infructueux. Depuis lors, elle a souvent rendu de grandes portions de ténia, surtout en automne, après avoir mangé beaucoup de fruits. Cette femme souffrait beaucoup de son parasite ; elle était toujours très-faible et affamée et ne pouvait jamais rester plus de deux heures sans prendre de nourriture.

Le 30 septembre 1853, après vingt-quatre heures de diète absolue, on administra, à six heures du matin, la dose ordinaire de saoria (probablement dans de la purée de lentilles ; cette circonstance n'est pas relatée dans l'observation). Il survint bientôt un malaise général, avec nausées et coliques. De neuf à quatre heures du soir, cinq selles liquides : la première sans fragments, les deux suivantes contenant une grande portion du ténia, la quatrième quelques anneaux, et la cinquième rien. Toutes ces selles ressemblaient à de la purée de lentilles et répandaient une forte odeur. A six heures du soir, 60 grammes d'huile de ricin.

1er octobre. Pendant la nuit, six selles liquides, avec expulsion d'une grande quantité d'anneaux et de fragments de ténia. On administre de nouveau 30,00 d'huile de ricin, qui provoquent encore trois selles liquides sans la moindre trace de l'entozoaire. Faiblesse considérable, pouls petit, à 70 ; plus de coliques ni de nausées, mais douleur rongeante, insupportable, allant alternativement de l'estomac au haut de l'œsophage, et de là à l'estomac. Infusion de valériane, et le soir un potage.

Le lendemain, dans la journée, tous ces symptômes avaient disparu et il ne restait qu'une faiblesse excessive, mais l'appétit était revenu. (Il n'est pas dit si la tête a été expulsée.)

Obs. III (du même). — Cath. Reiss, 45 ans, de faible constitution et très-maigre, s'était aperçue pendant sa dernière grossesse, il y a quinze ans, qu'elle portait un ténia. Immédiatement après ses couches, elle se rendit à l'hôpital de Molsheim, où elle subit un traitement rigoureux d'une quinzaine de jours. Elle ne sait ce qu'elle a pris, si ce n'est de nombreux purgatifs, sous l'influence desquels elle avait rendu d'énormes portions de son parasite. Deux ans après, le ténia reparut, et la malade en rendait souvent des fragments qui parfois, en automne, à l'époque des fruits, atteignaient la longueur de 2 à 4 mètres. Aucun traitement n'avait été fait depuis. Cette femme, pauvre et ayant une nourriture insuffisante, était continuellement tourmentée par la faim.

Le 28 septembre, elle ne soupa plus, et tout le lendemain elle observa une diète rigoureuse. Grande faiblesse ; le ténia la tourmente beaucoup et elle ne résiste presque pas à la faim.

Le 30 au matin, 30,00 de saoria, dans une purée de lentilles. Nausées, malaise, coliques. Trois heures après, première selle liquide, sans ténia ; de neuf à deux heures, quatre selles liquides, répandant une odeur très-forte et dont les deux premières entraînent de longs morceaux de ténia ; la troisième des anneaux, dont quelques-uns, très-petits, faisaient partie du col ; la quatrième rien. A cinq heures du soir, grande faiblesse ; pouls petit, filiforme, à 70 ; céphalalgie frontale, nausées, coliques, tiraillements d'intestins, douleurs violentes à l'épigastre, malaise général. Encore deux petites selles liquides sans anneaux. Dans la crainte d'un résultat incomplet, 60,00 d'huile de ricin en deux fois, dans l'espace d'une heure.

1er octobre à sept heures du matin. Dans la nuit, six selles liquides, contenant une multitude d'anneaux isolés et de toutes dimensions. Huile de ricin, 30,00. A quatre heures du soir, encore trois petites selles sans ténia. Plus de nausées ni de coliques, mais, comme dans l'observation précédente, vive douleur rongeante, insupportable, ayant son siége principal à l'épigastre, remontant à l'œsophage à la hauteur du larynx, pour redescendre de nouveau. Avec de l'infusion de valériane et du régime, ces symptômes se dissipèrent également.

Ce qu'il y a de remarquable, c'est que de tout temps les portions de ténia rendues par cette femme étaient parfaitement vivantes, tandis que tout ce qu'elle avait expulsé sous l'influence du saoria était privé de vie.

Obs. IV (du même). — La femme Schroeder, 40 ans, de bonne constitution, rendait des fragments de ténia depuis six ans sans avoir jamais fait de traitement.

Le 6 mars 1854, après trente-six heures d'une diète absolue, elle prit, à dix heures du matin, 30,00 de saoria en poudre, dans une purée de lentilles. Il survint des nausées, des vomissements et des coliques suivies de quatre selles liquides. A trois heures de l'après-midi, expulsion du ténia.

Le lendemain, 60,00 d'huile de ricin n'ont plus amené de fragments.

Obs. V (de M. le professeur Schutzenberger). — Velten (Joseph), de Colmar, âgé de 31 ans, d'une constitution détériorée, d'un tempérament nerveux, entré à l'hôpital pour le scorbut, raconta qu'avant sa maladie il rendait des fragments de ténia qui avaient parfois jusqu'à 2 mètres de longueur. Après la guérison du scorbut, le 16 juillet 1853, il fut mis à la diète, et le lendemain on lui prescrivit une décoction d'écorce de racine de grenadier, 60,00 sur 200,00 de colature.

Le 18, 30,00 d'huile de ricin, qui n'amena qu'un petit morceau de ténia.

Le 20, pilules d'extrait de fougère mâle sans le moindre résultat.

Le 22, le malade prit, à jeun, 30,00 de poudre de saoria dans une bouillie de semoule. Il la mangea avec beaucoup d'appétit, mais deux heures après il éprouva des nausées, un malaise général, et pendant la nuit des coliques atroces.

Le lendemain, huile de ricin, 30,00, à la suite de laquelle il y eut une expulsion de près de 2 mètres de ténia, mais sans la tête.

Le 24, nouvelle dose de saoria. Mêmes symptômes que la première fois, mais plus forts.

(1) Annuaire de thérap., 1853.

(2) On en essaye la culture à Bollwiller, dans l'établissement de M. N. Baumann.

Le lendemain, le malade rendit, sans huile de ricin, à peu près un mètre et demi de ténia, avec une portion très-effilée, sans que cependant on eût pu découvrir la tête.

Deux jours après, 30,00 d'huile de ricin sans résultat, et le malade refusant de prendre une nouvelle dose de saoria, à cause des douleurs qu'il en avait éprouvées, sortit de l'hôpital le 28 juillet.

Obs. VI (de M. le docteur Strobl, agrégé). — Une demoiselle de 36 à 38 ans, très-nerveuse, un peu hystérique, se plaignait depuis longtemps de différentes douleurs et de dérangements abdominaux. Comme elle rendait de temps en temps des fragments de ténia, elle avait pris, six mois avant l'époque où je la vis, la décoction d'écorce de racine de grenadier. Le médicament expulsa, il est vrai, un assez long fragment du ver, mais détermina des accidents assez considérables, tels que vomissements, diarrhée et coliques vives pendant quelques jours, et pendant assez longtemps encore, la malade se trouvait plus mal que d'habitude.

J'ai été appelé à la soigner au commencement d'août 1853, et comme quelques jours après elle rendit encore plusieurs fragments de ténia, je lui prescrivis 30,00 de poudre de saoria dans une soupe claire. La veille au soir, elle n'avait mangé qu'une soupe, sans avoir gardé une diète particulière dans la journée. Le médicament fut pris avec un peu de répugnance, mais ne détermina aucune nausée. Quelques heures après, légers tiraillements dans les intestins, suivis de quatre selles dans lesquelles on trouva, outre de petits fragments de ténia, un morceau long de 5 à 6 mètres. C'était un botryocéphale. Une des extrémités de ce fragment était effilée, mais présentait encore des traces d'anneaux; la tête ne s'y trouvait donc pas. Aucun malaise particulier ne survint ni dans le moment ni dans la nuit, et le lendemain la malade était dans son état habituel.

Pour arriver à l'expulsion complète, j'administrai, huit jours après, une nouvelle dose et de la même manière. Cette fois la répugnance à l'avaler était plus forte, et il survint des nausées sans vomissements. De légères coliques se firent sentir et accompagnèrent plusieurs selles diarrhéiques qui ne renfermaient aucun fragment de ténia. La santé générale n'en fut pas plus troublée que la première fois.

Obs. VII (rapportée par M. Hepp). — Madame L., âgée d'une quarantaine d'années, d'une constitution assez délicate, rendait depuis quelque temps des anneaux de botryocéphale. Elle prit à jeun 30,00 de poudre de saoria dans une purée de lentilles. Le médicament, avalé avec un peu de répugnance, n'a déterminé ni vomissements ni coliques. Quelques selles rendues dans la journée renferment plusieurs fragments de ténia assez longs. La santé générale n'en avait éprouvé aucun dérangement. Ce qu'il y a de curieux, c'est que les urines de ce jour et du lendemain avaient une teinte violette très-prononcée, tout à fait semblable à celle que l'on produit en ajoutant un peu de tannin à une solution très-étendue d'un sel de fer.

Obs. VIII et IX. — Frappé de cette particularité, j'ai administré à deux syphilitiques, porteurs de petits chancres, n'ayant fait aucun traitement et se trouvant dans une santé parfaite, 30,00 de saoria délayés dans un demi-litre de tisane. L'on d'eux rendit une urine violette, exactement comme la dame de l'observation précédente; celle de l'autre avait une teinte violette, mais avec une nuance orange. Ces deux malades n'étaient pas affectés de ténia et ont avalé le médicament sans répugnance et sans avoir ressenti d'autre effet qu'une purgation de plusieurs selles.

Obs. X, XI et XII. — M. le docteur Schaaf a administré le saoria trois fois, à une demoiselle de 25 ans, à un garçon de 16 ans et à une fille de 11 ans. Les deux premiers ont pris 30,00 en une fois, et la petite fille 15,00 deux jours de suite. Les uns et les autres n'en ont pas été incommodés, en tout cas ils s'en étaient ressentis beaucoup moins que de tous les autres anthelmintiques, dont ils avaient déjà goûté les douceurs; le dernier enfant surtout était tout prêt à recommencer. Aucun de ces malades n'a rendu le ténia, et M. Schaaf ajoute lui-même que jamais on n'en avait constaté la présence par l'apparition de quelque fragment. La grande demoiselle a expulsé une grande quantité d'oxyures, la petite fille deux ascarides et le garçon rien du tout.

Obs. XIII. — Le 23 mai 1854 on me présentata l'enfant Gertrude Siebert, âgée de 2 ans, d'assez bonne mine, marchant bien, mais ne parlant pas; sans trace de rachitisme. Elle a été allaitée onze mois par sa mère, a été souvent malade; dentition un peu difficile, plusieurs ophthalmies, rougeur et écoulement vulvaires, mais en somme elle n'a jamais fait de maladie grave. La mère dit que l'enfant a toujours beaucoup mangé, surtout du pain, et qu'elle n'est jamais rassasiée.

Le 15 avril cette enfant avait rendu un mètre et demi de botryocéphale, que la mère avait tiré par un bout qui pendait hors de l'anus. Le 27, expulsion d'un mètre; le 22 mai, 2 mètres, et aujourd'hui un mètre et demi, que l'on m'apporta. Les anneaux en étaient très-larges, au moins un centimètre et demi, mais courts. L'enfant ne se plaint d'aucune douleur abdominale, est prise facilement d'une diarrhée abondante, a beaucoup de soif et un appétit insatiable et est myope à un certain degré. Le père est de Strasbourg où le ténia est rare; la mère des environs de cette ville, mais d'une localité où l'on ne connaît non plus cette maladie; les deux n'en ont jamais été atteints, et l'enfant ainsi que ses parents n'ont jamais quitté la ville. Cinq autres enfants aînés n'ont jamais offert le moindre signe de ver de cette espèce. Je ne savais où chercher l'origine de ce ténia si développé dans cette enfant de 2 ans, lorsque la mère m'apprit que dans la maison qu'ils habitent il se trouve des personnes possédant plusieurs chats et que l'enfant jouait souvent avec eux. Ne faut-il pas supposer que l'enfant ait avalé un ténia rendu par un de ces chats, qui, comme on sait, en ont toujours, ténia qui se serait alors développé dans ce nouveau terrain. A cet égard j'ajouterai encore ici l'observation qu'une grande partie des personnes atteintes de cette maladie chez nous sont des bouchers, et cette observation m'a été confirmée également pour Mulhouse par M. le docteur Stackler.

Le 24 mai, 10,00 de saoria en poudre, avec miel q. s. pour un électuaire, furent donnés à cette enfant qui l'avala avec un peu de peine. Pas de nausées, pas de vomissements, pas de coliques. Une selle normale de suite après; quatre heures plus tard, une seconde, liquide, renfermant beaucoup de mucosités, suivie une heure après d'une troisième de même consistance; enfin, après le même intervalle, une quatrième renfermant un botryocéphale long de 3 mètres et à anneaux un peu moins larges. Une portion effilée, mais munie encore d'anneaux, fut trouvée; il peut manquer encore un décimètre à un décimètre et demi du col et de la tête.

Dans l'après-dînée, encore quelques selles, sans fragments.

Les deux jours suivants, l'enfant ne se plaignait d'aucune incommodité; se portait et jouait comme à l'ordinaire.

Trois jours plus tard, le 27 mai, on lui rendit une nouvelle portion de 8,00 délayée dans de l'eau sucrée; elle l'avala plus facilement et n'éprouva aucun effet, à l'exception de quelques selles sans ténia.

Les observations précédentes sont assez nombreuses pour permettre d'en tirer des conclusions positives, et à cet égard nous aurons à considérer dans le saoria son action ténifuge et ses effets locaux et généraux.

Des 13 observations il faut en déduire 5 (obs. 8, 9, 10, 11 et 12), dans lesquelles le saoria avait été administré pour constater l'action particulière sur la coloration de l'urine (obs. 8 et 9), ou bien dans lesquelles le ténia avait été seulement soupçonné et non reconnu *de visu* (obs. 10, 11, 12). Dans les 8 autres cas, le parasite a été chaque fois expulsé. Si ce nombre n'était pas trop petit, on pourrait en déduire une action constante, et sans aller aussi loin, on peut affirmer qu'elle est puissante. Notons encore que dans la cinquième observation le malade venait de prendre inutilement l'écorce de racine de grenadier et l'extrait de fougère mâle. Dans tous nos cas, dans lesquels on avait noté les portions expulsées, la tête n'avait pas été rencontrée. Avait-elle été rendue, mais non trouvée, ce qui est facile vu son peu de volume, on bien était-elle restée dans l'intestin? Il est impossible de décider cette question pour le moment; elle est d'ailleurs commune à tous les ténifuges, où, en général, la partie céphalique est signalée rarement dans les matières évacuées, quand même la guérison est devenue durable. En Abyssinie, d'après la remarque de M. Schimper, le saoria passe pour ténicide, et une de nos observations, la troisième, viendrait corroborer ce fait. En effet, la femme qui en fait le sujet avait remarqué que les portions rendues spontanément remuaient toujours, tandis que celles dont le saoria avait déterminé l'expulsion étaient privées de mouvement. Si cette action du saoria est confirmée par l'expérience ultérieure, il s'ensuit que malgré l'absence de la tête dans les selles, on obtiendrait une garantie contre les récidives plus grande que par la plupart des autres ténifuges, même du kousso. C'est là un point que le temps seul pourra éclaircir, toutes mes observations étant de trop fraîche date pour me permettre de me prononcer sur ce sujet. Enfin l'entozoaire fut reconnu une fois pour un ténia, et dans les autres cas où ce point est indiqué pour un botryocéphale.

Les autres effets obtenus avec le saoria sont les suivants: Saveur désagréable pour les uns, néanmoins facilement supportée, peu marquée chez les autres; dans tous les cas, elle est beaucoup moins répugnante que celle de la poudre de fougère et de la décoction de racine de grenadier. Nausées, 5 fois; une fois un vomissement; 5 fois des coliques, violentes dans un cas; 3 à 5 selles; enfin dans 3 cas malaise général avec sensations particulières Ainsi peu d'effets locaux qui se bornent en général à quelques nausées, quelques coliques et à une purgation modérée, jamais suivie de diarrhée; plusieurs fois ces symptômes, à l'exception des selles, ont même manqué. A cet égard, j'appellerai l'attention surtout sur la dernière observation où un enfant de 2 ans a pris deux fois le saoria, avec un peu de répugnance il est vrai, mais sans en avoir éprouvé le moindre désagrément. Aurait-on pu en dire autant de l'écorce de grenadier ou de la fougère?

Il me reste encore à examiner les 3 cas dans lesquels il s'est développé des symptômes plus violents; 2 fois il y eut des accidents présentant une certaine gravité et qui ne se sont pas retrouvés ailleurs. Dans la seconde et la troisième observation, on a noté un malaise général, suivi beaucoup plus tard d'une faiblesse considérable, d'un pouls petit, filiforme, de douleurs rongeantes allant alternativement de l'estomac au pharynx et redescendant de là dans l'estomac. Mais est-ce bien l'effet du médicament que nous rencontrons ici? Je ne le pense pas; car il existe là des circonstances exceptionnelles que nous ne

rencontrons pas dans les autres cas. Ces 2 malades étaient des femmes, de mauvaise constitution, affaiblies par la misère et par leur parasite et ayant constamment faim. On leur fait observer un jeûne de 24 et de 36 heures, puis elles ingèrent une purée de lentilles contenant une dose volumineuse de poudre. Elles ont 5 selles dans la journée, et le soir et le lendemain on les purge encore, après avoir accordé une soupe le soir. Faut-il s'étonner que dans de telles circonstances l'économie ait été profondément affectée et doit-on en accuser le remède? Le médecin, très-habile du reste, qui avait dirigé ce traitement, avait d'un côté suivi les indications transmises par M. Schimper, mais les avait outre-passées d'un autre côté en prescrivant cette diète rigoureuse et presque insoutenable. C'était une des manières d'agir de l'ancienne école qui employait, ou bien des substances non véritablement ténifuges, ou bien ces dernières à trop faible dose, et qui était obligée de suppléer à cette insuffisance d'action directe par une espèce de médication indirecte. Ces symptômes, que l'on doit probablement rapporter à la faim, n'avaient d'ailleurs rien d'inflammatoire, et ont disparu rapidement sous l'influence de la valériane et de la nourriture.

Dans l'obs. V, il s'agit encore d'un homme d'une constitution détériorée, d'un tempérament nerveux, qui venait d'avoir le scorbut. En cinq jours, il prit la décoction de racine de grenadier, l'extrait de fougère et le saoria, qui fut répété deux jours après. Dans la nuit, il fut pris les deux fois de coliques atroces. Il est de toute impossibilité de déterminer la part qui revient à notre graine; car cet effet n'a été observé qu'une fois, et si je mets en regard son innocuité parfaite, au moins dans 10 cas sur 13, je ne puis m'empêcher de soupçonner une circonstance aggravante ignorée.

Le saoria exerce une action spéciale sur l'urine; il la colore en violet. Quoique cette nuance, comme je l'ai dit, soit identique à celle que l'on obtient en précipitant une solution très-étendue d'un sel de fer par du tannin, il m'est difficile de la rattacher à cette cause; elle me paraît provenir plutôt d'une matière colorante particulière, analogue à celle que plusieurs observateurs ont trouvée dans l'urine après l'administration de la santonine, qui lui donne une teinte rouge orange. Je n'ai pas trouvé, du reste, d'augmentation de la quantité de ce liquide ni aucun symptôme d'une action spéciale sur un autre organe.

Je formulerai de la manière suivante le mode d'administration du saoria : régime modéré la veille, une soupe le soir; le lendemain à jeun, 30,00 de poudre de saoria, non pas dans de la purée de lentilles, qui peut bien convenir à des estomacs abyssins, mais est trop pesante pour les nôtres, souvent déjà affectés par la présence du ténia, mais délayée dans un liquide, une infusion quelconque, sucrée ou non, si l'on veut en croire quelques médecins pour d'autres ténifuges. Les nausées, s'il s'en présente, pourront être calmées par de légers aromatiques. Ordinairement deux ou trois heures après, il y aura des selles liquides, dans lesquelles on trouvera le ténia mort. S'il ne survenait pas de purgation, on administrerait de l'huile de ricin dans le courant de la journée. Régime doux le jour même; le lendemain, si les selles ont été rares et si les voies digestives ne sont pas fatiguées, on peut déterminer quelques évacuations pour chasser les restes du ténia qui n'auraient pas été expulsés la veille. Si la tête manque, rien ne s'oppose à une nouvelle administration quatre à huit jours après la première.

Des observations qui précèdent, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Le saoria est un ténifuge plus sûr que nos ténifuges indigènes; je n'ose pas encore appeler son action constante. Il paraît être ténicide.

2° Son action est douce, rarement accompagnée d'effets désagréables, et il n'est pas difficile à avaler.

3° On peut l'administrer sans crainte et facilement aux petits enfants, aux femmes et en général aux personnes à constitution détériorée et à tube digestif affaibli.

4° Ces différentes propriétés lui assurent la supériorité sur nos ténifuges indigènes.

5° Il est préférable au kousso, à cause de son action plus douce et cependant ténicide et par le prix plus bas auquel on pourra probablement l'obtenir, étant beaucoup plus répandu que le kousso. Sa conservation plus facile et plus longue est également un avantage sur ce dernier et sur la fougère.

6° Le temps seul pourra prononcer si son action est radicale ou simplement palliative.

(La fin au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENTS.

(Suite.)

IV. GAZETTE MÉDICALE DE LYON.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1853 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Pleurésie chronique avec épanchement purulent considérable, traitée par M. Teissier au moyen de la thoracentèse et de l'injection iodée*; par M. Favre. 2° *Étude de l'action chimique du perchlorure, du persulfate et du perazotate de fer sur les principes fibro-albumineux du sang*; par M. Burin du Buisson. 3° *Note sur un anévrisme brachio-céphalique traité par l'injection de perchlorure de fer*; par M. Barrier. 4° *Réflexions sur les accouchements qu'il faut confier à la nature*; par M. Aillaud. 5° *Du chloroforme et de l'éther*; par M. Barrier. 6° *Réflexions sur l'état mental de C. Feuillet, condamné pour empoisonnement*; par M. Arthaud.

OBSERVATION DE PLEURÉSIE CHRONIQUE AVEC ÉPANCHEMENT PURULENT CONSIDÉRABLE, TRAITÉE PAR LA THORACENTÈSE, SUIVIE D'INJECTION IODÉE (service de M. Teissier); par M. A. FAVRE.

OBS. — Il s'agit dans ce fait d'une femme de 27 ans, qui avait joui constamment d'une bonne santé et d'un embonpoint considérable. Au mois de juin 1852 elle éprouva, à la suite d'un refroidissement, des frissons, de la fièvre, un point douloureux du côté gauche de la poitrine, de la dyspnée, de la toux, etc. Ces phénomènes durent pendant trois semaines sans que la malade se soumette à un traitement. « A cette époque, dit l'observation que nous avons sous les yeux, les symptômes fébriles ont cessé et la malade a pu percevoir une fluctuation manifeste dans le côté gauche de la poitrine, pendant les mouvements du tronc. » Trois mois après l'invasion, la malade entre une première fois à l'hôpital où elle subit l'application de plusieurs vésicatoires et de deux cautères, sans beaucoup de soulagement. Depuis lors la constitution va en s'affaiblissant, dyspnée croissante, essoufflement, orthopnée.

A la seconde entrée à l'hôpital, le 10 mai 1853, on remarque les symptômes suivants : Pâleur de la peau, amaigrissement, diminution des forces, voussure thoracique gauche avec saillie des espaces intercostaux. La main placée à la base de la poitrine perçoit une fluctuation évidente provoquée par une légère percussion dans un espace intercostal. Matité complète des deux tiers inférieurs du thorax à gauche, avec égophonie très-marquée au-dessous de l'épine du scapulum.

L'opération, confiée à M. le professeur Bonnet, est pratiquée de la manière suivante :

« M. Bonnet fait pénétrer très-obliquement dans la poitrine, entre la septième et la huitième côte, un trocart à robinet, long et mince, par une ponction sous-cutanée. La seringue de M. Jules Guérin est vissée au trocart, et un litre à peu près de pus crémeux, inodore, est extrait. La malade éprouve du soulagement après chaque coup de piston.

» Ce procédé a été choisi par MM. Teissier et Bonnet, parce qu'il garantit sûrement, et on comprend de quelle manière, contre l'introduction de l'air dans la poitrine. Une injection composée de 50 grammes de teinture d'iode, de 2 grammes d'iodure de potassium et de 100 grammes d'eau est poussée doucement dans la cavité pleurale et laissée en entier dans ce lieu. Le trocart retiré, la plaie est couverte d'un linge enduit de collodion.

» Immédiatement après l'opération, la malade éprouve dans le côté gauche et à l'épigastre une douleur qui n'est pas très-aiguë. Bientôt la face devient vultueuse, la peau très-chaude se couvre de sueur, le pouls s'accélère, sensation de chaleur à la gorge. Une demi-heure après, la malade distingue la saveur d'iode. Cinq heures après l'opération, céphalalgie susorbitaire très-vive, douleur dans les globes oculaires, ébriété iodique. Ces phénomènes persistent pendant quatre heures, diminuent ensuite d'intensité et font place à une tendance au sommeil. »

Les jours suivants, amélioration progressive notable dans l'état de la malade. Cet état ne persiste pas pourtant; une seconde opération est indiquée douze jours après la première et pratiquée par le même procédé. On extrait cette fois trois litres de pus; la même solution iodique est injectée et laissée à demeure.

L'amélioration semble cette fois plus durable. Mais la malade étant sortie douze jours après la deuxième opération, il devient impossible de savoir quelle aura été l'issue de la maladie.

ÉTUDE DE L'ACTION CHIMIQUE DU PERCHLORURE, DU PERSULFATE ET DU PERAZOTATE DE FER SUR LES PRINCIPES FIBRINO-ALBUMINEUX DU SANG; par M. BURIN DU BUISSON.

La première partie de ce travail comprend une série d'expériences ayant pour but de donner un tableau comparatif entre le pouvoir coagulant du perchlorure de fer et celui des autres substances employées ou proposées comme agents coagulateurs.

Vingt-cinq de ces substances ont été successivement essayées par M. Burin du Buisson, de concert avec M. Pétrequin, depuis le perchlorure de fer jusqu'à l'alcool, la créosote, l'alun, etc. L'auteur a eu soin d'indiquer et de mettre en regard l'effet produit par chacune d'elles sur la même quantité de sang.

Un premier fait résulte de ces expériences : c'est que de tous les agents regardés jusqu'ici comme exerçant une action coagulante sur le sang, aucun n'approche du perchlorure de fer, à l'exception toutefois du persulfate et du perazotate, qui ont la même propriété que lui à un égal degré.

A l'égard de la valeur du perchlorure ferro-manganique, proposé par M. Pétrequin, M. Burin ajoute : « On remarque que du perchlorure de fer, contenant un tiers de son poids de sesquioxyde de manganèse, paraît exercer sur le sang une action coagulante encore plus énergique que celle du perchlorure de fer. » Il semble également se conserver mieux.

M. Burin du Buisson n'a pas borné là ses recherches : il a fait plusieurs essais de nature à donner d'utiles renseignements sur la composition et les réactions du caillot. Celui-ci a été examiné au microscope, soumis à l'action de l'eau, des alcalis caustiques, etc. Ces divers essais ont conduit l'auteur à reconnaître que le coagulum formé par le sel de fer dans le sang est une masse gélatineuse empoisonnant les globules du sang; que les globules, tout en conservant leur aspect et leurs propriétés physiologiques, s'y trouvent en combinaison avec le perchlorure, et qu'ainsi modifiés, ceux-ci résistent à l'action dissolvante de l'eau froide, mais se dissolvent dans l'eau bouillante. La dissolution du coagulum a lieu très-promptement lorsque l'eau est additionnée d'un alcali : une solution, même faible, de potasse ou d'ammoniaque, le dissout entièrement.

Il n'en est pas de même des acides, qui, au contraire, font contracter le caillot, en carbonisant les éléments du sang. Toutefois un excès d'acide dans le perchlorure de fer n'augmente pas l'action hémoplastique de celui-ci, et pourrait, au contraire, occasionner des accidents par le fait de l'action corrosive de l'acide.

M. Burin du Buisson ajoute : « Il résulte en outre de nos expériences que sept gouttes de solution chloroferrique à 40 ou 45 degrés Baumé sont nécessaires pour solidifier un centilitre de sang veineux. Mais comme le fluide sanguin qui fait partie des tumeurs anévrismales est presque toujours beaucoup plus épais, nous croyons que la quantité de cinq gouttes de la solution neutre peut être admise pour chaque centilitre de sang environ, dans le traitement de l'anévrisme. »

NOTE SUR UN ANÉVRISME BRACHIO-CÉPHALIQUE TRAITÉ PAR L'INJECTION DE PERCHLORURE DE FER; par M. BARRIER.

Obs. — Le malade était âgé de 48 ans, d'un tempérament lymphatique, d'une bonne santé, d'une constitution non affaiblie.

La maladie remontait à quinze mois; elle avait commencé par des douleurs de la région sus-claviculaire droite. Une petite tumeur avait paru derrière l'extrémité interne de la clavicule au bout de six à sept mois. Cette tumeur s'accrut peu à peu.

A son entrée à l'hôpital, on note chez le malade, au niveau de l'articulation sterno-claviculaire droite, une tumeur ronde, assez régulière, bien circonscrite dans sa portion superficielle, du volume d'une grosse noix et présentant des pulsations isochrones au pouls. La tumeur s'enfonce profondément derrière la clavicule et le sternum, où ses limites cessent de pouvoir être précisées. Battements de cœur assez fréquents; dyspnée; quelques douleurs dans le bras droit. On diagnostique un anévrisme du tronc brachio-céphalique.

Le 11 juillet, première injection de perchlorure de fer. On commence par exercer la compression des artères sous-clavière et carotide primitive. L'injection est faite avec l'instrument de Pravaz, fabriqué par M. Charrière. La ponction opérée et le poinçon du trocart retiré, il ne sort pas de sang; on replace le stylet dans la canule, et l'on incline l'instrument dans une autre direction. En retirant de nouveau le stylet, il sort un sang rouge avec jet saccadé. On pousse dans l'anévrisme environ 10 gouttes de perchlorure de fer à 30° à l'aréomètre de Baumé. L'instrument étant retiré, on bouche l'ouverture avec du collodion. La compression est maintenue pendant une vingtaine de minutes après l'opération.

On a cru remarquer, pendant l'opération, que la tumeur, au niveau du point ponctionné, est devenue un peu plus dure et a eu des battements plus obscurs.

Le 12, un peu de rougeur à l'endroit ponctionné; douleur aux points où la sous-clavière et sa carotide ont été comprimées. (Compresses d'eau blanche dans la tumeur.)

Rien de particulier jusqu'au 18.

Le 18, deuxième opération. On procède comme la première fois. On injecte une pleine seringue de liquide à 35°. Un peu d'écoulement de sang; petit thrombus extérieur.

Le 19, les battements de la tumeur semblent avoir diminué. Les jours suivants, la tumeur revient à son état précédent.

Le 27, troisième injection. Mêmes précautions. On injecte deux pleines seringues de perchlorure à 45°. Les battements diminuent beaucoup.

Le 28, rougeur et chaleur de la tumeur; moins d'expansion. (On applique la glace.)

Le 2 août, on cesse la glace. Douleurs plus vives; un peu d'érysipèle autour de la dernière ponction; fièvre modérée.

Le 6 août, la dernière ponction suppure; le foyer paraît superficiel; la peau est décollée. On agrandit l'ouverture par où la suppuration s'écoule. Les jours suivants, la rougeur et le gonflement s'étendent jusqu'au 12.

Le 12 août, l'état général est bon. L'érysipèle a diminué. Battements obscurs, à cause de l'engorgement des veines qui recouvrent la tumeur.

Le 15 septembre, la suppuration a presque cessé. La tumeur est revenue à son état primitif, quant aux pulsations qui s'y font sentir; mais son volume a sensiblement augmenté.

Le 21, le malade quitte l'hôpital avec une tumeur qui a doublé à peu près de volume.

Nous avons tenu à rapporter cette observation dans presque tous ses détails, parce que c'est une des premières et à coup sûr une des plus remarquables de celles où la méthode Pravaz a été appliquée. Il n'y a eu ici, à proprement parler, ni succès ni revers; mais on y voit une preuve éclatante de l'innocuité du liquide coagulant, injecté à plusieurs reprises, à fortes doses, dans un anévrisme très-volumineux d'un tronc de premier ordre. Il faut avoir soin que l'instrument n'aille pas se fourvoyer dans le tissu cellulaire, et que le liquide coagulant ne soit point épanché en dehors du sac, mais mêlé directement au sang qu'il s'agit de coaguler.

V. JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX

Les numéros de novembre et décembre 1853 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Réflexions sur les désarticulations, comparées aux compressions;* par M. E. Soulé. 2° *Observation d'angine laryngée œdémateuse guérie par les scarifications;* par M. Dupuy. 3° *Urétrite cordée; mort à la suite d'un essai de rupture de la corde;* par M. G. Dufour. 4° *Observation d'une variété nouvelle de tumeur sanguine réductible de la voûte du crâne;* par M. E. Azam. 5° *Constitution médicale du mois de juillet* 1852 *au mois de juin* 1854; par M. Burguet.

URÉTRITE CORDÉE; MORT A LA SUITE D'UN ESSAI DE RUPTURE DE LA CORDE; par M. G. DUFOUR.

Obs. — Un jeune infirmier âgé de 23 ans avait contracté une gonorrhée. Tourmenté par des érections douloureuses, il avait essayé de rompre la corde en voyant la même femme qui l'avait infesté. Le coït avait été suivi d'une hémorrhagie abondante et d'une aggravation immédiate de tous les symptômes.

Tuméfaction de la verge; ecchymose sous-cutanée; rétention d'urine.

Malgré les moyens employés, la phlegmasie des téguments devint gangréneuse. D'un autre côté, l'inflammation se propagea à la vessie. Le malade succomba huit jours après son entrée à l'hôpital.

A l'autopsie, on trouva les altérations suivantes : gonflement considérable du rein gauche, qui était congestionné et ramolli. La vessie, distendue par une urine sanguinolente et fétide, occupait toute l'excavation pelvienne. La membrane interne était tellement criblée d'ulcérations qu'elle paraissait tapissée d'une fausse membrane d'apparence réticulaire.

La prostate est saine, non hypertrophiée.

La portion membraneuse du canal offre une coloration d'un rouge noirâtre.

La portion spongieuse, évidemment congestionnée et injectée, présente deux lésions principales :

1° A 6 centimètres du méat, la paroi inférieure du canal est perforée. Cette ouverture aboutit à une cavité en cul-de-sac creusée par la gangrène et la suppuration, entre la paroi urétrale et le tégument pénien.

2° A 3 centimètres en arrière de cette rupture, existe une déchirure qui n'intéresse que la muqueuse.

Aucune sécrétion purulente n'existe sur la surface urétrale.

Les corps caverneux ne sont pas altérés. Le sphacèle, circonscrit autour du corps fibreux de la verge, s'étendait aussi dans le tissu cellulaire souspubien.

OBSERVATION D'UNE VARIÉTÉ NOUVELLE DE TUMEUR SANGUINE RÉDUCTIBLE DE LA VOUTE DU CRANE; par M. E. AZAM.

Il s'agit d'une tumeur sanguine de la voûte du crâne, résultant d'une lésion traumatique ancienne, que l'auteur regarde comme étant en communication avec un sinus veineux crânien. Ce serait là, à coup sûr, une lésion intéressante, qui n'aurait d'analogue qu'un fait de M. Dufour, présenté en 1851 à la Société de biologie. Chez le malade de M. Dufour, il existait une tumeur sanguine au front. A l'autopsie,

on reconnut qu'elle communiquait, à l'aide de plusieurs pertuis creusés dans le frontal, avec un canal veineux de nouvelle formation qui allait s'aboucher avec le sinus longitudinal supérieur.

Voici maintenant l'observation de M. Azam.

Obs. — Le malade a 22 ans. A l'âge de 10 ans, chute sur le front. Trois jours après, apparaît une tumeur qui reste stationnaire et a conservé le même aspect jusqu'à l'entrée du malade à l'hôpital. Cette tumeur est située au front, un peu à droite de la ligne médiane. Ses dimensions sont celles d'une grosse noix; elle est irrégulièrement arrondie et sans changement de couleur à la peau. La fluctuation y est manifeste. Si on la presse avec la paume de la main, elle se réduit entièrement, et la peau reste flasque et vide. Cette manœuvre ne s'accompagne d'aucun vertige. L'inspiration et l'expiration forcées ont sur elle une légère action; elle ne présente ni battement ni bruit de souffle. Le seul phénomène d'auscultation qui soit perceptible est un bruit de souffle obscur sur le trajet du sinus longitudinal supérieur, pendant les essais de réduction de la tumeur. Lorsque celle-ci est réduite, on découvre au travers de la peau amincie une dépression osseuse circulaire.

On pratique dans la tumeur une petite ponction au moyen d'une lancette; il sort un peu de sang. Ce sang n'est pas vermeil. Un stylet, introduit par l'ouverture, ne rencontre aucune rugosité; il est impossible de trouver l'orifice de communication avec l'intérieur du crâne. Malgré l'écoulement du sang, la tumeur ne diminuant pas de volume, il est difficile de ne pas croire à sa communication avec une source sanguine. Cet écoulement est facilement arrêté, et l'ouverture se cicatrise en peu de temps.

Quelques jours après, le malade quitte l'hôpital.

Voici le diagnostic porté par M. Azam : *Raréfaction du diploé; perforation de la voûte du crâne; communication avec le sinus longitudinal supérieur et formation consécutive d'une tumeur sanguine réductible contenant du sang provenant de ce réservoir.*

VI. JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ ACADÉMIQUE DU DÉPARTEMENT DE LA LOIRE-INFÉRIEURE.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1853 contiennent les mémoires originaux suivants : 1° *Mémoire sur le tabac*; par M. Danet. 2° *Accouchement prématuré artificiel provoqué avec succès par des douches vers la trentième semaine de la grossesse*; par M. Aubinais. 3° *Observations de péritonite suraiguë consécutive à une perforation de l'estomac*; par M. Papin-Clagerie. 4° *Tumeur fibreuse de l'utérus compliquant l'accouchement et pouvant faire croire à l'existence d'un second enfant*; par M. Sequercé. 5° *Plaie d'arme à feu compliquée de corps étranger*; par M. Pizeux. 6° *Cas d'emphysème terminé par la guérison*; par M. Legrand.

MÉMOIRE SUR LE TABAC; par M. Danet.

On l'a dit avec raison, le tabac est aujourd'hui une plante sans rivale dans le règne végétal, au point de vue de son influence sur les destinées de l'humanité.

Le tabac était inconnu au vieux continent avant la découverte de l'Amérique par Christophe Colomb, qui en envoya les premières graines en Europe vers 1518; il fut surtout connu après que Nicot, ambassadeur français en Portugal, eut expédié, vers 1560, des graines de nicotiane en France, où il prit bientôt le nom d'*herbe à la reine*, par la protection que lui octroya Marie de Médicis. Depuis lors, malgré un arrêt de Jacques Ier en Angleterre, vers 1604, et une bulle de proscription du pape Urbain VIII en 1624, le tabac s'est répandu dans le monde, suivant une progression extraordinaire. En France, mis en régie en 1810 et monopolisé au profit de l'État, le tabac a produit au trésor, de 1810 à 1844, un bénéfice énorme d'un milliard 626 millions.

L'hygiène s'est préoccupée des conséquences que peut avoir l'abus du tabac; son usage prolongé introduit dans les fonctions animales des modifications dont l'intensité dépend du tempérament des individus et des doses de la plante. On sait que la nicotiane est un toxique qui chaque année donne malheureusement naissance à un certain nombre d'empoisonnements. M. Danet rappelle ce genre d'accidents, expose les procédés de culture et de manufacture etc. Nous allons surtout le suivre dans ses recherches sur le tabac à priser et le tabac à fumer. « Pour M. Danet, le tabac est comme un de ces vieux amis absents dont on n'espère pas le retour, mais dont le temps n'efface pas le souvenir. » Toutefois, ajoute-t-il, « d'impérieux motifs de santé m'ont forcé de renoncer à l'usage du tabac. »

Quelle est son influence sur l'organisme? Le tabac est une plante narcotique, stupéfiante. Nous citons textuellement M. Danet : « On sait » que, chez les Américains, les facultés intellectuelles étaient peu développées; d'autre part, l'excès de la pipe est pour beaucoup dans l'engourdissement moral des races orientales. »

« A l'École polytechnique, on nomme *fruits secs* les élèves qui, après avoir réussi à se faire admettre, ne peuvent passer leurs examens ultérieurs et sortent sans l'épaulette. Tous ceux qui fument avec excès ne sortent pas *fruits secs*; mais tous les *fruits secs* fument énormément. »

L'habitude de priser a également des inconvénients graves.

Le principe délétère du tabac réside dans une substance alcaline, la *nicotine*, découverte par Vauquelin et obtenue pure par Barral et Melsens. Un procès célèbre a fait connaître au public les qualités toxiques de la nicotine.

La fumée du tabac, recueillie par Zeiler, au moyen de l'aspirateur de Brunner, lui a donné à l'analyse, outre les gaz déjà délétères de la combustion, de la paraffine, une huile empyreumatique, des produits résineux, etc.

Le tabac à priser contient jusqu'à 6 et 7 pour 100 de nicotine; il en perd une partie par la fermentation, sans quoi il serait trop fort. La nicotine, qui, dans le tabac non travaillé, ne se présente qu'à l'état de sel insoluble, se transforme, dans les préparations du tabac de Virginie, soit en acétate de nicotine, soit en nicotine libre, deux produits très-solubles; il s'y développe de plus beaucoup d'ammoniaque. Aussi il n'y a pas de tabac qui produise plus d'accidents vers le cerveau.

Quant à ce qu'on appelle le *montant du tabac*, il provient du dégagement incessant de vapeurs ammoniacales, entraînant de la nicotine.

Avec ces données de la science, on est porté à conclure que l'usage abusif du tabac exerce à la longue une influence fâcheuse sur le physique et le moral des générations humaines.

ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL, PROVOQUÉ AVEC SUCCÈS PAR DES DOUCHES VERS LA TRENTIÈME SEMAINE DE LA GROSSESSE; par M. Aubinais.

Voici ce qu'il y a eu, dans cette observation, de plus particulièrement relatif à l'emploi du nouveau moyen abortif.

Obs. — Le 9, première douche intra-vaginale d'eau froide donnée à onze heures du matin; deuxième douche à trois heures après midi; troisième douche vers sept heures du soir, chacune d'au moins quatre minutes. La femme a ressenti un peu de malaise pendant la nuit.

Le 10, on donne également trois douches de quatre minutes, à neuf heures du matin, à midi et à sept heures du soir. Le malaise pendant la nuit est beaucoup plus grand que la veille. Quelques douleurs de reins.

Le 11, douche vers huit heures du matin. A la suite de cette douche ont apparu des tranchées utérines d'abord espacées, puis de plus en plus rapprochées. A onze heures, contractions assez fortes : le col offre une dilatation de la largeur d'une pièce d'un franc. A cinq heures du soir, la dilatation a la largeur d'une pièce de deux francs.

Le 12, à sept heures et demie du matin, l'accouchement avait lieu régulièrement, sans qu'on eût administré le seigle ergoté, rompu la poche des eaux ou fait quelque manœuvre de nature à hâter le travail.

TUMEUR FIBREUSE DE L'UTÉRUS COMPLIQUANT L'ACCOUCHEMENT ET POUVANT FAIRE CROIRE A L'EXISTENCE D'UN SECOND ENFANT; par M. Sequercé.

Obs. — Chez la malade de M. Sequercé, les phénomènes de la grossesse ne présentaient rien de particulier.

Les douleurs annonçant un commencement de travail eurent lieu le 20 août. Elles s'accompagnèrent d'accès convulsifs dont une saignée vint à bout. Les douleurs continuèrent, sans dilatation du col, pendant quatre jours. Ce n'est que le cinquième jour que la malade eut des contractions véritablement expultrices.

L'accouchement se fit bien, en présentation du siége. Mais après l'expulsion du fœtus, le ventre n'avait presque pas diminué de volume. Au toucher, on reconnaissait, au-dessus du détroit supérieur, l'existence d'une tumeur qui avait la forme, le volume et la résistance d'une tête de fœtus à terme.

Cependant, comme aucun autre effort d'expulsion ne se faisait et qu'il était survenu des symptômes inquiétants d'inflammation utérine, la femme fut examinée de plus près.

La main introduite dans le vagin, on ne tarda pas à reconnaître que ce qui avait été pris pour un fœtus n'était autre chose qu'une tumeur, adhérente au col de l'utérus, fluctuante en un point où elle était recouverte par une simple membrane qui, déchirée avec l'ongle, donna issue à une assez grande quantité de liquide séreux.

La malade étant morte deux jours après l'accouchement, l'autopsie fut faite.

On trouva l'utérus très-volumineux. Il était bilobé et ressemblait assez bien à une grosse gourde. Un sillon médian séparait le lobe supérieur, formé par le corps de l'utérus, du lobe inférieur, formé par la tumeur fibreuse.

Une seconde petite tumeur, distincte de la précédente, était située à droite, près du sillon médian.

Le col de l'utérus avait une longueur remarquable depuis l'orifice cervico-utérin jusqu'à l'orifice cervico-vaginal; c'est dans son épaisseur que la tumeur s'était développée.

Cette tumeur était adhérente par une très-large surface. Ce n'est qu'en arrière qu'elle était libre et qu'on pouvait pénétrer dans l'utérus. Elle était manifestement de nature fibreuse.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 4 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre du commerce transmet :

Quatre rapports de M. Dauvin, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Saint-Pol, sur des épidémies de fièvre typhoïde et scarlatine qui ont régné dans les communes d'Aubigny, Hernicourt, Vieilhesdin et Lesouich :

Un rapport de M. le docteur Balme du Garray, médecin des épidémies pour l'arrondissement du Puy, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Saint-Étienne-du-Vigan.

Le même ministre transmet :

Une brochure que M. le docteur Rérolle, médecin inspecteur des eaux minérales de Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire) vient de publier sur ces thermes. (Comm. des eaux minérales.)

Une demande d'avis sur l'opportunité d'accorder l'autorisation de fabriquer des eaux minérales et limonades gazeuses, etc. (Même comm.)

Un mémoire présenté par M. le docteur Jobert, à Guyonville (Haute-Marne), sur le traitement du rhumatisme aigu et fébrile.

Plusieurs lettres et documents relatifs à des remèdes secrets.

Enfin, des états de vaccination.

— M. Delaporte, médecin de l'hospice de Vimoutiers, adresse un rapport sur la variole et la vaccine dans le canton de Vimoutiers, en 1853.

— M. Tournemine (de Creteil) adresse un porte-mèche et une mèche vaginale destinés à faciliter le traitement local de la vaginite. (Comm. : MM. Huguier, Gibert.)

— M. Legrand communique une note relative à l'un des modes de transmission du choléra.

Les faits que M. Legrand relate dans cette note et qu'il a recueillis auprès d'un médecin d'Anneau (en Beauce) tendraient à prouver que le choléra, indépendamment des autres modes de propagation, est susceptible de se transmettre par voie de contagion. (Comm. du choléra.)

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les déviations utérines.

La parole est à M. Gibert.

TRAITEMENT DES DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS PAR LE REDRESSEUR UTÉRIN.

M. Gibert, sans vouloir rentrer dans la question générale dont il a été fait mention incidemment, soit dans le rapport de M. Depaul, soit dans les discours de MM. Malgaigne, P. Dubois et Cazeaux, demande la permission de dire quelques mots à l'appui d'un changement de rédaction qu'il propose dans les deux premières conclusions du rapport.

La discussion de 1849, dit M. Gibert, a prouvé, comme celle de 1854, que la plus grande divergence d'opinions pouvait se produire entre les hommes les plus éminents et les plus éclairés, même à l'occasion de lésions matérielles appréciables à la vue et au toucher.

Les déviations de l'utérus, à peine mentionnées dans la discussion académique de 1849 et contestées à cette époque, niées même par quelques-uns de nos collègues, du moins comme espèces pathologiques de nature à engendrer le cortége de symptômes signalés chez un si grand nombre de femmes, sont devenues le point culminant de la discussion de 1854.

Or, si nous nous rappelons l'importance prédominante attachée tour à tour depuis une trentaine d'années par divers chirurgiens, d'abord à la *métrite* chronique, puis aux *ulcérations* du col de l'utérus, un peu plus tard aux *engorgements* du col ou même du corps de la matrice, aux *granulations* de sa face interne.... enfin, en dernier lieu, aux *déviations* de l'organe, on peut prédire que ces dernières n'occuperont pas longtemps non plus le rang élevé où l'on s'est efforcé de les placer dans la pathologie utérine.

D'autre part, si l'on réfléchit aux graves et désastreuses conséquences qui suivent dans la pratique ces théories étiologiques plus ou moins hasardées qu'adoptent avec empressement et qu'appliquent avec quelque légèreté bien des praticiens forcés de s'en rapporter à l'expérience spéciale de ceux qu'ils peuvent à bon droit regarder comme des maîtres de l'art, on sentira l'utilité de quelques paroles d'avertissement sanctionnées par un corps aussi éclairé que le vôtre.

Quand on a vu, en effet, de grands chirurgiens se laisser entraîner à des illusions telles, que l'amputation du col de l'utérus a pu être proposée ou même pratiquée à des femmes qui n'avaient aucune lésion ou du moins aucune lésion sérieuse de la matrice (et M. Gibert en cite des exemples) ; que, chez d'autres femmes, les simples commencements d'une grossesse ordinaire et naturelle ont été regardés comme les indices d'une maladie grave de l'utérus contre laquelle on ne craignait pas de proposer les médications les plus énergiques ; quand on a rencontré si souvent de prétendues malades qui, après avoir été soumises aux cautérisations, aux pessaires, à la ceinture hypogastrique, au repos le plus absolu et quelquefois à tout l'arsenal de la pratique spéciale de Lisfranc, ont continué de souffrir jusqu'à ce qu'elles ont eu la sagesse de renoncer à la fois à leurs craintes peu fondées et à toute espèce de traitement chirurgical, on est bien obligé de reconnaître qu'il s'est introduit d'énormes abus dans le traitement des maladies des femmes, et que signaler ces abus devient, pour une compagnie comme la vôtre, un droit, peut-être même un devoir.

Mettre en garde les savants contre leurs propres illusions, désabuser les ignorants qui ajoutent une foi trop aveugle aux théories que les premiers cherchent à faire prévaloir, indiquer au charlatanisme l'écueil contre lequel il peut venir se briser, enfin prévenir le public lui-même contre les dangers auxquels peut l'exposer trop de crédulité, voilà le but multiple que je cherche à atteindre en proposant ce changement de rédaction dans les termes de la première conclusion générale du rapport :

« On a considérablement exagéré *de nos jours* l'influence des déviations, *ainsi que celle de beaucoup d'autres lésions utérines, telles que ulcérations, engorgement, granulations, etc.*, sur la santé des femmes. »

Pour mettre en harmonie la seconde conclusion avec la première, je me borne à supprimer les deux mots qui la terminent ; elle se trouve ainsi réduite aux termes suivants :

« Dans beaucoup de cas, les accidents qu'on a fait remonter jusqu'à ces lésions sont produites par un autre état pathologique. »

Il serait trop long de relater ici tous les faits sur lesquels je pourrais appuyer cette proposition ainsi généralisée.

Je me bornerai à signaler les diathèse nerveuse, lymphatique ou strumeuse, dartreuse, syphilitique, rhumatismale, goutteuse, hémorrhoïdale, comme étant celles qui engendrent le plus souvent les divers accidents attribués aux lésions utérines qui avaient fixé particulièrement l'attention de Lisfranc et de ses élèves, lésions qui, lorsqu'elles existent réellement, deviennent ainsi purement secondaires.

En pareil cas, sans doute, très-fréquemment, je le reconnais, une lésion locale coexiste avec la diathèse générale ; la plus ordinaire est le catarrhe utérin, auquel viennent incidemment s'ajouter des rougeurs, des ulcérations superficielles, des tuméfactions, des congestions passives du col de l'utérus, surtout chez les femmes qui ont eu un ou plusieurs enfants, et c'est ce qui peut expliquer en partie les illusions et les abus que nous n'avons fait que rappeler très-sommairement.

Mais, rien de plus variable que le degré d'importance qui doit être attribué à ces lésions, soit temporairement, soit d'une manière durable. Cette importance, en effet, tient à une foule de circonstances locales et générales ; dans plusieurs cas même, elle relève uniquement de l'influence du moral sur le physique. C'est ainsi qu'on peut se rendre compte de certaines guérisons obtenues par les moyens les plus bizarres et les plus variés. C'est encore ainsi qu'on voit la cessation de quelque phénomène local qui suffisait à entretenir chez la femme ce que j'appellerai la *monomanie utérine*, être bientôt suivie de la disparition de tous les accidents nerveux provoqués par cette monomanie.

A ce propos M. Gibert cite l'observation d'une dame qui, par le seul fait de l'action passagère d'un pessaire astringent (orange verte de M. Devilliers) qu'elle ne conserva en place que quatre à cinq jours, vit cesser les douleurs qu'elle éprouvait, et notamment un écoulement de sang presque habituel et qui lui causait les plus vives inquiétudes.

Dans beaucoup de cas de ce genre, M. Gibert a cru devoir attribuer en grande partie la cessation de l'état maladif à la réaction morale qui s'opère par suite du retour du calme de l'imagination qui cesse d'être fixée d'une manière constante et habituelle sur l'utérus.

Il ne faut pas oublier, ajoute en terminant M. Gibert, qu'il y a vingt ans à peine, l'amputation du col de l'utérus était pratiquée pour de simples ulcérations (voir le livre de M. Pauly), et que si cette opération n'avait pas entraîné des conséquences désastreuses aussi immédiates, quelques chirurgiens sans doute la pratiqueraient encore.

Or nous avons sous les yeux aujourd'hui des femmes qui se sont refusées jadis à cette opération, et qui depuis la cessation naturelle des fonctions utérines, ont vu cesser aussi toutes les incommodités éprouvées à une époque antérieure.

On en est arrivé maintenant au *redressement intra-utérin* ; j'espère que ce procédé, dont plusieurs de nos savants collègues, et notamment notre habile rapporteur nous ont si bien signalé les dangers, sera abandonné à son tour.....

Mais en attendant, je persiste à croire qu'il y a utilité et opportunité à donner un avertissement salutaire au public médical en signalant les abus de la pratique chirurgicale au sujet des affections utérines en général, et c'est pourquoi je propose la mention de ces diverses affections dans la conclusion du rapport qui s'applique si judicieusement aux *déviations* seules de l'utérus.

M. Velpeau : Il y a deux ordres de faits dans ce qui a été discuté jusqu'ici. Le fait communiqué par M. Broca, fait qui a été le point de départ avec celui de M. Cruveilhier de toute cette discussion, mais qui ont été bientôt perdus de vue ; puis les faits tirés de la pratique de MM. Valleix, Simpson et quelques autres. Pour ce qui est de M. Valleix, j'avoue que le connaissant, j'ai peine à admettre qu'en pareil cas son jugement, les résultats qu'il annonce n'aient pas plus de valeur que ceux de n'importe qui, que ceux même de l'honorable rapporteur.

Si M. Depaul, au lieu de prendre les quelques faits malheureux qui lui ont été communiqués, avait cru pouvoir suivre la pratique de M. Valleix lui-même et examiner avec ce confrère les différents cas bons ou mauvais qui se rapportent au redresseur intra-utérin, je lui accorderais le droit de nous donner ici son jugement, ses interprétations. Mais, vous le savez tous, ce n'est point ainsi que les choses se sont passées. Je crains donc de n'avoir entendu à ce sujet qu'une partie de la vérité et qu'on n'ait déroulé sous nos yeux qu'une des faces du tableau. C'est ce que j'ai l'intention d'examiner.

La question qui s'agite devant vous est vaste; elle comprend une grande partie de la pathologie de l'utérus; elle renferme une catégorie très-riche de lésions, qui ont dû être toutes tranchées par le rapporteur, par la raison qu'elles sont pour la plupart connues, et qu'il est presque impossible de traiter de l'une sans s'occuper aussi des autres. Ainsi, avec les déviations, il faut aussi songer aux déplacements. Les déplacements et les déviations touchent plus ou moins à de certaines irritations, à de certains écoulements, à de certaines altérations des organes voisins.

Les déviations peuvent être séparées en deux classes: les déviations par rapport à l'axe du bassin et les déviations par rapport à l'axe de la matrice. C'est ici que je commence à avoir besoin de quelques explications eu égard au travail de M. Depaul, travail dans lequel je vois une foule de choses que j'accepte très-volontiers, qui concordent parfaitement avec mes propres opinions, mais dans lequel j'en remarque aussi qu'il ne me paraît pas possible d'adopter.

La première proposition porte qu'on s'est trompé en attribuant aux déviations de l'utérus des accidents qui ont habituellement une tout autre origine. Eh bien! je demanderai d'abord qui s'est ainsi trompé, et puis pour quelle espèce de déviation ces exagérations ont été faites. S'il s'agit des déviations par rapport à l'axe de l'utérus, des inflexions, je me trouve mis en cause.

J'ai dit, sous ce rapport, le pour et le contre, et je le maintiens. M. Malgaigne a dit dans son remarquable discours que, contrairement à Lisfranc qui attribuait tout aux engorgements, je rapportais presque tout au contraire aux déviations de l'utérus. Ceci pourtant n'est rien moins qu'exact, et en voici la preuve. Les inflexions de matrice n'étaient guère connues, on le sait, avant que j'eusse appelé sur elles l'attention des médecins. Eh bien! qui doute aujourd'hui de l'existence, de la fréquence même de ces sortes de flexions? Non-seulement elles sont admises par tout le monde, mais encore on en est arrivé à prétendre qu'elles existent toujours chez toutes les femmes, que c'est une difformité en quelque sorte naturelle.

Notez bien que cette opinion extrême n'est pas la mienne. Mais il est arrivé là ce qui arrive souvent, ce qui arrive à tous les hommes qui vieillissent en suivant le mouvement de la science; c'est que leurs opinons sont reprises par des élèves qui vont beaucoup plus loin que le maître. Ainsi c'est M. Boulard que j'avais pour interne il y a une dizaine d'années, qui, par des recherches nombreuses et variées sur le cadavre, a trouvé que l'utérus est constamment et naturellement coudé sur sa face antérieure. Il est vrai que M. Depaul, qui a repris ses expériences, explique le fait d'une autre façon et l'attribue à une réaction cadavérique, à la pression que la distension du ventre porte les intestins à exercer sur la matrice après la mort. Mais sans admettre, comme M. Boulard, que toutes les matrices sont ainsi infléchies dans le jeune âge, je ne crois pas non plus que ce soit un simple phénomène cadavérique. J'ai, pour vérifier le fait ou savoir à quoi m'en tenir, touché un grand nombre de femmes qui n'avaient point de symptômes de déviation utérine, et j'en ai certainement trouvé une assez forte proportion parmi celles qui étaient encore vierges ou qui n'avaient point eu d'enfants et dont la matrice était parfaitement droite. J'ai constaté la même chose sur des cadavres de femmes mortes d'affections étrangères au système utérin, quand j'ai pu les examiner peu de temps après la mort ou quand le cadavre n'avait subi aucun travail de décomposition notable du côté du bas-ventre.

Après tout, que ces inflexions soient très-fréquentes ou seulement assez communes, toujours est-il que leur existence comme lésion ordinaire n'est plus contestable aujourd'hui.

Maintenant est-il vrai que j'ai rattaché à ces déviations une foule d'accidents qui ne leur appartiennent point? Il y a bien près de trente années que ce genre de lésion m'occupe; j'en parlais alors que personne ne paraissait y songer. Mais je ne faisais pas et je n'ai jamais fait des inflexions de l'utérus une maladie très-grave, la source d'accidents qu'il fallait attribuer à autre chose. S'ensuit-il que, comme deux de nos collègues, je sois disposé à regarder les déviations de l'utérus comme incapables de faire naître des accidents réels et qu'il soit raisonnable d'accepter la première proposition de notre honorable rapporteur? Je ne le crois pas. Rien ne prouve, selon moi, que les médecins prudents parmi ceux qui se sont occupés de la question aient exagéré outre mesure l'influence des déviations utérines sur la santé des femmes.

Qu'est-ce donc, après tout, que l'on a pu rapporter aux déviations et qui tiendrait en fait à autre chose? Quel est donc cet état pathologique dont on n'a pas tenu compte et auquel il faudrait rapporter les accidents généralement attribués aux déviations?

J'avoue qu'il y a là pour moi un certain degré d'obscurité dans le rapport. En dehors des maladies malignes, des maladies organiques, des cancers, des tumeurs, des ulcères, des inflammations aiguës et subaiguës dont il ne peut être question ici, je ne vois guère comme maladie de l'utérus que les écoulements, les irritations chroniques de la membrane muqueuse, puis cet état du col *intrâs* et *extra*, de la cavité même de l'utérus qui se présente sous l'aspect de granulations rougeâtres, que beaucoup de praticiens englobent sous le titre d'ulcérations superficielles, et que je distingue sous celui de granulations simples. En dehors donc de ces états, de l'état catarrhal selon quelques autres, de l'hypertrophie ou de l'engorgement, je ne vois pas ce qui pourrait donner le change. Mais qui pourra s'y tromper et attribuer aux déviations ce qui appartient aux écoulements, par exemple, quand il y a un écoulement utéro-vaginal? En ce qui me concerne du moins, c'est à lui que je l'adresse d'abord et non à la déviation si elle existe concurremment. Il en est de même évidemment des granulations, du catarrhe utérin, des hémorrhagies, et jamais pour personne ces accidents n'ont été, que je sache, donnés comme une dépendance formelle des déviations, ni traités comme tels. D'ailleurs quel est le praticien qui, pour son diagnostic, s'en rapporte alors au dire des femmes? Est-ce que avant d'établir son opinion on n'explore pas la matrice de toutes façons, de manière à s'assurer qu'elle est ou non déviée? Ce n'est donc pas par là que la confusion me paraît possible. Cet état qu'on sous-entend dans la deuxième proposition ne doit être que de l'hypertrophie, de la métrite chronique ou de l'engorgement.

Je ferai remarquer à ce sujet le pas qu'a fait la pathologie utérine depuis la discussion rappelée par M. Malgaigne. Je vins soutenir alors dans cette enceinte, comme j'essaye de le démontrer depuis vingt-cinq ans à l'hôpital, qu'il n'y a point d'engorgement, que l'engorgement dont on parlait tant et partout, qui semblait constituer à lui seul la moitié des maladies de l'utérus, était très-rare, et que partout où on croyait l'avoir trouvé, il s'agissait de déviations, de simples inflexions de la matrice.

Eh bien! voyons où nous en sommes aujourd'hui. On n'ose même plus en prononcer le nom. Personne jusqu'ici n'en a eu le courage dans la discussion actuelle, et si on l'aperçoit poindre quelque part dans une ou deux des phrases du rapport de M. Depaul, c'est avec une humilité telle qu'il n'ose pas le laisser voir sous son nom et qu'on est obligé de le deviner en quelque sorte. N'est-ce pas là un progrès, un véritable progrès, que d'avoir fait disparaître une maladie qui passait pour être si commune et qui en réalité n'existe pas?.. N'existe pas, entendons-nous toutefois; quand j'ai soutenu qu'il n'y avait point d'engorgement, j'ai voulu dire et j'ai dit que là où l'on trouvait journellement des engorgements, il n'y avait que des déviations, et je n'ai jamais eu la pensée, on me fera bien la grâce de me croire, de nier la possibilité ni même l'existence des engorgements de l'utérus. Voici la preuve que telle a toujours été ma pensée.

On voit comment j'entends les engorgements de la matrice. Cela n'empêchera pas les partisans des engorgements de me combattre comme si j'en avais nié d'une manière absolue la possibilité. Mais qu'ils existent ou non, toujours est-il qu'ils ne peuvent pas donner lieu à des méprises réelles. Je me demande donc où sont ces états capables de faire naître les symptômes, les accidents qu'on attribue aux déviations.

Maintenant voyons si les déviations sont de nature par elles-mêmes à faire naître des accidents.

Pourquoi l'a-t-on nié? Parce que, pour les abaissements, par exemple, on a vu les femmes avec une matrice en état de prolapsus ne rien éprouver de fâcheux, ou d'autres femmes avec une antéflexion ou rétroflexion, une antéversion ou rétroversion, des déviations très-prononcées enfin, et ne pas avoir l'air de s'en douter.

Mais tout le monde a vu de ces faits. Cela se voit pour toute autre maladie; il n'y a pas de maladie ordinairement grave même qui n'existe quelquefois sans être accompagnée de son cortége ordinaire d'accidents, et personne cependant n'en conclut que les accidents qui les caractérisent n'en soient l'accompagnement ordinaire. Il y a des organismes ainsi faits : rien ne les trouble, rien ne les dérange; mais ce n'est pas une raison pour qu'il en soit de même partout. Les déviations de matrice peuvent faire naître des accidents. Le raisonnement le fait prévoir et l'explique sans peine. L'observation, d'ailleurs, le démontre tous les jours. Que la matrice soit infléchie, se coude sur son axe, si la courbure est légère et allongée, il se peut qu'aucun trouble n'en soit la conséquence, à l'exception toutefois de la fonction menstruelle et de la fécondité peut-être. Si, au contraire, cette inflexion est portée plus loin, il en résultera deux choses : coudée à angle, la matrice n'est plus libre dans le canal qu'elle parcourt; puis elle est nécessairement déplacée. Des tractions, des tiraillements alors sont exercés sur les ligaments ronds, les ligaments larges, les ligaments de l'ovaire, tous les replis qui entourent l'utérus. Ces organes sont tous remplis de filets nerveux qui appartiennent au grand sympathique, qui se continuent avec les nerfs du mésentère, des intestins, des reins, de tout le ventre.

Enfin qu'y a-t-il dès lors d'étonnant qu'une lésion pareille soit le point de départ de troubles dans l'innervation de la femme, dans les fonctions digestives, ou des différents organes de l'abdomen? Puis, dans les déviations, quelle qu'en soit l'espèce, n'y a-t-il pas des frottements, des pressions insolites? Le fond de l'utérus, appliqué contre la vessie derrière les pubis, sur le rectum du côté du sacrum, pressant, tiraillant les plexus nerveux du bassin, ne va-t-il pas troubler plus ou moins et le cours des urines et la défécation? N'est-il pas tout simple que les femmes éprouvent alors des besoins fréquents d'uriner, de la constipation, des douleurs hémorrhoïdaires, de la pesanteur dans le bassin, des douleurs dans les reins, des tiraillements dans les aines? Et avec ces présomptions, si l'on arrive à l'observation directe, comment conserver des doutes?

Une femme vous consulte; elle indique qu'un jour, il y a un, deux ou dix ans, à l'occasion d'un effort soit pour atteindre un objet, soit pour soulever son enfant, soit pour élever les bras, etc., elle a senti quelque chose s'opérer dans le bas-ventre, et bientôt les phénomènes que je viens de signaler. Depuis lors elle ne marche qu'avec peine, qu'avec douleur. Elle se couche, et à l'instant tout disparaît; elle se lève, et tous les accidents reviennent. Cette succession,

je l'ai rencontrée une infinité de fois. Au toucher, vous constatez la déviation. On parvient à redresser la matrice, et la femme se sent aussitôt soulagée. L'utérus retombe: les mêmes angoisses, les mêmes difficultés renaissent. Peut-on trouver quelque chose de plus concluant, de plus mathématique? Et quel besoin a-t on alors d'aller chercher la forme des accidents éprouvés par la femme dans de prétendues métrites, catarrhes, hypertrophies, engorgements, dans des états névralgiques dont on nous a beaucoup parlé, que je ne nie pas sans doute, mais qui me paraissent bien rares, et avoir été peut-être inventés un peu pour n'être pas obligé d'admettre ce qui me paraît la vérité, à savoir les inconvénients réels des déviations utérines?

Si rien, dans d'autres états pathologiques, ne permet de confondre les accidents des déviations avec une maladie différente, serait-ce donc dans les complications qu'il faudrait chercher la source de cette confusion? Mais là encore je nie qu'un praticien expérimenté puisse s'y méprendre. Ce que j'ai dit du diagnostic permettra-t-il jamais de confondre des inflammations, des tumeurs, des adhérences, etc., avec des déviations simples? Puis ces complications elles-mêmes sont-elles la cause, sont-elles l'effet de la déviation? Pour moi, je ne doute pas que ce puisse être tantôt l'un, tantôt l'autre. Il est certain qu'un corps fibreux, un kyste, une tumeur quelconque du bassin, du pourtour de l'utérus ou de l'utérus lui-même, est de nature à faire naître les déplacements des déviations de la matrice. Une inflammation s'établissant dans le péritoine pelvien, il en pourra résulter des brides, des adhérences qui dévieront, déplaceront l'utérus. Il en sera de même à la suite d'une inflammation des ligaments larges ou ronds de la matrice. Ainsi toute sorte de maladies peuvent être la cause comme la complication des déplacements utérins; mais ces déplacements, à leur tour, sont évidemment de nature à produire la plupart de ces lésions, soit par la pression qu'exerce le fond de l'utérus sur la vessie ou sur le rectum, etc.

Mais il ne s'agit point ici des symptômes ou des accidents propres aux complications, mais bien d'accidents chez des femmes qui n'ont que des déplacements simples de l'utérus. La preuve, au surplus, que les accidents dont on parle ne tiennent ni aux complications des déviations ni à des maladies étrangères à ces déviations, c'est que, chez les malades mortes avec ces accidents ou de maladies intercurrentes tout à fait différentes, on n'a rien trouvé sur le cadavre que la déviation proprement dite.

Il est donc parfaitement exact de dire que les déviations utérines causent par elles-mêmes une série d'accidents, et qu'à la longue elles peuvent même entraîner de véritables dangers, accidents et dangers qui varient naturellement selon une foule de circonstances, selon l'impressionnabilité, la constitution plus ou moins nerveuse des femmes.

Les détails dans lesquels je viens d'entrer ne sont-ils pas de nature à faire disparaître en grande partie la nécessité des quatre premières conclusions du rapport?

J'arrive à un point plus essentiel, à ce qui concerne la thérapeutique des déplacements utérins. M. Depaul a dit et soutient qu'à ce sujet la pratique est loin d'être désarmée, qu'elle a des moyens de guérison nombreux et variés. Voyons où sont nos richesses sous ce rapport. D'après ce que j'ai vu et ce que je sais, on ne parvient guère à guérir les déviations de matrice, et j'avoue même ne point comprendre comment on peut guérir les inflexions en particulier. Quelles sont, d'ailleurs, ces armes si puissantes? Dans un temps qui n'est pas éloigné, les praticiens ne trouvaient rien de mieux que de tenir les femmes couchées pour redresser leurs matrices, sur le ventre en cas de rétroversion, sur le dos en cas d'antéversion, et cela pendant des mois, des années même. Mais est-ce là un traitement? Cette invention du repos, associé aux petites saignées répétées, aux pilules de ciguë, aux lavements froids, aux bains prolongés, qui faisaient la base de la thérapeutique de Lisfranc, et qui, à la rigueur, se comprenaient avec l'idée d'engorgement, ne seraient-elles pas ridicules aujourd'hui que chacun sait qu'il s'agit de déviation?

Les moyens généraux sur lesquels vient encore d'insister M. Gibert sont un accessoire ou un traitement à part, qui ne s'applique point évidemment à la déviation, mais à des complications. Est-il besoin de dire, d'ailleurs, que ces moyens ne sont négligés par aucun praticien raisonnable, et si je n'en parle point ici, c'est qu'il est bien entendu que nous ne nous occupons que de la thérapeutique locale des déplacements de la matrice. Parlons donc de ces moyens locaux ou mécaniques.

De tout temps on a fait usage des pessaires; mais ces pessaires, que font-ils, si ce n'est de pallier en partie la maladie? Est-ce qu'ils guérissent définitivement les inflexions, ou même les simples déviations? A quelques exceptions près, non. Ils soulèvent, ils soutiennent la matrice, ils l'immobilisent dans certains cas, ils la redressent quelquefois. C'est quelque chose sans doute, mais ce n'est pas tout, et ils laissent encore beaucoup à désirer. Ils ont, d'ailleurs, des inconvénients sérieux; ils ne sont même pas toujours sans danger. Ne sont-ils pas quelquefois la source d'inflammations, d'irritations, d'ulcérations? Je les ai vus même quelquefois produire la perforation des cloisons vaginales. D'ailleurs, toutes les femmes ne peuvent pas les supporter.

Pourtant je suis loin de proscrire les pessaires; ils rendent de véritables services, ils peuvent même, quoi qu'on en ait dit, redresser et retenir la matrice droite dans quelques cas, non pas dans les inflexions, il est vrai, mais dans les antéversions ou rétroversions. Mais avec tous ces avantages, le pessaire n'en est pas moins un pis-aller et ne mérite d'être employé que faute de mieux.

Il y a encore d'autres voies pour redresser l'utérus dévié, le rectum, par exemple. J'ai essayé d'introduire par là des appareils redresseurs, mais les femmes n'ont pas pu les supporter. J'ai dû y renoncer.

Ce n'est pas à coup sûr un traitement à prendre au sérieux que la proposition qu'on a faite de mettre un bouchon dans l'anus pour retenir les matières fécales pendant huit, quinze jours, trois semaines, comme moyen naturel de repousser la matrice en avant, ou de faire conserver aux malades l'urine dans la vessie pour refouler la matrice en arrière.

Pénétré de l'insuffisance des pessaires, j'ai imaginé dans le temps la ceinture hypogastrique, ceinture qui agit, je crois, en soutenant les viscères et en soustrayant la matrice au poids et à la pression qu'ils exercent sur elle. Quelques femmes, un grand nombre même, s'en trouvent très-bien, mais ce n'est pas là encore un moyen de guérison, la ceinture hypogastrique ne redresse pas la matrice déviée.

Il était donc naturel de chercher autre chose. Longtemps avant M. Simpson et M. Valleix, j'ai imaginé un redresseur, un pessaire intra-utérin, qui diffère de celui de ces deux praticiens en ce que la tige, au lieu d'être rigide, est souple et flexible jusqu'à un certain point (elle est en caoutchouc ou en baleine). Je l'ai essayé sur un certain nombre de femmes, et puis j'y ai renoncé, bien que quelques-unes s'en fussent assez bien trouvées, parce que, dans quelques cas, il y eut des accidents et que je n'étais pas à cette époque assez convaincu de son efficacité pour m'encourager à persévérer dans son emploi. J'entrevoyais déjà alors ce qu'on reprocherait plus tard à cet instrument.

M. Depaul a dit qu'il fallait rejeter le redresseur par trois raisons: parce qu'il est inutile, parce qu'il est dangereux, et puis parce qu'il est inefficace, que la maladie revient. Tout cela est possible, mais cela n'est pas démontré dans le rapport de manière à créer à cet égard dans notre esprit un degré suffisant de certitude. Comment M. Depaul a-t-il prouvé que le pessaire intra-utérin était dangereux? Il a cité des faits malheureux; mais des faits malheureux, il y en a partout. Personne d'ailleurs n'a prétendu que cet instrument pût être employé impunément par des mains peu exercées. M. Depaul a cité plusieurs cas malheureux de M. Valleix lui-même; sans doute il y a eu plusieurs cas malheureux qui peuvent être attribués à une fausse manœuvre; mais, en définitive, 5 ou 6 cas malheureux sur 160 observations, c'est fâcheux sans doute, mais ce n'est pas encore de nature à faire rejeter le moyen; et il resterait à démontrer d'ailleurs que les accidents dont il s'agit doivent réellement être imputés au redresseur. J'ai comparé à ce sujet les observations de M. Valleix avec l'analyse qu'en a faite M. Depaul, et il m'a paru que M. Depaul n'avait présenté les faits que sous le côté le plus favorable à l'opinion qu'il cherche à faire prévaloir. En définitive, je ne vois pas, même dans le rapport, la preuve que le redresseur ait les dangers qu'on lui a attribués.

Et comment le pessaire intra-utérin peut-il être dangereux? J'y ai beaucoup songé, j'ai beaucoup expérimenté, non pas avec le redresseur que je n'ai employé que cinq ou six fois seulement, mais avec d'autres instruments, avec des algalies, des bougies; j'ai pénétré dans l'utérus avec des corps étrangers de différentes sortes et de diverses formes, dans le but de dilater le col, de le cautériser ou de pratiquer des injections dans l'utérus; et je puis dire, en toute assurance, que jamais je n'ai vu survenir aucun accident sérieux. Récamier, avec sa curette, n'a que rarement eu des accidents graves. Cela prouve une chose, c'est que l'utérus est un organe très-tolérant; et cela est si vrai qu'on a pu le couper, le brûler, sans que les femmes en accusassent même de la douleur. L'anatomie de cet organe explique d'ailleurs cette insensibilité; M. Jobert de Lamballe n'a-t-il pas démontré l'absence de nerfs dans le col? Je suis donc disposé à croire, d'après tous ces motifs, que l'usage du redresseur utérin n'est pas dangereux.

Quant à son utilité et à son efficacité, j'ai déjà dit ce qu'il faut en penser. J'ajouterai que nous saurons par M. Valleix lui-même, mieux que par cette discussion, à quoi nous en tenir à cet égard, la bonne foi et la probité scientifique de cet honorable confrère, et son excellent esprit d'observation, nous étant bien connus. Je voudrais donc que l'Académie ne votât pas les conclusions telles qu'elles sont énoncées dans le rapport. L'Académie n'a pas besoin d'ailleurs de porter un jugement là-dessus, le public médical saura bien le porter lui-même d'après l'impression qu'il aura retirée de cette discussion. Dans tous les cas, j'aurais voulu que les conclusions, si l'on croit nécessaire d'en voter, portassent exclusivement sur le fait de M. Broca, et non sur le redresseur utérin en général.

M. Depaul: M. Velpeau s'est mépris sur la portée des conclusions de mon rapport. Ces conclusions ne sont que le résumé du contenu même du rapport. L'Académie n'a point à se prononcer à cet égard. Je me réserve de présenter plus tard des conclusions sur lesquelles elle aura à voter.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE FEVRIER 1854;
par M. le docteur E. Le Bret, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — Anatomie.

Observations anatomiques sur le pied du chien; par M. A. Goubaux

§ I.

Jusqu'à présent tous les auteurs ont reconnu que, chez le chien, il y a sept os dans le carpe. Suivant MM. Joly et Lavocat, il y en aurait dix. Tous les au-

teurs ont reconnu que ces os sont répartis inégalement dans chacune des rangées, savoir : trois dans la rangée supérieure et quatre dans la rangée inférieure. Suivant MM. Joly et Lavocat, il y a cinq os dans chacune d'elles, et il en serait de même chez tous les mammifères.

Pour moi, je demeure convaincu que le nombre des os du carpe, comme celui des os du tarse, n'est pas le même chez tous les animaux, et comme je ne veux pas entrer de nouveau aujourd'hui dans l'examen d'une question dont j'ai eu l'honneur d'entretenir la Société centrale de médecine vétérinaire dans un autre travail (1), je ferai seulement remarquer, quant à présent, un os que je trouve chez tous les individus de l'espèce canine, et qui existe sans doute aussi chez les animaux des espèces voisines.

Cet os, dont le volume est variable, suivant le développement général de l'individu, est situé à la partie postérieure interne du deuxième os de la rangée supérieure. Il a une forme globuleuse; il porte une facette articulaire diarthrodiale sur sa partie antérieure, et s'articule par contiguïté avec une brisure de la surface articulaire inférieure de l'os dont il vient d'être question.

Les rapports de cet os sont à prendre en considération : il donne attache, en effet, sur son bord antérieur interne et un peu sur la partie correspondante de sa face postérieure, à une partie des fibres terminales du tendon du muscle adducteur du pouce, dont l'autre portion va s'insérer à la base du cinquième métacarpien. Par son bord externe, cet os donne attache à un ligament qui, par son autre extrémité, va se fixer sur les parties voisines.

Quelle est la signification de cet os? Est-ce un sésamoïde, ou est-ce un os du carpe?

Il y a de bonnes raisons pour considérer cet os comme un sésamoïde; ses rapports articulaires, tendineux et ligamenteux, doivent le faire regarder comme tel. Comme il n'a aucune connexion ni avec l'extrémité inférieure du radius ni avec aucun os de la rangée inférieure du carpe, on pourrait le considérer comme un sésamoïde; mais comme chez le renard (2), cet os a acquis un développement beaucoup plus considérable que chez le chien, il devient évident que c'est là un os du carpe qui remplit le rôle d'un sésamoïde.

D'où il suit que le nombre des os du carpe est égal à huit, savoir : quatre dans la rangée supérieure et quatre dans la rangée inférieure. Il est important de rechercher quels sont les os qui existent normalement, et quelle en est la signification; je veux le faire remarquer, en passant, par l'exemple suivant :

M. Magendie a constaté que les muscles de l'oreille interne renferment quelquefois une petite concrétion sésamoïde (bœuf et cheval). Ce fait est reproduit dans la PHYSIOLOGIE COMPARÉE de Dugès (t. I, p. 183); cependant M. Paul de Saint-Martin, surveillant bibliothécaire à l'École impériale vétérinaire de Toulouse, en faisant quelques recherches sur l'oreille interne des animaux domestiques, a trouvé ces concrétions ou ces sésamoïdes dans le muscle de l'étrier, et M. Lavocat leur a donné le nom de *post-stapédien* (3). C'est là certainement trop d'empressement à vouloir donner un nom particulier à une chose connue, et que, du reste, on rencontre normalement dans d'autres endroits et chez d'autres animaux. Ce n'est donc pas, dans ce dernier cas, un os particulier, mais une sorte d'os que certains anatomistes ont appelé **os *tendinien***, d'une manière générale.

§ II.

Pour tous les auteurs, le tarse du chien se compose de sept os, savoir : un calcanéum, un astragale, un cuboïde, un scaphoïde, un grand os cunéiforme, un petit os cunéiforme et un moyen os cunéiforme. (Ces trois derniers os sont énumérés dans l'ordre où on les rencontre, de dehors en dedans.)

Pour MM. Joly et Lavocat, au contraire, il y en a dix.

Il est bon de rappeler encore ici comment, au point de vue *philosophique*, cinq os ont été retrouvés dans chacune des rangées du tarse.

Dans la rangée supérieure, le calcanéum forme deux os, l'astragale un os et le scaphoïde deux os.

J'ai déjà démontré ailleurs la fausseté du principe de l'unité de composition appliqué aux animaux domestiques; aussi je répéterai seulement ici que :

D'abord le calcanéum ne forme pas plus deux os que le tibia n'en forme plusieurs, parce qu'il se développe par plusieurs noyaux d'ossification;

Ensuite que si le scaphoïde représente à la fois le tétrotarsien et le pemptotarsien (ordinairement soudé au précédent), il faudrait que le scaphoïde donnât la démonstration qu'il se développe par deux noyaux d'ossification. Or ce développement n'a pas été et ne sera jamais vu. *Fortis imaginatio generat casum.*

J'en pourrais dire autant relativement aux os de la seconde rangée ou de la rangée inférieure; car MM. Joly et Lavocat prétendent que le cuboïde représente à la fois deux os, le premier et le deuxième. Je ne m'arrêterai donc pas davantage sur ce point.

Il était indispensable que je revinsse sur les détails précédents pour qu'on pût bien comprendre ce qui va suivre.

Daubenton a dessiné, dans l'HISTOIRE NATURELLE de Buffon (t. V de l'édition in-4° de l'imprimerie royale), des pièces à l'appui de la description de quelques variétés du développement du cinquième doigt. Frédéric Cuvier en a fait dessiner d'autres dont je m'occuperai tout à l'heure; mais auparavant je signalerai une particularité relative au scaphoïde.

Chez quelques sujets, le scaphoïde porte sur sa face interne une pièce styloïde, à base supérieure, qui lui est plus ou moins continue, suivant les individus chez lesquels on la remarque. Or est-ce là le pemptotarsien, qui est ordinairement soudé au scaphoïde? S'il en était ainsi, il est évident que le scaphoïde devrait présenter cette forme chez tous les individus de cette espèce.

Cette disposition ne se fait *jamais* remarquer chez le cheval, l'âne, le mulet, le bardeau, le bœuf, le mouton, la chèvre et le porc. Le chien fait seul exception à cet égard; cependant peut-être la trouverait-on aussi chez quelques individus de l'espèce du chat et du lapin; mais je ne m'en suis pas encore assuré.

C'est donc là une anomalie seulement, et non pas un os « ordinairement soudé au précédent; » on peut s'en assurer sur les pièces que j'ai préparées dans ce but.

Il est d'autres variétés anatomiques que l'on observe dans le tarse de certains individus de l'espèce du chien; elles ne tiennent nullement à la race, ainsi que l'a fait remarquer Frédéric Cuvier; je l'ai constaté moi-même.

Suivant Frédéric Cuvier, ces variétés, qui se font remarquer dans le nombre et dans les connexions des os cunéiformes, tiennent au développement plus ou moins complet que peut acquérir le cinquième doigt.

Voici comment il s'exprime à cet égard :

« Chez les chiens qui n'ont qu'un rudiment le cinquième os du tarse, cet » os s'articule à la facette inférieure du grand cunéiforme, qui lui-même est » en connexion avec le scaphoïde, le second cunéiforme et le second os du » métatarse, en comptant pour un le rudiment dont il vient d'être question » (voy. fig. 9e de Frédéric Cuvier). Mais chez les chiens qui ont le cinquième » doigt complet, il se développe un quatrième cunéiforme entre le premier et » le deuxième doigt (voy. fig. 10e de F. Cuvier), et alors, dans quelques variétés, le grand cunéiforme s'élève et vient, par son côté interne, donner » une large facette articulaire à l'astragale. Dans un chien-loup, la moitié du » grand cunéiforme correspondait à l'astragale, tandis que, dans un grand » danois, ces rapports étaient beaucoup moins étendus, et cela tenait à ce » que, dans le premier, le scaphoïde, le cuboïde et les cunéiformes étaient » beaucoup moins longs que dans le second, mettaient une assez petite distance entre le calcanéum et les os du métatarse; de sorte qu'ils permettaient à ceux ci de repousser pour ainsi dire en haut le grand cunéiforme, » qui, comme on sait, n'est ordinairement retenu dans sa position que par » des ligaments et la facette assez étroite avec laquelle il s'articule au scaphoïde. Lorsque les chiens ont acquis un certain âge et qu'ils n'ont pas le » cinquième doigt complet, le rudiment de l'os métatarsien de ce doigt se » soude avec le grand cunéiforme, et j'ai vu ce dernier os, dans le pied d'un » grand danois qui avait les cinq doigts complets, soudé avec le scaphoïde. » C'est certainement à un accident semblable qu'on doit attribuer la forme » singulière qu'a le scaphoïde du pied à cinq doigts représenté par Daubenton (t. V, pl. 52, fig. 1), et l'absence du cunéiforme surnuméraire que nous » trouvons dans les pieds qui ont cinq doigts parfaits. Ces modifications importantes ne paraissent point appartenir particulièrement à une de nos races » de chiens. Le doigt interne des pieds de devant semble être d'autant plus » long que les chiens sont plus sédentaires, et il se raccourcit chez les autres » plus actifs. Quant au cinquième doigt des pieds de derrière, toutes les races, » telles que nous les admettons, actuellement du moins, peuvent en être pourvues ou en être privées.

» Je l'ai vu dans un dogue de forte race, dans un mâtin, dans un chien-» loup, etc., et je ne l'ai point trouvé dans beaucoup d'autres individus de ces » mêmes races (1). »

Les variétés anatomiques dont il vient d'être question sont intéressantes au point de vue de l'anatomie descriptive; je les ai observées pour la plupart en étudiant le tarse sur divers individus de l'espèce du chien, et j'en ai conservé les pièces, que je dépose aujourd'hui sur le bureau de la Société. En consultant les ouvrages d'anatomie comparée, et d'autres encore, j'ai vu que Daubenton et Frédéric Cuvier avaient déjà fait les mêmes observations; je me suis fait un devoir de le dire : il serait à désirer que tout le monde en fît autant, dans les mêmes circonstances.

Il n'est pas douteux que Frédéric Cuvier a observé les variétés dont il vient de parler; mais je ne les ai point encore vues telles qu'il les a signalées. Cependant, pour compléter ce qui précède, j'ajouterai que lorsque le scaphoïde porte une pièce surnuméraire, ainsi qu'on le voit sur mes préparations, on ne remarque pas forcément la même disposition sur les deux tarses du même sujet. En effet, on voit du côté droit cette pièce s'articuler, par sa base ou par son extrémité supérieure, avec l'astragale, tandis que ce rapport articulaire manque complétement sur le tarse du côté gauche.

Voici encore d'autres particularités sur lesquelles je désire appeler l'attention de la Société; elles ont trait à l'os cunéiforme interne, ou au moyen os cunéiforme du même animal.

J'ai dit plus haut que Frédéric Cuvier a vu, chez les chiens qui ont le cinquième doigt complet, un quatrième os cunéiforme qui se développe entre le

(1) DE LA PENDACTYLIE CHEZ LES ANIMAUX DOMESTIQUES. (Voy. séance du 9 décembre 1852.)

(2) Chez le renard, le carpe est formé par neuf os (quatre pour la rangée supérieure et cinq pour l'inférieure).

(3) BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE, année 1853, ou GAZETTE MÉDICALE DE PARIS, année 1853, p. 705. (Voy. NOTE SUR UN CINQUIÈME OS DE LA CHAÎNE TYMPANIQUE CHEZ QUELQUES ANIMAUX.)

(1) RECHERCHES SUR LES CARACTÈRES OSTÉOLOGIQUES QUI DISTINGUENT LES PRINCIPALES RACES DU CHIEN DOMESTIQUE; par Frédéric Cuvier. Mémoire inséré dans les ANNALES DU MUSEUM D'HISTOIRE NATURELLE, t. XVIII, année 1811. (Voy. du Tarse, p. 342.)

premier et le deuxième doigt (1), et c'est dans cette circonstance, suivant lui, que le grand cunéiforme s'élève (2) et vient, par son côté interne, donner une large facette articulaire à l'astragale. Je ne puis admettre l'explication de Frédéric Cuvier. Si elle est vraie et juste dans quelques cas, ce dont je me permets de douter, elle ne l'est certainement pas dans tous; je n'en veux donner pour preuve que cette préparation disséquée en squelette naturel, et dans laquelle on remarque cinq doigts complétement développés.

Ici, en effet, il n'y a point d'os cunéiforme surnuméraire entre le quatrième et le cinquième métacarpieu; le cunéiforme n'a aucun rapport avec l'astragale, et cependant nous avons sous les yeux toutes les conditions dans lesquelles Frédéric Cuvier faisait des observations contraires à celles que je viens de signaler.

Je ne quitterai pas le membre postérieur, auquel s'appliquent les remarques précédentes, sans faire observer encore quelque chose de particulier: c'est que le moyen os cunéiforme ou l'os cunéiforme interne est formé par deux pièces distinctes, ou plutôt c'est qu'il y a deux os cunéiformes internes.

La partie inférieure de cet os, ou l'os cunéiforme interne et inférieur, présente à peu près la forme d'un losange, est aplatie de dehors en dedans, et s'articule avec le quatrième et le cinquième métatarsien en bas, avec le deuxième ou le petit os cunéiforme en dehors, et enfin en haut avec la seconde portion du même os. Celle-ci est beaucoup moins volumineuse que la première, et est articulée en haut avec la partie inférieure interne du scaphoïde, et en bas avec la partie supérieure interne de la première portion du même os. Sur une autre pièce disséquée aussi en squelette naturel, il existe quatre os cunéiformes parfaitement distincts, et il semble qu'ici ce soit l'os cunéiforme moyen ou le deuxième os cunéiforme qui soit double.

Enfin, dans d'autres circonstances, ou plutôt chez d'autres sujets, car je crois qu'il n'est pas important d'avoir égard à l'état des doigts relativement à ces variétés de forme, voici ce que j'ai encore remarqué.

Dans le cas où il existe une pièce surajoutée au côté interne du scaphoïde, l'os cunéiforme interne devient le plus petit en volume, au lieu d'être le moyen, et alors sa forme n'est plus la même; il offre sur son bord postérieur un prolongement recourbé sur lui-même de haut en bas.

Voilà certainement bien des formes variées pour un même os, bien des différences dans ses connexions ou dans ses rapports articulaires; mais voilà aussi, qu'on ne l'oublie pas, des faits qui démontrent que le nombre des os de la rangée inférieure du tarse n'est pas d'une manière absolue toujours égal à cinq.

Cependant cela n'a aucune influence sur l'état du développement plus ou moins complet des doigts; cela n'en a pas davantage sur l'augmentation du nombre des doigts, augmentation qu'il n'est pas rare de constater, et dont je vais m'occuper tout à l'heure.

Des faits qui précèdent, relativement au nombre et au volume des os du tarse, je puis donc formuler les trois conclusions suivantes:

1° *a.* Le nombre des os de la rangée supérieure est variable suivant les individus, et lorsqu'il devient plus élevé qu'à l'ordinaire, c'est qu'une pièce, d'abord distincte du côté interne du scaphoïde, se soude au côté interne de cet os, et modifie la forme de ce dernier.

b. La forme du scaphoïde est invariablement toujours la même.

2° Le nombre des os de la rangée inférieure du tarse peut augmenter; c'est toujours par une sorte de division des os cunéiformes moyen ou interne, et alors il y a quatre os cunéiformes, dont la situation relative n'est pas toujours la même, ainsi qu'on le voit sur les pièces que j'ai préparées.

3° Le volume des trois cunéiformes peut varier: ordinairement c'est le premier qui est le plus gros, le moyen qui est le plus petit et l'interne qui est le moyen en volume; d'autres fois, au contraire, le moyen est le plus gros, le deuxième est le moyen en volume, et l'interne est le plus petit.

§ III.

Je passe maintenant à l'examen des variétés anatomiques que l'on observe pour le cinquième doigt du pied postérieur du chien.

Quatre variétés se font remarquer dans le développement du cinquième doigt; je vais les énumérer succinctement, et dans l'ordre de leur fréquence:

1° Le cinquième doigt avorte, et n'est représenté que par un os de forme prismatique, plus ou moins volumineux suivant les sujets, dont la base, tournée en haut, s'articule invariablement par contiguïté avec la partie inférieure de l'os cunéiforme interne. Tel est le cas le plus ordinaire.

2° Le cinquième doigt acquiert un développement complet, et se compose alors du même nombre d'os que pour le pouce du membre antérieur, c'est-à-dire d'un métatarsien, de deux phalanges et des os complémentaires de l'articulation métatarso-phalangienne (3).

(1) Il est probable qu'il s'agit, au contraire, du quatrième et du cinquième os, ou des deux doigts les plus internes.

(2) Frédéric Cuvier a confondu ici; car chez le chien, c'est le moyen qui, par sa situation, répond au grand os cunéiforme de l'homme.

(3) Dans un cas de ce genre, Daubenton a vu une fois que « l'os cuboïde » avait sur sa face inférieure une apophyse qui s'étendait au côté extérieur » du troisième os cunéiforme, et semblait l'avoir repoussé en dedans. » (Voy. HISTOIRE NATURELLE GÉNÉRALE ET PARTICULIÈRE, AVEC LA DESCRIPTION DU CABINET DU ROI, imprimerie royale, t. V, p. 297.) Je n'ai pas observé cette anomalie.

Je n'ai pas observé davantage cet autre fait dont il parle, à savoir que, dans les mêmes circonstances, « il se trouve derrière la partie supérieure du » cinquième métatarsien un petit os qui paraît être un sésamoïde, comme celui du tarse du cochon. » J'ai vu cet os chez le renard à la partie postérieure du premier métatarsien. Daubenton ne comptait sans doute pas les métatarsiens de dehors en dedans.

3° Le cinquième doigt avorte en partie. On retrouve en haut un métatarsien avorté, articulé avec la partie inférieure de l'os cunéiforme interne, et en bas deux phalanges. Il est utile de faire remarquer que, dans cette circonstance, la première phalange a une extrémité terminée en pointe mousse, de forme irrégulière. Il pourrait bien se faire que cette pointe ne fût autre chose que l'extrémité inférieure du métatarsien, qui serait soudée à l'extrémité supérieure de la première phalange. Dans ce cas, et si cette hypothèse est fondée, ce serait donc la portion moyenne du métatarsien qui avorterait (1).

4° Enfin, et j'ai observé un très-grand nombre de fois le fait que je vais signaler, le cinquième doigt est double. Dans cette circonstance, on remarque deux pouces avortés, placés à la même hauteur au côté interne de la région du métatarse, et le métatarsien est composé comme dans le cas précédent (2).

Quelles sont, dans ces divers états de développement, les connexions du pouce? C'est là un examen qui ne me paraît pas encore avoir été fait.

1° Dans le premier, dans le troisième et dans le quatrième cas, on voit que le tendon terminal de la portion interne du fléchisseur du métatarse, ou plutôt le tendon de l'extenseur propre du cinquième doigt, vient se terminer invariablement à l'extrémité inférieure du métatarsien avorté; mais dans le troisième et dans le quatrième cas, on voit de plus que ce tendon donne naissance, avant son insertion au métatarsien, à une division collatérale qui se sépare à angle aigu de la partie principale, et vient gagner le pouce rudimentaire, où il se termine à la partie supérieure et antérieure de la seconde phalange ou de la phalange unguéale. Tel est ce qu'on observe pour le troisième exemple de variétés anatomiques dont j'ai parlé plus haut.

Pour le quatrième exemple, c'est à peu près la même disposition; seulement alors il y a deux branches collatérales qui naissent à angle aigu de la partie tendineuse principale, et chacune d'elles se rend en particulier à un pouce, l'une au pouce antérieur et l'autre au pouce postérieur.

2° Lorsque le pouce, au contraire, a un développement complet, le tendon terminal de l'extenseur propre du pouce va s'insérer à la seconde phalange (phalange unguéale), après avoir parcouru toute la longueur du métatarsien et de la première phalange.

C'était donc une erreur que de croire qu'il n'y avait que la peau qui attachât les phalanges du pouce lorsque celui-ci est incomplétement développé, puisqu'il a toujours des connexions tendineuses dont le développement en longueur est invariable.

§ IV.

Je me bornerai pour aujourd'hui à la communication de ces observations, et je terminerai en signalant la présence d'un véritable muscle particulier dans l'épaisseur de la pelote carpienne du chien (3). Je ne sache pas que ces fibres musculaires aient encore été observées. Leur usage me paraît être de modifier la forme de cette pelote, et peut-être aussi de lui donner plus d'élasticité, attendu qu'elles n'ont aucune connexion avec les parties environnantes, et en particulier avec l'os sus-carpien, au-dessous duquel cette pelote se trouve placée.

II. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

KYSTE DU REIN; CALCULS RÉNAUX; ADHÉRENCES PÉRITONÉALES CONSÉCUTIVES A DES APPLICATIONS DE CAUSTIQUE; par M. PAUL LORAIN.

M. Lorain présente une pièce anatomique qui offre à considérer:

1° Un exemple remarquable d'adhérence entre le péritoine pariétal et le péritoine viscéral, produite par des applications successives de potasse caustique sur la paroi abdominale;

2° Une vaste poche formée aux dépens du rein gauche;

3° Des calculs rénaux, origine de la lésion du rein.

Cette pièce anatomique, due à l'obligeance de M. le professeur Nélaton, a été enlevée sur un malade de la ville, mort à la suite d'une longue maladie, pour laquelle la plupart des notabilités scientifiques de notre époque avaient été consultées. Tout a été mis en usage pour la guérison.

Une tumeur s'était montrée d'abord dans la région splénique; on crut à une altération de la rate, et cette opinion, fondée sur la marche de la tumeur de haut en bas et de gauche à droite, fut confirmée par les hommes les plus compétents en cette matière.

Dans les derniers temps, six semaines environ après le début de la mala-

(1) Depuis la rédaction de ce travail, je me suis assuré que cette assertion est fondée; car j'ai trouvé l'extrémité inférieure du métatarsien articulée par contiguïté avec la première phalange, tandis que la partie moyenne de cet os était représentée par un ligament. Cette représentation de la partie moyenne par un ligament intermédiaire aux extrémités est loin d'être un fait constant.

(2) Quelquefois le plus postérieur des deux pouces est plus avorté que l'antérieur, c'est-à-dire que la phalange est beaucoup moins développée dans le premier que dans le second.

(3) J'ai constaté aussi la présence de ce muscle dans la pelote carpienne du renard et du chat. Chez ce dernier, il est peu développé.

die, après que le malade eut entrepris plusieurs voyages et pris les eaux de Bade sans succès, on reconnut que la tumeur avait acquis un volume énorme; elle descendait jusque vers la fosse iliaque droite. Elle était bilobée; on y reconnaissait manifestement la fluctuation. L'état général du sujet était fort altéré; il y avait perte d'appétit, amaigrissement, etc. On se décida à tenter l'évacuation du liquide contenu dans cette poche. Plusieurs applications de potasse caustique furent faites au niveau de la région splénique, sous les côtes.

Au bout de huit jours, un trocart, enfoncé au point où le péritoine avait été mis à nu, donna lieu à l'issue de 4 litres et demi de pus. Des injections iodées furent pratiquées dans la tumeur, qu'on vit décroître insensiblement, remonter, etc.

Trente jours après l'opération, le malade se sentait mieux, se levait, avait repris de l'appétit; une décroissance rapide de la poche ponctionnée donnait le plus grand espoir, lorsque survinrent de nouveaux accidents. Un nouvel abcès se forma, et au bout de dix jours, le malade succomba.

Disons, avant de décrire la lésion découverte à l'autopsie, que les urines du malade furent examinées pendant toute la durée et jusqu'à la fin de la maladie, et qu'elles furent toujours limpides.

Pièce anatomique. — On voit d'abord, au point où fut appliqué le caustique, une ouverture qui est continuée, sous forme d'un cylindre de la grosseur d'une grosse plume d'oie, dans la cavité abdominale. Ce cylindre a une longueur de 0,08 à 0,09, à partir de la paroi abdominale jusqu'à la tumeur; il relie ainsi la tumeur à la paroi abdominale. Il est constitué par une bride, résultat d'une phlegmasie, et analogue aux brides qui se produisent dans toutes les séreuses, telles que la plèvre, le péricarde, etc.

On y introduit une grosse sonde, qui de l'extérieur plonge ainsi dans la tumeur.

Au point de vue clinique, la formation d'une semblable adhérence devenant fistuleuse et livrant une voie sûre à l'écoulement du pus, sous l'influence de la potasse caustique, nous a paru digne d'intérêt.

Le trajet fistuleux nous conduit dans une vaste poche, formée d'une part aux dépens du mésentère, et de l'autre du rein, poche secondaire qui ne s'est formée qu'après que le rein s'est rompu en un point; on pénètre de cette poche, dont les parois internes sont tapissées de fausses membranes, résultat sans doute des injections iodées, dans le rein lui-même, qui est devenu kysteux, s'est développé par sa partie concave et a formé une large poche à parois minces, où nous trouvons du pus grisâtre et des calculs d'un fort volume.

L'un de ces calculs est libre; il est à peu près cubique et a 5 centimètres de diamètre. L'autre est *enchatonné*; il est un peu plus gros, rameux, en forme de branche de corail. On en trouve un plus petit contenu dans une loge qui communique avec les autres par une étroite ouverture.

Les calculs sont formés en grande partie de phosphate ammoniaco-magnésien.

L'uretère, dont nous n'avons que la moitié supérieure, est perméable. Nous devons croire, en raison des symptômes, qu'il était obturé à sa partie inférieure.

La rate était saine.

III. — Pathologie comparée.

Tubercules du foie, du mésentère, de la rate, chez un cobaye femelle; par M. E. Faivre.

En faisant l'autopsie d'un cobaye femelle, qui avait servi à des expériences physiologiques, nous avons été frappé de l'aspect tout particulier que présentaient certaines portions du tube digestif.

Le volume du foie était normal; mais la face concave et la face convexe de cette glande étaient couvertes de taches blanchâtres, circonscrites, séparées les unes des autres, et contrastant par leur couleur avec la teinte rouge du tissu glanduleux.

Ces taches blanches sont plus abondantes à la face concave qu'à la face convexe; elles sont surtout plus marquées auprès de la courbe postérieure. Chaque petite masse paraît enfoncée dans une portion du tissu hépatique et s'énuclée facilement. On peut assigner à chaque tache blanchâtre un diamètre moyen de 0,001 à 0,002 millim.

Si l'on isole une des petites masses, on trouve que, sous une enveloppe plus dure, est renfermée une matière molle qu'on peut faire sortir à l'aide d'une pression modérée.

L'examen microscopique nous a montré, comme nous l'avait indiqué déjà l'aspect extérieur, que nous avions affaire à du tubercule. Ce produit était parfaitement caractérisé par ses corpuscules de forme irrégulière, granuleux intérieurement, insolubles dans l'acide acétique, d'un diamètre d'environ 4/500 à 5/500.

La portion duodénale de l'intestin grêle entoure en grande partie et adhère à une masse volumineuse occupant une large portion du mésentère. Cette masse, tuberculeuse en tous points, comparable à celles qui se développent dans le mésentère des jeunes enfants atteints de carreau, est lobulée à sa surface. Sa coloration est blanchâtre; elle a dans son plus grand diamètre, qui est horizontal, 0,04, et dans sa branche verticale 0,03. Sa circonférence, mesurée au point le plus large, est de 0,06. Une semblable masse est très-considérable proportionnellement à la grandeur de l'animal, qui n'a que 0,24 de la tête à l'anus; cependant, malgré la présence d'une tumeur si volumineuse, l'animal paraissait doué d'une santé ordinaire. A la coupe, on trouve dans la tumeur du tubercule ramolli.

La rate présente à sa surface convexe, comme du côté de son hile, quelques petites masses tuberculeuses blanchâtres.

Les reins, examinés soigneusement, ne nous ont présenté aucune trace du produit tuberculeux. Nous pensions que les poumons, siége par excellence du produit tuberculeux, devaient en présenter des masses considérables; avec quelque soin que nous les ayons examinés à la coupe, sous l'eau, etc., nous n'avons pu découvrir aucune parcelle de matière morbide. Nous nous plaisons à signaler la singularité de ce résultat.

Le cerveau était parfaitement sain.

IV. — Tératologie.

Transposition des organes chez un cheval; note par M. A. Goubaux.

Un cheval de trait léger, âgé de 15 ans environ, qui fut sacrifié pour les travaux anatomiques de l'École impériale vétérinaire d'Alfort, le lundi 15 janvier 1854, présenta à l'autopsie une chose assez remarquable pour que les élèves vinssent l'apporter dans mon cabinet

Les oreillettes du cœur étaient du côté gauche; l'artère pulmonaire et le tronc aortique étaient à droite. Une transposition de cette importance devait se retrouver sur d'autres organes, et malheureusement le cadavre avait déjà été trop endommagé par des élèves qui n'étudient que des muscles pour que j'aie pu arriver à un examen complet; néanmoins voici ce que j'ai vu:

L'œsophage était placé à droite, dans la région de l'encolure, et passait par l'ouverture pratiquée dans le pilier droit du diaphragme, comme à l'ordinaire. La déviation de l'œsophage était donc, dans cette circonstance, celle que j'ai vue un certain nombre de fois et sur laquelle j'ai appelé, il y a plusieurs années, l'attention de la Société centrale de médecine vétérinaire.

Je n'ai pas vu les lobes du poumon.

Dans la cavité abdominale, j'ai remarqué les dispositions suivantes:

Le rein gauche avait une forme triangulaire qui d'ordinaire appartient au rein droit. Le rein droit était fabiforme comme l'est habituellement le rein gauche.

Le foie présentait du côté gauche le lobe qui est ordinairement à droite, et du côté droit le lobe qui est ordinairement à gauche. La forme, les moyens d'attache, les connexions vasculaires, tout avait été conservé pour chacun des lobes de cet organe; seulement on voyait l'échancrure œsophagienne pratiquée sur la partie interne du lobe gauche (pour la forme), mais qui, chez le sujet, était à droite.

Le diaphragme présentait, dans ses rapports à l'égard du foie, à droite ce que l'on voit ordinairement à gauche, et réciproquement.

Je n'ai pas vu ni l'estomac, ni la rate.

Quant à la situation de la veine porte et de la veine cave postérieure, il est *probable* que ces vaisseaux étaient du côté gauche au lieu d'être du côté droit; je dis que cela est probable à cause de la situation à gauche du lobe droit du foie; je ne l'affirme pas, parce que je n'ai pas vu ces vaisseaux.

Ce fait de transposition des organes est très-rare dans l'espèce humaine; il me paraît être le premier qui ait été observé chez le cheval.

V. — Botanique.

Note sur l'origine du styrax liquide; par M. Th. Orphanidès.

On croit généralement aujourd'hui, et cette opinion est exprimée dans l'ouvrage de M. Guibourt, que le styrax liquide est le produit de l'arbrisseau, *styrax officinale*, qui pousse assez abondamment dans la Grèce et l'Asie Mineure. Mais cette opinion serait erronée d'après l'observation de M. Théodorus Orphanidès, professeur de botanique à l'Université d'Athènes; en effet ce botaniste a vu que le styrax liquide, que l'on récolte en Asie Mineure, vis-à-vis de Rhodes, est produit par une espèce de *liquidambar*, plante de la famille des myricées. Autant qu'il en a pu juger sur des échantillons assez incomplets, ce ne serait pas le *liquidambar orientalis*, mais une espèce nouvelle; du reste il se propose de faire de nouvelles recherches à ce sujet.

COMPTE RENDU DES SEANCES PENDANT LE MOIS DE MARS 1854; par M. le docteur Le Bret, secrétaire.

Présidence de M. Rayer.

I. — Anatomie normale.

Du péroné du tibia chez le bœuf; par M. A. Goubaux.

Le péroné du tibia du bœuf n'a pas été décrit jusqu'à présent d'une manière très-satisfaisante. Les auteurs d'anatomie vétérinaire pour la plupart ont fait appartenir au tarse son extrémité inférieure qui représente, comme l'a dit Cuvier, une sorte d'*os malléolien*. Sa partie moyenne qui, dans l'immense majorité des cas, est représentée par un simple ligament plus ou moins étendu, s'attache en haut à l'extrémité supérieure du tibia, et n'a aucun rapport en bas avec l'extrémité inférieure du même os; c'est à cette partie moyenne du péroné qu'on s'est le plus attaché. Rigot (Ostéologie), en disant qu'à l'extrémité supérieure de ce ligament « on rencontre assez fréquemment une petite pièce osseuse styloïde qui fait continuité à la tubérosité externe du tibia dont elle semble n'être qu'un prolongement, » a été sur le point de faire connaître ce qui existe. Voici, en effet, ce que l'on remarque :

La pièce que M. Goubaux présente à la Société, prise au hasard pour servir à la démonstration du fait dont il s'est assuré déjà plusieurs fois, est le tibia d'un taureau, âgé d'un an environ, qui a été sacrifié ces jours derniers pour les travaux anatomiques. Ce tibia est scié longitudinalement, de la tubérosité externe à la tubérosité interne de son extrémité supérieure.

L'épiphyse supérieure du tibia est formée par deux noyaux osseux parfaitement distincts et séparés l'un de l'autre par une couche de cartilage. Le noyau externe, le plus petit, représente l'*extrémité supérieure* du péroné qui, plus tard, constitue une sorte de cône à sommet inférieur, soudé à la tubérosité externe de l'extrémité supérieure du tibia, à laquelle on l'a fait généralement appartenir. La *partie moyenne* est représentée par un ligament qui est susceptible de s'ossifier en partie chez quelques animaux. Enfin l'*extrémité inférieure*, située à l'extrémité inférieure externe du tibia, s'articule à la fois et par contiguïté avec l'astragale et le calcanéum.

Cette observation démontre donc que le péroné du tibia du bœuf avorte seulement dans sa portion moyenne; que son extrémité supérieure se soude au côté externe de l'extrémité supérieure du tibia, et que son extrémité inférieure est, ainsi que l'a dit M. Leroy, parfaitement distincte des os du tarse.

II. — Anatomie pathologique.

Diathèse cancéreuse mélanique ; par M. le docteur A. Laboulbène.

Examen microscopique ; par M. le docteur Ch. Robin.

M. Laboulbène présente à la Société des pièces d'anatomie pathologique relatives à une *diathèse cancéreuse mélanique*, et lit la note suivante.

Je dois, dit-il, à l'obligeance de M. Giraldès les pièces que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société. Elles proviennent d'un jeune homme qui a succombé dans le service que notre collègue dirige à l'hôpital de la Charité, et auquel il avait fait l'extirpation de l'œil droit vers la fin de 1853, pour un cancer mélanique de cet organe. Le mal, limité d'abord, a fait ultérieurement des progrès rapides en se généralisant dans toute l'économie et a occasionné la mort.

La *cavité oculaire* est occupée par de petites masses cancéreuses, friables, noirâtres, et l'os malaire est infiltré de matière cancéreuse, noirâtre par places, piquetée ou pointillée de cette dernière couleur.

La *cavité thoracique* ouverte montre, tant sur la plèvre pariétale que sur la plèvre costale, des plaques épaisses pseudo-membraneuses, disposées en lames stratifiées ou en amas circonscrits; ailleurs les masses ont l'aspect de gouttelettes de cire aplaties, qui se seraient coagulées sur le feuillet pleural. Partout où se trouvent ces productions morbides pleurales, on remarque des traits noirs ou un pointillé noirâtre, ou enfin des petites masses d'une couleur brunâtre ou plus foncée.

La plèvre du côté droit renferme beaucoup plus de plaques et de masses que la plèvre gauche. Elles occupent principalement ses portions supérieure et inférieure correspondant au sommet et à la base du poumon droit.

Poumons. Le *poumon droit* est littéralement rempli de productions cancéreuses, sous forme de petits amas ou masses, de la grosseur d'une noix, d'une noisette ou d'un pois, et situées dans tout l'organe, bien plus abondantes cependant au sommet et à la base. Ces masses, entre lesquelles on trouve le tissu pulmonaire engorgé, peu crépitant, rempli de sérosité sanguinolente, sont molles, pulpeuses à leur centre et colorées en grisâtre ou en noirâtre. Cette couleur est tantôt claire, tantôt plus foncée, ce qui tient évidemment à l'abondance plus ou moins grande du pointillé noirâtre déjà signalé et dont nous verrons plus bas la composition élémentaire.

Le *poumon gauche* présente une bien moins grande quantité de masses cancéreuses mélaniques; le tissu pulmonaire est aéré, crépitant, excepté dans le bord postérieur de l'organe répondant à la gouttière costo-vertébrale.

Le *cœur*, d'un volume normal, présente sur le *péricarde* plusieurs taches noires ou d'un noir bleuâtre, très-limitées, foncées. En incisant le péricarde, on voit qu'elles pénètrent entre les fibres qui composent cette membrane. Ces taches sont au nombre de six pour le feuillet pariétal.

Le *feuillet cardiaque* du péricarde ou feuillet viscéral est lui-même taché en quatre endroits. Les taches, un peu moins grandes que celles du feuillet viscéral, ont dans leur diamètre un demi ou un tiers de centimètre d'étendue. L'une d'elles n'a qu'un millimètre de diamètre; elle est punctiforme, très-arrondie; d'autres ont exactement un quart de millimètre.

En ouvrant le cœur, on trouve sous l'endocarde, et voilées un peu par cette membrane, de nouvelles taches noirâtres formées par un dépôt de la matière mélanique cancéreuse. Elles siégent sur trois colonnes charnues du ventricule gauche et deux du ventricule droit. En incisant le tissu musculaire des colonnes charnues, on acquiert la certitude que les petites taches cancéreuses sont déposées au milieu des fibres musculaires.

Enfin en ouvrant les artères pulmonaires, les veines pulmonaires et l'aorte, on trouve dans les membranes de ces vaisseaux de nouvelles taches mélaniques; elles ont un diamètre variant d'un demi-centimètre à un millimètre et même beaucoup moins.

Les *ganglions bronchiques* sont en grande partie envahis par le produit morbide. Ils sont noirâtres, à la coupe surtout, près de leur partie centrale.

La *cavité abdominale* offre sur toute la surface du péritoine les mêmes productions que nous avons déjà notées pour la plèvre. En outre, les divers organes renfermés dans cette cavité sont envahis par le produit morbide accidentel.

Le *foie*, d'un volume considérable, déformé, ayant surtout acquis de grandes dimensions dans son lobe ou portion gauche, présente 40 centim. de largeur, 10 pour le lobe droit à partir du repli falciforme, 30 pour le lobe gauche; il a 18 centim. de hauteur dans un point extrême à droite; il est épais à droite de 9 centim., à gauche de 8 centim. seulement.

Tout l'organe est bosselé, et plusieurs des tumeurs ont une dépression centrale; elles sont du volume d'une grosse noix, d'autres ont celui d'un petit œuf. Les bosselures sont demi-fluctuantes, et cette sensation de fluctuation est surtout très-marquée dans les tumeurs d'un certain volume. Par contre, on trouve, en examinant avec soin l'organe, de très-petites masses du volume d'un grain de chènevis et d'autres rappelant les grains noirs des colonnes charnues du cœur. Leur couleur est blanchâtre, grisâtre ou bleuâtre; quelques-unes sont brunâtres. Le tissu du foie s'aperçoit difficilement tant les bosselures sont nombreuses et confluentes.

En incisant les tumeurs, on trouve un tissu pulpeux, mou, ne s'écoulant pas cependant comme un liquide épais, ayant plutôt une consistance gélatineuse. Plusieurs endroits des tumeurs sont manifestement vasculaires, et elles sont marbrées, granitées pour ainsi dire de matière mélanique. Aucune d'elles n'est uniformément noire ou noirâtre.

Une des personnes qui assistaient à l'autopsie disait avec assez d'exactitude et en se servant d'une comparaison vulgaire, que la coupe de ce foie rappelait celle d'un pâté truffé.

La vésicule biliaire présente un grand nombre de taches mélaniques sur sa tunique péritonéale.

La *rate* offre quelques taches noirâtres, et d'autres plus nombreuses blanchâtres, piquetées de noir.

Le *pancréas* paraît sain, à l'exception de quelques petites masses, de volume variable et colorées en noir, situées principalement vers le milieu de la largeur de cette glande et pénétrant dans son tissu.

Les *reins* offrent quelques petites taches noires dans la substance corticale. Leur volume et leur consistance paraissent à l'état normal.

L'*estomac* est sain ainsi que l'*œsophage*.

Les *intestins* ne présentent rien à leur intérieur; leur tunique péritonéale seule offre, comme il a été déjà dit, des masses et des taches cancéreuses, d'un volume extrêmement variable, et dont la plupart sont colorées en partie et rarement en entier par la matière mélanique.

Le *mésentère* et les *ganglions mésentériques* sont envahis par le tissu hétéromorphe. Le premier est épaissi en plusieurs endroits. Il existe peu de rougeur et de vascularisation appréciables autour des petites masses cancéreuses déposées sur le péritoine des anses intestinales.

Le cerveau n'offre rien de particulier.

Examen microscopique.—1° Les petits grains noirs existant sur les surfaces interne et externe du cœur et dans la tunique adventice de l'aorte et de l'artère pulmonaire ont un diamètre variant de 1/4 de millimètre à 4 ou 6 millimètre de diamètre. Ces amas, d'un noir foncé à la lumière réfléchie, sont composés, sous le microscope, d'une trame de tissu cellulaire à fibres extrêmement fines et de matière amorphe parsemée de granulations englobées dans cette matière. Ces granulations moléculaires, la plupart de nature mélanique, ont un diamètre de 1 à 3 millièmes de millimètre, et sont remarquables par leur teinte d'un rouge brun foncé.

Ces petites masses renferment, en outre, une quantité considérable de noyaux cancéreux, la plupart ovoïdes, quelques-uns seulement sphériques; entre eux on remarque les granulations mélaniques déjà décrites. Toutes sont douées d'un mouvement brownien très-vif.

Ces noyaux sont généralement libres, très-peu sont dans une cellule; ils offrent des bords nets; ils sont peu granuleux, mais ils renferment de un à trois nucléoles remarquables par leurs contours foncés et leur centre jaunâtre, brillant. Ils sont également remarquables par leur volume, qui atteint fréquemment 0mm,003.

Dans le poumon, le foie et le pancréas, qui sont parsemés à la fois de petites masses cancéreuses mélaniques du volume des précédentes, et en outre de tumeurs ou bosselures cancéreuses du volume le plus variable, depuis la grosseur d'un pois à celle d'un petit œuf, ces masses cancéreuses sont composées de noyaux libres semblables à ceux que nous venons de décrire, et en outre de cellules également peu nombreuses comparativement aux noyaux libres, mais néanmoins plus abondantes que dans les autres portions cancéreuses. Ces cellules renferment de un à trois noyaux, tous remarquables, aussi bien que les noyaux libres, par le volume des nucléoles et leur aspect granuleux. Le nucléole atteint, chez quelques-uns, jusqu'à 0mm,006, et offre une forme sphérique ou ovoïde.

La plupart des noyaux offrent 0mm,012 à 0mm,014 de diamètre; mais il en est beaucoup qui, dans les masses cancéreuses volumineuses, ne présentent, ainsi que dans les petits grains mélaniques signalés plus haut, que 0mm,010. Les granulations pigmentaires libres ne sont pas aussi abondantes, dans les portions cancéreuses du foie et de l'intestin, que dans celles du cœur. Elles sont interposées dans les espaces des noyaux, et fort peu de cellules renferment de ces granulations pigmentaires dans leur intérieur, outre les granulations grises qui leur sont propres.

Enfin, çà et là ces granulations sont accumulées en amas irréguliers de plusieurs centièmes de millimètre de diamètre.

Les vaisseaux sont peu nombreux dans toutes ces masses cancéreuses.

En résumé, partout le nombre des noyaux libres cancéreux l'emporte sur celui des cellules qui sont finement granuleuses. Un petit nombre renferme des granulations pigmentaires déjà décrites. Elles se trouvent dans les points les plus colorés, dans les taches noires du cœur, des vaisseaux, etc.

III. — Pathologie externe.

Les faits qui suivent ont été observés dans le service de M. Nélaton ; ils ont fait le sujet d'une de ses leçons cliniques, et c'est à sa bienveillance que nous devons d'avoir pu examiner à loisir les pièces anatomiques que nous mettons sous les yeux de la Société.

Il est une maladie des doigts mal connue jusqu'ici, et qui, nous avons tout lien de le croire, a été longtemps et est encore quelquefois confondue avec des lésions des os. Cette maladie siége dans les gaînes des tendons fléchisseurs des doigts. Elle est exactement limitée à cette gaîne et n'atteint par conséquent pas la dernière phalange. Deux exemples de cette maladie, qu'on peut considérer comme rare, s'étant présentés dans le service de M. Nélaton, dans la même semaine, nous nous sommes empressés de les décrire en tant que faits cliniques ; notre maître, M. Robin, a bien voulu se charger d'en faire l'anatomie micrographique.

Obs. I.—Un enfant de 4 ans, appartenant à la classe pauvre, d'une taille peu élevée, d'un teint pâle, ne présentant du reste aucune trace de rachitisme ni de scrofule, né de parents sains, est entré à la Clinique le 10 mars 1854. Il présentait la maladie suivante :

Le doigt indicateur de la main droite est déformé ; il a le double en volume des autres doigts ; il est cylindrique, cependant la dernière phalange est parfaitement intacte et la déformation s'arrête brusquement dans le pli articulaire de la troisième avec la deuxième phalange. Ce doigt est étendu et ne peut être fléchi ; cependant l'enfant exécute quelques légers mouvements de flexion dans l'articulation métacarpo-phalangienne. Trois trajets fistuleux ouverts sur les côtés de ce doigt montrent un tissu mou, fongeux ; le stylet ne rencontre pas les os à nu au fond de ces fistules, qui ne donnent lieu qu'à un très-léger suintement. Cette tuméfaction s'est faite à la face palmaire et sur les parties latérales ; elle semble constituée par une masse molle et fongueuse.

Aucune lésion analogue n'existe ailleurs. L'enfant est du reste bien portant ; mais il résulte pour lui de cette maladie une très-grande incommodité et l'impossibilité de se servir de sa main droite.

C'est dans le mois de septembre 1852 que sa mère s'est aperçue pour la première fois que l'index de l'enfant augmentait de volume ; au bout de peu de jours, une fistule se forma. Cette lésion, qui paraît n'avoir été occasionnée par aucune cause traumatique, n'a *jamais donné lieu à aucune douleur*, et nous insistons sur ce fait, qui paraît être propre à cette maladie.

Peu de temps après, deux petites tumeurs se montrèrent dans la paume de la main, dans l'axe du doigt indicateur, un peu au-dessous de l'articulation métacarpo-phalangienne. Ces petites tumeurs disparurent au bout de plusieurs mois, après avoir suppuré.

Depuis deux mois la maladie a fait des progrès, de nouvelles fistules se sont ouvertes sur les parties latérales de l'indicateur, et la mère est entrée avec son enfant à l'hôpital des Cliniques.

La désarticulation métacarpo-phalangienne fut pratiquée le 15 mars. Cette opération n'a été suivie d'aucun accident ; la plaie est aujourd'hui réunie, et l'enfant doit quitter demain l'hôpital.

Obs. II. — Une jeune fille de 17 ans, couturière, élevée dans le département de l'Yonne, d'une bonne santé, née de parents sains, éprouva, il y a trois ans, dans le doigt médius de la main droite, une gêne qui la força à renoncer à se servir de ce doigt pour coudre (c'est le doigt qui porte le dé). En quelques jours ce doigt doubla de volume. Cependant la malade n'éprouva *aucune douleur* ; la peau n'était pas rouge ; la pression exercée sur ce doigt n'éveillait aucune souffrance. La tuméfaction s'étendait à l'interligne métacarpo-phalangien, à la base de la troisième phalange, et n'occupait que la face palmaire du doigt. Un médecin appelé crut à un phlegmon. Il enfonça un bistouri au niveau de l'articulation de la première et de la deuxième phalange. Il ne sortit que du sang. Cette ouverture est restée fistuleuse et a donné lieu à un léger suintement. Peu de temps après se montra, au-dessus de l'articulation métacarpo-phalangienne, dans la paume de la main, une petite tumeur dure, indolente, qui acquit le volume d'un pois et cessa de croître. Une semblable tumeur s'est montrée depuis peu de temps au-dessus de celle-ci.

Cependant la tuméfaction du doigt demeura à peu près stationnaire ; il ne se forma pas de fistules ; il ne survint aucune douleur ; la face dorsale resta intacte, et la dernière phalange conserva tous ses caractères normaux ; mais les mouvements de flexion furent abolis et le doigt resta dans une extension forcée.

Réduite à cesser son travail à cause de cette difformité, et ne voyant point son mal s'amender, cette jeune fille est venue réclamer une opération, qui a été pratiquée il y a cinq jours par M. Nélaton.

Le doigt a été enlevé dans l'articulation métacarpo-phalangienne, et en même temps a été extraite la partie du tendon de la région palmaire, où s'implantaient les deux petites tumeurs dont nous avons parlé.

Aujourd'hui la plaie est en voie de cicatrisation ; la malade se lève ; tout promet une prompte guérison.

Au dixième jour, la guérison est complète.

Examen des pièces anatomiques. — La dissection nous a montré, dans l'un et dans l'autre cas, des altérations identiques ; aussi n'en donnerons-nous qu'une seule description.

Le doigt fut fendu sur la face palmaire, longitudinalement dans toute sa hauteur. Nous arrivons ainsi jusqu'aux phalanges, que nous trouvons absolument saines. Pour mieux nous assurer de l'intégrité de ces os, nous les fendîmes, et il fut alors facile de reconnaître que ni le périoste ni la substance osseuse n'avaient subi aucune altération.

Les synoviales articulaires ne furent pas trouvées malades, cependant celle de l'articulation de la première avec la deuxième phalange parut plus épaisse et plus rouge que dans l'état normal.

Les mouvements étaient possibles dans ces articulations, et leur immobilité pendant la vie résultait de l'inaction des tendons fléchisseurs, et de l'action continue des extenseurs.

Quant à la gaîne des tendons fléchisseurs, elle était remplie et comme bourrée d'une matière fongueuse blanchâtre, élastique, demi molle, entourant de toutes parts les tendons, auxquels elle adhérait si fortement qu'on ne pouvait l'en détacher.

Les trajets fistuleux se rendaient dans cette masse, mais n'arrivaient en aucun point jusqu'aux os.

Les deux petites tumeurs observées dans un cas à la région palmaire du métacarpe étaient de même nature que le tissu que nous venons d'indiquer, et adhéraient aussi fortement aux tendons.

Quant à la face dorsale du doigt, elle était saine dans l'une et l'autre cas, la lésion ayant son siége seulement dans la gaîne synoviale des tendons fléchisseurs.

BIBLIOGRAPHIE.

MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Tome XVII. DES TUMEURS BLANCHES.

Le tome XVII[e] des Mémoires de l'Académie de médecine comprend : les éloges de Hallé et de Boyer, par M. Frédéric Dubois (d'Amiens) ; les rapports sur les épidémies de 1850, par M. Michel Lévy, et de 1851, par M. Gaultier de Claubry ; le rapport de M. Jules Guérin sur la suette militaire ; un mémoire sur les tumeurs blanches, par M. A. Richet ; un mémoire sur la mortalité comparée des quartiers de Paris dans l'épidémie du choléra de 1849, par M. Bouvier ; un mémoire sur la structure intime du foie et sur la nature de l'altération connue sous le nom de foie gras, par M. A. Lereboullet, et un mémoire sur une manifestation de la syphilis congénitale, consistant dans une altération spéciale des poumons pour servir à l'histoire de la syphilis de la vie intra-utérine, par M. Depaul. Tous ces travaux, rapports et mémoires, ayant été déjà publiés textuellement ou par extraits dans la Gazette Médicale, à l'exception du mémoire de M. Richet, sur les tumeurs blanches, entièrement inédit jusqu'à son insertion dans les mémoires, c'est à ce seul mémoire que nous bornerons cette analyse.

Des tumeurs blanches, par M. Richet.

Dans un historique placé en tête de ce mémoire, M. Richet s'est attaché à rechercher quelles sont les causes qui ont retardé les progrès de la pathologie des maladies articulaires. Le principale de ces causes est, suivant lui, l'incertitude dans laquelle ont été pendant longtemps les anatomistes sur la détermination de certains points de structure relatifs aux cartilages, à la synoviale, aux ligaments, etc. Y a-t-il ou n'y a-t-il pas do vaisseaux dans les cartilages ? Comment vivent-ils ? Sont-ils recouverts par la synoviale ? Ces diverses questions, résolues aujourd'hui par les travaux des micrographes, ont fourni à M. Richet les éléments nécessaires à l'interprétation des altérations pathologiques diverses que l'on rencontre dans une tumeur blanche, et l'ont aidé à lever quelques-unes des difficultés dont l'histoire de cette maladie était entourée.

Un mot d'explication est nécessaire encore pour faire comprendre comment M. Richet a été amené à suivre le plan adopté dans cette œuvre. Considérant que dans les articulations, comme dans l'œil, comme dans tous les organes de l'économie, les tissus sont continus, en sorte que l'altération née de l'un d'eux ne peut y séjourner longtemps sans se propager aux tissus adjacents, et que de là résultent de grandes difficultés pour la classification anatomo-pathologique, M. Richet s'est attaché à suivre la succession des altérations anatomiques dans les divers tissus, depuis leur début jusqu'à leur terminaison, comme on l'a fait pour l'œil, en tenant compte des complications que chacune d'elles pouvait faire naître dans les membranes voisines, sans cependant s'y arrêter. Il a essayé, en suivant les altérations de la synoviale, par exemple, depuis sa vascularisation première jusqu'à sa transformation en tissu fongueux ou fibreux, de démontrer que tous ces états divers qu'on rencontre et qu'on décrit comme des affections spéciales, s'observaient toujours et régulièrement à certaines périodes de l'inflammation chronique de cette membrane. Il a fait ensuite le même travail pour les tissus fibreux, les cartilages et les os, et il est arrivé à ce résultat, que toutes les tumeurs blanches pouvaient être ramenées à deux variétés fondamentales, l'inflammation chronique de la synoviale et celle des extrémités articulaires des os. Quant aux tis-

sus fibreux, l'auteur a été conduit à regarder leurs altérations comme toujours consécutives à d'autres affections, et à rejeter complétement l'ulcération des cartilages. Les tumeurs blanches seraient donc, suivant M. Richet, ou des synovites, ou des ostéites chroniques, ou des ostéo-synovites. « Toutefois, ajoute M. Richet, je reconnais que ces inflammations chroniques de la synoviale et des os empruntent au tempérament de l'individu, à sa constitution, aux causes qui ont présidé à leur développement, des modifications de la plus haute importance qui leur impriment ce cachet spécial qui les a fait considérer longtemps comme des maladies à part. » Nous inscrivons avec satisfaction ces réserves qui montrent tout de suite que M. Richet a su s'élever au-dessus de la considération des faits purement anatomiques pour saisir leurs liens et leur connexion avec les états organiques généraux préexistants qui les tiennent souvent sous leur dépendance.

Partant de ces premières données, M. Richet décrit d'abord les altérations anatomo-pathologiques, suivies depuis leur commencement jusqu'à leurs terminaisons; puis il trace la séméiologie des diverses variétés de synovites chroniques, leur pronostic, leur diagnostic, la symptomatologie et le diagnostic de l'ostéite articulaire chronique et de l'ostéo-synovite, le traitement de chacune de ces deux variétés, et enfin, dans un chapitre spécial, il esquisse l'histoire de la tumeur blanche syphilitique.

Ne pouvant donner une analyse suffisamment détaillée de cet important travail, nous nous bornerons à indiquer les résultats principaux des recherches auxquelles l'auteur s'est livré sur chacun des points de l'histoire de cette affection.

Des altérations de la synoviale. — M. Richet a fait un grand nombre d'expériences sur des chiens, dans le but d'étudier la marche de l'inflammation dans les synoviales et de voir si les cartilages diarthrodiaux étaient susceptibles d'y participer. Il a également essayé de déterminer dans les os de ces animaux des ostéites des extrémités articulaires, mais il n'a presque jamais rien pu obtenir de très-satisfaisant.

Des expériences qu'il a pratiquées, il est résulté ceci : qu'une inflammation de la synoviale marchant régulièrement passe par les degrés suivants : injection des tissus sous-séreux, taches ecchymotiques de la membrane, qui ne présente pas elle-même tout d'abord une vascularisation bien prononcée, chute du feuillet épithélial, dépolissement de la synoviale, qui devient grumeuse, puis grumeleuse, puis mamelonnée; formation de pseudo-membranes quelquefois très-notable et d'autres fois peu marquée. Le liquide sécrété est d'abord séreux, teint de sang, puis roussâtre, puis plus foncé, plus épais, un peu filant, moins cependant que la synovie normale, et finit, vers la fin du troisième jour, par prendre un aspect louche, séro-purulent. Les flocons albumineux que l'on rencontre quelquefois dans les sécrétions examinées avec soin, ne paraissent pas différer des pseudo-membranes que l'on observe à la surface de la synoviale. Ils ont d'abord adhéré à la séreuse enflammée, puis en ont été détachés et sont devenus flottants dans le liquide qui baigne la cavité articulaire.

Mais jusqu'ici il n'a été question que des altérations qui surviennent dans les soixante ou quatre-vingts premiers jours. Que deviennent, d'une part, les pseudo-membranes, et, d'autre part, ces élévations, ces bourgeons qui surgissent à la surface de la séreuse articulaire, par le fait de son inflammation? Ici, avec le concours des connaissances précédemment acquises, il a été facile à l'auteur de compléter ce travail.

M. Richet distingue, dans la période chronique, deux sortes de synovite, la synovite fongueuse et la pseudo-membraneuse. La synovite fongueuse n'est, d'après les faits exposés par l'auteur, que l'une des terminaisons de l'inflammation de la synoviale; le fongus articulaire doit être rayé du cadre nosologique en tant que formant une affection à part *sui generis*, analogue aux produits encéphaloïdes ou autres.

L'auteur rejette, en se fondant sur les mêmes faits, la prétendue ulcération primitive d'emblée de la synoviale décrite par Brodic. Enfin l'ulcération de la synoviale n'existe, suivant M. Richet, que consécutivement à un travail morbide d'inflammation.

En résumé, l'inflammation de la synoviale à l'état aigu revêt le plus ordinairement la forme pseudo-membraneuse; il peut arriver cependant, quoique plus rarement, qu'elle débute d'emblée par la variété fongoïde. Mais s'il est difficile dans la synovite aiguë de distinguer tout d'abord nettement ces deux variétés, plus tard elles deviennent très-tranchées. Enfin, en ce qui a rapport aux lésions de la synoviale, toutes les lésions qu'elle présente lui semblent en définitive devoir se rattacher à un seul et même principe, l'inflammation, que peuvent d'ailleurs modifier les diverses diathèses, rhumatismale, scrofuleuse et syphilitique.

Altérations des tissus fibreux. — Les tissus fibreux proprement dits qui entrent dans la composition des articulations sont très-peu vasculaires, et par eux-mêmes insensibles aux excitants soit chimiques, soit physiques.

Le plus ordinairement ils conservent, au milieu des désordres des tissus qui les environnent, leurs caractères normaux.

Si quelquefois on les trouve un peu vascularisés, cette vascularisation n'est pas, à proprement parler, de la rougeur inflammatoire; elle est, d'ailleurs, presque toujours consécutive aux lésions des tissus qui les environnent.

Leur rupture, déchirure ou section, ne donne lieu qu'à l'inflammation adhésive, jamais à l'inflammation suppurative.

Leur principale manifestation morbide est la rétraction ou rétracture.

En résumé, les tissus fibreux, dans les tumeurs blanches, présentent les altérations suivantes : gonflement gélatiniforme de leur tissu interfibrillaire, ramollissement et dissociation de leurs éléments, perte de leur blancheur nacrée, rupture de leurs fibres, quelquefois légère vascularisation, avec taches ecchymotiques, et enfin induration avec épaississement hypertrophique, quand la maladie tend à se terminer par ankylose.

Altérations des extrémités articulaires des os. — Les altérations qu'on rencontre dans les os sont dues le plus ordinairement à l'ostéite, qui peut être primitive, ou être le résultat d'une maladie de la synoviale; mais elles peuvent aussi reconnaître pour cause, quoique beaucoup plus rarement, soit les tubercules, soit une dégénérescence graisseuse particulière. Même dans ces derniers cas, l'inflammation joue un grand rôle; en sorte qu'en dernière analyse, c'est au principe inflammatoire, mais toujours modifié par la constitution, qu'il faut rapporter la plus grande partie des altérations osseuses signalées dans les tumeurs blanches.

Altérations des cartilages. — Les cartilages diarthrodiaux peuvent être plus ou moins altérés dans leur structure; mais ces altérations ne sont jamais de nature inflammatoire. En conséquence on doit bannir du langage scientifique les mots d'inflammation, d'ulcération des cartilages, pour leur substituer ceux de ramollissement, d'usure, d'érosion, etc.

Ces altérations, très-rarement primitives, ne surviennent ordinairement que dans les cas où, soit la synoviale, soit les os, ont subi des modifications qui, pervertissent le mode de nutrition des cartilages, entraînent consécutivement des changements dans leur structure. En conséquence les lésions des cartilages ne peuvent être considérées comme le point de départ des tumeurs blanches.

Les *altérations des parties molles extra-articulaires* ont été de la part de l'auteur l'objet d'une étude un peu secondaire, dans laquelle il a indiqué quelques-unes des lésions principales qu'on rencontre, non toujours, mais assez souvent, soit dans la peau, le tissu cellulaire sous-jacent, les vaisseaux et les nerfs. Nous aurions aimé voir l'auteur accorder un peu plus d'importance qu'il ne l'a fait ici aux altérations des parties molles extra-articulaires, et notamment à celles des nerfs ou des armatures nerveuses des muscles, qui jouent à notre avis un grand rôle dans la période initiale de ces affections.

En résumé, M. Richet arrive à ces dernières conclusions générales :

1° Que si les cartilages sont tout à fait incapables de s'enflammer, soit primitivement, soit consécutivement;

Que si les tissus fibreux ne sont susceptibles que d'inflammations rarement primitives, jamais d'ailleurs suppuratives;

Que si les parties molles ne sont qu'exceptionnellement l'origine des tumeurs blanches; — il ne reste plus, comme point de départ possible de ces maladies, que les tissus synoviaux et osseux.

2° Que s'il est démontré, d'autre part, que les lésions observées dans la synoviale et dans les os (les tubercules et la dégénérescence graisseuse exceptés) sont le résultat du principe inflammatoire, mais modifié toutefois dans son mode d'action par les tempéraments et les diathèses, — toutes les maladies connues sous le nom de *tumeurs blanches* peuvent être rattachées à deux types principaux : inflammation de la synoviale, ou synovite; inflammation des os, ou ostéite articulaire.

C'est appuyé sur ces données que M. Richet étudie et décrit successivement la marche et les symptômes : 1° de la synovite chronique; 2° de l'ostéite articulaire chronique, qui constituent à ses yeux, avec leurs variétés, tout ce que l'on a englobé sous le nom de *tumeur blanche*.

On comprend que nous ne puissions pas pénétrer plus avant dans ces descriptions particulières, que l'auteur a traitées, d'ailleurs, dans

les plus grands détails et de la manière la plus complète ; nous nous arrêterons seulement sur quelques points relatifs au traitement.

Conformément aux idées ci-dessus émises sur le siége et la nature anatomique des tumeurs blanches, l'auteur divise le traitement de toute tumeur blanche en traitement général et traitement local. Le traitement général s'adresse à la constitution du sujet, et surtout à la nature présumée de la maladie, c'est-à-dire à la diathèse sous l'influence de laquelle elle paraît s'être développée. Il est donc applicable à toutes les variétés de tumeurs blanches, c'est-à-dire aux synovites et aux ostéites articulaires, aussi bien qu'aux inflammations simultanées de la synoviale et des os. Le traitement local, au contraire, étant surtout dirigé contre les altérations de la jointure, doit différer selon que l'on a affaire à une synovite pseudo-membraneuse ou fongueuse, ou encore à une ostéite articulaire.

M. Richet expose donc successivement le traitement général et le traitement local. Nous ne nous arrêterons pas sur l'énumération et la description des divers moyens de traitement connus, et dont l'auteur fait une appréciation judicieuse; un mot seulement sur le traitement de quelques-unes des complications de la synovite et de l'ostéite articulaire.

Lorsqu'il existe du pus dans la cavité synoviale, ou bien il reste confiné dans l'articulation, ou bien il altère la capsule et se porte à l'extérieur. Dans le premier cas, faut-il donner issue au pus? Oui, répond M. Richet, si la synoviale est considérablement distendue et menace de se rompre, et si le malade éprouve de grandes douleurs dans la jointure ; et dans ce cas il donne la préférence à la méthode souscutanée. Quant à l'ouverture de l'articulation pratiquée largement, dans le but d'empêcher le croupissement du pus, M. Richet la repousse complétement pour en avoir vu trop souvent les malheureux effets.

Si les liquides contenus dans l'articulation se sont frayé passage par des trajets fistuleux étroits et tortueux, et si leur sortie ne se fait qu'avec difficulte, que faut-il faire? Le chirurgien doit-il agir? Si le pus contenu dans l'articulation, et dont l'issue se trouve gênée, détermine quelques accidents, M. Richet est d'avis qu'il faut se comporter comme dans le cas précédent, sinon, il pense qu'il vaut mieux mettre le membre dans une position qui favorise la sortie spontanée du liquide.

Ici se présente une question intéressante et toute d'actualité. On connaît les applications nombreuses qui ont été faites, depuis quelques années, des injections iodées au traitement des abcès ossifluents. Les bons résultats obtenus par quelques praticiens ont engagé M. Richet à en faire l'essai dans les abcès ossifluents provenant de l'ostéite articulaire et ceux de la synoviale chronique. Tantot il a retiré de bons effets de cette méthode, tantôt il lui a paru qu'elle n'avait nullement enrayé la marche des accidents. M. Richet a plusieurs fois employé la teinture d'iode pure pour réprimer des fongosités nées sur les bords de l'ouverture d'un trajet fistuleux; il a même, à l'imitation de plusieurs chirurgiens, introduit dans les trajets fistuleux un pinceau chargé de cette liqueur, et il s'en est bien trouvé. Il a constaté que la causticité de l'iode et son action spéciale facilitent le recollement de ces trajets et l'affaissement des fongosités.

Quant aux abcès extra-articulaires développés dans le tissu cellulaire péri-articulaire, M. Richet conseille de les ouvrir à l'aide d'une incision peu étendue, et cela par deux raisons : la première, parce que les bords de la plaie et les parois de la poche n'ont point de tendance à se cicatriser, et la deuxième parce que les os disloqués peuvent se porter de ce côté, presser sur les téguments affaiblis et se frayer une issue à travers les lèvres de l'incision agrandie, ainsi qu'il en a été témoin dans un cas où l'on avait ouvert largement un abcès préfémoral.

Lorsque, après l'ouverture de l'abcès, on reconnait une carie superficielle, M. Richet conseille de recourir à la rugination, à la trépanation ou à la cautérisation avec le fer rouge. Il rapporte, à ce sujet, un exemple d'un beau succès qu'il a obtenu sur un enfant atteint d'une carie de l'extrémité articulaire du tibia, ne communiquant pas encore avec l'articulation, en pratiquant, à l'aide d'un eiseau emporte-pièce, cinq ou six perforations profondes jusqu'au centre de l'os hypertrophié, dans le but d'en opérer le dégorgement. L'enfant put se lever six semaines après l'opération, et quinze jours plus tard une cicatrice solide, et qui ne s'est pas rouverte depuis, recouvrait la portion de l'os qui avait été mise à nu.

Il nous faudrait ici, si nous voulions donner une idée complète du travail de M. Richet, résumer les discussions approfondies auxquelles il s'est livré sur les diverses questions de l'opportunité des amputations et des resections et sur la question si débattue des amputations hâtives et de la temporisation, sur les moyens de prévenir les ankyloses ou d'y remédier quand elles sont produites, sur la préférence à donner à l'extension brusque, précédée ou non de la section sous-cutanée des tendons sur l'extension lente et graduée et les indications respectives de ces diverses méthodes, etc. Mais bien qu'il y eût de l'intérêt à suivre l'auteur dans l'étude de ces graves questions, il nous serait impossible de le faire sans dépasser les limites qui nous sont imposées.

Nous ne terminerons pas cependant sans dire un mot d'une espèce particulière de tumeurs blanches que l'on trouve mentionnée dans les auteurs, mais qui n'a été nulle part décrite d'une manière complète jusqu'ici et dont M. Richet est le premier historien; nous voulons parler des tumeurs blanches syphilitiques.

Contrairement à l'opinion de plusieurs syphilographes, et notamment de M. Ricord, qui pensent que le virus syphilitique peut influencer la marche des tumeurs blanches, mais qu'il ne peut dans aucun cas en déterminer d'une manière directe le développement, M. Richet pense que la syphilis peut seule déterminer l'apparition de synovites et d'ostéites articulaires et constituer ainsi une variété importante de tumeurs blanches chez des individus ne présentant d'ailleurs aucun caractère scrofuleux. La diathèse syphilitique peut exercer son action tantôt sur la synoviale, tantôt sur les extrémités articulaires, et quelquefois sur les deux simultanément, ainsi que M. Richet en rapporte des exemples. Il décrit en conséquence deux sortes de tumeurs blanches syphilitiques, la synovite syphilitique et l'ostéite articulaire syphilitique.

Ce qui caractérise l'ostéo-synovite syphilitique, c'est l'absence de symptomes fébriles et de réaction locale, le gonflement des os, l'induration de la synoviale, un épanchement articulaire qui n'est ni aussi rapide que dans le rhumatisme inflammatoire, ni aussi tardif que dans l'ostéite aiguë, et les très-vives douleurs éprouvées par les malades d'emblée et brusquement.

Quant au traitement de l'ostéite articulaire syphilique, il est le même que celui de l'ostéite syphilitique en général, auquel il suffit de joindre l'emploi de moyens locaux indiqués contre la synovite de même nature, c'est-à-dire les larges vésicatoires volants, pansés avec l'onguent napolitain, puis la compression avec les bandelettes de Vigo, et enfin des douches sulfureuses et des fumigations aromatiques, quelquefois cinabrées.

Il nous est impossible, en terminant l'analyse du travail de M. Richet, de n'y pas signaler une lacune importante : l'auteur ne s'est nullement préoccupé des difformités consécutives aux tumeurs blanches. Ce chapitre est des plus importants : il résume un ordre entier de faits sur lesquels la génération chirurgicale actuelle ne saurait trop méditer. Pour notre compte, nous avons été à même, pendant plusieurs années, d'en apprécier la haute importance théorique et pratique en suivant les conférences cliniques de M. J. Guérin à l'hôpital des Enfants.

H. Brochin.

VARIÉTÉS.

BULLETIN DU CHOLÉRA.

Le mouvement des cholériques dans la capitale, du 30 juin au 6 juillet inclus, donne le tableau suivant :

	Juin. 30	1er	2	3	4	5	6 juil.
Admis aux hôpitaux	29	38	34	32	24	22	21
Cas de l'intérieur des hôpitaux . . .	7	12	13	14	9	11	8
Décès dans les hôpitaux	27	24	27	33	28	19	22
Décès à domicile.	53	30	34	34	32	28	28

Les communes rurales ont donné 19 décès dont 2 à Bercy et 17 à Batignolles.

Voici le total des cholériques depuis la recrudescence de mars :

Admis dans les hôpitaux.	1486
Cas déclarés à l'intérieur.	748

Décès dans les hôpitaux civils.	1237
Décès dans les hôpit. militaires,	211
Décès à domicile	1085
Décès dans les comm. rurales.	44
	2577

Depuis deux semaines environ le choléra s'est montré dans un certain nombre de localités assez distantes les unes des autres et éloignées de la capitale. Nous n'avons pas l'indication exacte de ces localités. Nous citerons seulement le département de la Haute-Marne et celui des Vosges. Dans le Midi, l'épidémie a fait des victimes à Avignon et elle s'est montrée à Marseille.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS. — VÉRITÉS ACQUISES.

Trois propositions sont arrivées, nous le pensons, à l'état de démonstration :

1° Le redresseur utérin est un instrument souvent dangereux (M. Cazeaux). Il y a de graves dangers dans son emploi (M. Malgaigne). J'adhère à l'opinion du rapporteur (M. Huguier). Je me demande comment on peut poursuivre cette méthode avec tant de chances malheureuses à courir (M. Hervez). — La question est décidée par le *consensus omnium*.

2° M. Cruveilhier avait formulé cette proposition : que, dans l'*état de vacuité, l'utérus n'a point d'axes proprement dits*, tant sa position est variable et fréquemment modifiée par les organes voisins. M. Velpeau ajouté que la matrice est flottante dans une cloison mobile, qu'elle se penche et se dévie dans tous les sens. Cette doctrine avait été contestée, mais, dans la séance du 27 juin, M. Dubois insiste de nouveau sur les conditions anatomiques dans lesquelles se trouve l'utérus. Ce que l'on regarde comme la situation régulière de l'utérus n'est, dit-il, que l'exception. — L'anatomiste, le chirurgien, l'accoucheur, sont donc d'accord : la situation de l'utérus dans le bassin est variable, et l'on ne doit attacher quelque importance qu'à des déplacements considérables. Ces déplacements considérables sont rares; mais on s'explique comment certains chirurgiens trouvent si facilement quelque déplacement dans tous les cas soumis à leur examen.

3° Les partisans du redressement présentent volontiers ce raisonnement captieux, bien développé par M. Hervez, qui l'appuie de son expérience et de son autorité incontestées : Une malade est atteinte de souffrances utérines, je l'examine, je trouve une déviation. J'applique un appareil de redressement et la malade est soulagée. Donc la déviation était bien la cause des souffrances. C'est le thème de M. Valleix et de M. Gazeaux : Nous guérissons en redressant les utérus, donc les utérus avaient besoin d'être redressés. — Ces guérisons nous paraissent, comme à M. Depaul, beaucoup plus communes et plus complètes dans les discours que dans la pratique ; mais admettons que les redresseurs prodnisent parfois un soulagement réel, nous voilà en présence d'une difficulté nouvelle. M. Cruveilhier a écrit : Le redresseur de l'utérus ne peut nullement remédier aux déviations de cet organe. M. Depaul constate la persistance de cette déviation après le traitement de M. Valleix. M. Dubois, répondant à M. Hervez, dit : Ce praticien se fait illusion ; le redressement de l'utérus *n'est et ne peut être qu'un redressement temporaire*. Les utérus traités par M. Simpson et M. Valleix sont aussi déplacés après qu'il l'étaient avant, quelquefois même davantage. M. Dubois affirme et cite des faits nombreux ; il est plus décidé dans son opinion que M. Depaul, qui avait été accusé de sévérité. Voilà un fait acquis : l'application de ces appareils faite par les inventeurs eux-mêmes n'opère qu'un redressement passager. Ainsi tombe la comparaison qu'établissait M. Malgaigne entre les hernies et les déplacements utérins; car les malades de M. Valleix ont guéri en conservant leur déviation, tandis que les gens atteints de hernies continuent à souffrir si l'intestin descend encore de l'abdomen après avoir été maintenu pendant quelques heures ou quelques jours.

M. Dubois examine d'un point de vue nouveau les effets du redresseur, et voit certains avantages obtenus par ce mode de traitement. La conclusion légitime de son discours est celle-ci : L'instrument peut produire quelque bien ; mais les opérateurs ont fait tout autre chose que ce qu'ils prétendaient faire. Les faits sont intéressants, mais leur théorie manque de base. Du reste, suivant l'illustre doyen de l'École, M. Valleix est dans la bonne voie. M. Valleix conviendra-t-il que ses appareils n'opèrent aucun redressement définitif? Accepte-t-il cet éloge que l'on peut traduire ainsi : Un chirurgien veut traiter par la taille une névralgie du col de la vessie, affection incommode, mais inoffensive; pour décider le malade, qui s'effraye d'une opération dangereuse, il lui persuade qu'il a la pierre?

Un mot sur le discours de M. Cazeaux. Ce chirurgien a vivement attaqué l'honorable rapporteur; mais ses arguments frappent plus fort que juste; car en définitive il arrive à peu près aux mêmes conclusions. M. Depaul avait avancé que, chez les femmes atteintes simultanément d'une phlegmasie utérine et d'un déplacement, il suffisait de guérir la phlegmasie utérine pour voir disparaître tous les accidents, même ceux que l'on attribue au déplacement. Cette opinion paraît exorbitante à M. Cazeaux; elle n'a, dit-il, été soutenue par personne. Voici cependant M. Cruveilhier :

« On observe les mêmes accidents dans l'inflammation pure et simple de l'utérus, indépendamment du changement de position de cet organe. »

Un chirurgien qui a fait une lecture à l'Académie le 25 avril, s'appuie précisément sur ce fait, ordinaire dans sa pratique. Ses malades ont guéri, dit-il, sans que la position anormale que présentait l'utérus ait été le moins du monde modifiée ; il en conclut naturellement que la position anormale de l'utérus n'était pour rien dans les souffrances qu'éprouvaient les malades.

Un confrère en journalisme publie trois fois la semaine des lettres en faveur de la doctrine de M. Valleix; l'avocat est disert, fort habile, il sait mettre au besoin quelque vêtement à la vérité ; son but est de nous montrer que le redresseur utérin *est bon à quelque chose*, et pour soutenir cette thèse un peu controversée, le spirituel auteur déploie de gros bataillons d'arguments. Que le redresseur utérin dans un sens général soit bon à quelque chose, cela est probable ; il n'y a guère de méthode qui parfois ne trouve son application; mais préciser davantage et dire à quoi peut servir cet instrument n'est pas chose facile.

Mon redresseur affirme d'abord que M. Valleix guérit les malades en remettant dans sa position normale l'utérus dévié ou déplacé. Cela est clair et logique. — Vous vous faites illusion à cet égard, dit M. Dubois. L'appareil ne redresse jamais l'utérus d'une manière permanente ; ce n'est donc point de cette façon qu'il soulage les malades. Il agit en régularisant les pertes menstruelles, en modifiant des états inflammatoires et névralgiques dont on n'a pas tenu compte dans les observations. M. Dubois ne nous dit pas ce que deviennent les utérus non redressés. L'orateur se trouve ainsi en opposition avec les partisans de la méthode. Il lui refuse les avantages qu'on lui attribue et lui attribue des effets que l'on n'avait pas appréciés. Son discours, néanmoins, est de tous le plus favorable à l'appareil. Les paroles de M. le

---

FEUILLETON.

FRAGMENTS DU JOURNAL D'UN CHIRURGIEN DE MARINE.

QUATRIÈME FRAGMENT. — HINDOUSTAN.

Coringui et Yanouan ; insalubrité; Mendjaour, médecin hindou ; systèmes médicaux de l'Inde et de l'empire des Birmans; pretendue longévité des Hindous; une famille chinoise; révolution médicale aux Indes; son avortement prématuré par la mort tragique de Mendjaour.

(Voir année 1853, n° 48, et année 1854, n°s 1, 9, 14, 16, 19 et 20.)

Les bords de la rivière de Godavery ne laisseront point dans ma mémoire les aimables souvenirs, pleins de rêveries, de fleurs et de femmes, que j'y retrouve quand je songe aux îles de l'océan Pacifique; ils ne s'y retraceront même pas en rayons de soleil, en ciel d'azur, en chauds paysages, car le changement de mousson avait amoncelé dans le ciel d'opaques entassements de nuages. La foudre les déchirait de temps en temps avec un bruit horrible, auquel répondait la grande voix de la mer dont les vagues mugissantes venaient battre la plage qu'elles couvraient au loin d'écume. Quand la nature hindoue se met en colère, elle jette dans l'âme des terreurs qu'on ne ressent dans aucun autre pays. Coringui, ville située vers l'embouchure du fleuve, a péri en 1789, par une de ces grandes colères des éléments. Trois immenses vagues vinrent tour à tour fondre sur la cité; quand la dernière se retira, les maisons, englouties sous le sable et la vase, ne laissaient poindre à la surface que leurs plus hauts sommets, et plus de 20,000 habitants dormaient dans cette vaste tombe. En présence de ces souvenirs et sous ce ciel menaçant, je ne trouvai que des plaintes et des regrets : sous Dupleix, nous avions été maîtres de l'Inde, et aujourd'hui je me reposais, aux bords du Godavery, dans la pauvre bourgade française d'Yanouan, grain de sable perdu dans l'océan de la puissance anglaise !

Pour compléter la tristesse de ces souvenirs, je gagnai la fièvre à Coringui. La rive du fleuve et la plage maritime sont basses, marécageuses, et l'épaisse couche de limon qu'y déposa la catastrophe de 1789, aggrava encore ces funestes conditions, en créant ainsi une récente alluvion maritime que viennent aujourd'hui détremper les pluies torrentielles de ces contrées tropicales. Ces conditions reproduisent en grand les *salmastraie* des Italiens, dépôts marins qui exhalent de pernicieux miasmes quand les eaux douces tombées du ciel les pénètrent profondément, et que les chaleurs, autre élément accélérateur des élaborations palustres, arrivent aussi se mettre de la partie.

La ville moderne de Coringui est bâtie un peu plus loin que l'ancienne ; pour habiter de nouveau celle-ci, il eût fallu la déblayer comme Pompeï. C'est peut-être une découverte et des travaux que la Providence réserve aux siècles futurs. La moderne Coringui est très-salubre; elle étale ses cases basses, accidentées de quelques maigres pagodes, sur le terrain plat d'une presqu'île marécageuse. C'est en m'engageant jusqu'aux genoux dans la vase,

doyen de l'école ont une autorité incontestable; mais jusqu'à la preuve nous croyons que ces états névralgiques si faciles à modifier par le contact d'un instrument sont chose exceptionnelle. Sur ce point voici l'avis de M. Velpeau : Ces métrites, catarrhes, états névralgiques, nous paraissent fort rares; ils n'ont été inventés que pour ne pas admettre les inconvénients réels produits par les déviations utérines. Ainsi les déviations, d'après ce célèbre chirurgien, engendrent de nombreuses souffrances, mais nous restons avec cette difficulté en quoi les redresseurs agissent-ils sur ces déviations? Nos pessaires, a soutenu l'honorable M. Hervez, opèrent sans danger tous les bons résultats que l'on attribue au redresseur utérin. Cette prétention nous paraît justifiée par les faits. Le pessaire en caoutchouc toujours annexé au redresseur, ferait alors la partie essentielle de l'instrument. Le redresseur, qui s'est produit avec de si hautes prétentions se réduira-t-il au modeste rôle d'un pessaire? Conclusion : en appliquant un redresseur utérin, on ne sait jusqu'à présent ni ce qu'on fait ni pourquoi on le fait.

Nous adhérons de cœur au discours de l'honorable M. Gibert : les affections de l'utérus sont fréquentes sans doute, mais beaucoup de femmes s'en inquiètent plus que de raison; quelques personnes aussi s'en occupent peut-être un peu trop. Le temps corrigera cet abus, et le meilleur moyen d'arriver à la réforme, c'est de bien fixer les praticiens sur l'importance et la valeur réelle de certaines lésions pathologiques. L'opinion publique est en définitive un écho lointain de l'opinion médicale; pourquoi demander aux profanes d'éviter des erreurs auxquelles nous sommes nous-mêmes assez disposé? M. Gibert a vu passer les engorgements si chers à Lisfranc et les granulations aimées de ses successeurs; il est mélancolique à la façon d'Homère :

Ως ανδρων γενεη ημεν φυει
Hδ' απολήγει.... IL., VI.

Semblables aux feuilles des forêts, naissent et s'éteignent les *opinions* des hommes...

Il pronostique à la méthode nouvelle le sort d'une fleur charmante :

Et Rose, elle vivra ce que vivent les roses.

Au reste les agitateurs de ces grandes querelles ne nous sont point personnellement connus, *nec odio, nec amicitia cogniti*. Nous sommes le public juge impartial intéressé à chercher la vérité au nom de la science et de l'humanité.

GAILLARD.

— L'honorable professeur de Poitiers, dont la GAZETTE MÉDICALE a tenu à faire connaître les opinions au sujet du traitement des déviations utérines, est guidé dans ses appréciations par un sentiment très-juste et très-pratique de la question. Nous avons déjà exprimé notre opinion au sujet du problème dont la solution est agitée de mille façons devant l'Académie. On sait ce que nous pensons d'une manière générale du rôle des différents orateurs qui ont pris part à ce débat. Sans une expérience personnelle bien étendue et suffisamment établie, sans une connaissance pratique de la question, sans des principes bien assurés pour en guider la solution, nous ne pensons pas que le problème puisse être résolu, même en partie. Nous faisions observer dernièrement de quel poids devaient peser dans la balance les opinions de praticiens aussi expérimentés que MM. P. Dubois et Velpeau. On a pu voir que le jugement porté par les deux professeurs sur la méthode ne lui était point défavorable en principe. — Nous avons aujourd'hui à enregistrer les opinions de M. Amussat, qui a porté, mardi dernier, ses observations et ses appréciations. On trouvera au compte rendu les détails des nombreux perfectionnements et la description des moyens ingénieux trouvés par ce praticien pour remédier aux déviations de l'utérus. M. Amussat a entrevu l'un des premiers le but à atteindre, et il s'est appliqué depuis longtemps à remédier aux déviations. Les moyens qu'il propose à cet effet sont des plus variés; ils ont réussi et réussiront entre ses mains dans certains cas; mais sont-ils applicables à la majorité des cas et sont-ils de nature à passer dans la pratique commune? Nous craignons qu'en d'autres mains que celles de leur inventeur, ces ingénieux appareils ne perdent beaucoup de leur efficacité. M. Amussat a aussi essayé les tiges intra-utérines, et il y a renoncé à cause d'un insuccès, d'un cas de mort. Cet accident était-il directement imputable à la méthode, ou bien ne tenait-il pas à l'une des circonstances relatées dans l'observation, la *marche* après l'introduction du redresseur?

Nous n'irons pas plus loin dans cette recherche. Il nous suffira de rappeler ici, en terminant, que si l'Académie ne se prononce pas sur le fond de la question et sur le problème pathologique et thérapeutique qu'elle soulève, le rapport n'en aura pas moins été cause d'un progrès réel en permettant de constater l'incertitude qui existe encore sur une des parties les plus importantes de la pathologie utérine.

THOLOZAN.

ÉPIDÉMIOLOGIE.

HISTOIRE MÉDICALE DU CORPS D'OCCUPATION DES ÉTATS-ROMAINS, EN 1851, précédée de vues nouvelles sur l'endémo-épidémie annuelle des pays chauds et palustres; par FÉLIX JACQUOT.

§ I.

INTRODUCTION. APERÇU DE LA DOCTRINE. SON APPLICATION A L'ÉTUDE DE L'ENDÉMO-ÉPIDÉMIE DE 1851.

Nos histoires médicales des années 1849 et 1850 (1) comprennent assez de développements pour nous permettre ici plus de concision. On sait quel est le régne pathologique de Rome; on a vu que, chaque année, vers la mi-juillet, se développe une endémo-épidémie de fièvres, qui ne se termine qu'en automne, en laissant des reliquats qui encombrent encore longtemps les hôpitaux. Nous avons dit que les maladies du foie et les dyssenteries sont beaucoup moins fréquentes dans l'Agro romano qu'en Algérie, et nous avons ajouté que si notre première année d'occupation a fait un peu exception à la règle, c'est par suite des conditions hygiéniques toutes spéciales dans lesquelles nos soldats s'étaient

(1) GAZ. MÉD., année 1850, p. 275, 369; année 1851, p. 483, 511, 575, 589, 639, 667, 815.

---

pour récolter des plantes aquatiques, que je gagnai une fièvre tierce dont j'eus le premier accès à Yanouan.

Ce poste français jouit d'une immunité fébrile relative très-marquée; aussi les Européens de Coringui, obligés de déserter leur résidence pendant six mois de l'année, vont-ils demander à Yanouan un air plus pur et une température plus clémente. Ces différences de salubrité de lieux si voisins nous ont souvent frappé. Lind, qui a tant vu et si bien vu, avait déjà constaté que, dans les régions torrides, on trouve des localités saines tout près de sites néfastes. Les conditions climatologiques sont souvent si peu différentes dans ces lieux rapprochés, qu'il faut chercher ailleurs que dans les météores les causes déterminantes des fièvres; elles se trouvent dans le voisinage des marais dont les émanations ne sauraient être niées, et auxquelles on croit d'autant plus qu'on a vu davantage et qu'on a observé dans des pays plus divers.

Un brave indigène qui m'avait pris en affection, et qui m'accompagnait dans mes courses, voulait absolument que je consultasse un médecin de sa nation. En me voyant prendre, après mon premier accès, quelques doses de sulfate de quinine, que je porte constamment sur moi, il poussait des cris piteux; et quand j'ouvrais avec précaution chacun de mes précieux petits paquets, il souriait dédaigneusement, puis, passant à la compassion, il me conjurait d'accueillir son frère, renommé médecin qui, disait-il, connaissait mieux que les Européens les maladies du pays. Je laissai le digne garçon contenter son envie, et son frère fut introduit. C'était un homme d'âge mûr, à l'air grave et réfléchi, à la mine vraiment doctorale en un mot. Il était vêtu avec un soin et un luxe qui me firent bien augurer à la fois de son talent et de la générosité de ses clients. Il procéda magistralement à mon examen, interrogea ma physionomie, palpa mes membres et mon corps, et me demanda à quelles circonstances je rapportais l'origine de mon mal. Je lui fis répondre que j'avais été le soir dans les marécages voisins de Coringui; dès lors mon Hippocrate hindou parut suffisamment renseigné, et une tisane au piment fut immédiatement prescrite. La potion était rude à avaler, mais j'en pris pourtant un verre, sur l'assurance que me donna mon hôte français que ce moyen excitait une transpiration salutaire et qu'il l'employait souvent dans sa famille, non-seulement sans inconvénient, mais avec bénéfices. Le breuvage est fort âcre, mais un verre de limonade bien sucrée vint un peu calmer l'ardeur de mon palais. Le fait est que je me trouvai assez bien de la potion hindoue; après une abondante sudorèse, je me sentis mieux, et je pris même avec plaisir un excellent potage au riz.

Les médecins hindous ont un système bien arrêté; ils rapportent tous nos maux à trois grandes causes : au chaud, au froid et au vent. Une fois l'origine reconnue, la prescription est vite formulée, car trois classes de médicaments correspondent aux trois ordres de causes. Il paraît que le piment est le souverain remède contre les maladies produites par le froid; le kali, suc laiteux de l'*arbre sans feuilles*, a aussi de la réputation dans ces cas. Au lieu de chercher à calmer l'excitation dans les affections nées du chaud, ils prodiguent les diffusibles et les excitants, pour amener une crise et la solution de la maladie. La luxuriante nature leur fournit à foison les stimulants qu'ils recherchent : cannelle, amome, épices et aromates de toute sorte. Les mala-

trouvés. La constitution hivernale nous a aussi occupé; nous avons vu comment elle succède aux maladies estivo-automnales, et ses caractères ont été décrits. Enfin, en citant et notre pratique et celle de nos confrères de l'armée, nous avons mis le lecteur au courant de la thérapeutique en usage dans les hôpitaux militaires de Rome. L'étiologie n'a pas non plus été négligée; nous sommes revenu à plusieurs reprises sur cette thèse, que la cause des fièvres à quinquina endémo-épidémiques doit être recherchée dans les miasmes palustres, et non dans les météores, qui n'interviennent que comme causes occasionnelles.

Tous ces faits, tontes ces lois, tous ces principes sont corroborés de nonveau par l'histoire médicale de 1851.

Mais, en 1851, commence pour nous une nouvelle ère. Une chose nous avait frappé en comparant Rome à l'Algérie, c'est de trouver une nosologie et une thérapeutique bien différentes, dans deux climats analogues, en présence d'endémo-épidémies annuelles analogues aussi, sans être toutefois entièrement semblables. Les Romains brisent le bloc des maladies endémo-épidémique, en éparpillent les fragments dans une quantité de cases nosologiques artificiels, et constituent ainsi une foule d'espèces dont une seule réclame le sulfate de quinine. En Algérie, au contraire, tout ou presque tout le bloc est considéré comme indivis, comme constitué entièrement par des affections uniquement à qninquina, c'est-à-dire palustres; beaucoup de médecins africains laissent même agglomérées au bloc endémo-épidémique, les dyssenteries et les affections du foie, qu'ils regardent comme des manifestations du genre palustre; c'est à peine si quelques légéres écornures en sont détachées pour former des embarras gastro-hépatiques, des irritations gastro-intestinales. L'origine palustre absorbe toute l'étiologie, et le sulfate de quinine résume presque toute la thérapeutique. Nous avons condamné la médecine romaine qui, évidemment, considére comme *non palustres*, *non à quinquina*, *non intermittentes*, des affections ayant pourtant cette origine, cette nature et cette exigence thérapeutique, croyance funeste qui laisse ainsi trop souvent surprendre par la perniciosité et par la cachexie; mais, d'autre part, dans l'intervalle qui s'est étendu entre le moment où nous avons écrit ce travail et celui de sa publication, nous avons aussi fait la critique (1) de l'école algérienne, qui méconnait quelquefois l'existence d'affections de nature continue, c'est-à-dire *non palustres*, *non à quinquina*, ayant une individualité incontestable; qui les amalgame de force et artificiellement au groupe des vraies palustres à quinquina; qui enfin traite si souvent comme de simples palustres des *proportionnées*, pour me servir de l'expression de Torti, c'est-à-dire des fièvres complexes, formées par la réunion de l'élément intermittent avec un élément continu. Effrayé, d'une part, des conséquences souvent funestes de la pratique romaine, mais forcé, d'autre part, de reconnaître qu'un certain nombre de fièvres de Rome sont curables sans quinquina, nous n'avons eu qu'un rôle à prendre en 1849 et en 1850 : observer, agir prudemment, mais risquer plutôt de donner intempestivement le sulfate de quinine, que de nous en abstenir quand il était nécessaire.

(1) F. Jacquot, ÉTUDES SUR LA PYRÉTOLOGIE DES PAYS CHAUDS, mémoire lu à l'Académie de médecine, dans la séance du 2 août 1853, sous le titre suivant: DE LA DUALITÉ DES AFFECTIONS ENDÉMO-ÉPIDÉMIQUES, ETC.

Aujourd'hui nos idées sont arrétées, et nous poserons bientôt en quelques lignes les principales bases de la nouvelle doctrine, sorte de doctrine des éléments à laquelle, du reste, on tend aujourd'hui en Algérie, après avoir passé par les vicissitudes des diverses périodes dont voici l'histoire en deux mots.

1° PERIODE BROUSSAISIENNE. — Le bloc endémo-épidémique est considéré comme une collection de gastro-entérites, de gastro-céphalites, d'inflammations, de localisations, d'une part, et, d'autre part, de fièvres franchement intermittentes, qui sont elles-mémes des irritations. Tout le reste passe inaperçu et méconnu. Des palustres rémittentes, subcontinues, pas un mot n'est prononcé. L'inflammation, la localisation résument toute la nosologie, les antiphlogistiques toute la thérapeutique.

2° PÉRIODE DE TRANSITION.—Elle est inaugurée par le livre bien connu de M. l'inspecteur Maillot. Il rend à la médecine le grand service de ranger définitivement dans les palustres, les rémittentes et les pseudo-continues, comme M. Maillot les appelle. Le sulfate de quinine est donné dans ces affections, du traitement desquelles il était proscrit auparavant. Mais, avec le sulfate de quinine, les antiphlogistiques marchent contemporainement, un reste de doctrine physiologique faisant encore voir presque partout des inflammations, des irritations, etc. C'est à la permanence de celles-ci qu'est attribuée la persistance du mouvement fébrile entre les accès; en un mot, ces affections locales sont la cause de la rémittence et de la pseudo-continuité. M. Maillot appelle les fiévres des *irritations* cérébro-spinales intermittentes.

3° PERIODE PALUSTRE.—Tout le bloc de l'endémo-épidémie, y compris même les dyssenteries et les affections du foie, est considéré comme d'origine palustre et comme exigeant le sulfate de quinine (1). On méconnait toute la grande classe des affections dues au climat en lui-même; on semble ignorer qu'il existe des *proportionnées*. M. Worms appelle les fiévres des *asthénies* et non plus des *irritations* cérébro-spinales. Le genre palustre absorbe toute l'étiologie, le sulfate de quinine résume toute la thérapeutique. La doctrine est aussi exclusive que dans la période broussaisienne, mais avec bien moins de dangers. C'est à la dose du miasme absorbé qu'on attribue le virement du type, quittant l'intermittence pour la continuité.

4° PÉRIODE ANALYTIQUE, OU DES ÉLÉMENTS MORBIDES.—Celle-ci n'est encore constituée que par des efforts isolés et partiels, et par une tendance générale mal formulée. La forme de fièvre la plus commune est appelée rémittente-gastrique, double mot qu'il faut noter, et le traitement, double le plus souvent aussi, consiste dans le sulfate de quinine d'une part, et dans les évacuants gastro-intestinaux, d'autre part; mais ceux-ci sont plutôt administrés dans le but de détruire une complication qui s'oppose à l'absorption du sulfate de quinine, que dans l'intention de s'attaquer à un élément réel. Enfin, on commence à mettre sous la dé-

(1) M. Armand va plus loin : pour lui, peste, fièvre jaune, choléra, suette, fièvre typhoïde, pneumonie, dyssenterie, hépatite, méningite cérébro-spinale épidémique, etc., ne sont que *des fièvres pernicieuses* exigeant le sulfate de quinine. C'est là le comble d'exagération de cette période, à laquelle M. Armand porte le dernier coup en essayant de venir à son secours avec des opinions aussi excessives. (Armand, L'ALGÉRIE MÉDICALE, in-8°. Paris, 1854.)

dies produites par les vents sont traitées par les ventouses et par le massage, qu'ils pratiquent avec assez d'habileté.

Mon confrère hindou ne paraissait pas très-fort en chirurgie. Il a pourtant un système d'attelles pour contenir les fractures. Les ophthalmies sont communes et dangereuses; il les traite par divers topiques et par des instillations dont le jus de citron fait les principaux frais.

Dans plusieurs villes, les Chinois, si industrieux et si portés à l'imitation quand elle peut être lucrative, font de la chirurgie et ne perdent aucune occasion d'emprunter quelques pratiques aux médecins européens avec lesquels ils ont la bonne chance d'entrer en communication.

Il existe dans tout l'Hindoustan de singulières prescriptions relatives aux femmes en couches. Ordonnées par les livres saints, elles ne sont que trop suivies à la lettre. Pendant les cinq jours qui suivent la parturition, la malheureuse femme ne peut ni manger ni même boire. Nous avons peine à croire que cette dernière prescription soit exécutée à la lettre, quoiqu'on nous ait assuré que sœur, amie et mère se garderaient d'enfreindre la loi sacrée, en présentant quelques gouttes d'eau à la pauvre femme altérée. Sous ce climat torride et pendant la fièvre de lait, cinq mortelles journées sans boire seraient un véritable supplice, auquel beaucoup succomberaient sans doute. Le fait est qu'une forte proportion d'accouchées périssent aux Indes orientales, et que le singulier régime auquel on les soumet a peut-être sa part dans cette mortalité.

Mendjaour, le docteur hindou, avait habité assez longtemps l'empire des Birmans, et en avait rapporté quelques connaissances médicales différentes de celles qui ont cours dans sa patrie. Il me conta, entre autres, l'usage suivant. Quand une femme meurt en couches, on croit que son esprit est transformé en mauvais génie dont la funeste influence s'exercera sur sa famille et sur la population; aussi procède-t-on à l'exorcisme, pour éviter ces calamités. Un nombreux cortége défile devant la défunte, conduit par le mari qui brandit ses armes d'un air menaçant et s'agite comme un démoniaque. Le médecin et quelques prêtres ou notables s'assurent de la réalite de la mort, et le juge prononce le divorce pour rompre tout lien entre la femme et le mari et ôter à l'esprit méchant le moindre prétexte de persécution contre la famille. Après la formalité judiciaire, le médecin s'arme d'un couteau court bien effilé, taille les parois abdominales, écarte ou non les intestins, et ouvre enfin la matrice, véritable opération césarienne posthume qui a pour but de retirer le fœtus. Mendjaour n'a pu me dire si cette opération est pratiquée dans l'espoir de conserver l'enfant au cas où il serait viable, ou si c'est une simple pratique superstitieuse faisant partie de l'exorcisme. Il a vu trois fois ouvrir le ventre de la mère, mais toujours le fœtus a été trouvé mort. Après l'opération, le mari décrit plusieurs cercles auteur du cercueil, se fait des ablutions sur la tête, et se retire dans sa demeure, où il reste jusqu'à ce qu'on livre au bûcher le cadavre de sa femme.

Le système médical des Birmans est tout différent de celui de la côte hindoue; les livres dogmatiques de médecine groupent toutes les affections en 96 espèces, et chaque espèce est traitée par une médication spéciale. Mais, outre ces recettes connues, certaines familles qui se vouent spécialement à la médecine, comme autrefois les Asclépiades, se transmettent de père en fils

pendance du climat, de l'hygièoe, les dyssenteries, les maladies du foie, etc., et à ne faire dépendre de l'intoxication que les fièvres dites palustres ou à quinquina. De là il n'y a pas bien loin à reconnaître deux étiologies, deux éléments morbides, deux traitements, base de la doctrine dont voici l'exposé en quelques paragraphes.

Le bloc de l'endémo-épidémie estivo-automnale annuelle des pays chauds palustres est constitué par deux genres bien distincts de maladies : les unes *palustres*, dites aussi *à quinquina*, ou encore *intermittentes*, quoiqu'elles n'aient pas toujours ce type, dues à des conditions accidentelles plus ou moins amovibles, aux miasmes ; les autres *continues*, *non palustres*, dues au climat même, c'est-à-dire à des conditions essentielles, permanentes, plus ou moins ioamovibles, et aux écarts de l'hygiène, dont l'effet principal consiste probablement à rendre plus impressionnable aux influences climatologiques. Ce dernier genre d'affections est commun à la plupart des pays chauds ; le premier ne règne que dans les pays à la fois chauds et palustres.

Si chaque genre a son étiologie distincte, il a aussi sa symptomatologie et sa thérapeutique. De plus, les trois phases d'augment, d'état et de décroissance de chaque endémo-épidémie élémentaire estivo-automnale, ne sont pas contemporaines dans le cours des saisons ; en outre, telle année veut éventuellement domiuer tel outel élémeot ; enfin, dans tel site c'est l'un qui prévaut, tandis que l'autre se tient au second rang. Il n'y a donc pas identité.

Selon les contrées, c'est l'un ou l'autre genre qui domine, tandis que son contemporain reste à un plan postérieur. Il en résulte que, dans tel pays, les maladies endémo-épidémiques sont surtout palustres ou à quinquina, tandis qu'ailleurs leur caractère principal sera climatique, qu'on me passe ce mot pour désigner les affections dues aux influences essentielles du climat. Les différences très-notables que présentent les endémo-épidémies, selon les contrées, tiennent à une autre cause encore : avec le climat, la phénoménisation des maladies climatiques qui font partie du bloc de l'endémo-épidémie, change manifestement ellemême ; bien plus, de nouvelles espèces apparaissent même quelquefois et impriment nécessairement un trait caractéristique au règne pathologique. Telle est cette fièvre bilieuse dont l'existence est aussi définitivement admise aux écoles de Montpellier et d'Italie, que celle de la fièvre typhoïde l'est à Paris.

Un des deux genres élémentaires, soit la fièvre palustre, soit une affection climatique, peut exister isolément chez un sujet, conserver ainsi son individualité et ne dicter qu'une seule et simple indication thérapeutique ; mais souvent les deux se combinent chez le même individu, se confondent en une nouvelle individualité complexe, véritable fièvre *proportionnée*, comme l'appelait Torti, constituée par l'union des deux éléments climatique et palustre, continu et intermittent. Ces éléments concourent à divers degrés à la formation de la maladie qui est comme leur résultante. Tantôt l'élément palustre domine l'autre, c'est-à-dire l'élément climatique auquel il est marié, cas ordinaire en Algérie ; tantôt, au contraire, l'élément climatique prend le dessus, comme on l'observe assez souvent à Rome ; enfin il peut arriver que tous deux concourent pour une part plus ou moins égale à la formation de la maladie définitive.

On voit que l'un des caractères de la doctrine à laquelle nous sommes arrivé après sept années d'observations en Afrique et en Italie, consiste daos une extension considérable donnée aux *proportionnées* ou complexes.

La thérapeutiquo doit être double, quand la maladie l'est elle-même ; par le sulfate de quinine, ou s'attaque par l'élément palustre ; tandis que l'élément climatique, son cohabitant, appelle une médication variée, mais consistant surtout dans des évacuants gastro-intestinaux. L'iodividualité des deux éléments morbides est aiosi prouvée nonseulement par leur symptomatologie (comme nous l'établirons plus tard en traçant la monographie des fièvres estivo-automnales non palustres), mais aussi par la thérapeutique. Les évacuants administrés seuls, quand la maladie est complexe, proportionnée, la dégageront de l'élément climatique et laisseront en général subsister la fièvre palustre ; au contraire, le sulfate de quinine abattra cette dernière, mais la convalescence ne sera pas franche, à cause de la survivance de l'élément climatique. Ce dédoublement des maladies par la thérapeutique s'observe journellement à Rome. La plupart de nos confrères sont en eela complétement d'accord avec nous.

Quelques importants corollaires découlent naturellement de cette doctrine géoérale.

Les discussions étiologiques sur les endémo-épidémies des pays chauds palustres n'ont d'autre cause que cette confusion de deux genres morbides en un seul. On ne peut dire d'une manière exclusive ni qu'elles soient dues aux miasmes palustres, ni qu'elles ne reconnaissent pour origine que l'hygiène, le climat, les météores et leurs vicissitudes. Opérez d'abord la séparation des deux éléments, puis remontez aux causes bien distinctes de chacun d'eux.

Les fièvres que les Romains appellent gastro-reumatique, gastrique, synochus, etc., sont un assemblage hétérogène ; c'est tantôt une simple climatique, tantôt une complexe ou proportionnée, tantôt même peut-être une simple palustre revêtant accidentellement une certaine phénoménisation. Leur tort consiste à ne pas donner le sulfate de quinine dans les cas si fréquents où ils ont affaire à une proportionnée, et dans les cas plus rares où il s'agit d'une simple et vraie palustre qu'ils méconnaissent.

La fièvre rémittente gastrique des Africains est également le résultat d'une confusion : très-souvent c'est une palustre avec complication d'embarras gastro-bilieux ; souvent aussi c'est une véritable proportionnée dans laquelle on méconnaît l'élément continu, climatique, ou dans laquelle tout au moins on lui dénie son importance ; quelquefois enfin, mais bien plus rarement, c'est une simple climatique. Le tort des Algériens, infiniment moins préjudiciable que l'erreur romaine, consiste à prescrire le sulfate de quinine dans des affections qui pourraient s'en passer, et à s'abstenir quelquefois des vomi-purgatifs ou d'une autre médication, dans certaines affections complexes constituées par deux éléments dont l'un exige un traitement autre que le sulfate de quinine.

On peut qualifier en deux mots les tendances extrêmes opposées des écoles romaine et algérienne, en disant que la première exagère l'importance et l'extension de l'élément continu, tandis que la seconde procède avec la même exagération en faveur de l'élément intermittent. La vérité est entre les deux.

Dans la période broussaisienne et même dans la deuxième période, ou de transition, de l'école algérienne, on attribuait exclusivement à

---

d'autres formules tenues secrètes. Il nous a semblé comprendre que la médecine birmane repose sur les symptômes les plus saillants, absolumeot comme l'homœopathie européenne, qui prescrit *aconitum*, *arsenicum*, *arnica*, *ferrum*, etc., selon que tel ou tel symptôme prédomine, saos beaucoup s'inquieter du diagnostic différentiel, sans prendre à tâche de bien délimiter la maladie, et en faisant bon marché de ses causes. Du reste, Mendjaour estimait peu le système médical birman, et en était revenu à pratiquer à peu près comme dans son pays natal ; il n'avait guère conservé de son séjour dans la presqu'île transgangétique, qu'une propension à la polypharmacie et une richesse de matière médicale inconnue aux médecins de sa patrie.

Les voyageurs d'autrefois ont fait beaucoup de tort à ceux d'aujourd'hui, en ne légitimant que trop ce dicton : A beau mentir qui vient de loin. La fabuleuse réputation de longévité dont ils ont voulu doter les Hindous est tombée devant l'observation et la réalité. Les Cyrni, peuplade fantastique, fournissaient, disait-oo, de nombreux exemples de longévité prolongée jusqu'à un siècle et demi, et l'historien Faria va plus loin encore, car il parle d'un fakir de 300 ! Mais hélas ! le temps des patriarches du désert est bien passé ; on ne vit pas plus longtemps dans les pays qui adorent Brama, Chiva et Wischnou, que dans les contrées soumises aujourd'hui à la croix. La dyssenterie, le choléra, la fièvre, la cachexie palustre, l'hépatite, l'éléphantiasis des Arabes, le tétanos, etc., sont des ennemis trop vigilants pour laisser ainsi la pauvre humanité dépasser les bornes qui sont partout assignés à son existence. Les Hindous n'arrivent pas à une vieillesse plus avancée que cela ne s'observe chez nous ; le long des grands fleuves et sur le littoral de la mer des Indes, on ne vit même pas généralement vieux ; mais il paraît que dans certaines contrée plus centrales, plus sèches, mais très-chaudes encore néanmoins, à cause de leur faible altitude, les exemples de longévité ne sont pas rares. Al. de Humboldt a fait, du reste, à peu près les mêmes remarques en Amérique, où il prétend que dans les contrées sèches et chaudes, non-seulement les indigènes, mais aussi les Européens, parviennent à une vieillesse plus avancée que dans les régions tempérées. Ce fait, pour le dire en passant, dépose contre ceux qui soutiennent la thèse ou plutôt l'hypothèse du non-acclimatement de l'Européen dans les pays chauds, sans faire la capitale distinction des conditions esseotielles du climat, et des conditions accidentelles et amovibles, toxiques et hygiéniques, qu'il appartient à la civilisation d'éloigner ou d'amoindrir.

Dans plusieurs cases de Coringui où j'ai pénétré, grâce à mon nouvel ami Mendjaour, je me suis assuré que la décrépitude est hâtive dans l'Inde, et que la flétrissure de la vieillesse arrive bieo plus tôt que dans nos pays tempérés. La puberté est, du reste, égalemeot précoce, de sorte que la période de la reproduction n'est pas plus écourtée que chez nous.

Quelques courses à Coringui avec Mendjaour, devenu tout à fait mon ami, me fureot très-profitables. J'avais décidémeot bien fait d'avaler l'âcre breuvage au piment, moitié par condescendance, moitié rassuré par moo hôte et compatriote de Yanouan. L'accès des cases des indigènes sectateurs de Brama est fort difficite, mais on pénètre aisément dans les premiers appartements des Chinois et des disciples de Mahomet ; pourvu qu'on s'arrête au seuil du gynécée, on est bien accueilli.

une inflammation, à une irritation permanente, la déviation de l'intermittence vers la continuité, c'est-à-dire la persistance du mouvement fébrile entre les accès; dans la troisième période ou période palustre, on a mis, toujours exclusivement, ces phénomènes sous la dépendance de la dose du toxique absorbé, on a professé que plus l'empoisonnement miasmatique est considérable, plus la fièvre est voisine de la continuité. Ces deux opinions absolues sont erronées. La première n'a plus besoin d'être combattue. Un mot de la seconde. Les fièvres quartes sont beaucoup plus rebelles que les quotidiennes, quoique celles-ci ayant des accès plus rapprochés impliqueraient une intoxication plus intense. A Rome, les fièvres ardentes, presque continues du milieu de l'été, ont cédé rapidement et n'ont presque pas fait de victimes, tandis que les fièvres pernicieuses franchement intermittentes qui paraissent à cette époque, mais surtout plus tard, sont très-dangereuses. Le type n'implique donc pas absolument la dose de toxique absorbée.

Il nous semble qu'on doit ainsi formuler le principe : la fièvre palustre s'éloigne de l'intermittence pour tourner à la continuité, en raison composée de l'intensité de l'intoxication miasmatique, de la présence de complications, surtout de l'adjonction d'une autre maladie de nature continue, et enfin de l'idiosyncrasie et des dispositions momentanées du sujet.

Depuis que nous étudions les maladies des pays chauds, de Rome en particulier, d'après les principes énoncés ci-dessus, une nouvelle lumière nous semble les éclairer. Le chaos de la symptomatologie se débrouille, et ces affections, jusqu'alors flottantes, se groupent, forment des classes, des espèces; enfin la thérapeutique, terme de nos recherches, acquiert une certitude des plus encourageantes.

Mais appliquons-les immédiatement à l'endémo-épidémie de 1851. Son grand caractère général a consisté dans une évidente rupture de la proportion pour laquelle, année commune, les palustres et les climatiques ou gastro-reumatiques, pour me servir un instant du mot romain, concourent à la formation du règne pathologique. En 1849 et 1850, les palustres ont considérablement dominé, comme nombre et comme gravité; en 1851, les affections appelées par les Romains gastro-reumatiques, gastriques, synochi, ont pris une extension marquée, et les palustres ont eu, par contre, une prépondérance moinssaillante qu'à l'ordinaire.

On verra qu'outre l'observation directe dans les hôpitaux, tout concourt à établir que l'endémo-épidémie a eu ce caractère; la météorologie exceptionnelle de l'année et la répartition des malades par sites et par groupe d'hommes, en fournissent entre autres des preuves bien remarquables.

(*La suite au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DES PRINCIPAUX TÉNIFUGES ACTUELLEMENT EMPLOYÉS, ET DE DEUX NOUVEAUX MÉDICAMENTS DE CE GENRE IMPORTÉS D'ABYSSINIE, LE SAORIA ET LE TATZÉ; par M. STROHL, agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg. (Mémoire lu à la Société de médecine le 6 avril 1854.)

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

Les fruits appelés *tatzé*, *zareh*, sont produits par un arbuste de la famille des myrsinées, le *myrsinæ africana* L.

D. C., PRODROM., t. VIII, p. 93. A. Richard, TENTAM. FLOR. ABYSSIN., t. II, sect. 19. Plantes d'Abyssinie de Schimper, sect. 1, p. 372; sect. II, p. 537.

Cette plante se trouve en Abyssinie sur les rochers humides du cap de Bonne-Espérance, les îles Açores, en Algérie et d'autres parties de l'Afrique. D'après M. Schimper, on la rencontre en Abyssinie, à une hauteur de 9,000 pieds, dans des endroits secs, ombragés ou bien exposés au soleil.

Tiges légèrement pubescentes, arrondies; feuilles alternes, dentées, glabres, coriaces, elliptiques, courtement pelotées. Inflorescence en cime. Les fleurs polygames dioïques sont axillaires, sessiles, réunies par trois. Les lobes de la corolle et du calice sont ovales, aigus, tachetés, de moitié plus courts que les étamines insérées à la base de la corolle. Anthères biloculaires, déhiscents de la base au sommet. Pollen sphérique. Ovaire rond, style cylindrique, caduc, très-court, stigmate arrondi en tête. Le fruit, de la grosseur de celui du genévrier, est une drupe monosperme par avortement, à noyau crustacé, glabre, lisse, de couleur brun rougeâtre. Saveur d'abord moins aromatique et huileuse que celle du saoria, plus astringente, mais développant beaucoup plus vite dans l'arrière-gorge une sensation d'âcreté, de grattement et de brûlure plus intense et plus persistante que l'autre graine. Selon le docteur Petit, les habitants mêlent le tatzé avec l'orge pour la nourriture des ânes et des mulets.

M. Schimper dit que ces fruits frais ou secs sont un ténifuge puissant. La dose ordinaire des fruits secs est de 15,00, tout au plus 24,00, réduite en poudre et délayée dans de l'eau. La dernière dose ne doit être donnée qu'à des personnes de constitution robuste. Cette plante est plus répandue que la précédente; on pourrait en avoir de grandes quantités presque dans toute saison, et elle s'acclimaterait probablement en Europe.

OBS. I de M. le professeur TOURDES. — H., bottier, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution délicate, a habité Lausanne pendant quelques années. Il est revenu à Strasbourg où il est établi depuis 1842. Il se plaint parfois de malaise général, d'inappétence et de gêne dans la digestion. Il était loin de soupçonner qu'il fût atteint de ténia, lorsque tout à coup le 26 août 1853, il découvrit dans ses selles des fragments volumineux de cet entozoaire. Effrayé de cette découverte, il vint consulter M. Tourdes le même jour. Comme il n'existait aucune contre-indication à un traitement immédiat, on lui fit prendre le lendemain 30,00 de tatzi en poudre dans une soupe aux lentilles. Le malade ne la mangea qu'avec beaucoup de répugnance. Pas de co-

Mendjaour m'introduisit chez un marchand chinois dont la famille était terriblement éprouvée par la maladie. Un enfant de 6 ans avait été pris du tétanos après s'être blessé au pied en jouant sur la rive; il avait du trismus et un commencement d'opisthotonos. Ces formidables accidents s'étaient déclarés peu d'heures après la blessure, nous a-t-on assuré. Mendjaour appliqua un topique sur la plaie et donna à haute dose sa médecine au piment, en recommandant d'insister pour qu'elle fût prise entièrement, et de profiter, pour l'introduire, des instants de relâche du trismus. Le père avait la dysenterie depuis huit à dix jours, et une jeune fille gisait dans un coin atteinte d'un chotéra arrivé à une période d'algidité assez prononcé. Deux petits garçons se lamentaient fort, et la mère remplissait la case de ses cris douloureux. L'aisance ne régnait pas dans cette maison autrefois splendide.

Le père, officier chinois, possédait deux filles, dont l'une avait été agréée comme épouse par un mandarin lettré. L'autre, notre malade d'aujourd'hui, avait passé, à l'âge de 12 ans, en costume fort léger ou sans costume, à la galante revue que Sa Majesté aux yeux obliques fait subir à toutes les filles de cet âge appartenant aux familles de distinction; mais elle n'avait point été jugée digne de faire partie du sérail des Fils du ciel. A la seconde visite, Sa Majesté ne s'était pas trouvée plus satisfaite, et une troisième inspection avait décidément relégué le laidron parmi les rebuts indignes de la couche impériale.

La jeune fille fut ensuite recherchée en mariage par un amant qui, selon l'usage, versa l'argent et donna les présents au beau-père, sans avoir vu la fiancée; mais quand il ouvrit la porte du char dans lequel le cortége nuptial avait conduit sa future jusqu'à sa demeure, il la trouva si laide qu'il aima mieux perdre son argent et ne pas se charger de la femme. Attaché à une autre garnison, l'officier se laissa tenter par le lucre, et voulut de nouveau exploiter la laideur de sa fille; mais l'amoureux, homme puissant, prit mal cette plaisanterie onéreuse pour lui, si bien que l'officier, pour éviter sa colère, la *cangue*, le *tcha* ou même la mort, se vit contraint de se sauver du céleste empire. La jonque qui le portait fut jetée à la côte, comme cela arrive si souvent à ces tourdes carcasses, et il perdit presque tout son avoir dans cette catastrophe. A Coringui, le pauvre exilé demandait à un petit trafic quelques deniers pour faire vivre sa famille.

Tel fut le récit de Mendjaour pendant que nous nous acheminions vers maison chinoise.

Deux yeux obliques fendus en amande, un teint jaune cuivré, un nez écrasé, des pommettes saillantes, ne forment jamais un ensemble bien attrayant pour celui qui cherche son critérium de la beauté dans la classique régularité grecque; mais si vous ajoutez à cela les teintes bleues d'une cyanose commençante et le grippé d'un facies cholérique, vous vous imaginerez sans peine que j'éprouvai, en entrant dans la maison, les mêmes impressions que les amoureux empressés en ouvrant le mystérieux char nuptial.

Ce n'était point le temps de deviser : il fallait agir. On avait administré à la jeune chinoise des boissons qu'elle rejetait immédiatement, de sorte que Mendjaour en désespérait. Ce voyant, je me hasardai à me mettre de la partie. Je fis vivement frictionner toute la peau avec de l'huile aromatique; j'ensevelis le corps sous des tapis chauffés, après l'avoir matelassé de sachets de sable très-chaud, et j'appliquai enfin sur l'épigastre un vésicatoire extem-

liques ni de selles pendant trois heures; 30,00 d'huile de ricin furent alors administrés, et une heure après il y eut une selle très-abondante avec expulsion d'un botryocéphale qui mesurait 7 mètres et demi. Le ténia était divisé en deux fragments, l'un d'eux se terminait par des anneaux très-minces et presque filiformes. Quelques anneaux de petite dimension étaient encore disséminés dans les matières fécales, mais on ne trouva pas la tête; il est vrai que les recherches n'ont pas été faites très-exactement.

Depuis cette époque, la santé du sieur H. s'est améliorée; l'impression morale a été vive et salutaire, mais maintenant les craintes reviennent. Le malade affirme qu'il ne pourra plus prendre le tatzé; il a conservé contre le goût de ce médicament une répugnance invincible, tout en reconnaissant que l'action de cette substance a été aussi efficace que facile à supporter.

Obs. II de M. le Dr Netter. — La femme L... (de Düttlenheim), de bonne constitution, de bel embonpoint, remarquait depuis quelques mois des traces de ténia dans ses selles. Aucun traitement ne fut fait.

Vers la fin d'avril, on lui prescrivit 30,00 de poudre de tatzé dans une soupe aux lentilles, qu'elle avala avec beaucoup de répugnance, à six heures du matin. Deux vomissements eurent lieu, le premier dix minutes après l'ingestion et qui expulsèrent la majeure partie du médicament. Aucun effet jusque vers trois heures, où elle recueillit dans une selle liquide et sans coliques un botryocéphale de 5m,50. Le col ne fut pas retrouvé. Des articulations isolées accompagnaient cette masse, et pendant quelques jours encore il y eut expulsion de quelques détritus qui n'ont pas été examinés. L'urine rendue le premier jour dans la matinée avait une teinte d'encre.

Obs. III du même. — G. R..., âgé de 57 ans, robuste cultivateur, d'un tempérament éminemment sanguin, faisait usage depuis sept à huit ans, à certaines saisons, de divers spécifiques contre le ténia (on ne put apprendre lesquels), qui lui en faisaient rendre chaque fois des portions considérables.

Dans les premiers jours de mai 1854, il prit sans autre préparation et dans une soupe aux lentilles, 30,00 de poudre de tatzé. Il rendit presque immédiatement et éprouva toute la matinée un malaise général et de violents maux de tête. Vers le soir cependant il put reprendre ses travaux, après avoir mangé de la soupe et bu un verre de vin. Il eut dans les champs une selle de consistance presque normale, et y trouva une portion de ver plus grande que celles qu'il avait expulsées avec les précédents remèdes. Le lendemain il ne se ressentait plus du malaise dont il s'était tant plaint la veille.

Obs. IV de M. le Dr Stackler (de Mulhouse). — Un jeune et vigoureux boucher de Dornach prit 20,00 de poudre de tatzé, délayée dans un demi-litre d'eau, en deux fois, à une demi-heure d'intervalle. La première moitié a été tolérée, mais la seconde a déterminé un vomissement. Plusieurs selles liquides, sans ver, sont survenues, et trois heures après 30,00 d'huile de ricin ont été administrés. Au bout de peu de temps le ver était expulsé. Il affectait une forme singulière : le morceau rendu était long de 2 mètres, les anneaux à peu près d'un centimètre carré dans le milieu, effilés vers les deux extrémités, et n'avaient que l'étendue d'une lentille. M. Stoekler s'est assuré qu'il ne s'agissait pas de deux individus. Le patient, qui souffrait de coliques, de malaise, de tournoiement dans la région ombilicale, s'est trouvé très-soulagé depuis cette époque.

Obs. V du même. — M. K..., commis libraire, rendait depuis plusieurs années des portions de ténia. Une décoction d'écorce de racine de grenadier avait à deux reprises déterminé l'expulsion d'une portion de l'entozoaire, mais chaque fois avec accompagnement de nausées, de vomissements et d'un grand malaise.

Il prit 20,00 de poudre de tatzé, comme le malade précédent, mais n'éprouva ni vomissement ni malaise. Au bout de deux heures, trois à quatre selles liquides sans ver; une heure après, quelques cuillerées d'huile de ricin déterminèrent l'expulsion d'un botryocéphale roulé en pelote et d'une longueur de 6 mètres. Une des extrémités était effilée, mais présentait encore des traces d'anneaux. M. K... se plaignait souvent de malaise épigastrique, de tournoiement à l'ombilic et avait des dispositions à l'hypocondrie. Dès le lendemain de la sortie du ver, il y eut une amélioration considérable et une sensation de bien-être.

Obs. VI. — N..., cuisinier, âgé de 29 ans, s'était aperçu depuis quatre mois de la présence d'un ténia solium. Il s'adressa à différents médecins qui lui firent prendre successivement de la racine de grenadier, des pilules d'huile de fougère (de Genève même), de l'essence de térébenthine, du calomel, de l'aloès, et des composés dans lesquels entraient presque tous les vermifuges connus (1), sans autre succès que le départ de morceaux de 2 à 3 centim. de long. Ces morceaux étaient tous vivants et s'agitaient à l'instar des sangsues. Le patient est pâle, a des selles liquides et un appétit insatiable. 30,00 de tatzé délayés dans de l'eau déterminèrent, en une première selle, sans vomissements et sans coliques, l'expulsion d'un morceau de 7 mètres de long; peu dans une seconde et le col dans une troisième. Toutes ces portions étaient sans mouvement. La santé de ce malade s'est rapidement remise, les selles sont devenues normales, et il ne reste encore qu'un peu de sensibilité abdominale et quelques coliques.

En résumant les six observations précédentes, on voit que le tatzé a été pris avec beaucoup plus de répugnance que le saoria; en effet, sa saveur est beaucoup plus âcre et plus persistante. Trois fois il y eut des vomissements bientôt après l'ingestion du médicament, et la portion qui n'a pas été rendue a néanmoins suffi pour déterminer l'expulsion du ténia. On pourrait en conclure que la dose à administrer n'a pas besoin d'être aussi élevée que celle qui avait été prescrite, et qu'une moindre quantité serait plus facile à avaler et causerait moins d'accidents, sans cesser d'être active. Jamais les malades ne se sont plaints de coliques. L'effet purgatif n'est pas constant, peut-être à cause de la grande quantité de tannin que contient le tatzé, car trois fois on n'a noté qu'une selle, et trois fois plusieurs, de trois à quatre. Un seul des malades a accusé des accidents généraux consistant en malaise et en céphalalgie, qui cependant n'ont présenté aucune gravité. Le tatzé est ténicide, c'est ce que montre la sixième observation : les portions rendues précédemment étaient toujours vivantes, tandis que celle que le médicament avait expulsée ne présentait aucun mouvement. Dans un cas où l'on avait fait attention à la couleur de l'urine, celle-ci était foncée, d'une teinte d'encre, probablement analogue à la coloration que nous avons constatée avec le saoria.

Le tatzé est un ténifuge puissant qui a réussi dans les six cas dans lesquels on l'a administré. Ce chiffre est trop petit pour tirer une conclusion relativement à la constance de son action, mais il suffit néanmoins pour assurer à cette substance une place marquée dans notre arsenal thérapeutique. Nous trouvons que dans l'obs. 3 le malade avait rendu un fragment plus considérable que ceux qui étaient partis an-

(1) Voici un échantillon d'une de ces formules :

Pr. Poudre sem. contra. 8,00
P. rac. fong. mâle. 4,00
P. rac. valér., de rhubarbe,
extr. aloès, sulfate ferreux. 2,00 de chaque.
Calomel 0,50
Huile de Tanaisie . . . . 4 gouttes.
Extr. Tanaisie . . . . Q. S.
F. pilul. n° 380. A prendre trois fois 10 pil. par jour.

---

porané dont je me suis bien trouvé en maintes circonstances, soit dans le choléra sporadique, soit dans les fièvres pernicieuses algides, soit dans d'autres états graves, alors que la vitalité, atteinte dans son essence, menace de s'éteindre : c'est tout simplement un mouchoir de poche, plié en quatre ou huit, selon ses dimensions, trempé dans l'eau bouillante et étalé immédiatement sur la peau. Ce moyen, qui a une action énergique et prompte, laisse souvent une brûlure longue à guérir; mais, dans les cas extrêmes, il n'y a pas à marchander avec ces inconvénients.

Sous l'influence de ces moyens si simples, la réaction s'établit assez vite, à l'ébahissement de Mendjaour et à la grande joie de la pauvre famille chinoise. Ce choléra résistant, dans sa patrie, dans son berceau, aux efforts d'un médecin auquel cette affection endémique doit être familière, et cédant à la médication d'un étranger venu de bien loin, d'un étranger qui ne connaît le fléau que par ses visites rares et lointaines, serait assurément un fait piquant, si le médecin indigène, sorti de quelque faculté du pays, avait la moindre valeur scientifique; mais quelle gloriole retirer d'un succès, quand on avait pour rival un sauvage guérisseur comme Mendjaour?

Dans certaines parties de l'Inde, les médecins se mesurent peu avec un mal contre lequel échoue leur impuissance; le médecin cède la place au prêtre, le médicament à l'amulette. Il existe en certains endroits une déesse Choléra déité de la peur, comme la *dea febris* des anciens Romains. En temps de calamité, un brahme se rend mystérieusement dans son sanctuaire, confère avec la terrible divinité et reçoit de ses mains un talisman préservateur, un coco enchanté, par exemple. Muni de la précieuse amulette, il revient au milieu du peuple en se livrant à mille contorsions bizarres, dans lesquelles la foule voit la preuve que l'esprit divin a soufflé sur ce prêtre. Celui-ci recueille des aumônes qui l'enrichissent..., et le choléra, poursuivant sa route, s'arrête quand bon lui semble.

Le lendemain, en retournant chez l'ancien officier du céleste empire, quel ne fut pas notre étonnement de trouver le malheureux dyssentérique enfoui sous des sachets de sable chaud, et porteur d'une énorme vésicule vésicatoriale à l'epigastre! Mendjaour, voyant les bons résultats du réchauffement et de la vésication dans un cas de choléra, avait voulu généraliser ces moyens et les employer dans toutes les maladies. L'enfant tétanique avait aussi été couvert de sable; mais ses mouvements involontaires dérangeaient à chaque instant les sachets, ce qui donnait beaucoup de besogne à ses petits frères, occupés à les remettre en place. Mendjaour n'avait pas non plus oublié le vésicatoire à l'eau bouillante. Je voulûs faire un peu de diagnostic à Mendjaour; mais j'y perdis mon latin : je gaspillais ma semence dans un terrain inculte et stérile. Les selles ayant diminué chez le vieux Chinois, et la sueur qui couvrait sa peau, naguère sèche et aride, ayant produit un heureux effet, Mendjaour me ramenait toujours impitoyablement devant le Tait; aussi laissai-je là mes oiseuses démonstrations.

Mais ce n'est pas tout encore : chez un musulman voisin, je vis un vieillard atteint d'un énorme phlegmon de la cuisse, auquel Mendjaour avait appliqué les sachets de sable chaud. Si cette sorte d'*incubation* réussit, si le vieux Chinois guérit, si le tétanique ne meurt pas, voilà Mendjaour persuadé qu'il possède la panacée universelle; il l'appliquera dans tous les cas, il

térieurement par d'autres ténifuges; dans la cinquième, l'écorce de racine de grenadier avait causé deux fois des troubles violents, tandis que le tatzé avait été parfaitement supporté; enfin dans la sixième, le malade avait pris en vain cette écorce, la fougère, la térébenthine et des médicaments composés, tandis que 30,00 de notre graine avaient expulsé 7 mètres de ténia. On peut donc raisonnablement espérer de trouver dans le tatzé un ténifuge supérieur à nos indigènes en général, quant à l'activité, et supérieur au grenadier en particulier par son administration plus facile et plus innocente. Enfin il ne faut pas perdre de vue que si des recherches entreprises en Algérie pour y découvrir cette plante en quantité étaient suivies de succès, ce médicament pourrait être livré à la consommation à un prix de beaucoup inférieur à celui de l'écorce de grenadier.

Le tatzé est moins doux dans son action que le saoria; cependant il s'agirait de voir si, par une diminution de la dose, par l'addition d'une autre substance, d'un narcotique par exemple, ou par une préparation pharmaceutique convenable, on n'arriverait pas à faire cesser ou à diminuer du moins les inconvénients qu'il présente. M. Hepp va employer la petite quantité qui lui reste de saoria et de tatzé pour en obtenir différents produits pharmaceutiques, pour diminuer le volume du médicament à avaler et rendre ainsi son administration plus facile. Il est douteux que l'analyse chimique en isole un principe immédiat, seul actif; il est plus probable que l'action ténifuge réside dans la combinaison de plusieurs substances qui se trouvent réunies dans ces fruits, tels que le tannin, une huile et une résine âcre. Tous les ténifuges végétaux présentent du reste une similitude de composition chimique remarquable; ils renferment tous ces trois sortes de corps. Wackenroder a signalé 22 p. 100 de tannin dans l'écorce de grenadier, 31 p. 100 dans la fougère; de cette dernière quantité il faut déduire de l'acide malique et du sucre. Nous avons indiqué dans le kousso 24 p. 100 de tannin; et dans ces trois substances il existe en même temps des matières grasses et résineuses. Or le saoria et le tatzé sont certainement dans le même cas. L'éther alcalisé sera donc le meilleur menstrue d'extraction de ces corps.

Quant au mode d'administration, il faudrait en donner 15 grammes comme dose moyenne, réduit en poudre et délayé dans de la tisane, une infusion aromatique, de l'eau simple ou sucrée; si trois à quatre heures après, il n'a pas déterminé de selles, ou si les selles produites ne renferment pas l'entozoaire, on administrerait de l'huile de ricin.

En résumé, de ces essais, insuffisants il est vrai, il résulte que le saoria et le tatzé méritent d'être pris en sérieuse considération, et que probablement le saoria occupera la première place parmi nos ténifuges. Selon le premier, la racine de grenadier et la limaille d'étain seraient les spécifiques du tenia armé. Mayor, qui distingue le botryocéphale d'après les anneaux en deux espèces, dit que l'extrait éthéré expulse celui à anneaux longs, tandis que celui à anneaux courts réclame la poudre de fougère ou l'écorce de grenadier.

En résumé, les préparations de fougère mâle sont un de nos meilleurs ténifuges indigènes; elles sont cependant loin d'être infaillibles. M. Maunoir (de Genève) estime à 85 sur 100 la proportion des malades guéris dans cette ville; ce chiffre me paraît trop élevé pour d'autres localités, pour Strasbourg entre autres, où l'extrait que l'on avait même fait venir de Genève a eu de fréquents insuccès. Leur action est ordinairement douce, sans mauvaise suite, ne détermine pas d'incommodités notables, ce qui fait qu'on peut renouveler plusieurs fois leur administration; enfin elles ne sont pas bien chères. A cause de son peu de volume, de son action plus constante, il faut en général préférer l'extrait éthéré à la poudre, celle-ci étant difficile et désagréable à prendre et déterminant plus facilement des accidents gastro-intestinaux.

L'écorce de racine de grenadier était connue des anciens médecins; Celse, Dioscoride, Alexandre de Tralles préconisent la décoction de la racine entière. Mais ce moyen avait été complétement oublié chez nous, jusqu'à ce qu'au commencement de ce siècle des médecins anglais, pratiquant dans les Indes où cette racine est d'un usage populaire, eussent de nouveau appelé l'attention sur son efficacité. Vers la même époque, 1820, un médecin portugais, Gomez, vint corroborer les assertions précédentes, et depuis l'emploi de ce ténifuge s'est généralement répandu. En France, c'est surtout M. Mérat qui contribua beaucoup à son adoption.

De nombreux insuccès furent cependant signalés, et plusieurs causes peuvent parfois être invoquées pour les expliquer. Nous avons déjà vu que Mayor avait reconnu son inefficacité contre le botryocéphale à anneaux longs; la drogue elle-même ne paraît pas avoir constamment la même composition; celle-ci varie d'après l'âge, la culture de la plante et l'état de fraîcheur ou de dessiccation de l'écorce. Ainsi il faut employer l'écorce fraîche prise d'un arbre d'une certaine taille, dont la racine ait d'un doigt à un pouce d'épaisseur; celle qui provient des pays méridionaux est beaucoup plus active que le produit récolté chez nous, dans nos climats tempérés. Aussi M. Lesage, pharmacien à Paris (1), a proposé de la faire venir du Portugal, car ce produit, même sec, doit réussir constamment; celle de Java, dont on se sert en Hollande, doit l'emporter sur toutes les autres. M. Mérat insiste beaucoup sur l'écorce fraîche, quoique la sèche agisse encore à peu près dans la moitié des cas. Enfin, ajouterai-je que celle du commerce est souvent prise d'un arbre trop vieux qui renferme beaucoup plus de tannin, mais est bien moins active, ou bien falsifiée avec d'autres écorces, surtout celle du buis. M. Mérat ne regarde pas seulement l'écorce comme applicable, mais toute la racine, et Breton recommande également l'écorce du tronc; mais on manque encore d'observations positives à cet égard.

M. Mérat (2) s'exprime en ces termes au sujet de l'administration de ce remède: « Le grenadier ne manque jamais de faire rendre tout le » ver, si on prend le remède convenablement, c'est-à-dire si l'on se » sert d'écorce de la racine fraîche et qu'on administre la décoction de » 64 grammes dans un litre d'eau, réduite d'un tiers, le jour ou le » lendemain d'un jour où on a rendu des anneaux de ténia, en trois » fois à une demi-heure de distance, et si cette boisson n'a pas été » vomie. Si ces conditions ne sont pas remplies, on peut ne pas rendre » le ver; mais nous sommes encore à voir, depuis vingt-deux ans, un » cas d'insuccès, si elles ont été fidèlement remplies. Les médecins » qui veulent ajouter au traitement quelque chose de leur façon, nu

(1) ANNUAIRE DE THÉRAP. de M. Bouchardat, 1842.
(2) DICT. UNIV. DE MAT. MÉD., t. VII.

---

l'ordonnera pour tous les maux, et je serai l'innocente cause de cette grande révolution médicale, opérée à plusieurs milliers de lieues de ma patrie. Si quelque confrère, débarquant sur ces plages, avise Mendjaour et s'étonne de sa banale formule thérapeutique, le Malabar lui répondra qu'il la tient d'un médecin d'Europe, dont, je l'espère pour mon repos et ma réputation, il aura alors oublié le nom.

P. S. J'ai eu récemment des nouvelles de Mendjaour: il a fini tragiquement. Ayant amassé une assez belle fortune avec les sachets de sable chaud et les vésicatoires à l'eau bouillante, il put satisfaire de nouveau ses instincts voyageurs; il parcourut l'Inde, non plus un bâton à la main et une besace sur le dos, mais en nabab, doucement porté dans un moelleux palanquin. Un jour, dans une forêt, il fut rencontré par un de ces éléphants isolés, chassés, dit-on, de la troupe, à cause de leur mauvais caractère, et qui sont alors aussi dangereux et agresseurs, que les éléphants en troupe sont pacifiques et inoffensifs. Les porteurs prirent la fuite en voyant le terrible et colossal animal; mais Mendjaour n'eut pas le temps de se sauver. L'éléphant écrasa le palanquin sous ses pieds, tira le pauvre homme de dessous les débris, le saisit avec sa trompe et l'écrasa contre un arbre, *horresco referens!*

Ainsi finit Mendjaour... et ma révolution médicale dans l'Inde.

***
chirurgien de 1re classe.

— Dans le comité secret qui a suivi la séance publique de l'Académie de médecine de mardi dernier, la section d'anatomie pathologique a présenté la liste suivant des candidats à la place vacante dans cette section : 1° M. Barth; 2° M. Bean; 3° Moreau (de Tours); 4° M. Sestier; 5° M. Ménière; 6° M. Bayle.

— L'hospice de l'Antiquaille, à Lyon, va être prochainement augmenté d'un vaste bâtiment voisin. Il est toujours question d'ajouter à cet hospice, que la population sans cesse croissante de l'agglomération lyonnaise rend de jour plus insuffisant, l'ancien couvent des Chazeaux, actuellement affecté au dépôt de mendicité.

D'un autre côté, un nouvel hôpital d'environ 600 lits sera bientôt construit à la Croix-Rousse.

— On a saisi chez M. Accault, pharmacien, rue de la Paix, 14, une liqueur et des pilules antigoutteuses. Il résulte du rapport de l'expert chargé d'examiner ces préparations qu'elles constituent des remèdes secrets. M. Accault soutient que le pharmacien ne prépare pas un remède secret quand il exécute la formule donnée par un médecin. Or il déclare qu'il tenait cette formule d'un médecin.

Ces faits ont motivé une poursuite pour contravention à la loi sur la pharmacie tout à la fois contre le pharmacien et contre le médecin. M. Accault a été condamné à 25 fr. d'amende; le médecin a été renvoyé des fins de la plainte.

» qui ne l'observent pas complétement, ne réussissent pas toujours ; » mais c'est leur faute et non celle du médicament. »

On fait bien de faire précéder la décoction d'une macération pendant douze heures, et de filtrer le décoctum chaud, car pendant le refroidissement il se dépose des matières qui ne sont pas inertes. M. Chevalier fait prendre la veille au soir l'huile de ricin et fait jeuner. M. Constant défend d'édulcorer la décoction et prohibe toute boisson pendant l'action du remède ; tout au plus, s'il y a des coliques, peut-on boire un peu d'infusion de tilleul ou de chiendent non sucrée ; enfin le tube digestif doit être exempt d'inflammation.

Cette décoction n'est guère facile à avaler ; elle détermine fréquemment des vomissements, ce qui se trouve déjà indiqué par M. Mérat ; dans ce cas il faut néanmoins continuer l'administration du liquide. Souvent il cause des coliques et de la diarrhée parfois abondante et persistante, et plusieurs auteurs ont signalé également des phénomènes nerveux. Ordinairement un quart d'heure à une heure après la dernière prise, l'effet se fait sentir, et en trois ou quatre selles on a rendu le ver en fragments. Le purgatif est toujours inutile. Si une première administration est sans effet, on peut le renouveler le lendemain ou le surlendemain, et en cas d'un nouvel insuccès il faut renoncer à son emploi.

Au lieu de la décoction simple, M. Latour de Trie a proposé une infusion fermentée, et le docteur Gusmann une décoction vineuse, préparations qui n'ont pas été adoptées.

Il en existe une autre bien meilleure et plus rationnelle, l'extrait alcoolique préparé par M. Deslandes ; il est aussi actif et moins difficile à prendre que la décoction de l'écorce. Ce pharmacien l'emploie sous deux formes, en électuaire et en potion dont voici les formules :

P. Extr. alcool. d'éc. de rac. grenad.	24,00
Eau de tilleul	90,00
Suc de citron	60.00
G. adrag.	Q. S.
F. élect.	
P. Extr. alcool. d'éc. de rac. grenad.	24,00
Eau de tilleul et de menthe, suc de citron, de chaque	60,00

MM. Milouart et Latour de Trie avaient donné le nom de grenadine à un corps qu'ils supposaient être le principe actif de cette écorce. Des expériences plus précises ont démontré que ce corps n'était autre chose que de la mannite. La punicine de Righini est encore d'une existence problématique.

Enfin M. Dublanc (de Troyes) a préparé un sirop, dont 120,00 répondent à 60,00 d'écorce de racine.

En résumé cette substance est un ténifuge précieux, qui cependant, malgré les assertions de M. Mérat, paraît manquer assez souvent son effet, est désagréable à avaler, difficile à supporter, et cause souvent des vomissements, des coliques, de la diarrhée et des accidents plus graves de différentes sortes.

La *térébenthine* et mieux encore son *huile essentielle* ont été recommandées contre le ténia déjà anciennement, et paraissent être encore assez souvent employées en Angleterre. L'essence a été généralement donnée à des doses très-élevées, plusieurs auteurs cependant n'en emploient que de modérées. Ainsi Cullen en donne 50 gouttes ; L. Frank fait une émulsion avec : essence de térébenthine, 15,00 ; éther sulfurique, 8,00 ; gomme arabique, 15,00 ; eau de camomille. 500,00, à prendre tous les jours deux fois deux cuillerées. — M. Levacher (1) administre des doses plus élevées ; sa formule est composée de : huile de ricin, 60,00 ; ess. de téréb., 15,00 ; eau de menthe, 60,00 ; siop de sucre, 30,00 ; gomme arab., 10,00, à prendre en une fois, le matin à jeun. De ces doses suivantes, il y a loin. Laird en fait prendre 60,00 avec du miel, en une fois ; Osann en donne 15,00 à jeun, toutes les demi-heures jusqu'à consommation de 60,00 et même 90,00 ; Fenwick en administre 60,00 par à jeun, en une fois, et deux heures après encore 30,00 Il faut une volonté et un tube digestif bien complaisants pour avaler et supporter ce médicament à de telles doses, et j'ai peine à croire à son innocuité, malgré les assertions contraires de plusieurs de ses parrains. Néanmoins on ne peut contester son efficacité, qui doit être parfois chèrement achetée.

L'essence de térébenthine est souvent associée à d'autres ténifuges ; la fameuse *huile empyreumatique de Chabert* en contient avec de l'huile de corne de cerf fétide ; nous avons déjà vu son mélange avec l'éther ; à Genève on l'associe souvent avec l'extrait éthéré de fougère, preuve que la confiance dans ce dernier n'est pas trop absolue dans cette ville.

(1) ANNUAIRE déjà cité.

Enfin on a préconisé des frictions sur le ventre avec de l'huile de pétrole et de l'essence de térébenthine.

En somme, cette substance me paraît généralement inutile à conserver comme ténifuge dans notre arsenal thérapeutique.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

I. ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Les livraisons du second semestre de 1853 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Considérations historiques, topographiques, statistiques et médicales sur l'hôpital des fous de Bergame ;* par M. Brugnoni. 2° *Commentaires sur la vie scientifique et sur les œuvres d'anatomie et de physiologie comparées du docteur Mauro Rusconi ;* par M. Biffi. 3° *Du lieu où se fait la fécondation chez la femme ;* par M. Scarenzio. 4° *Considérations sur un cas d'hydrophobie ;* par M. Baruffi. 5° *Observations faites dans le service des vénériens du grand hôpital de Milan. Question relative à la syphilis constitutionnelle produite par la blennorrhogie ;* par M. Gambérini. 6° *Psoïtis traumatique : suppuration, épanchement du pus dans le petit bassin, paralysie des extrémités inférieures, évacuation du pus par le moyen de la potasse caustique ;* par M. Mazza.

DU LIEU OÙ SE FAIT LA FÉCONDATION CHEZ LA FEMME ; par M. SCARENZIO.

L'auteur de ce mémoire explique par un phénomène purement physique, la capillarité, l'arrivée du sperme dans la matrice et jusque dans l'ovaire. La cavité du col uterin fait l'office d'un tube capillaire. De plus, si on considère l'utérus et son col sur un cadavre de femme en position horizontale, c'est-à-dire celle qu'on a coutume de prendre dans le coït, ces organes se présentent entre la vessie et le rectum, avec leur axe longitudinal correspondant à celui du bassin, peu déviés du plan sous-jacent. On doit ajouter que la matière fécondante recueillie au fond du vagin peut être, et par sa quantité et par la contraction du canal vaginal, en suffisante quantité pour surmonter par son propre niveau celui de la cavité du col et de l'utérus.

Bischoff a rencontré le sperme sur l'ovaire : c'est encore par la capillarité des trompes que M. Scarenzio explique la progression de ce fluide jusqu'à cet organe. Il discute l'importance des spermatozoaires dans la fécondation, et conclut, d'après les expériences de Prévost et Dumas, Bischoff, etc., qu'ils sont les agents véritables et uniques de la fécondation. Il établit que la fécondation chez la femme peut se faire tant au dedans qu'au dehors des ovaires. Enfin il apporte une nouvelle preuve anatomique que l'ovulation est spontanée chez la femme, et que les ovaires n'ont pas besoin de l'action des trompes pour accomplir leur fonction.

Voici cette observation intéressante :

OBS. — Une femme de 44 ans, régulièrement menstruée jusqu'à l'âge critique, mourut le 13 juin 1853, d'albuminurie avec lésion du cœur et cirrhose du foie.

A l'ouverture du cadavre, outre la lésion organique du cœur, la cirrhose et un commencement de granulation des reins, on rencontra une adhérence entre les deux anses intestinales, tellement solide et résistante, qu'on n'hésita pas à la juger survenue peu de temps après la naissance.

Après l'extraction des organes génitaux internes, j'observai que l'utérus et le commencement des trompes étaient intacts. En cherchant le pavillon des trompes, je n'en trouvai point ; seulement, à leur extrémité, il me fut donné de voir un petit morceau froissé, parfaitement imperforé, ceté sur la partie libre des trompes qui se terminaient en un cul-de-sac entièrement clos. Les ovaires, qui étaient assez lisses, *présentaient cependant les cicatrices des ovulations antérieures.*

Il n'y avait aucun cercle fibreux autour de l'oblitération des trompes ; mais elles formaient un tissu homogène, de sorte qu'on ne pouvait douter qu'une telle altération ne fût, sinon congéniale, du moins survenue peu de temps après sa naissance.

LA MORSURE D'UN CHIEN IRRITÉ, MAIS NON ENRAGÉ, PEUT-ELLE COMMUNIQUER LA RAGE ? par M. BARUFFI.

Telle est la question que M. Baruffi croit pouvoir résoudre par l'affirmative dans les réflexions que lui suggère un cas fort intéressant d'hydrophobie qu'il eut occasion d'observer.

OBS. — Femme de 44 ans, convalescente et encore faible. Voulant éloigner de ses enfants et chasser un chien qui était venu chercher un abri contre la

chaleur et se coucher chez elle, elle lui donna un coup de pied, et l'animal irrité la mordit au pied et ne lâcha prise que par les menaces et les cris. Les plaies du pied guérirent en trente jours, mais elles ne furent jamais indolentes.

Le 20 octobre 1849, c'est-à-dire cinquante jours à dater de la morsure, douleur plus vive partant du pied blessé et remontant en ligne droite jusqu'au trochanter. Cependant les cicatrices des plaies se gonflaient et s'entouraient d'une auréole rouge brun; et les muscles de la cuisse se contractaient spasmodiquement. Dans la nuit, mouvements convulsifs et plaintes.

Le 21, au matin, suffocations violentes; soif, horreur invincible des liquides. Transportée à l'hôpital, elle présente les mêmes symptômes, plus prononcés encore. Pouls tremblant et profond; convulsions; efforts de toux et sputation violente comme pour débarrasser la gorge encombrée.

22. Accroissement des mêmes symptômes.

23. Traits allongés, forces abattues, délire, muscles engourdis, tout mouvement volontaire cesse excepté celui de cracher vivement; pouls faible, respiration très-courte et bruyante, avec râle muqueux. Mort.

Il convenait de rechercher si le chien qui avait mordu cette malade était enragé. Or il est certain qu'il ne l'était pas, d'après le dire de cette malheureuse, qui le vit dans l'attitude du repos et du sommeil, peu de temps avant d'en être assaillie, et d'après le témoignage des parents, qui le rencontrèrent souvent et le virent très-bien portant le 20 octobre même.

M. Baruffi ne doute nullement que sa malade n'ait succombé à la rage communiquée par le virus rabique. Il cherche alors à s'expliquer la formation subite et spontanée de cet agent redoutable par l'action de la colère sur les centres nerveux. L'analogie vient en aide à cette idée: les exemples ne sont pas rares en médecine de métamorphoses humorales sous l'influence d'un grand trouble nerveux : jaunisses instantanées causées par une violente terreur; vomissements abondants dans certains accès d'hystérie; sueurs fétides dans certaines convulsions et dans l'épilepsie. Enfin l'auteur invoque les expériences de M. Bernard, par lesquelles ce physiologiste a fait voir qu'en irritant un certain endroit limité de la moelle allongée, on augmentait en peu d'instants la sécrétion du sucre dans le foie. Nous pourrions ajouter à ces exemples celui de certaines nourrices dont le lait, altéré subitement par un accès de colère ou de terreur, a donné des convulsions et même la mort au nourrisson. On aurait donc à admettre, avec M. Baruffi, que, sous l'influence de la colère chez le chien, la salive peut s'envenimer subitement du virus rabique.

Quant à expliquer l'arrêt de tout développement hydrophobique chez le chien, il invoque l'action de mordre, ou de boire de l'eau, ou de mâcher l'herbe des prés, ou de ronger un os, etc., moyens à l'aide desquels l'animal peut purifier sa gueule de toute bave.

II. BULLETTINO DELLE SCIENZE MEDICHE DI BOLOGNA.

Les livraisons de juillet, août et septembre 1853 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *D'une singulière puanteur s'exhalant de tout le corps d'un jeune homme malade*; par M. Gamberini. 2° *Essai d'une topographie médicale de la commune de Crèvecœur*; par M. Rossi. 3° *De la répercussion de la gale et de son traitement abortif*; par M. Emiliani. 4° *Observations sur le travail précédent*; par M. Gamberini. 5° *Histoire de sympathie singulière entre les dernières ramifications du nerf sciatique et l'organe auditif*; par M. Bacchi. 6° *Études théorico-pratiques sur la gale*; par M. Gamberini. 7° *Cas de médecine pratique*; par M. Terzi. 8° *Rapport de la commission des consultations de la Société médico chirurgicale de Bologne sur le cylindre de M. Gandolfi*; par M. Sarti Pistocchi.

SINGULIÈRE PUANTEUR S'EXHALANT DE TOUT LE CORPS D'UN JEUNE HOMME MALADE; par M. GAMBERINI.

Les faits d'exhalations particulières bonnes ou mauvaises provenant du corps humain ne sont pas tellement communs qu'il soit superflu d'en citer un nouveau. On a rapporte le cas d'un individu qui exhalait une odeur suave de l'avant-bras gauche. César Auguste exhalait une odeur toute particulière. Schmidt parle d'un homme qui transmettait une odeur de soufre parfois insupportable des mains jusqu'aux bras. Orteschi cite une jeune fille qui exhalait une odeur de vanille du dos de la main et des commissures des doigts. A ces faits et à d'autres que nous pourrions citer, on doit rattacher le fait suivant:

Obs. — Un jeune homme d'une noble famille, adonné aux plaisirs de la vie, contracta deux blennorrhagies en 1844 et en 1846, à la suite desquelles il se développa des symptômes de vérole constitutionnelle. Le mercure et d'autres remèdes auxiliaires le rendirent complétement à la santé.

En 1850, ce jeune homme s'amouracha éperdument d'une jeune fille dont il devint jaloux au point de s'abandonner à toutes les appréhensions qu'excite naturellement cette terrible passion.

Sur la fin du mois de juin de la même année, il fut pris par toute la surface du corps d'une exhalation fétide et nauséeuse, au point d'inspirer le dégoût à lui-même et à tous ceux qui l'approchaient. Telle était la puanteur qu'elle ne pouvait être définie ni comparée à aucune odeur connue; de plus, elle infectait tout ce que le malade mettait sur lui ou touchait, pénétrant son linge à un point tel que ni la lessive ni les lavages au chlorure de chaux ne pouvaient l'en débarrasser.

Les angoisses de ce malheureux, obligé de vivre dans l'isolement, furent bientôt suivies d'une fièvre gastrique qui dura trois mois. A cette fièvre succéda une éruption accompagnée d'un prurit très-incommode sur toute la surface cutanée, à l'exception des membres inférieurs. Survint ensuite une quantité innombrable de poux qui couvrirent le corps et dont il ne parvint à se débarrasser que par la plus extrême propreté.

Au commencement de 1852, le malade, aigri par tant de souffrances physiques et morales, était considérablement amaigri : anorexie, constipation opiniâtre, hémorrhoïdes, impressionnabilité telle, que la plus petite contrariété le portait à des actes de fureur. Les narines qui, dans l'état de santé, distillaient abondamment, étaient sèches.

Une bonne hygiène physique et morale, des pédiluves nitro-muriatiques, des prises composées de fleurs ammoniacales martiales et d'aloès, des bains d'eau de mer, ramenèrent complétement la santé.

SYMPATHIE SINGULIÈRE ENTRE LES DERNIÈRES BRANCHES DU NERF SCIATIQUE ET L'OREILLE; par M. BACCHI.

Des faits nombreux ont depuis quelques années révélé une sympathie étrange entre l'oreille et le nerf sciatique. Personne n'ignore qu'on a guéri bon nombre de sciatiques par la cautérisation du pavillon de l'oreille. Voici un fait d'un ordre inverse qui confirme l'existence de cette sympathie, et qui, s'il a été exactement observé et se reproduit sur d'autres malades, mérite à un haut point l'attention des physiologistes.

Obs. — Un condamné du fort Urbain, âgé de 55 ans, était entré à l'hôpital pour une otorrhée chronique avec surdité datant, à son dire, de vingt-sept mois. De taille moyenne, maigre et décharné, avec les mâchoires privées de dents et la tête de cheveux, il montre les signes d'une précoce vieillesse et d'un tempérament veineux. Il était surtout adonné au vin. Il ne se souvient d'avoir eu qu'une seule maladie, c'était une fièvre avec symptômes nerveux et diarrhée.

En mars 1850, atteint d'une otite, il fut énergiquement traité par des applications réitérées de sangsues, des cataplasmes émollients, des vésicatoires à la nuque et aux apophyses mastoïdes; il resta sourd, à un degré très-prononcé, des deux oreilles, avec bruit incessant à l'intérieur et écoulement quotidien au dehors d'un peu de matière fétide. Cet état continuait alors qu'il entra dans les salles de clinique, augmenté cependant d'une légère sensation de chaleur et de douleur dans l'oreille droite. Le docteur Arrighi, médecin en chef, après diverses médications infructueuses, allait faire passer ce malade dans la section des maladies chroniques, lorsque le 8 juillet, celui-ci aperçevant le docteur Bacchi près du lit qu'il occupait, le pria de lui expliquer pourquoi, plusieurs fois pendant le temps de sa maladie, et plus souvent encore depuis qu'il était à l'hôpital, si quelqu'un lui touchait la plante du pied droit ou l'extrémité inférieure de la jambe droite, il éprouvait une sensation de sifflement et de souffle sortant de l'oreille du même côté. Surpris de la singularité du phénomène, M. Bacchi s'assura qu'il avait lieu par une légère pression exercée avec les doigts à la partie moyenne de la plante du pied et à la partie inférieure antéro-latérale de la jambe droite entre le tibia et le péroné, à deux travers de doigt de l'articulation tibio-tarsienne. C'est alors qu'il résolut d'entreprendre quelques expériences, dans le double but de jeter un nouveau jour sur les sympathies qui semblent exister entre l'oreille et le nerf sciatique, et de trouver quelque moyen d'améliorer l'état du malade.

Un pédiluve tiède et sinapisé ayant été donné et prolongé pendant une demi-heure, le malade accusa une sensation de flamme brûlante dans l'oreille droite qui persista quelque temps.

La matinée suivante, le petit écoulement de pus était supprimé dans les deux oreilles. Ayant touché le malade à la plante du pied, il dit ne plus sentir le souffle et le sifflement qu'il accusait auparavant; mais il continuait à éprouver la même sensation si l'attouchement avait lieu au point désigné de la jambe.

9 juillet. Application d'un vésicatoire de grandeur moyenne au point sensible de la jambe précédemment indiqué. Peu d'heures après, prurit brûlant à la jambe; pendant la nuit, douleur aux parties rapprochées de l'oreille droite, à l'apophyse mastoïde, au lobule de l'oreille, un peu au-dessous du condyle de la mâchoire inférieure; dans l'intérieur de l'organe auditif, sensation de souffle et de piqûre, comme si quelque chose se précipitait vers la région temporale du côté opposé.

10. Une petite quantité de camphre est disposée sur la surface dénudée. Peu d'instants après, le malade entendit dans l'oreille droite un grand bruit et un souffle qui, dans la nuit, cessèrent presque entièrement, recommençant toutefois, mais à un degré moindre, dans la matinée du 11.

L'application du médicament ayant été renouvelée, le malade sentit des sifflements dans l'oreille droite, et une flamme brûlante sortant de l'oreille gauche; de plus, soubresauts et mouvements involontaires à la jambe et à la

cuisse du côté droit. Ces phénomènes cessèrent tous quelques heures après.

12 juillet. L'otorrhée a un peu reparu, un peu plus à droite qu'à gauche ; du reste, la surdité est la même.

Une petite quantité d'acétate de morphine déposée sur la surface dénudée du vésicatoire dans la soirée du 12, il se produisit de nouveau une sensation de piqûre à l'oreille droite et une impulsion au dehors de la région temporale du côté opposé ; du reste, diminution du bruit habituel, écoulement plus considérable de la matière morbide hors du méat auditif droit ; nuit calme et sommeil tranquille.

13 juillet. Application du même médicament ; mêmes phénomènes ; de plus, perte des sens, vomissements de quelques flegmes, sensation d'ardeur à l'oreille gauche. Il n'y avait pas trois heures d'écoutées que, pour la première fois, il lui sembla entendre dans le lointain une voix qui prononçait des paroles confuses, et cela précisément lorsque quelques-uns de ses compagnons parlaient à voix basse près de lui ; dans un autre moment, il éprouva des soubresauts et de vives secousses dans tout le corps.

Le 14 juillet, on fit, avant que M. Bacchi eût pu l'empêcher, une nouvelle application d'acétate de morphine. Chaîne de pulsations ondulatoires montant rapidement du point reséqué le long de la jambe, du tronc, de la cuisse, de la partie antérieure de l'articulation de l'épaule et du cou jusqu'à l'oreille droite, etc.

16 juillet. Pédiluve tiède dans lequel le tiers de la jambe est plongé. Peu après, sensation de chaleur et de vapeur aqueuse dans l'oreille droite.

Le même jour, une petite montre en or fut placée sur la partie de la surface dénudée la plus rapprochée du pied ; le malade sentit distinctement le tic tac répercuté de la jambe au dedans de l'oreille. Lorsque la montre était placée sur tout autre point, il n'éprouvait aucune sensation.

Une dernière expérience fut tentée avec la lumière. On couvrit d'un drap de couleur obscure tout le corps du malade, à l'exception seulement de la partie de la jambe sur laquelle on voulait expérimenter. On dirigea sur cette partie la lumière d'une bougie à travers un vase de cristal rempli d'eau limpide. Le malade éprouva sur la plaie une sensation de piqûre et dans l'oreille une sensation de piqûre et de chaleur légère.

Il ne résulta de tout cela pour le malade qu'un peu de soulagement à la tête et une diminution du bruit qui le tourmentait ; mais la partie inférieure de la jambe était gonflée et douloureuse.

Quelques jours après, il fut pris de scorbut ; pétéchies et stries sanguines aux membres inférieurs.

Comment expliquer cette sympathie entre l'oreille et le nerf sciatique ? Faut-il admettre, avec Colla et Monteggia, qu'il existe un moyen matériel et direct de communication entre ces deux organes, et qu'il consiste dans les anastomoses du facial avec le nerf vague, de celui-ci avec le grand sympathique et de ce dernier avec le sciatique ? Nous croyons qu'il faut admettre cette communication et cette sympathie, qui est un fait, sans trop vouloir en préciser le siége dans un point déterminé des centres nerveux, ce qui jusqu'à ce jour ne serait qu'une pure hypothèse. Le traitement de certaines névralgies sciatiques par la cautérisation de l'oreille démontre ce phénomène physiologique sous un autre point de vue.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 10 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

CONSIDÉRATIONS D'ANATOMIE PHILOSOPHIQUE SUR LA TORSION DE L'HUMÉRUS.

M. A. LAVOCAT communique sur ce sujet un mémoire dont nous extrayons les passages suivants qui en résument l'idée principale :

L'os du bras est généralement considéré comme tordu. L'anatomie philosophique invoque cette disposition pour expliquer la situation inverse de la rotule et de l'olécrâne. L'anatomie descriptive l'admet aussi en désignant la fosse humérale externe sous le titre de *gouttière de torsion*. Mais cette torsion n'est pas démontrée, et elle ne saurait l'être, parce qu'elle n'est qu'apparente.

Dans l'hypothèse de la torsion, on reconnaît que, pour la moitié supérieure de l'humérus, rien n'est changé : la tête est interne, comme au fémur correspondant ; la grosse tubérosité (trochiter) est externe comme le trochanter, et la surface deltoïdienne est parfois représentée au côté externe du fémur par une éminence que l'on est convenu d'appeler troisième trochanter. Par conséquent la moitié inférieure serait seule modifiée ; on suppose qu'elle a décrit une révolution complète autour de son axe, de telle sorte que sa partie antérieure est devenue postérieure, et sa partie externe est devenue interne.

Mais rien ne prouve la réalité de cette inversion, si ce n'est la situation opposée de l'olécrâne et de la rotule, que l'on cherche ainsi à expliquer. Dans ce but, on pouvait tout aussi bien admettre la torsion du fémur, celle du tibia, etc.

Si rien ne démontre la torsion de l'humérus, il est, au contraire, facile de prouver que cette torsion n'existe pas : il suffit pour cela de bien établir qu'il y a analogie de conformation pour l'extrémité inférieure de l'humérus et du fémur, ou simplement qu'il y a identité de la partie externe de l'une et de l'autre surface osseuse.

Des considérations anatomiques qui suivent, l'auteur déduit que la surface articulaire inférieure de l'humérus est constituée comme celle du fémur : le condyle, externe dans l'une, est externe aussi dans l'autre. Il n'y a donc pas de torsion ; seulement, ce qui est antérieur ici est postérieur là. Et c'est une des principales causes de l'erreur, à laquelle l'application trop absolue du principe des connexions a aussi contribué.

En effet, sans perdre de vue ce principe, il faut ici tenir compte de la loi de destination. A l'aide de ces deux modes d'interprétation, on peut obtenir des résultats exacts, et laissant de côté la torsion humérale, qui n'est pas admissible, on trouve une explication plus rationnelle relativement à la situation inverse de l'olécrâne et de la rotule.

On reconnaît tout d'abord que le principe des connexions est respecté : l'olécrâne et la rotule sont en contact avec la trochlée à l'humérus et au fémur ; et l'une de ces deux pièces osseuses devant être postérieure et l'autre antérieure, la surface trochléenne a subi une légère modification semblable, soit en arrière, soit en avant.

Cette inversion est elle-même commandée par la loi de destination, si évidente chez les quadrupèdes.

En résumé, l'auteur conclut que, par suite des besoins fonctionnels, il y a simple inversion des parties qui se correspondent dans les rayons supérieurs des membres thoraciques et pelviens ; mais si les parties, antérieures ici, ont pu devenir postérieures là, dans aucun cas une partie externe n'est devenue interne. Par conséquent l'inversion s'est produite tout en conservant les connexions, et sans qu'il y ait eu torsion de l'humérus.

RETOUR A LEUR LONGUEUR NATURELLE DES OS RACCOURCIS A LA SUITE DE FRACTURES CHEZ LES ENFANTS.

M. TH. HERPIN (de Genève) adresse, à l'occasion d'une communication récente de M. Baizeau, la note suivante :

Il y a plus de vingt ans, au milieu d'un hiver rigoureux (je pratiquais alors la médecine à Carouge, petite ville du canton de Genève), je fus appelé le même jour, dans deux familles différentes, auprès de deux enfants, un petit garçon et une petite fille, l'un de 5, l'autre de 6 ans environ, qui, en glissant sur la glace, s'étaient fracturé le fémur dans son tiers supérieur.

Après avoir, chez mes deux blessés, réduit la fracture, je mis, suivant le procédé de Dupuytren, le membre en demi-flexion sur un oreiller ; un lacs fixé au pied du lit maintenait, tant bien que mal, l'extension. Le petit garçon fut docile, et son membre garda bien la position ; la petite fille remuait sans cesse, et il fallait à chaque visite replacer l'appareil.

Après la consolidation, je constatai chez l'un et l'autre un raccourcissement de près de 3 centimètres chez la petite, un peu moindre chez le petit garçon ; tous deux boitèrent quand ils purent marcher.

Je les avais perdus de vue depuis plus d'un an, quand, ayant été appelé dans la famille de mon indocile cliente, j'appris avec surprise qu'elle ne boitait plus du tout. Je m'en assurai de mes propres yeux ; mais soupçonnant qu'elle dissimulait adroitement sa claudication, je la fis mettre nue sur un lit et je constatai, par un examen minutieux, que le membre fracturé avait exactement la même longueur que l'autre. Si ma mémoire ne me trompe pas, on sentait encore la difformité du cal. J'eus hâte de vérifier le fait chez le petit garçon, et le même examen me fournit le même résultat.

Dans une séance de la Société médicale du canton de Genève, je fis part à mes confrères de ce phénomène remarquable. Parmi les assistants était M. le docteur Olivet, chirurgien ayant une nombreuse clientèle d'enfants ; il nous apprit que le résultat qui me surprenait était un fait général : il avait constamment vu les raccourcissements, suite de fractures dans l'enfance, disparaître assez vite dans le cours de l'année.

Ayant renoncé bientôt après à la pratique de la chirurgie, je n'ai pas eu l'occasion dès lors de vérifier cette loi de physiologie pathologique ; mais j'ai vu avec intérêt M. Baizeau lui donner la sanction d'un examen anatomique et d'expériences sur les animaux.

Cette note est renvoyée à l'examen des commissaires nommés pour le mémoire de M. Baizeau : MM. Flourens, Velpeau, Rayer.

ESPRITS FRAPPEURS.

M. RAYER communique l'extrait suivant d'une lettre que lui a écrite M. Austin Flint, professeur de médecine à Louisville (États-Unis).

Dès l'année 1851, M. Austin Flint a eu l'occasion d'étudier les bruits que produisaient les soi-disant *esprits frappeurs*, et s'est convaincu que ces bruits étaient déterminés par le déplacement volontaire de certaines parties osseuses ou tendineuses.

Les recherches de M. Austin Flint furent entreprises à l'occasion des deux jeunes filles Fox (de Rochester), qui disaient pouvoir mettre les vivants en relation avec les morts au moyen des esprits frappeurs.

A la même époque, M. Austin Flint vit une dame qui avait la faculté de produire volontairement et sans douleur sur elle-même des bruits tout à fait semblables, par leur nature et leur intensité, à ceux que faisaient entendre les jeunes filles Fox. Ces bruits se passaient dans l'articulation du genou, à la suite d'une contraction musculaire. Quelque temps après, M. Austin Flint observa sur une autre femme le même phénomène physiologique. Pour produire les *frappements*, ces deux personnes devaient avoir le pied fixé ou arc-

bouté contre le sol. Suivant M. Austin Flint, les frappements s'opéraient par le même mécanisme chez les jeunes filles Fox; car elles ne pouvaient les produire lorsque le pied n'avait pas un point d'appui suffisant.

M. A Flint a vu, comme M. Schiff, un cas dans lequel les frappements étaient déterminés par le tendon du muscle long péronnier latéral.

En résumé, l'observation des faits a conduit M. Austin Flint à penser que les soi-disant *esprits frappeurs* sont des bruits de frappement produits par des déplacements brusques de parties osseuses ou tendineuses.

EXPÉRIENCES POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE L'EMPOISONNEMENT PAR LE CURARE.

M. Alvaro Reynoso communique sur ce sujet des expériences dont voici les principaux résultats.

L'auteur s'est proposé d'étudier les procédés propres à ralentir l'absorption du curare de manière à empêcher qu'une trop grande proportion de poison pénètre dans l'économie, et à permettre à celle-ci de l'éliminer au fur et à mesure, afin qu'il ne s'accumule jamais en quantité suffisante pour déterminer la mort de l'animal.

Les moyens qu'on peut surtout employer sont la ligature, les caustiques et les ventouses.

M. A. Reynoso a pratiqué une ligature sur la cuisse d'un cochon d'Inde et introduit sous la peau, au-dessous de la ligature, 0gr.,060 de curare. Pendant trois quarts d'heure l'animal n'éprouva rien; il défit alors la ligature, et huit minutes après le poison commença à agir, et l'animal mourut douze minutes plus tard.

M. Reynoso a fait ensuite des expériences avec l'iode, proposé déjà comme contre-poison du curare par MM. Braignard et Greene. Il ressort de ces expériences que l'iode ne détruit pas le curare, mais qu'il l'altère, et de plus que la même proportion de ce corps est plus efficace, lorsqu'elle est dissoute dans l'alcool, qu'une dissolution aqueuse à la faveur de l'iodure de potassium.

M. A. Reynoso a successivement essayé l'hypochlorite de soude, l'hyposulfite de soude, le chlore, le brome et divers sels.

Voici les principaux résultats constatés :

L'hypochlorite de soude n'altère pas le curare, mais il retarde sensiblement l'absorption.

Le chlore, soit à l'état naissant, soit à l'état de liberté, détruit complétement le curare. Le sel commun, qui se forme dans ces réactions, n'empêche pas l'absorption du curare.

Le brome détruit complétement le curare, comme le chlore, et il présente sur ce dernier l'avantage d'être d'une conservation et d'un emploi faciles.

Son action est bien réellement décomposante; en effet, dans les substitutions régulières du chlore, du brome et de l'iode à l'hydrogène des composés organiques, les corps résultant possèdent le même volume, la forme, la couleur, la capacité de saturation, le même pouvoir, et les propriétés chimiques fondamentales ne changent pas. De plus, comme l'a prouvé M. Laurent pour la strychnine chlorée, l'espèce résultant de la substitution agit sur l'économie animale, à égale dose, de la même manière que l'alcaloïde normal. Il paraît donc probable que la curarine, principe actif du curare, n'a pas éprouvé un simple remplacement de l'hydrogène par le chlore ou par le brome; car elle aurait dû rester vénéneuse. M. Reynoso pense qu'on pourrait employer le brome probablement avec avantage, et bien certainement avec autant de succès que tout autre moyen, pour cautériser les plaies où des venins auraient été déposés.

L'acide sulfurique n'altère pas le curare.

L'acide nitrique altère un peu le curare.

La potasse caustique, qui empêche la rapide absorption du curare et retarde ou prévient ainsi l'empoisonnement, altère aussi un peu ce poison.

L'eau de chaux retarde très-peu, ainsi que l'ammoniaque, l'absorption du curare.

Enfin il existe des sels qui, sans être de véritables caustiques, retardent l'action du curare. Ainsi l'iodure et le bromure de sodium ont une action très-faible sur l'absorption, tandis que le bromure et surtout l'iodure de potassium la retardent même pendant vingt minutes. Et ce qu'il y a de curieux, c'est que l'iodure de potassium, à partir d'un gramme, produit les mêmes effets, quelle que soit la quantité employée, la dose du curare restant la même (0gr.,06). Nous pensons que ce retard dans l'empoisonnement provient d'un effet local et non pas d'une réaction générale; car l'iodure de potassium, introduit préalablement dans l'économie, ne retarde pas l'action du curare.

— M. Leriche (de Lyon) adresse un mémoire sur le traitement des hydropisies du ventre et de la poitrine par les injections iodées.

— M. Delarue adresse un mémoire sur les tumeurs blanches, et les heureux résultats obtenus de la compression dans le traitement de ces tumeurs.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 11 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre du commerce transmet :

Quatre rapports de M. le docteur Danvin, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Saint-Pol, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans plusieurs communes de l'arrondissement.

Le même ministre transmet des échantillons de remèdes secrets.

— M. Gaussail (de Toulouse), adresse les documents cliniques sur les déviations de la matrice qu'il avait annoncés dans sa dernière lettre.

CHOLÉRA.

M. Isid. Bourdon informe par lettre l'Académie qu'il a reçu de Londres un mémoire que l'auteur, M. le docteur David Macloughlin le charge d'offrir en son nom à l'Académie.

Cet ouvrage a pour titre : Résultat d'une enquête concernant l'invariable existence de la diarrhée comme prodrome du choléra, ou plus exactement comme son premier symptôme.

A Londres, les morts sont constamment enregistrés avec une note positive fournie par le médecin sur la cause évidente ou vraisemblable du décès. Le docteur Macloughlin s'est chargé de prendre lui-même des informations positives sur l'existence et la durée de ce prodrome. Voici les résultats auxquels il est arrivé :

Sur 878 décès attribués au choléra dans Londres, depuis juillet 1853 jusqu'en février 1854, il ne s'en est trouvé que 21 dont on ait affirmé que le choléra avait été foudroyant, c'est-à-dire sans diarrhée antécédente, sans prodrome.

Au sujet de ces 21 attaques prétendues exceptionnelles, le docteur Macloughlin a ouvert une enquête pour laquelle aucune information n'a été négligée, et en voici les résultats :

15 de ces 21 cholériques avaient en bien réellement le corps dérangé avant les crampes et les vomissements, mais le dévoiement avait eu peu de durée.

Chez un autre, il y avait eu motif intéressé à celer la diarrhée prodromique et à prétendre que les crampes avaient marqué le début de l'attaque.

Pour les dix-septième et dix-huitième malades, c'était sans examen que les médecins avaient attesté l'absence des excrétions prodromiques.

Le dix-neuvième était mort des suites d'une superpurgation provenant de l'administration de remèdes drastiques.

Un vingtième avait succombé du fait d'une goutte métastatique.

Chez un vingt et unième, enfin, le décès devait être attribué à une hernie étranglée qu'on avait méconnue.

— M. Bédor, correspondant à Troyes, adresse un relevé sommaire de sujets atteints de choléra qui ont été reçus à l'Hôtel-Dieu de Troyes jusqu'au 9 juillet.

Ce relevé porte, du 23 juin au 7 juillet, 11 sujets et 11 décès.

L'auteur ajoute que, dans la maison même déjà citée par sa lettre du 24 juin, une femme bien constituée, âgée de 25 ans, au troisième jour de l'éruption d'une variole d'apparence très-discrète, est tout à coup décédée.

— M. Pons, de Bez près le Vigan (Gard), adresse une note sur la cause et la nature du choléra, qu'il fait dépendre de l'électricité.

— M. Jey-Gauthier (de Nogent-sur-Seine) adresse la nouvelle formule complétée du traitement contre le choléra, dont le *capsicum* fait la base. (Comm. du choléra.)

M. le Président annonce à l'Académie que M. Warren (de Boston) est présent à la séance.

M. le Président informe l'Académie qu'elle se formera en comité secret à quatre heures et demie.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les déviations utérines.

La parole est à M. Amussat.

TRAITEMENT DES DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS PAR LE REDRESSEUR UTÉRIN.

M. Amussat, après un court préambule historique dans lequel il expose les premières tentatives de cathétérisme utérin qu'il a faites, s'exprime en ces termes :

L'utérus, par sa destination, devait être très-mobile et très-peu fixé, par conséquent, dans le bassin; une foule de causes que je n'ai pas besoin d'énumérer, devaient l'exposer à être repoussé et refoulé, soit dans un sens, soit dans un autre.

De là les déviations, les abaissements si fréquents de cet organe, appelé à remplir des fonctions importantes et difficiles.

Et il ne faut pas croire que ces états pathologiques de l'utérus soient plus fréquents qu'autrefois. On en parlait peu, sans doute, parce qu'ils étaient peu étudiés et peu connus.

Aussi, avant les connaissances acquises sur les divers déplacements de l'utérus, qui étaient tous confondus avec l'abaissement, on n'opposait à ces états que des ceintures et des pessaires seulement, qu'on appliquait indistinctement dans tous les cas.

Ce n'est donc que depuis l'appréciation exacte des diverses espèces de déviations qu'on est entré peu à peu dans une voie thérapeutique plus rationnelle.

Et cependant, que de tentatives, la plupart inefficaces, ont été faites pour remédier d'une manière permanente aux déviations. A ce sujet, je demande à l'Académie la permission d'exposer brièvement devant elle le résultat de mes travaux sur ce sujet.

La première idée d'introduire des tiges dans le col de l'utérus pour agir contre les déviations de cet organe me fut suggérée en 1826, par le cathété-

risme utérin, que j'avais vu pratiquer par Récamier pour établir le diagnostic de certaines affections de l'utérus.

Encouragé dans cette tentative nouvelle, je fis d'abord avec tâtonnements quelques essais timides, puis je me hasardai à placer dans l'utérus des tiges à demeure.

Après avoir vaincu les difficultés de les placer et de les maintenir, je constatai qu'en général elles pouvaient être assez bien supportées. Mais chez une jeune femme atteinte d'une antéversion très-forte et très-gênante, et chez laquelle j'avais plusieurs fois pratiqué sans accidents le cathétérisme utérin, je fus loin d'être aussi heureux. Je me décidai, chez elle, à placer dans l'utérus une tige d'ivoire à demeure; des accidents inflammatoires se développèrent presque aussitôt, et malgré tous les soins dont elle fut entourée, elle succomba promptement.

On comprend tout le chagrin que me causa cet événement, et alors je me reprochai mon excès de confiance dans l'innocuité apparente des tiges placées à demeure dans l'utérus.

A dater de ce malheur, je renonçai à ce moyen, et après y avoir beaucoup réfléchi, je compris ce que j'avais déjà soupçonné, c'est-à-dire que l'utérus n'était pas un organe creux analogue à la vessie, au rectum, etc., que c'était un organe à part dont la membrane interne tient le milieu entre une muqueuse et une séreuse, et surtout qui a des rapports directs par les trompes avec le péritoine.

Je me bornai donc pendant longtemps à des essais de redressement de l'utérus, en dehors de la cavité de cet organe, c'est-à-dire en agissant seulement sur ses parois.

J'employai à cet effet de grands pessaires en cône, puis des espèces de ventouses en ivoire. Ces derniers moyens attiraient l'utérus et le redressaient, mais ils étaient douloureux et produisaient une sensation d'arrachement; d'ailleurs, on le comprend, ils convertissaient en un abaissement plus supportable la déviation, qui redevenait plus forte dès qu'on retirait cet instrument.

Enfin, après beaucoup d'autres essais tout aussi peu satisfaisants et puisés toujours dans les moyens mécaniques les plus variés, j'étais, je dois le dire, entièrement découragé et je déplorais le manque de moyens efficaces à opposer aux déviations si fréquentes que j'observais, lorsqu'enfin je constatai, par hasard et successivement, plusieurs cas de guérisons spontanées de déviations de l'utérus survenues consécutivement à des inflammations locales, à des ulcérations légères, suivies d'adhérences solides entre le col et le vagin, soit par le fait de cautérisation du col pour détruire des granulations ou des ulcérations, soit par le séjour prolongé de pessaires ou d'éponges imbibées d'une forte solution d'alun ou d'acétate de plomb.

En présence de ces faits, que j'étudiai avec la plus grande attention, je me demandai alors si on ne pourrait pas, avec avantages, chercher à imiter la nature, en provoquant par une cautérisation légère et méthodique de la partie postérieure du col, des brides et des adhérences capables de redresser d'une manière permanente l'utérus dévié.

Plusieurs essais de ce genre d'opérations m'ayant fourni des résultats satisfaisants, je l'appliquai ensuite à un grand nombre de rétroversions dans l'état de vacuité, et les résultats que j'en ai obtenus ont dépassé mes espérances.

J'ai déjà publié un certain nombre de faits qui ne laissent aucun doute sur la guérison durable obtenue par ce moyen nouveau, exempt d'ailleurs de toute espèce d'accident actuel ou consécutif, et beaucoup de nos honorables collègues ont pu constater la permanence des résultats, MM. J. Cloquet, Bouillaud, Mélier, Roche, etc.

Je suis donc autorisé à indiquer ce moyen comme préférable à tous ceux qui ont été imaginés jusqu'à présent.

Ce que je viens de dire rend trop explicitement ma pensée sur les déviations de l'utérus pour que je veuille entrer dans de plus grands développements qui fatigueraient l'attention de l'Académie sur un sujet qui a déjà été discuté longuement devant elle.

Je laisse de côté ce qui regarde le diagnostic, ainsi que le pronostic, et je me bornerai à donner un abrégé de quelques observations sur les déviations.

Voici le sommaire de ces observations :

OBS. I. — Rétroversion de l'utérus pendant la grossesse; accidents graves au troisième mois. Réduction difficile causée par des adhérences péritonéales au rectum, par des brides, dans le fond du bassin. Grossesse et accouchement sans accidents. Nouvelle grossesse, avortement. Récidive de la rétroversion plus insupportable qu'avant. Redressement par des adhérences de l'utérus au vagin, déterminées par la cautérisation de la partie postérieure du col avec le caustique de Vienne solidifié; guérison.

(La femme qui fait le sujet de cette observation est présente, et M. Amussat prie quelques-uns de ses collègues de l'examiner après la séance.)

Ce fait offre un grand intérêt au point de vue : *a.* de la réduction de la rétroversion dans l'état de grossesse; *b.* de la reproduction de cet état après l'accouchement; *c.* de la guérison complète de ce déplacement dans l'état de vacuité.

Malgré les adhérences péritonéales qui existaient entre l'utérus et le rectum, la rétroversion a pu disparaître à trois ou quatre mois de la grossesse, et cette femme a été soustraite ainsi aux accidents graves qui auraient nécessairement compromis l'existence de son enfant et peut-être la sienne, comme on en connaît des exemples.

Quant à la rétroversion dans l'état de vacuité, qui s'est reproduite après les deux grossesses, avec un cortége de symptômes fâcheux, on a eu le résultat heureux et permanent qui est survenu par la cautérisation de la face postérieure du col. Cette malade a été examinée ces jours derniers par plusieurs confrères qui ont constaté les brides fermées derrière le col. La santé est excellente.

OBS. II. — Ulcération et engorgement de l'utérus compliqués d'une très-forte rétroversion méconnue pendant longtemps. Symptômes graves; santé profondément altérée; marche très-difficile. Redressement de l'utérus au moyen de la cautérisation de la partie postérieure du col avec le caustique solidifié de potasse et de chaux. Guérison permanente. Cette malade a été traitée de concert avec MM. Chassaignac et Mélier.

Ce dernier fait est plus simple que le précédent; il ne s'agit ici que d'une rétroversion dans l'état de vacuité. Mais il est aussi très-concluant en faveur de la cautérisation de la partie postérieure du col, dans le but de provoquer des adhérences capables de redresser l'utérus.

J'aurais pu citer un plus grand nombre de faits du même genre dans lesquels j'ai obtenu des résultats aussi complets; mais j'aurais craint d'abuser de l'attention de l'Académie.

Jusqu'à présent je n'ai parlé que de la rétroversion. Je dois cependant dire quelques mots des autres déviations pour compléter mon opinion et pour indiquer ce que je fais dans ces cas.

Les autres espèces de déviations sont l'antéversion et les latéro-versions; elles sont moins douloureuses et moins graves que la rétroversion, et ne peuvent pas se guérir par le même moyen, par celui que j'ai décrit et dont j'ai cité des exemples.

Les déviations en avant ou les antéversions sont moins gênantes pour les femmes et beaucoup plus supportables que la rétroversion; elles sont aussi beaucoup moins graves; mais il faut le dire, les degrés d'antéversion et d'obliquités de l'utérus directement en avant ou obliques sur les côtés influent beaucoup sur les symptômes. C'est là ce qui explique les opinions si opposées qui existent sur l'importance de ce genre de déviations.

Les moyens anciens, les pessaires destinés à redresser l'utérus, tendent à augmenter la déviation.

Les nouveaux moyens, les tiges intra-utérines ne sont en général que palliatives; elles sont dangereuses comme j'en ai cité un exemple.

La cautérisation de la partie antérieure du col ne m'ayant pas réussi pour l'antéversion comme la cautérisation de la partie postérieure pour la rétroversion, j'ai eu recours à un autre moyen qui consiste à placer l'utérus dans un petit pessaire en gobelet et le faire basculer en arrière pour le remettre à sa place. De cette manière, on parvient à vaincre la rétraction des ligaments ronds, mais bientôt la matrice revient en antéversion. Alors il faut convertir l'antéversion en latéro-version, en forçant l'utérus à rester à gauche ou à droite. Dès qu'on y est parvenu, on obtient une grande amélioration.

Les déviations simples à droite ou à gauche ou les latéro-versions sont encore beaucoup plus supportables que l'antéversion, puisque, comme je viens de le dire, ne pouvant maintenir l'utérus fixé directement en arrière, je convertis l'antéversion en latéro-version, parce qu'il est plus facile de vaincre un des ligaments ronds que les deux.

Quelquefois la rétroversion et l'antéversion sont compliquées de latéro-versions, alors j'emploie les mêmes moyens que pour les antéversions et les rétroversions. J'en ai observé quelques exemples.

En résumé, la discussion actuelle mérite une très-sérieuse attention, et tous nos collègues l'ont compris ainsi. Elle servira, j'espère, à fixer l'opinion médicale sur une classe d'affections encore peu étudiées et en général mal appréciées. En effet, quelques chirurgiens, et c'est le plus grand nombre, pensent que les déviations de l'utérus ne méritent aucune importance par elles-mêmes, qu'elles produisent peu ou point d'accidents, et que les symptômes qu'on leur attribue sont dus le plus souvent à des complications. D'autres, au contraire, en plus petit nombre, accordent peut-être une importance trop exclusive aux déviations. Comme on le voit, c'est par un examen approfondi qu'il faut chercher à établir la limite entre ces deux opinions contraires.

Enfin, pour ce qui regarde la thérapeutique, je pense que le traitement établi primitivement sans distinguer les différentes espèces de déviations, et qui consistait dans l'usage des pessaires, tendait en général plutôt à augmenter la maladie qu'à la diminuer.

Quant au traitement nouveau par les tiges intra-utérines, il ne peut donner que des résultats temporaires dans le plus grand nombre des cas, et il est dangereux dans quelques-uns. Le redressement de l'utérus par les moyens que j'ai indiqués est exempt de danger et les résultats sont permanents, excepté après la grossesse.

M. MOREAU : M. Amussat a dit que les déviations utérines étaient très-peu connues il y a quelques années, et que c'est à Récamier qu'on doit de les connaître aujourd'hui. Cela n'est pas exact; la connaissance des déviations de l'utérus remonte à Grégoire et à William Hunter. Je signale cette rectification à M. Amussat.

M. AMUSSAT : Je n'ai pas dit qu'on ne connût pas les déviations avant Récamier, et je ne pouvais pas le dire, ayant rappelé moi-même dans un précédent mémoire la part que Grégoire William Hunter et Walter Wall, cités par M. Moreau, avaient prise à l'étude de cette maladie; mais ce que j'ai voulu dire seulement, c'est que c'est depuis les travaux de Récamier surtout que ces maladies ont été mieux étudiées.

M. MALGAIGNE s'excuse de prendre la parole pour la seconde fois dans cette discussion; mais la réponse qui a été faite à sa première argumentation par M. le rapporteur exige quelques mots d'explication, non pas au point de vue personnel, mais pour rétablir des faits plus généraux.

J'ai émis cette idée, dit M. Malgaigne, que depuis la discussion de 1849, la question n'avait pas fait un pas. J'ai été relevé à ce sujet par M. Depaul et par M. Velpeau. M. Depaul a dit qu'il avait beaucoup gagné à cette discussion. Moi aussi, j'y ai beaucoup gagné, je suis loin de le contester; et lorsque M. Velpeau nous rappelle qu'il nous a fait beaucoup gagner lui-même, je l'accepte volontiers. Mais qu'avons-nous gagné depuis? Je le répète, rien. Nous voyons chaque orateur venir nous répéter aujourd'hui ce qu'il a dit en 1849.

La preuve, c'est que vous avez vu M. Hervez de Chégoin venir vous exposer toujours la même doctrine, celle qui attribue aux déviations les accidents que les femmes éprouvent du côté de l'utérus, et comme conséquence pratique de cette doctrine, la nécessité de recourir à l'emploi des pessaires. Je déclare, pour mon compte, que je crois M. Hervez de Chégoin dans le vrai. Il dit vrai lorsqu'il affirme que le plus souvent les accidents du côté de l'utérus sont dus à des déviations; mais en reconnaissant que ces accidents sont dus le plus souvent aux déviations, il admet implicitement qu'il y a d'autres causes. Quelles sont ces causes qui font exception à la loi formulée par M. Hervez? C'est ce qu'il ne nous dit pas, et à cet égard il n'est pas plus avancé qu'il ne l'était il y a cinq ans, et cependant cela serait important à savoir.

M. Gibert a raison aussi lorsqu'il dit que les affections de l'utérus dépendent quelquefois d'une diathèse, et que c'est dans la connaissance de ces diathèses qu'il faut chercher les indications d'un traitement général. J'admets la conclusion de M. Gibert; je reconnais avec lui l'utilité de tenir compte de ces diathèses. Mais encore, en dehors de ces diathèses, dont il a certainement exagéré la fréquence, il y a des cas qui échappent à sa loi, des cas où la lésion est toute locale. Quels sont ces cas? et quelles indications s'en déduisent? Non-seulement M. Gibert n'en a point fait le diagnostic, mais on n'y trouve même pas une tentative de diagnostic. Même obscurité, même confusion à cet égard qu'en 1849.

Un de nos collègues que je regrette de n'entendre pas plus souvent dans cette enceinte, M. P. Dubois, nous a entretenus d'un état morbide spécial de l'utérus, d'une sorte d'état nerveux auquel il rapporte une partie des accidents. Mais j'ai le regret encore que M. Dubois n'ait pas cru devoir nous en donner le diagnostic.

Enfin, M. Depaul, qui me paraît avoir adopté les doctrines de son maître, M. P. Dubois, mais en les exagérant, a dit que l'on avait tort d'attribuer tous ces accidents du côté de l'utérus à la déviation. Mais il ne manque à cette proposition qu'une petite chose, la démonstration. M. Depaul nous a répété tout ce qu'on avait dit à ce sujet il y a cinq ans, et il peut très-bien revenir dans cinq ans nous en dire encore autant. La question ne sera pas plus avancée.

M. Depaul a dit que le diagnostic différentiel était fait dans son rapport. Mais j'ai eu beau l'y chercher, je ne l'ai pas trouvé. J'en dirai autant de M. Hervez de Chégoin, je cherche en vain dans tout ce qu'il a dit le diagnostic différentiel des déviations.

M. Huguier a soutenu l'influence désastreuse des déviations, et il en a donné des signes. Ici j'ai le regret de m'écarter un peu de mon collègue et ami. L'expérience a été souvent mise ici de côté. On y a suppléé par le raisonnement.

M. Huguier a dit une chose fort séduisante au premier abord. Il a dit que les déviations au premier degré ne faisaient pas souffrir, qu'elles ne provoquaient de la douleur que lorsqu'elles étaient très-prononcées, et que c'était ce qui expliquait pourquoi on avait rencontré souvent des déviations qui n'étaient accusées par aucun symptôme. Cette proposition est fort belle, mais elle n'est pas plus belle que nature. Il n'y a qu'un petit malheur à tout cela, c'est que ce n'est pas vrai. Il en est à cet égard comme des hernies pour lesquelles j'ai eu si souvent occasion de vérifier ce fait, c'est que des désordres très-minimes en apparence, de très-légères déviations comme de très-petites hernies, font horriblement souffrir quelquefois, tandis qu'on voit des personnes qui ont des déviations ou des hernies considérables sans presque s'en apercevoir.

J'en dirai autant des symptômes. M. Huguier a décrit très-exactement tous les symptômes qui devaient résulter de la pression que l'utérus anté ou rétroversé devait produire et des désordres qu'il devait occasionner, soit du côté de la vessie, soit du côté du rectum. En théorie, tout cela est très-bien, mais la nature se moque de nos théories. Ainsi on voit quelquefois des affections utérines produire des accidents graves du côté des organes urinaires, sans qu'il y ait antéversion.

M. Cazeaux a avancé aussi quelque chose de très-beau. M. Huguier avait distingué les symptômes et accidents qui doivent être attribués aux versions, et ceux qui dépendent des flexions. M. Cazeaux dit à son tour que ce sont les versions seules qui font tout le mal. Quant aux flexions, rien de plus innocent, suivant lui; et il ajoute comme preuve que le plus souvent ces flexions sont congéniales. Mais comment le sait-il? M. Cazeaux a-t-il constaté l'existence de ces flexions au moment de la naissance, et a-t-il suivi les sujets jusqu'à l'âge adulte, pour savoir si ces flexions avaient ou non produit des symptômes morbides? Mais M. Cazeaux admet que les inflexions accidentelles seules sont susceptibles de produire des accidents. Il y a tout autant d'accidents produits par les inflexions que par les versions de la matrice; voilà ce que j'ai vu.

M. Velpeau nous a accusés, M. Cazeaux et moi, d'avoir dit qu'il était le père de la doctrine des déviations. Mais M. Velpeau n'admet que des déviations; il parle bien d'accidents produits par d'autres lésions, mais il n'en fait pas non plus le diagnostic. Je me trompe, il admet un grand moyen de diagnostic que j'ai eu l'avantage de trouver avant lui, c'est la cessation de la douleur lorsque les malades sont au lit.

M. Velpeau dit que chez un certain nombre de femmes affectées de déviation, on ne peut obtenir le redressement et qu'il faut y renoncer. Pourquoi? C'est qu'il y a autre chose que la déviation. Je n'admets point ici ces idiosyncrasies imaginées pour rendre compte de ces différences individuelles; il y a un diagnostic différentiel à faire et voilà tout.

Enfin, M. Velpeau ne croit pas au redressement instantané de l'utérus, mais il croit aux redressements de M. Valleix. Mais, par ce que nous savons en anatomie, je vois bien qu'on peut redresser instantanément un utérus dévié, mais je comprends beaucoup moins comment on pourrait maintenir ce redressement.

M. Malgaigne, après avoir répondu encore à quelques points du discours de M. Velpeau, termine en insistant sur les deux faits qu'il a cherché à établir dans sa première argumentation, savoir: la possibilité de distinguer les déviations des autres lésions de l'utérus par la persistance ou la non-persistance de la douleur pendant le décubitus; et les avantages de la ceinture hypogastrique comme traitement palliatif des déviations.

Il est quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

BIBLIOGRAPHIE.

RESECTIONS DE LA MACHOIRE SUPÉRIEURE; par M. MICHAUX, professeur de clinique chirurgicale et de médecine opératoire à l'Université de Louvain — In-8°. — Bruxelles, chez de Mortier, imprimeur de l'Académie royale de Belgique — 1853.

Dans cette monographie d'un peu plus de cent pages, l'auteur a réuni un très-grand nombre d'observations où le maxillaire supérieur a été reséqué en partie ou en totalité pour remplir diverses indications. Parmi ces observations, celles qui lui sont personnelles sont presque toutes des exemples de resection de l'os, entreprises comme opérations préparatoires pour faciliter l'extraction de polypes naso-pharyngiens qu'il eût été impossible de détruire en les attaquant par les voies naturelles. C'est là, il faut bien l'avouer, le point de vue le plus nouveau de la question.

Depuis la tentative hardie de M. Gensoul, les opérations pratiquées sur le maxillaire supérieur pour remédier aux affections inhérentes à l'os, au périoste, aux gencives, ou même développées dans le sinus, sont devenues vulgaires. Dans ces cas, non-seulement l'os a été enlevé en totalité, on est même allé jusqu'à faire l'ablation des deux maxillaires à la fois. Ici, en effet, l'indication est précise: il faut détruire tout le mal, et même en dépasser les limites; et ce qu'il y a de remarquable dans ces opérations, c'est la facilité avec laquelle les sujets résistent à ces vastes mutilations.

Il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit d'ouvrir une voie à l'extirpation des polypes implantés dans le pharynx, dans les cavités nasales ou dans le sinus maxillaire. Il ne s'agit plus ici de détruire un os malade, et d'atteindre les dernières limites de la maladie; il faut, au contraire, se frayer une voie, suffisante, il est vrai, pour atteindre le polype, mais aussi restreinte que possible, puisque la destruction porte sur des tissus sains qu'il importe de ménager.

C'est ce qu'a parfaitement compris M. Michaux. Autant que qui que ce soit, il est partisan des resections partielles; mais de pareilles resections sont-elles toujours suffisantes? L'ablation complète de l'os ne peut-elle pas devenir nécessaire dans quelques cas? N'était-elle pas indiquée dans les circonstances où elle a déjà été pratiquée? Telles sont les questions que M. Michaux s'efforce de résoudre.

Les resections du maxillaire supérieur en totalité, pratiquées comme opérations préparatoires pour arriver à détruire des polypes naso-pharyngiens, sont en très-petit nombre dans la science. C'est M. Flaubert fils qui le premier, en 1840, a eu recours à cet expédient pour atteindre un polype adhérant largement des deux côtés à l'aile interne des apophyses ptérygoïdes, à la plus grande partie de la face droite de la cloison des fosses nasales, à l'ethmoïde, au corps du sphénoïde et à la paroi postérieure du pharynx. Une autre tentative de ce genre a été faite en 1842 par M. Robert: il s'agissait d'un polype développé dans la narine gauche depuis plusieurs années, ayant une racine sous la fosse zygomatique, une autre implantée à la base du crâne et sur la colonne vertébrale, et un prolongement du côté du larynx. Une troisième opération, à peu près semblable, fut pratiquée en 1852 par M. Maisonneuve. Un maxillaire supérieur sain fut enlevé par lui en totalité pour faciliter l'ablation d'un polype du pharynx qui envoyait un prolongement considérable dans la narine correspondante, et un autre contournant la partie postérieure du maxillaire, et venant faire saillie

dans la région parotidienne; une petite portion du polype s'élevait en outre du côté de l'apophyse basilaire.

Enfin—et ce ne sont pas la les observations les moins intéressantes du livre que nous analysons—deux opérations semblables sont rapportées par M. Michaux; elles ont été pratiquées par lui, la première en 1847, la seconde en 1851, c'est-à-dire à une époque où une pareille tentative n'avait que de rares précédents.

Ces cinq observations, jointes à une autopsie relatée par M. Giraldès à la Société de chirurgie, autopsie où l'on put suivre toutes les ramifications d'un vaste polype pharyngien, et où l'on dut reconnaître que l'ablation totale du maxillaire aurait seule permis de le détruire, ne laissent aucun doute à M. Michaux sur la nécessité éventuelle d'une pareille opération. Voici, du reste, ses conclusions sur ce point délicat de pratique chirurgicale :

1° Il est des cas qui nécessitent l'extirpation préalable du maxillaire en totalité, savoir : lorsque les polypes sont tellement volumineux qu'ils remplissent la voûte du pharynx; qu'ils ont de larges et nombreuses insertions; qu'ils jettent des prolongements dans plusieurs des cavités voisines; qu'ils saignent facilement et sont formés d'un tissu sujet à récidiver.

2° Il faut pratiquer d'emblée l'ablation totale du maxillaire supérieur quand le polype l'indique, sans essayer d'autres méthodes opératoires.

3° Après s'être tracé une voie suffisante pour arriver aux racines du polype, il faut détruire celui-ci de préférence par l'excision. L'hémorrhagie qui pourrait résulter de cette dernière méthode serait facilement arrêtée par la cautérisation actuelle; cependant, si le polype était en rapport avec des vaisseaux importants, l'arrachement ou l'énucléation devraient être préférés pour cette portion de la tumeur.

4° On n'aura de véritables chances d'une guérison définitive, pour les polypes fibreux du nez et du pharynx, que lorsque le périoste sur lequel ils sont implantés aura été détruit.

Mais si l'ablation complète du maxillaire supérieur est quelquefois indispensable, il faut bien avouer que le plus souvent la resection partielle suffira pour donner au chirurgien assez de liberté d'action, assez d'espace pour arriver sur les racines du mal. Déjà plusieurs fois cette opération a été pratiquée avec succès. Que faut-il pour qu'on la préfère à la précédente? Que le polype n'ait pas de prolongements nombreux ni des racines trop multiples; mais, dans ces cas, un diagnostic précis est nécessaire, car chaque siége d'implantation du polype nécessite en quelque sorte une resection spéciale.

C'est à M. Nélaton qu'on doit la première opération de ce genre; il l'a pratiquée en 1849, sur un jeune homme affecté d'un polype fibreux siégeant derrière le palais. Le voile du palais fut divisé, la voûte palatine excisée, et de cette manière, les fosses nasales étant largement ouvertes, on put apercevoir à leur paroi postérieure, contre l'apophyse ptérygoïde, la base d'implantation du polype, qui fut facilement enlevé.

Au lieu de diviser le voile du palais et d'exciser la voûte palatine, M. Huguier scia l'apophyse montante à sa base, enleva la partie antérieure du sinus maxillaire avec la gouge et le maillet, ouvrit la paroi osseuse externe des fosses nasales, et put de cette manière enlever un polype implanté par un large pédicule sur le cornet moyen.

M. Michon a également pratiqué une resection qui n'est pas sans analogie avec les précédentes. Cette fois il s'agissait d'une tumeur enclavée dans le sinus maxillaire, et qui fut extraite à travers une large brèche faite à la paroi antérieure de celui-ci.

On comprend que d'autres cas puissent se présenter, et que la resection doive porter tantôt sur un point, tantôt sur un autre. Ces opérations diverses ont été prévues, autant que cela est possible, par M. Michaux, qui décrit successivement quatre sortes de resections : 1° celle de la portion supérieure du maxillaire, en conservant la voûte palatine et l'arcade dentaire; 2° celle de la portion inférieure du maxillaire, en conservant le plancher de l'orbite et l'apophyse montante; 3° celle de la voûte palatine; 4° enfin la resection du bord alvéolaire.

M. Michaux indique aussi un procédé qui lui est propre pour les trois opérations suivantes : 1° ablation du maxillaire supérieur; 2° ablation des deux maxillaires à la fois; 3° ablation du maxillaire et du malaire en même temps.

Ces procédés méritent d'être pris en grande considération; mais nous ne voulons que les indiquer ici, pour montrer que si l'œuvre de M. Michaux est remarquable au point de vue clinique par de nombreuses observations avec toutes les conséquences pratiques qui en découlent, elle ne l'est pas moins au point de vue de la médecine opératoire, par les procédés qui y sont décrits. Mais son principal mérite, à nos yeux, c'est d'aborder franchement et de résoudre dans le sens des convictions du plus grand nombre, la question des resections *préalables* du maxillaire supérieur; car, que l'on approuve ou que l'on rejette la resection complète de l'os, il n'en est pas moins vrai que l'idée de se frayer une voie à travers le maxillaire pour arriver sur un polype pharyngien est une idée neuve, féconde, une véritable conquête de la chirurgie contemporaine. L'opération de M. Flaubert a sans doute été la première et la plus importante réalisation de ce progrès. Mais celle de M. Nélaton n'en a pas moins servi à marquer une phase nouvelle de la question. Après les principes que la resection du maxillaire peut favoriser la destruction des polypes pharyngieos, est venue la règle que, pour atteindre ce but, il ne faut enlever que le moins possible de parties osseuses.

ROLLET.

VARIÉTÉS.

BULLETIN DU CHOLÉRA.

Juillet, les	7	8	9	10	11	12	13
Admis aux hôpitaux	21	25	20	19	17	19	16
Cas de l'intérieur des hôpitaux	11	8	11	4	9	8	6
Décès dans les hôpitaux	19	22	26	19	20	12	10
Décès à domicile	20	28	22	16	20	6	11

Ces chiffres indiquent une diminution dans le nombre des malades et daus celui des décès. L'épidémie de la capitale suit toujours sa marche irrégulière. Elle se montre dans certaines localités, dans certains établissements, y sévit pour disparaître ensuite. Nous citerons l'exemple de la maison d'arrêt de la rue du Cherche-Midi qui, en six jours, a fourni 36 cholériques et 14 morts sur 100 habitants et qui ne présente depuis quatre jours aucun cas nouveau.

— Plusieurs villes du Midi sont maintenant atteintes par le choléra. M. le professeur Dupré (de Montpellier), qui s'est transporté à Avignon, s'est assuré qu'il y avait eu déjà dans cette ville 120 cas, dont 28 suivis de mort. Il semblerait que depuis quelques jours on n'a pas observé de cas nouveaux. En revanche, l'épidémie paraît s'être déclarée avec une certaine intensité dans la ville d'Arles (Bouches-du-Rhône).

Un assez grand nombre de cas se sont manifestés à Aix et à Marseille. Quelques cas isolés se sont également produits dans plusieurs des départements du centre comme dans ceux de l'est. Les environs de Paris n'ont pas été complétement à l'abri des atteintes de l'épidémie.

— Les nouvelles d'Amérique du 28 juin, nous informent qu'à New-York le choléra a subi une décroissance de 12 morts par semaine. A Mexico, le fléau a fait et fait encore des ravages; on parle de 200 décès en un jour. A la date du 12 juin, l'épidémie sévissait à la Jamaïque, dans les districts ruraux et à Kingston.

— La Société de chirurgie de Paris, dans sa séance annuelle, qui a eu lieu le 5 juillet, a entendu la lecture d'un rapport de M. Verneuil, au nom de la commission du prix fondé par M. Verrier (de Bar-sur-Aube).

La question mise au concours était ainsi conçue :

« De l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement des varices et des hémorrhoïdes. »

Le prix, d'une valeur de 300 fr., a été décerné à M. le docteur Desgranges, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon, auteur du mémoire n° 4.

Une mention honorable a été accordée à M. le docteur Valette, chirurgien désigné de l'hôpital de la Charité, à Lyon, auteur du mémoire n° 3.

— Le docteur Guillemant de Mailly vient de mourir à Louhans (Saône-et-Loire).

— On lit dans la GAZETTE PIÉMONTAISE :

« Le docteur Jean-Baptiste Borelli vient d'être nommé membre titulaire de l'Académie Cesarea-Leopoldino-Carolina des naturalistes, séant à Breslaw (Silésie).

» Suivant une ancienne coutume de cette célèbre Académie, qui applique aux nouveaux membres le nom de quelque illustre membre défunt, elle a donné au docteur Borelli le nom du célèbre Tommasini, que la science et l'humanité ont perdu il y a peu d'années. »

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE SANITAIRE.

DÉVELOPPEMENT ET PROPAGATION DU CHOLÉRA EN FRANCE.

Dans le mois de juin qui s'est écoulé et dans les premiers jours de juillet, le choléra a envahi un grand nombre de localités; il s'est étendu, d'une part, dans les départements de l'est, et d'autre part dans ceux du sud. Dans l'est, il a fait des ravages considérables dans de petites localités; au sud, il a envahi Arles, Avignon, Marseille. Il nous est impossible de préciser le nombre des localités envahies; ce que nous savons d'une manière positive, c'est que la maladie règne actuellement dans un assez grand nombre de départements, que ses caractères sont graves, et que, dans le Midi surtout, l'effroi des populations est considérable.

En face de ces faits, se pose d'abord la question du développement et de la propagation de la maladie. Nous avons suivi les premiers pas du choléra en France; nous avons signalé sa marche dans la capitale: il reste à savoir comment de ce centre, de ce foyer, la maladie s'est propagée dans les départements, quelle marche elle a suivie, quels ont été ses moyens de propagation. Est-il possible de porter quelque lumière dans l'interprétation des faits qui se sont passés? Rappelons, avant tout, qu'autant il serait impraticable et hasardeux de vouloir expliquer tous les phénomènes du développement et de la propagation du choléra d'après certaines hypothèses, autant il est nécessaire de chercher l'interprétation la plus probable des faits qui se sont répétés avec uniformité depuis la première épidémie cholérique jusqu'à celle dont nous subissons en ce moment les atteintes.

Il est nécessaire de faire observer avant tout qu'en matière scientifique la négation brutale et l'abstention calculée ne sont point des preuves. Ce qui importe plus que toutes les discussions sur la contagion ou la non-contagion prises dans un sens absolu, c'est l'étude de la marche de l'épidémie, c'est la détermination des circonstances qui ont favorisé sa propagation, sa généralisation et son développement. Parmi ces circonstances, il en est une qu'on peut appeler *cause prédisposante*, dont l'importance ne peut être mise en doute et que la GAZETTE MÉDICALE a déjà signalée: nous voulons parler de la température, dont l'action sur l'éclosion des germes cholériques, dans les neuf dixièmes des localités envahies, ne peut être mise en doute. C'est avec le développement de la chaleur, qui caractérise l'influence saisonnière de l'été, que l'épidémie s'est étendue, s'est généralisée, s'est montrée presque simultanément dans un très-grand nombre de localités. Voilà un premier fait, et ce fait n'est point fortuit, n'est point une coïncidence, puisque, dans les épidémies antérieures, celles de 1832, de 1835, de 1849, il s'est répété avec une régularité parfaite: près des 99 centièmes des invasions cholériques en France ont lieu dans les mois des fortes chaleurs.

La seconde question qui doit nous occuper est celle de la direction du fléau. Quelle route a suivie l'épidémie? Pourquoi a-t-elle marché dans un sens plutôt que dans un autre? Quelles localités a-t-elle respectées? quelles barrières a-t-elle franchies? Nous savons que les départements de l'est et du sud sont déjà atteints, sont atteints avant les autres. Est-ce là un fait accidentel, non réglé, ou bien pouvait-on en quelque sorte le prévoir, d'après la marche des épidémies antérieures?

Ici encore les sceptiques absolus devraient réfléchir. Il est commode de nier les faits pour ne point en prendre connaissance. Que si on voulait les étudier et les approfondir, l'explication se présenterait peut-être naturellement. Voici ce qui a été observé dans les épidémies cholériques de 1832 et de 1849: Après l'invasion des villes du littoral du nord-est, on a l'invasion de Paris qui forme immédiatement un foyer considérable. C'est après la formation de ce foyer épidémique que se forment les foyers secondaires des départements de l'Ouest et de l'Est. Dans l'ouest, le choléra envahit le pays jusqu'à la mer, mais les points qu'il attaque y sont clair-semés et les départements présentent proportionnellement beaucoup moins de communes envahies que dans l'est et vers le centre sud-est. Pour les départements qui bordent la Méditerranée, c'est encore la même marche qu'aujourd'hui, la maladie s'y transporte ou y apparaît non pas d'une manière aussi arbitraire et capricieuse qu'on voudrait le dire, mais après l'invasion de la capitale et des départements voisins. Ici on doit signaler un fait important qui n'est point une exception (il se présente partout dans l'étude du développement du choléra), c'est l'immunité de certaines localités de passage situées entre la capitale et les départements méridionaux, l'immunité de Lyon et du groupe de départements du centre de la France. On ne connaît point au juste toutes les conditions de cette immunité, mais on peut voir aujourd'hui qu'il y a bien là un fait réel dont il reste à déterminer la raison d'être. A trois reprises différentes, le choléra débute en France par le nord ou le nord-est, à trois reprises il s'étend au midi après avoir envahi la capitale sans se déclarer, sans éclore dans les provinces du centre. Dans les trois épidémies, les départements envahis sont les mêmes, dans toutes les trois les départements primitivement épargnés conservent leur immunité.

Pour résumer cette première partie de la question, nous dirons donc que l'épidémie est influencée par la température et par les localités, ce qui est simplement l'expression des faits que nous venons de relater. Est-ce là tout ce qu'il nous est donné d'observer? N'y a-t-il point à l'heure actuelle des circonstances qui peuvent et qui doivent avoir facilité le transport des germes de l'épidémie d'une localité dans une autre. Ici encore, sans nier qu'il puisse y avoir d'autres influences, d'autres moyens de transport, nous sommes autorisés à penser que les mouvements considérables de troupes causés par les nécessités de la guerre ont dû agir dans le sens de la propagation et de la dissémination de la maladie. On sait avec quelle facilité le choléra s'attache aux agglomérations d'hommes formées pour les besoins de la guerre; on sait combien la maladie adhère quelquefois à ces agglomérations. Mille faits démontrent cette vérité qui était déjà parfaitement connue et établie en 1817 et 1818, lors des premiers ravages du choléra sur les troupes anglaises de l'Inde. Depuis lors on n'a eu que de trop nombreuses occasions de constater de nouveau les mêmes faits, et nous n'avons pas à en donner ici la preuve.

S'il est certaines circonstances dans lesquelles les précautions hygiéniques sont dominées par des considérations d'un ordre majeur, telles que celles de la guerre, la science ne perd point pour cela

---

FEUILLETON.

DE LA SCIENCE ET DE LA PRATIQUE DES ACCOUCHEMENTS EN ORIENT, ET EN PARTICULIER DANS L'INDOUSTAN.

La médecine des Hindous a été, dans ces dernières années, l'objet des savantes recherches du docteur Wise, qui a communiqué, il y a quelques mois, à la Société obstétricale d'Édimbourg le mémoire dont nous avons extrait les notes suivantes:

Dans tous les pays conquis par les Arabes, et même chez les Hindous, si réfractaires aux usages nouveaux, les disciples de Mahomet laissèrent des traces profondes de leurs habitudes et de leurs mœurs. Dans l'Inde, le mélange des races et des mœurs fut si complet qu'il n'existe presque pas de différence appréciable dans la pratique des accouchements chez les naturels et les mahométans. On peut donc considérer les détails qui vont suivre comme applicables aux peuples qui habitent tout le nord de l'Afrique et une grande partie de l'Asie. La retraite à laquelle les mahométans condamnent leurs femmes les porte à n'employer dans les accouchements que les mains ignorantes de domestiques souvent imbus des préjugés les plus grossiers. Il en résulte bien souvent des dangers pour la mère et pour l'enfant. Les accidents leur arrivent si fréquemment, et ils sont si convaincus de la supériorité de notre pratique, qu'ils appellent souvent les médecins européens dans les cas difficiles ou dangereux. A ce titre, le docteur Wise a eu de fréquentes occasions d'étudier la pratique des mahométans et des Hindous.

Dès le début de la grossesse, on pratique différentes cérémonies religieuses et l'on se conforme à certaines prescriptions superstitieuses, dans le but de procurer la santé au fœtus et d'éloigner l'influence de l'œil méchant. Pendant la grossesse, on permet très-difficilement aux femmes de sortir; en revanche, on cherche à leur procurer la paix de l'esprit et le bien-être; on leur prescrit un exercice modéré, et une diète qui varie avec les époques de la gestation. Au quatrième mois, on leur fait prendre du lait caillé; au cinquième mois, du lait; au sixième, du beurre frais; au septième, du beurre et du lait: on croit par là faciliter le développement et la formation du fœtus. Au huitième mois, pour faciliter l'accouchement, on fait prendre des remèdes avec du lait, de l'huile et du beurre fondu; le corps est en même temps frotté d'huile.

Pendant leur grossesse, les femmes doivent éviter la colère, la peur, le chagrin, l'acte vénérien, les fatigues, les veilles, les efforts, la toux et les exercices violents. Avant le quatrième mois, on fait quelquefois usage de la saignée, des ventouses, des purgatifs et des émétiques, mais seulement dans les circonstances où ces différents agents thérapeutiques peuvent devenir indispensables; on recommande alors de petites saignées et des purgatifs doux. Contre les nausées, qui deviennent quelquefois si fatigantes, on prescrit un exercice modéré, et on leur fait garder dans la bouche des feuilles de menthe ou des semences de grenade; contre les irrégularités et la bizarrerie de l'appétit, des apéritifs légers, des acides doux et un sirop préparé avec des rai-

de ses droits et de son autorité; nous en avons la preuve dans les mesures prises par l'administration afin de diminuer autant que possible l'agglomération des troupes et leur contact avec les populations non contaminées. C'est dans ces cas surtout qu'il importe d'insister sur le traitement des prodromes épidémiques, des diarrhées prémonitoires. On ne saurait trop le répéter : autant le traitement du choléra confirmé et grave est souvent impuissant contre l'intensité déclarée de la maladie, autant il est facile, au début de cette affection, d'enrayer le mal, de le modérer ou de le maîtriser; mais pour cela il faut un traitement actif, une surveillance assidue; il faut graduer les moyens thérapeutiques suivant l'intensité et la persistance du flux intestinal; il faut une diète absolue et suffisamment prolongée; il faut savoir qu'on a devant soi les éléments d'une affection grave, à laquelle il importe d'ôter, dès le début, tout cachet de spécificité.

Il reste en dernier lieu à se demander comment il faut caractériser le choléra actuel. Appartient-il aux grandes ou aux petites épidémies? La réponse à cette question se déduit des faits qui se sont passés, non pas en France seulement, mais en Europe. Nous avons vu cette maladie se montrer l'année passée avec une grande intensité dans le nord de l'Europe. De là nous l'avons suivie en Angleterre où un moment elle a menacé de faire des progrès considérables. Elle a paru en France; on connaît l'histoire de son invasion et de ses recrudescences à Paris. La deuxième recrudescence est actuellement sur son déclin. Il serait possible que l'influence des chaleurs réveillât de nouveau la cause épidémique et généralisât la maladie; mais nous ne croyons pas à cette issue, parce que l'épidémie, dans sa triple invasion, nous semble avoir usé sa force et avoir parcouru dans la capitale presque toutes les localités où elle pouvait faire une abondante moisson. Si elle s'est montrée jusqu'ici assez peu intense sur Paris, c'est qu'elle n'appartient point à ces grandes épidémies qui y ont seules sévi d'une manière redoutable. Le choléra actuel relève sans doute de ces grands fléaux; mais il nous paraît plutôt se rapprocher, à Paris, des petites épidémies, des épidémies à marche irrégulière, prolongée, à attaques isolées et distancées, par foyers séparés et distincts. Ces sortes d'épidémies donnent lieu quelquefois, par leur persistance, à une mortalité assez considérable, telle a été celle de Constantinople en 1848; mais elles n'élèvent point subitement le chiffre des décès comme les grandes épidémies. Ces remarques ne s'appliquent, bien entendu, qu'à la capitale. Dans les villes du Midi, Marseille, Avignon, Arles, il en est autrement. L'histoire des épidémies cholériques montre qu'il y a dans ces localités des prédispositions très-marquées au développement du choléra, puisque le nombre des invasions de la maladie y a été deux fois plus considérable que dans le nord de la France, et qu'à chaque reprise, le fléau a eu une marche grave et un développement bien caractérisé.

THOLOZAN.

ÉPIDÉMIOLOGIE.

HISTOIRE MÉDICALE DU CORPS D'OCCUPATION DES ÉTATS-ROMAINS, EN 1851, précédée de vues nouvelles sur l'endémo-épidémie annuelle des pays chauds et palustres; par FÉLIX JACQUOT.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

§ II. — MARCHE ET PHASES DE L'ENDÉMO-ÉPIDÉMIE; COMPARAISON AVEC LES ANNÉES PRÉCÉDENTES.

Les tableaux suivants sont nécessaires pour nous permettre d'arriver aux appréciations indiquées dans cette tête de chapitre.

Tableau n. 1.

MOUVEMENT DES MALADES (FIÉVREUX, BLESSÉS ET VÉNÉRIENS) DANS LES HÔPITAUX MILITAIRES DE ROME EN 1851.

MOIS.	RESTANTS le premier jour du mois.	ENTRÉS.	SORTIS.	DÉCÈS.	RESTANTS le dernier jour du mois.	PROPORTION des décès sur 100 hommes traités (1).
Janvier	246	254	213	8	279	3,6 °/₀
Février	279	272	242	2	307	1,3
Mars	307	330	293	6	338	2,0
Avril	338	385	330	4	383	1,1
Mai	383	309	400	4	288	1,0
Juin	288	311	360	3	230	0,8 — Moyenne du trimestre 1,6.
Juillet	236	659	342	8	545	1,0
Août	545	980	770	10	745	1,2
Septembre	745	520	803	7	455	0,8
Octobre	455	353	440	7	361	1,5
Novembre	361	264	295	4	326	1,3
Décembre	326	173	294	4	201	1,3 — Moyenne du trimestre 1,2.
Totaux, reports et moyenne	4,240	4,810	4,788	67	201	Moyenne de l'année 1,3 °/₀ (3).
	5,056		5,056 (2)			

(1) Le nombre des hommes traités est ainsi calculé : Restants le premier du mois + entrés dans le mois — restants à la fin du mois = nombre des hommes traités.

(2) Nombre des journées d'hôpital dans l'année, 129,334; les mois les plus chargés de journées sont, par ordre, août, septembre, octobre, novembre, mai, mars, juillet, etc.; juin est le moins chargé de l'année.

(3) Mortalité des *fiévreux seuls*, 1,99 p. 100.

---

sins encore verts. Dans l'inappétence, on applique des cataplasmes au creux épigastrique; dans le pyrosis, on fait prendre des gorgées d'eau chaude, un exercice modéré, des carminatifs, et l'on diminue l'alimentation. Les hémorrhagies qui surviennent pendant la grossesse sont traitées par des feuilles astringentes, qui sont broyées, mêlées à du vinaigre et appliquées à l'extérieur de l'abdomen.

Avant de parler des moyens qui sont employés pour l'accouchement par les naturels des classes élevées, l'auteur fait quelques remarques sur l'accouchement dans les tribus à demi sauvages. Dans ces pays, les femmes sont habituées aux travaux et aux exercices les plus fatigants; leur constitution est forte, et l'accouchement est bien plus simple chez ces peuplades que parmi les peuples civilisés. La laxité des chairs des Asiatiques, l'âge si peu avancé auquel elles se marient, leurs habitudes calmes, leurs constitutions saines y rendent l'accouchement très-prompt et la délivrance très-facile. Dans les classes inférieures, les femmes ne s'éloignent que lorsque le travail commence; quelques douleurs le complètent, et le seul aide qu'elles demandent est un fragment de pot cassé pour diviser le cordon après l'avoir lié. Après l'issue du délivre, l'enfant est enveloppé dans des haillons; la mère nettoie elle-même le sol boueux de la hutte, va au ruisseau voisin, se lave et se baigne pour retourner ensuite et immédiatement à ses occupations domestiques.

Le docteur Wise a connu une jeune esclave qui a été ainsi délivrée sans réveiller une femme qui couchait à côté d'elle. A Agra, il y a des femmes qui vont à plusieurs milles de la ville pour faire paître leurs troupeaux; elles accouchent quelquefois aussi facilement que nous l'avons dit, enveloppent leur enfant dans un morceau d'étoffe et reconduisent leurs troupeaux à la ville. Au bout de quelques années, ces femmes finissent par souffrir de cet exercice prématuré; elles deviennent quelquefois mères avant l'âge de 12 ans, et cette cause s'ajoute sans doute à la première. Il ne faudrait pas oublier toutefois qu'en Asie, et surtout dans les contrées chaudes et humides, la puberté arrive chez les femmes de 8 à 9 ans, et chez les hommes entre 15 et 16 ans.

Les présentations difficiles qui arrêtent l'accouchement ou qui le rendent dangereux sont très-rares, ou du moins beaucoup plus rares chez ces peuples que dans les nations civilisées. Quand les praticiens du pays sont appelés dans ces circonstances, ils se fient principalement à des prières et à différentes pratiques religieuses, ou bien ils humectent avec de l'eau des plantes marines desséchées, ou bien ils soulèvent par leurs racines certaines plantes.

Chez les Hindous et les mahométans qui appartiennent aux classes riches, les formes physiques et la force de la constitution sont affaiblies par l'aisance et la mollesse, l'absence presque complète d'exercice chez les femmes rend l'accouchement difficile et dangereux. Chez tous les Orientaux, et cette croyance a été inculquée aux Mahométans par les Hindous, l'accouchement a été considéré comme une période impure. Les personnes capables ou expérimentées s'éloignent pendant cette époque, et la malade reste entre les mains de personnes de la plus basse classe, qui se vouent à la pratique des accouchements.

Tableau n. 2.

TABLEAU DES ENTRÉES DES FIÉVREUX, PAR PÉRIODES DE CINQ JOURS.

1er juin an 5 juin. . . .	32	15 août an 19 août. . . .	147
6 — au 10 —	42	20 — an 24 —	138
11 — au 15 —	39	25 — au 29 —	127
16 — au 20 —	42	30 — au 3 septembre	87
21 — au 25 —	36	4 septemb. au 8 septemb.	98
26 — au 30 —	55	9 — an 13 — . .	87
1er juillet au 5 juillet.	38	14 — au 18 — . .	83
6 — au 10 —	70	19 — au 23 — . .	62
11 — au 15 —	68	24 — au 28 — .	51
16 — au 20 —	58	29 — au 3 octobre.	57
21 — au 25 —	93	4 octobre au 8 — . .	47
26 — au 30 —	162	9 — au 13 — . .	35
31 juillet au 4 août. . .	179	14 — au 18 — . .	41
5 août au 9 août	143	19 — au 23 — . .	30
10 — an 14 —	183	24 — au 28 — . .	52

Tableau n. 3.

TABLEAU DES MALADES (FIÉVREUX, BLESSÉS, VÉNÉRIENS) PRÉSENTS AUX HÔPITAUX MILITAIRES DE ROME,

Les 1, 5, 10, 15 et 25 de chaque mois.

Mois.	Dates.					
	1er	5	10	15	20	25
Janvier. . .	246	275	217	230	250	265
Février. . .	279	305	271	285	293	315
Mars.	307	306	290	301	310	342
Avril	338	331	285	315	313	325
Mai.	383	360	317	329	305	305
Juin.	391	203	237	243	255	257
Juillet. . . .	236	221	220	269	325	374
Août.	545	628	568	622	698	719
Septembre..	745	685	562	556	519	511
Octobre. . .	445	439	361	355	316	328
Novembre. .	361	366	312	309	321	344
Décembre. .	312	293	260	252	243	238

D'après les tableaux ci-dessus, on voit que les périodes de l'endémo-épidémie de 1851 doivent être fixées ainsi qu'il suit, en chiffre ronds : augment en juillet, état en août, décroissance en septembre et octobre. En 1850, la durée avait été plus longue : augment en juillet, état en août et septembre, c'est-à-dire un mois de plus qu'en 1851, décroissance en octobre el partie de novembre. En 1849, l'augment avait compris juillet, l'état août et une partie de septembre, la décroissance s'était prolongée jusqu'à la fin de novembre el avait laissé une foule de reliquats dont les hôpitaux ont regorgé jusque dans les premières semaines de l'année suivante.

En 1850, c'est dans les premiers jours de septembre que l'on a compté le plus de malades aux hôpitaux et à la caserne, 1,723 ou 17 p. 100 d'effectif; en 1849, c'est à peu près à la même époque que nous trouvons cet apogée, 4,000 ou 14 p. 100 d'effeclif; en 1851, le maximum est le 30 août, où nous complons 782 malades à l'hôpital et environ 200 dans les casernes, en tout 982, c'esl-à-dire 11,6 p. 100 d'effectif, celui-ci étant de 8,427 hommes présents à Rome.

C'est donc en 1851 que l'endémo-épidémie a été la plus courte, qu'elle a atteint le plus hâtivement son apogée, qu'elle a affecté le moins d'individus, et qu'elle a fait le moins de victimes, comme cela résulte du tableau suivant. Nous avons vu qu'elle presente encore un autre caractére distinctif extrémement important : en 1849 et 1850 les pyrexies palustres ont dominé de beaucoup, tandis qu'en 1851 les affections pyrétiques non palustres ont joué un grand rôle.

Les mêmes observations sont applicables à la population civile, comme nous nous en sommes assuré. Sous le rapport du nombre des admissions, le grand hôpital Santo-Spirito est reslé bien au-dessous des années précédentes.

Tableau n. 4.

MORTALITÉ COMPARÉE DES QUATRE ANNÉES 1849, 1850, 1851 ET 1852.

Mai et juin 1849	3,70 p. 100 hommes traités	. . . 5,05
Deuxième trimestre 1849.	5,40 — —	
Premier trimestre 1850 .	3,84 — —	. . . 2,43 (1).
Deuxième trimestre 1850.	1,02 — —	
Premier trimestre 1851. .	1,60 — —	. . . 1,30
Deuxième trimestre 1851.	1,20 — —	
Premier trimestre 1852 .	1,78 — —	. . . 1,88
Deuxième trimestre 1852.	1,99 — —	

La diminution de la mortalité d'année en année (2) a suivi, comme on le voit, une rapide progression descendante.

L'apogée de l'endémo-épidémie, mesuré d'après le nombe des entrants à l'hôpital, peut être placé du 10 au 14 août inclus. En 1850, ce maximum des entrées a eu lieu dans les derniers jours d'août. En 1849, c'est également vers la fin d'août que le plus grand nombre de malades sont entrés à l'hôpital. L'apogée, en 1851, a donc été hâlif, comme nons le disions.

(1) La même année la mortalité a été de 8,4 p. 100 entrants à l'hôpital romain de Saint-Esprit, où l'on ne reçoit que des fièvreux.

(2) La mortalité, comme nous le verrons dans l'histoire médicale de 1853, devrait éprouver une hausse, sous l'influence d'une endémo-épidémie plus intense cette année : décès du premier trimestre, 2,4 p. 100 traités ; décès du deuxième trimestre, 1,8 p. 100; moyenne de l'année, 2,1 p. 100.

Dès les premiers siècles de l'histoire, on voit que les femmes s'occupaient des accouchements. En Égypte, elles paraissent avoir joui d'un certain rang et d'une certaine influence parmi les différentes classes de la société, puisqu'elles résistèrent à l'ordonnance harbare du Pharaon qui ordonna de tuer tous les enfants mâles des Hébreux. Dans la société grecque et romaine, des femmes seules étaient chargées de ces soins. Phonarète, la mère de Socrate, était une accoucheuse, et Platon, Hippocrate, Galien et Aetius parlent des sages-femmes. Les mêmes femmes étaient, à cette époque, employées à négocier les mariages, ce qu'elles font encore aujourd'hui au Bengale. Ce système dura eu Europe, après la chute de l'empire romain, jusqu'au dix-septième siècle, où des médecins remplirent pour la première fois les fonctions d'accoucheurs.

Dans des temps très-reculés, on voit déjà des médecins consultés pour les accouchements difficiles ; c'est ce qui a eu lieu pour le second accouchement de Rachel, femme de Jacob, pour l'accouchement de Tamar, el pour quelques cas mentionnés dans l'Exode. Le même usage se continue dans l'Inde, où les femmes sont employées dans les cas ordinaires et où on n'appelle le médecin que dans les cas difficiles et dangereux.

Les sages-femmes, dans l'Hindoustan, s'appellent *dyhs*; elles sont de la classe la plus basse, celle de *haree* et de *chunar*. Chez les Mahométans, les sages-femmes sont le plus souvent les femmes de mendiants dévots nommés *tizoans*. Toutes ces matrones sont extrêmement ignorantes et superstitieuses.

Dans le neuvième mois lunaire de la grossesse, la femme est confiée aux *dyhs*; elle est ordinairement confinée dans un abri solitaire construit hors de la maison, dont elle demeure éloignée pendant toute cette période d'impureté. Elle est ainsi séparée de ses amies pendant cette époque d'anxiété et de doulenr, et remise entre les mains ignorantes de la sage-femme, qu'elle ne verrait point, à cause de sa caste, dans toute autre circonstance.

Un mois environ avant l'accouchement, on lui fait prendre chaque jour une cuillerée d'huile d'amandes ; elle fait un usage fréquent de bains de siége chauds; des affusions d'eau chaude sont dirigées sur sa tête tandis qu'on fait des embrocations huileuses sur l'abdomen, les lombes, les parties génitales externes, afin de les relâcher et d'accélérer ainsi le travail. C'est dans le même but que, dans plusieurs parties de l'Inde, après le septième mois, les habits de la femme sont étroitement serrés au-dessus de la ceinture, dans le but de refouler l'utérus vers la partie inférieure de l'abdomen ; des pressions sont même plus tard dirigées sur le ventre, afin de faire descendre, disent-ils, la matrice dans le bassin.

Pour provoquer le travail, on fait marcher la malade, on lui fait respirer la fumée de cornes brûlées ou celle d'yeux de poissons de mer. L'occlusion du nez et de la bouche pendant l'éternument ainsi provoqué devra faciliter l'accouchement, comme il facilite l'avortement. Ce crime est fréquent dans l'Hindoustan, les accoucheuses savent qu'on le provoque en séparant les membranes autour du col utérin.

Ainsi la femme indienne quitte un logement chaud et confortable pour une habitation humide et froide, rendue plus dangereuse encore par les boissons chaudes qu'elle y prend et les grands feux qu'on y allume pour en éloigner

§ III. — Décès.

Voici le tableau de la mortalité dans les hôpitaux militaires de Rome, en 1851.

Tableau n. 5.

DÉCÈS, PAR GENRE DE MALADIE, EN 1851.

GENRE DE MALADIE.	JANVIER.	FÉVRIER.	MARS.	AVRIL.	MAI.	JUIN.	JUILLET.	AOUT.	SEPTEMBRE.	OCTOBRE.	NOVEMBRE.	DÉCEMBRE.	TOTAUX.
Tétanos traumatique	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1
Péritonite traumatique	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1
Comm. moelle épinière	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	2
Tumeur blanche	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Affection organique du cœur	1	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	3
Fièvre pernicieuse	3	»	»	»	»	»	2	2	3	3	1	1	15
Catarrhe pulmonaire	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Fièvre typhoïde	1	»	»	»	»	»	2	5	1	1	2	»	12
Variole	»	1	»	»	»	»	1	»	»	1	»	1	4
Phthisie pulmonaire	»	1	1	»	2	»	1	»	»	»	2	»	7
Cachexie paludéenne	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2
Méningite cérébrale sp.	»	»	3	3	»	1	1	»	1	»	»	»	9
Encéphal. traumatique	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2
Ascite	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Pleurésie chronique	»	»	»	»	1	»	»	1	1	»	»	1	4
Choléra sporadique	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1
Rougeole maligne	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1
Diarrhée chronique	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1
Totaux	8	2	7	4	4	3	8	10	7	7	4	4	68
Fiévreux seuls	6	2	7	4	3	2	7	10	7	7	4	4	63

Les maladies se rangent ainsi d'après le chiffre de la mortalité qu'elles ont causée :

Tableau n. 5.

Fièvres pernicieuses	15
— typhoïdes	12
Méningite cérébro-spinale	9
Phthisie pulmonaire	7
Pleurésie chronique	4
Variole	4
Affections organiques du cœur	3
Cachexie paludéenne ascite	3

les esprits du mal. Là, elle est étendue souvent sans vêtements sur la terre froide et humide. Ces peuples superstitieux et ignorants supposent que le diable profite de cette période de débilité pour prendre possession du corps de la femme et de l'enfant. C'est pour prévenir ce malheur qu'ils allument de grands feux autour de la porte de la hutte en paille où l'on brûle aussi de la rognure de cuirs, et dont les habitants doivent se promener dans tous les sens en agitant leurs habits pour prévenir l'entrée des esprits. Dans quelques maisons, on place de chaque côté de la porte un plat de riz et différents mets du pays, dans le but de se rendre propice les puissances supérieures.

La délivrance a lieu la femme étant couchée sur le dos entre les genoux d'une femme assise à terre, ses genoux sont fléchis et maintenus écartés par deux autres femmes. Pour faciliter le travail, les parties sont lubréfiées d'huile, et la *dyhs*, appuyée sur les hanches devant la malade, au lieu de soutenir le périnée, l'excite à faire des efforts pour faciliter l'accouchement. Elle introduit dans la vulve les doigts des deux mains rassemblés en cône, et en écartant la paume des mains, elle étend les parties génitales externes, afin de faciliter le travail. Cette manœuvre, accompagnée quelquefois de violence mécanique, irrite et tuméfie les parties, diminue la laxité des chairs, favorisée par l'abondance des sécrétions muqueuses, prolonge le travail, accroît les souffrances et les dangers de l'accouchement. La même manœuvre produit souvent de trop bonne heure la rupture des membranes et transforme ainsi un accouchement qui aurait été facile et naturel, en un travail difficile et prolongé.

Quand la délivrance de l'enfant a eu lieu, le cordon est lié au voisinage de l'abdomen avec un bout de toile, une lanière de peau ou un fil de soie. Dans les classes pauvres, on divise le cordon avec un fragment de pot de terre; d'autres se servent à cet effet d'un morceau de bambou effilé. Parmi les Hindous, ce sont les *dyhs* qui font cette opération, tandis que chez les mahométans les orthodoxes déclarent qu'elle doit être pratiquée par une personne de la classe infime des *chunar*, cette section étant considérée aussi comme impure. Dans beaucoup de familles mahométanes, ce sont des matrones expérimentées qui donnent tous les soins à l'accouchée; la *dyhs* n'est appelée que pour diviser le cordon et enlever les secondines; elle reçoit pour cette opération depuis quelques sous jusqu'à environ deux francs, suivant le degré d'aisance de la famille. Les personnes aisées retiennent souvent l'accoucheuse pour donner des soins à la femme et à l'enfant, et diriger leur régime pendant un mois lunaire, quelquefois même pendant quarante jours. Ce temps se passe dans l'atmosphère malsaine de la cabane ou de la case dans laquelle reste l'accouchée pendant la période d'impureté. La *dyhs* ou l'infirmière s'occupe alors à presser plusieurs fois par jour, entre ses mains préalablement réchauffées, les membres de l'accouchée et ceux de l'enfant, dans le but de favoriser la réunion des os, de fortifier les parties et de les ramener à leur état naturel. Pour des soins de cette durée, la sage-femme reçoit environ une dizaine de francs.

Une secte nouvelle de mahométans, les ferazees, déclarent qu'on ne doit point employer, pour la section du cordon, des personnes d'une basse extraction. Cette section est pratiquée chez eux, par le père, ou par l'un des parents de l'enfant.

Dans les cas de présentation difficile, la manière de procéder diffère beau-

L'an passé, les maladies n'ont pas tout à fait occupé les mêmes degrés sur l'échelle de gravité :

Fièvres pernicieuses et cachexies.	21
Phthisie pulmonaire	11
Méningite cérébro-spinale.	3
Fièvre typhoïde	2

On constatera : 1° la fréquence de la phthisie pulmonaire dans les deux années 1850 et 1851 ; 2° le chiffre des décès produits par la méningite cérébro-spinale, en 1851 ; 3° et la réapparition de la fièvre typhoïde qui, fréquente en 1849, s'était effacée en 1850 ; 4° enfin, la rareté des affections du foie et du tube intestinal fait ressortir, comme dans les années précédentes, les différences qui existent entre la pathologie romaine et le règne morbide algérien si chargé de dyssenteries et de maladies hépatiques.

§ IV. — ÉTIOLOGIE ; MÉTÉOROLOGIE ; PROPORTION DES MALADES PAR CORPS.

Le tableau suivant, conçu sur le même plan que celui qui figure dans l'histoire de 1850, donnera une idée de la marche du thermomètre dans les cinq mois de juin, juillet, août, septembre et octobre.

Tableau n. 7.

(Réaumur.)

Mois.	Température.			Oscillation thermométrique dans les 24 heures.		
	Moyenne.	Maxima absolus.	Minima absolus.	Moyenne.	Maxima.	Minima.
Juin	17,18	22,7	8,6	9,17	12,10	6,60
Juillet	18,18	26,6	11,4	8,70	12,20	3,40
Août	18,31	24,8	9,0	7,97	11,50	3,80
Septembre. .	13,90	21,4	8,2	7,00	10,50	3,10
Octobre . . .	13,90	19,9	5,9	6,60	11,30	3,40

La moyenne de la température de 1851, représentée par 11,28° R., est inférieure de 0,86° R. à la moyenne normale, prise de l'observation d'un grand nombre d'années, 12,14° R. ; mais ce qui nous importe, c'est surtout la température de la saison fébrile, ou estivo-automnale.

Il résulte de la comparaison de la saison fébrile de 1850 avec celle de 1851, que la température moyenne a été à peu près la même dans les cinq mois correspondants, juin, juillet, août, septembre et octobre, puisqu'elle est représentée par 16,17° R. en 1850, et par 16,29° R. en 1851, mais que la marche de la température a différé assez notablement. En 1850 comme en 1851, les deux mois les plus chauds sont juillet et août, qui ne diffèrent entre eux que d'une fraction de degré ; mais, en 1851, la température tombe subitement, en septembre, de 18,31° R., chiffre d'août, à 13,90°, tandis qu'en 1850, elle s'est maintenue à 15,00° en septembre.

Les oscillations nycthémérales sont sensiblement plus marquées en 1850 qu'en 1851 ; après avoir débuté par un chiffre à peu près pareil en juin, leur amplitude diminue ensuite en 1851, de sorte qu'en septembre elles sont de 1,60° R. inférieures à celles du mois correspondant de 1850. Nous reviendrons, à propos de septembre, sur ses caractères météorologiques vraiment exceptionnels.

Le pluviomètre signale également des différences entre les deux années que nous comparons, ainsi qu'en témoigne le tableau suivant, extrait, comme les autres tables météorologiques, des registres de l'Observatoire du collége romain.

Tableau n. 8.

MOIS.	1850.			1851.		
	QUANTITÉ d'eau tombée en lignes.	Nombre des jours pluvieux: pluie appréciable au pluviomètre.	Nombre des jours pluvieux: pluie non appréciable.	QUANTITÉ d'eau tombée, en lignes.	Nombre des jours pluvieux: pluie appréciable au pluviomètre.	Nombre des jours pluvieux: pluie non appréciable.
	lig.			lig.		
Janvier.	50,1,8	12	0	6,8,1	5	2
Février.	14,6,5	5	7	8,2,6	4	1
Mars.	7,4,1	6	2	28,7,5	9	1
Avril.	26,9,7	12	4	12,7,6	9	2
Mai.	25,8,7	6	5	25,2,0	7	4
Juin.	61,3,8	13	1	12,5,9	4	1
Juillet.	5,2,7	4	2	5,8,9	5	2
Août.	11,2,4	4	1	19,1,0	5	4
Septembre.	29,6,0	6	2	62,3,2	28	0
Octobre.	62,9,2	17	1	18,0,4	12	2
Novembre.	17,4,2	8	4	141,6,4	26	2
Décembre.	17,7,9	4	3	2,3,3	1	1
Totaux. . .	330,7,0	97	32	343,6,9	115	22

L'endémo-épidémie faisant explosion en juillet, voyons quelle est la quantité d'eau qui s'est accumulée sur la terre et dans son sein, depuis le commencement de l'année jusqu'à cette époque. C'est là un point fort important de la question étiologique : si la saison précédente a été sèche, un des éléments nécessaires à l'élaboration palustre se trouvera insuffisant ; la chaleur de l'été agira sur des terrains dans lesquels l'humidité manquera. L'abondance des pluies prépare au con-

coup dans les différentes parties de l'Asie. Les présentations de la face, de la tête, des genoux, sont abandonnées à la nature ; on fait prendre seulement, dans ces cas, des médicaments à l'intérieur, afin de faciliter la délivrance. Les écrivains hindous les plus intelligents recommandent, dans certaines positions, de repousser les parties qui se présentent et d'accomplir l'accouchement par les pieds. Dans les présentations du bras, on ne tente aucune manœuvre, on tire seulement sur ce membre, dans le vain espoir d'aider à l'accouchement. Les ouvrages hindous recommandent cependant de repousser le bras et d'amener la tête ; quand cette manœuvre ne suffit point, ils indiquent l'usage du crochet pour sauver la mère. Les autres moyens consistent dans l'emploi des émollients à l'extérieur et des excitants à l'intérieur.

L'opération césarienne a été pratiquée dans quelques cas par les médecins hindous, mais dans des circonstances exceptionnelles. Le docteur Wise parle d'une femme indienne qui portait une difformité considérable du bassin, et chez laquelle des personnes étrangères à l'art de guérir pratiquèrent l'hystérotomie avec un rasoir et sauvèrent ainsi la mère et l'enfant.

Quand la section du cordon est opérée, la dyhs introduit ordinairement sa main dans l'utérus, saisit le placenta par la circonférence, et le presse dans son centre pour le détacher et l'extraire. Quand la délivrance est complète, la malade est couchée sur le côté gauche et les parties génitales sont inondées d'huile. Dans certains cas, ils enlèvent d'abord le placenta, enroulent le cordon autour du corps de l'enfant et mettent le placenta dans un vase de terre rempli d'eau et placé sur le feu. Quand l'eau a bouilli, le cordon est divisé à la manière ordinaire et l'enfant placé dans du coton.

On considère comme très-dangereux pendant le travail l'usage de l'eau ou des boissons rafraîchissantes. Quand la soif est vive, on permet un peu de lait chaud. Après la délivrance, l'accouchée reste à côté du feu, la tête penchée de ce côté. Cette chaleur artificielle et incommode est continuée jour et nuit pendant toute la période d'impureté. On doit tenir aussi chaudement les parties intérieures que les parties extérieures ; aussi la diète consiste-t-elle en riz bouilli arrosé de bouillon de poisson très-épicé. L'accouchée doit dormir et parler le moins possible les sept premiers jours qui suivent l'accouchement. On la lave avec de l'eau chaude et on l'oint d'huile chaude pour effacer les traces du sang qui produirait la fièvre.

Les boutiques des droguistes ont constamment des infusions préparées à l'avance et tenues chaudes à l'usage des accouchées. Ces infusions sont composées avec des substances très-excitantes, telles que le poivre, le girofle, le gingembre. On les met en usage ordinairement pendant les deux premiers jours qui suivent la délivrance. Ce régime échauffant prédispose aux hémorrhagies, au tétanos, aux convulsions, à la fièvre puerpérale, au rhumatisme.

Après l'expiration de la période d'impureté, dans tout l'Orient, les femmes observent certains usages pour leur purification. Les Israélites (LÉVITIQUE, XII, 4) comme les Hindous étaient considérées comme impures pendant la même période et étaient purifiées de la même manière par des bains, des onctions, des offrandes expiatoires avant d'être rendues à leurs familles.

---

traire une saison fiévreuse. C'est ce que les Arabes savent fort bien, comme nous l'avons indiqué ailleurs (1). Or, du 1er janvier au 1er juillet 1850, il est tombé $186^{l},4$ d'eau, et, pendant le même espace de 1851, $94^{l},3,7$ seulement, c'est-à-dire environ la moitié. En juin, mois le plus proche de l'endémo-épidémie, 1850 donne $61^{l},3,8$, et 1851 seulement $12^{l},5,9$, c'est-à-dire cinq fois moins. Juillet est à peu près également pluvieux de part et d'autre; août l'est davantage en 1851 qu'en 1850; en septembre, il tombe, en 1851, plus du double de pluie qu'en 1850; octobre est moins pluvieux en 1851, mais novembre l'est huit fois plus. Ces chiffres vont bientôt nous servir.

Les résultats généraux fournis par l'étude du baromètre ne diffèrent pas beaucoup pour chaque année; les oscillations sont cependant plus amples en 1851, notamment en juillet, où 1 pouce 3 lignes 3 points séparent la plus grande hauteur du plus grand abaissement.

Juin. Nous avons dit que ce mois a été sec. Il est à remarquer que la moyenne de l'oscillation nycthémérale de ce mois salubre est supérieure de 1,20° R. à celle du mois d'août, apogée de l'endémo-épidémie.

Juillet. Cinq jours de pluie appréciable au pluviomètre et deux de pluie non appréciable. Les nuits sont fraîches, humides; brouillard épais sur Rome et sa campagne les 26, 27, 28; ils ne se dissipent que vers sept heures du matin. La troupe va faire l'exercice ou des manœuvres, de très-grand matin, à Acqua Acetosa et à Ponte-Molle, au bord du Tibre. La température est élevée, puisque la moyenne est représentée par 18,18° R. ou 22,72° c. Le maximum a atteint 26,6° R. ou 33,2° c. à l'ombre, à l'observatoire du Collége romain, situé à 32 mètres au-dessus du sol de la ville. L'endémo-épidémie se déclare et parcourt sa période d'augment.

Août. Pluies abondantes le 31 juillet et le 1er août. Les fièvres atteignent leur période d'état. La moyenne de la température est de 18,31° R. ou 22,82° c.; le maximum 24,8° R. ou 31,0° c. Cinq jours de pluie appréciable et quatre de pluie non appréciable au pluviomètre. Les brumes sont fréquentes, épaisses, surtout les 10 et 16. Comme en juillet, les rosées sont abondantes. La température moyenne est à peu près la même qu'en juillet, le maximum moins élevé, l'oscillation thermométrique des vingt-quatre heures tombe de 8,70° R. ou 10,87° c. à 7,97° R. ou 9.83° c. Ce mois aurait donc dû être moins fiévreux que le précédent, au point de vue de l'étiologie météorologique que nous avons toujours combattue.

Septembre. La moyenne de la température tombe brusquement de 18,31° R., chiffre d'août, à 13,90° R., inférieur de 1,56° R. à la normale de septembre qui est, d'après une longue série d'observations, de 15,46° R. ou 19,33° c. Sa température est plus égale qu'en août, puisque la moyenne de l'oscillation nycthémérale est plus faible de près de 1 degré Réaumur. On compte en septembre vingt-huit jours de pluie appréciable au pluviomètre, et l'on constate dans cet instrument 62,33 d'eau tombée dans le mois, plus du double qu'en 1850 et 1851, plus du triple qu'en 1853, c'est-à-dire une quantité réellement insolite pour le climat de Rome. Ces pluies s'accumulent surtout à la fin de septembre, toutes les journées sont pluvieuses du 18 au 30, et le 19 il tombe une averse vraiment diluvienne. Les conséquences de cette météorologie tout à fait exceptionnelle peuvent se prévoir : 1° quant aux fièvres palustres, il y a pour ainsi dire jugulation de l'endémo-épidémie, et à cause de la chute brusque de la chaleur, l'une des conditions nécessaires pour que les élaborations palustres s'exercent activement, et parce que l'abondance et la continuité des pluies ont noyé les foyers palustres devenus ainsi inoffensifs; 2° quant aux fièvres non palustres un semblable phénomène se produit, car dues aux conditions essentielles de la saison chaude, elles tombent en même temps que le règne météorologique qui les avait produites.

En donnant, l'an passé, la proportion des malades de chaque corps, relativement à son effectif, nous avons fait voir qu'une relation rigoureuse avait existé entre le degré de salubrité que l'expérience a reconnue aux différents quartiers de Rome, et le chiffre des militaires atteints dans les corps occupant ces diverses localités, de telle sorte que l'immunité s'est montrée croissante de la périphérie au centre de la ville; ajoutons que nous verrons les mêmes faits se reproduire en 1852 et en 1853. Ces concordances ne peuvent être aussi manifestes en 1851, et la loi de répartition des maladies suivant les sites subit quelques exceptions, puisque, comme nous l'avons dit, le grand caractère général de l'endémo-épidémie a consisté dans la rupture de la proportion qui existe ordinairement entre les affections palustres et non palustres, entre les fièvres à quinquina et celles dont la cure n'exige point ce spécifique, rupture par suite de laquelle ces dernières ont acquis une prépondérance comparative plus considérable que dans les années normales. Il en résulte bien évidemment que les lois bien connues qui régissent l'étiologie palustre ne peuvent être seules invoquées ici, puisque d'autres affections nombreuses et très-caractérisées ont partagé avec elles le règne de la saison; il faut compter avec l'étiologie de celles-ci, et la répartition des maladies se trouve ainsi définitivement en raison composée de deux grandes influences. Or, tandis que les fièvres palustres, dues à une cause accidentelle, amovible, plus ou moins localisée, sévissent sur certains sites, atteignent certaines populations, et que certaines conditions de topographie, d'habitation, d'hygiène, préservent de leurs atteintes; bien au contraire, les affections estivales non palustres, dues à une cause générale, aux conditions essentielles et peu amovibles du climat, causes auxquelles on n'échappe point, mais dont on pallie seulement plus ou moins les effets par l'hygiène, par l'habitation, par le régime de vie, doivent s'étendre plus ou moins également sur toute la foule, sur tous les sites. Sans doute les groupes les plus atteints sont ceux que leur travail en pleine exposition aux agents météorologiques, qu'un abri insuffisant, qu'un régime peu approprié, etc., mettent ainsi dans des conditions défavorables; mais ceux-là surtout seront exposés aux maladies dues au climat, qui, nouvellement arrivés, n'ont pas encore acquis les bénéfices de l'acclimatement. Or c'est précisément ce qui a eu lieu en 1851.

Deux corps avaient débarqué en Italie dans l'année, le 21e léger, venant de Corse, et le 7e chasseurs à pied, arrivant de Paris. Le premier ayant gagné le bénéfice de l'acclimatement par un séjour suffisamment prolongé dans une contrée analogue au pays romain, n'a pas été plus maltraité que les autres régiments; seulement il a présenté une particularité spéciale : tandis que le chiffre des malades des différents corps a suivi une progression assez régulièrement croissante, dont le plus haut terme s'est placé vers le milieu d'août, le 21e léger a commencé par une ascension si rapide qu'on a d'abord conçu des inquiétudes heureusement démenties par la suite.

Le 7e chasseurs à pied, arrivant en ligne directe de Paris, dont le ciel n'a rien de commun avec celui de Rome, ni quant aux influences palustres, ni quant à l'action du climat en lui-même, le 7e chasseurs a eu un si grand nombre de malades que, dans les premiers jours de septembre, il comptait près de 30 hommes p. 100 d'effectif, distraits du service pour cause de maladie, soit qu'ils figurassent à l'hôpital, soit qu'ils fussent malades à la chambre et à l'infirmerie, ou encore subsistants dans d'autres corps, à titre de convalescents. Ainsi le non-acclimatement a fait autant hausser, en 1851, le chiffre des malades du 7e chasseurs, que l'occupation d'un site insalubre l'avait fait en 1850 pour le 36e de ligne, régiment le plus maltraité cette année.

Le tableau suivant donne le chiffre des hommes distraits du service pour cause de maladie, au moment où chaque corps avait le plus de malades, moment qui n'a point coïncidé pour chacun d'eux, puisque les limites de la période dans laquelle il est arrivé sont comprises entre le 26 août et le 7 septembre.

Tableau n. 9.

7e chasseurs à pied.	29	p. 100 (1)
7e artillerie.	18	—
Ouvriers et parc d'artillerie.	17	—
36e de ligne.	16	—
Gendarmerie.	15	—
1er artillerie.	14	—

(1) Jacquot et Sonrier, MÉMOIRE SUR LES FIÈVRES COMATEUSES DE SEBDOU (Algérie). GAZ. MÉD., 1849, et *in* MÉLANGES MÉDICO-LITTÉRAIRES, p. 125. Un vol. in-8°. Paris, 1854.

(1) Casernements en juillet et août : 7e chasseurs à pied, Castel Sant'Angelo, Sant'Ufficio, Gran San-Callisto, Santa-Maria in Transtevere. — 7e artillerie, San-Giacomo, Gesù e Maria, écuries à la porte du Peuple. — Ouvriers et parc d'artillerie, Castel Sant'Angelo. — 36e de ligne, Gesù, Santa-Marta, Neopiti, Sant'Adriano, en tout 692 hommes; le gros du régiment, de l'état sanitaire duquel nous ne parlons pas, a été détaché hors de Rome jusqu'à la fin d'août. —Gendarmerie, San-Silvestro in Capite. — 1er artillerie, Castel Sant'Angelo. — 2e et 3e génie, San-Silvestro in Capite. — Train des équipages, Gran San-Callisto. — 14e artillerie, Palazzi Salviati e Corsini, Santo-Spirito. — 11e dragons, Palazzi Albani, Barberini, Rospigliosi, Consulta, Convents des Capucins et de San-Silvestro in Quirinale. — 21e léger, Casa San-Callisto, 40 Martiri, San-Francesco, San-Crisogono, Santa-Dorotea, Cancelleria, Monserato, Sora, Chiesa Nuova, Sant'Agostino, San-Salvadore. — 13e léger, San-Carlo in Catinari, Santa-Agnese, Santa-Maria-Maddalena, Minerva, Campo-Marzo, San-Carlo-Borromeo, San-Lorenzo in Lucina, San-Silvestro in Capite, Sant'Andrea delle Fratte, Santi-Apostoli, San-Marcello, San-Romualdo.— 32e de ligne, Umiltà, Santa-Teresa, San-Bernardo, Prigioni delle Terme, Santa-Maria-degli-Angeli, San-Pietro in Vincoli, San-Martino, Santa-Maria dell'Ulmo, Santa-Praseda, Santa-Maria-Maggiore, Santa-Francesca-Romana.

2e et 3e génie	13 p. 100
Train des équipages	13 —
14e artillerie	12 —
11e dragons	12 —
21e léger	11 —
13e léger	8 —
32e de ligne	6 —

Le 32e de ligne, qui a le moins souffert, occupait les sites qui ont présenté le plus grand nombre de malades en 1849, 1850, 1852 et 1853, années essentiellement palustres. Il est à remarquer que ce régiment, ayant passé le plus chaud de l'été, jusque dans les premiers jours d'août, à Civita-Vecchia, dont le ciel est plus tempéré, a échappé ainsi aux influences climatologiques qui ont eu une si grande part à l'endémo-épidémie romaine de 1851. Cette circonstance et son acclimatement expliquent son immunité, dont le chiffre qui figure au tableau donne du reste une idée exagérée, parce que ce régiment ayant laissé ses malades à Civita-Vecchia, nous ne pouvons pas retrouver ses restes de juillet au moment où nous comptons le nombre des malades des divers corps.

L'année 1851 constitue donc une exception parmi nos cinq années d'occupation. La prédominance du genre climatique est prouvée par la simple observation des faits, et par la perturbation qu'ont subie les lois de la répartition des maladies selon les sites. Cette perturbation paraît d'autant plus saillante, qu'elle est isolée, car les années 1849, 1850, 1852 et 1853, rentrant dans la loi commune, présentent invariablement les différents sites d'autant plus affectés qu'ils appartiennent à une zone plus périphérique; répartition qui vient confirmer presque toutes les propositions formulées jadis par Doni relativement aux nuances de salubrité des divers quartiers de la ville de Rome.

Ces considérations étiologiques demandent, comme complément, quelques mots sur les conditions hygiéniques dans lesquelles se sont trouvés nos soldats. Le régime alimentaire était satisfaisant, et M. l'inspecteur Michel Lévy, lors de sa mission à Rome, a trouvé que presque toutes les casernes réunissaient de bonnes conditions. Les deux seules circonstances défavorables ont été le manque de matelas, car nos soldats depuis trois ans couchent encore sur une paillasse, et les exercices faits de grand matin sur les bords insalubres du Tibre, pendant la saison épidémique, circonstance infiniment défavorable sans contredit.

L'hôpital Saint-André, érigé en établissement principal et permanent, a suffi jusqu'à la fin de juillet, époque à laquelle il a fallu ouvrir Saint-Dominique, réduit au rôle de succursale. Cette dernière simplification administrative n'a pas toujours concouru au bien du malade. Saint-Dominique est bien préférable à Saint-André. Plusieurs parties de ce dernier sont tout à fait insalubres, notamment dans le corridor du premier étage. Voici des chiffres bien significatifs à ce sujet : sur 12 décès, 10 ont eu lieu dans cette partie malsaine, et M. Lasserre a constaté que la moyenne du traitement des fièvres rémittentes y avait été plus forte de sept jours que dans les salles bien aérées et bien éclairées du même étage.

(La suite prochainement.)

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

DE L'INFLUENCE DES FRACTURES SUR LE DÉVELOPPEMENT DES OS CHEZ LES ENFANTS (mémoire présenté à l'Académie des sciences le 5 juin 1854); par M. le docteur BAIZEAU, médecin aide-major de première classe à l'armée d'Italie, lauréat du Val-de-Grâce et de l'école secondaire de médecine de Nantes, etc.

Il est souvent des faits fort simples dans leur nature, faciles à saisir, qui échappent très-longtemps à l'observation jusqu'à ce qu'un hasard, une circonstance fortuite appellent l'attention sur eux. Tel est celui qui fait le sujet de ce mémoire. Il y a environ huit mois j'observai à la clinique de M. Guersant un enfant de 4 à 5 ans, atteint de fracture de la cuisse consolidée sans raccourcissement. Le petit malade ayant succombé au trentième jour de sa fracture par suite d'une maladie intermittente, on mesura à l'autopsie les deux fémurs pour vérifier leur longueur; ils étaient égaux à 1 millimètre près; mais après avoir scié longitudinalement le fémur fracturé, on fut tout étonné de trouver un chevauchement des fragments assez considérable. Comment expliquer un fait en apparence si anormal? L'interprétation la plus rationnelle était que sous l'influence de la fracture, il y avait eu dans la circulation osseuse un surcroît d'activité qui, au lieu de borner sa sphère d'action au niveau de la rupture, s'était fait sentir sur toute la longueur de l'os et en avait exagéré le travail ostéogénique. En supposant cette explication exacte, il restait un point à élucider : dans toutes les fractures des enfants y a-t-il élongation plus grande de l'os brisé que de l'autre, ou le fait observé chez M. Guersant est-il exceptionnel? De nouvelles observations pouvaient seules répondre; mais il est rare de rencontrer des enfants mourant pendant le traitement d'une fracture, et d'autre part, quelque soin que l'on mette à examiner sur le vivant les fractures consolidées, il est très-difficile de juger le rapport exact des fragments plongés au milieu du cal et de mesurer leur degré de chevauchement. Il fallait donc recourir aux expériences sur les animaux pour avoir une réponse immédiate. J'opérai sur des lapins tous très-jeunes, n'ayant pas plus d'un à deux mois.

EXP. I. — Le 23 novembre 1853, je fracture la jambe gauche d'un jeune lapin, au-dessous de la partie moyenne, et le membre est mis dans un appareil inamovible. Quinze jours après, le cal étant déjà solide, le bandage est enlevé, et l'animal est tué le 26 décembre, au trente-troisième jour de sa fracture.

AUTOPSIE. — La jambe rompue présente une courbure en S très-prononcée, la concavité supérieure en dehors, l'inférieure en dedans. La fracture siége à la partie moyenne du tibia; elle est un peu oblique de haut en bas et d'avant en arrière. Le périoste est plus épais, plus adhérent qu'à l'état normal, surtout près du cal. Si on compare l'os fracturé au tibia du côté opposé, on voit qu'il est considérablement augmenté de volume non-seulement au niveau du cal qui est boursouflé, mais dans toute son étendue. En mesurant transversalement les deux tibias avec un compas d'épaisseur, on observe que celui qui a été brisé a, au tiers supérieur de sa diaphyse, 7 millim. et demi, à sa partie moyenne près du cal 10 millim., au tiers inférieur 7 millim. et demi; tandis que dans les mêmes points l'os sain a en haut 6 millim. et demi, à sa partie moyenne 5 millim., en bas 6 millim.

Ces deux os ayant été sciés longitudinalement, on trouve que la cavité médullaire est beaucoup plus large dans le tibia fracturé et principalement dans son tiers inférieur. Au niveau du cal, un tissu spongieux de nouvelle formation l'oblitère et la divise transversalement en deux étages.

L'épaisseur des parois comprises entre le périoste et le tissu médullaire est la même dans les deux tibias, excepté au-dessus de la fracture où elle est légèrement plus grande.

Pour la longueur, la différence est beaucoup plus sensible. L'os fracturé, malgré le chevauchement existant entre les fragments, est plus long que l'autre d'un millimètre et demi en avant et de 2 millim. en arrière, et si on tient compte du chevauchement on a entre les deux tibias une différence de 4 millim. en longueur.

Les épiphyses supérieures et inférieures sont semblables des deux côtés.

EXP. II. — Le 10 janvier 1854, la jambe droite d'un jeune lapin est fracturée; les fragments sont maintenus par un appareil amidonné, et au bout de vingt-neuf jours l'animal est tué.

AUTOPSIE. — La fracture siége au milieu du tibia; elle est à peu près transversale; à son niveau le périoste est plus épais et plus adhérent que dans le reste de son étendue qui toutefois a plus d'épaisseur que dans l'état normal. L'os offre dans sa partie supérieure une double courbure très-prononcée par suite de laquelle cette extrémité est portée fortement en avant et en dehors. En le comparant au tibia laissé intact, on remarque qu'il est plus volumineux dans toute sa diaphyse et qu'au niveau du cal le gonflement est proportionnellement plus grand. Mesuré transversalement il a au tiers supérieur 7 millim. de diamètre, dans sa partie moyenne 10 millim., dans son tiers inférieur 8 millim. et demi. Le tibia gauche, dans les points identiques, donne en haut 6 millim., au milieu 5 millim., en bas 6 millim. Le diamètre d'avant en arrière est, pour le tibia fracturé, au tiers supérieur de 7 millim. et demi, au tiers moyen de 7 millim. et demi, au tiers inférieur de 6 millim.; pour l'autre tibia, on a au tiers supérieur 7 millim., au tiers moyen 4 millim., au tiers inférieur 4 millim. L'augmentation de volume est donc un peu plus forte en bas qu'en haut.

La cavité médullaire est beaucoup plus grande dans le tibia fracturé que dans l'autre; mais ses dimensions ne sont pas en rapport avec les diamètres signalés plus haut, ce qui tient à la différence d'épaisseur des parois osseuses. Ainsi au tiers supérieur la cavité a, d'avant en arrière, 2 millim. de plus que celle de l'os non fracturé, au tiers inférieur 1 millim., et à sa partie moyenne elle est remplie par un tissu spongieux de nouvelle formation. Là se voient également deux lamelles très-fines, criblées de trous, se continuant l'une en haut, l'autre en bas, avec la couche la plus interne des parois osseuses. Ces lamelles, vestiges des fragments en voie de résorption, montraient que la fracture était accompagnée de chevauchement avec déplacement angulaire; le fragment supérieur placé en dedans se dirigeant en avant et en dehors; l'inférieur, situé en dehors, se portant un peu en avant.

L'épaisseur des parois osseuses est plus grande au-dessus de la fracture que dans l'état normal, tandis que pour la partie inférieure elle est plus faible que dans l'os sain.

Mesuré longitudinalement, suivant sa face postérieure, le tibia fracturé a 2 millim. de plus que l'autre; en avant il a, au contraire, 4 millim. de moins; mais il faut remarquer qu'il est fortement courbé en avant et en dehors, et en calculant le déchet fourni par cette double incurvation on voit que la longueur est la même des deux côtés; enfin si on observe qu'il existe un che-

vauchement de plus de 4 millim., on arrive à cette conclusion que le tibia droit a, en réalité, un accroissement plus considérable que le gauche.

Les épiphyses n'offrent aucune différence dans les deux tibias, quoique les extrémités diaphysaires soient augmentées du côté gauche.

Exp. III. — Le 15 mars 1854, la jambe droite d'un jeune lapin est fracturée; les fragments sont maintenus par un bandage roulé pendant trente-trois jours et l'animal est tué.

Autopsie. — Le tibia droit est irrégulier, fortement courbé en avant et en dedans, boursouflé et très-volumineux au niveau de la fracture. Le périoste qui le recouvre est adhérent, très-épais dans toute son étendue et principalement au niveau du cal. Le volume de cet os est plus considérable que celui de l'autre côté. Mesuré transversalement, il présente 6 millim. et demi à son tiers supérieur, 8 millim. et demi à sa partie moyenne, 5 millim. à son tiers inférieur; à cette même hauteur d'avant en arrière 5 millim. et demi. L'autre tibia offre en haut transversalement 5 millim. et demi, dans son milieu 6 mill., en bas 5 millim. et quart, et en bas d'avant en arrière 3 millim. On voit d'après ces chiffres que le développement s'est fait au tiers inférieur d'avant en arrière et qu'il a été enrayé transversalement. Il faut, je pense, attribuer ce phénomène à la compression des attelles latérales trop fortement serrées.

La cavité médullaire est beaucoup plus grande dans l'os fracturé que dans le tibia sain, mais la différence est moindre au-dessus de la fracture, et elle disparaît, même complétement en se rapprochant de l'extrémité supérieure. Au niveau du cal est une cloison oblique de haut en bas et d'arrière en avant, formée par un tissu spongieux et par les extrémités des fragments qui chevauchent et font entre eux un angle ouvert en avant et en dedans.

Les parois osseuses sont plus minces qu'à l'état normal pour le fragment supérieur, tandis que celles du fragment inférieur sont quatre fois en avant et deux fois en arrière plus épaisses.

En comparant la longueur des deux tibias, on observe que celui qui est fracturé est plus court que l'autre en avant et égal en arrière, ce qui est dû à la courbure que fait ce tibia en avant et au chevauchement des deux fragments; mais en mesurant séparément chacun d'eux et en réunissant les deux longueurs on a la longueur réelle de l'os qui se trouve être alors de 4 millim. et demi plus grand que l'autre tibia.

Les épiphyses sont semblables dans les deux membres.

En résumant les faits principaux fournis par ces trois expériences, on remarque donc que l'os fracturé diffère de celui du côté opposé: 1° par une augmentation de nutrition en tous les sens, longueur et épaisseur: 2° par un agrandissement de la cavité médullaire, tantôt avec épaississement, tantôt avec amincissement des parois osseuses, d'autres fois sans que celles-ci subissent aucun changement.

Dans les fractures chez l'adulte, les choses, comme on le sait, ne se passent pas ainsi: le travail de réparation se limite au pourtour de la fracture, et la consolidation effectuée, l'os n'offre d'augmentation de volume qu'au niveau du cal, qui est ordinairement fusiforme, à moins que, par suite de complications, l'inflammation ne se soit propagée au loin. Alors, dans ces cas, on trouve des stalactites, des boursouflements plus ou moins nombreux autour des fragments, et ceux-ci acquièrent quelquefois des dimensions énormes. Mais dans les cas simples, il n'en est pas ainsi: à 4 ou 5 centimètres de la fracture, l'os conserve son volume normal, et quant à la longueur, en tenant compte du chevauchement et des autres déplacements qui amènent du ramollissement, on observe qu'elle n'a éprouvé aucun changement; c'est que, chez l'adulte, le périoste est beaucoup moins vasculaire que dans le jeune âge. Le développement des os est complet; ils n'augmentent plus en épaisseur; la cavité médullaire seule s'agrandit insensiblement; le travail d'élongation est achevé; les épiphyses sont confondues avec les diaphyses; la nutrition est peu active et le changement moléculaire est lent, comme on peut le voir en nourrissant des animaux avec de la garance. Dans le jeune âge, le réseau vasculaire des os, de leurs enveloppes et de la cavité médullaire est beaucoup plus riche; la circulation est plus rapide, et non-seulement elle apporte les matériaux réparateurs, mais elle pourvoit au développement de l'os, qui s'accroît en tous sens. Le changement moléculaire est tel que, chez quelques lapins qui ont mangé de la garance, on voit dans moins d'un mois l'épaisseur complète de l'os être résorbée et remplacée par des couches nouvelles. Cette différence de vitalité à ces deux âges explique facilement la disparité des résultats que nous venons de signaler. Chez l'adulte, à la suite d'une fracture, la circulation prend une activité plus grande dans les capillaires voisins de la lésion osseuse; mais le travail de réparation reste localisé autour du point fracturé. Chez l'enfant, en raison de la grande vascularité de l'os, de son enveloppe nourricière et de la moelle, le surcroît d'action déterminé dans les capillaires avoisinant la fracture retentit sur toute la circulation osseuse et accélère la nutrition: de là plus de longueur et plus d'épaisseur que dans les autres os du squelette.

Il est à remarquer que cette activité anormale se montre non-seulement dans les vaisseaux destinés à charrier les éléments constituants, mais aussi dans les capillaires chargés de l'absorption, et ces deux fonctions, exhalation nutritive et absorption, conservent entre elles les mêmes rapports; de telle sorte que les parois osseuses éprouvent peu ou point de modification dans leur épaisseur.

Une particularité fort intéressante, qui ressort encore de ces expériences et sur laquelle j'appellerai l'attention, c'est que les épiphyses ne participent nullement à cette augmentation de nutrition, et qu'il en résulte que, malgré le volume considérablement augmenté de l'os fracturé, les articulations qu'il concourt à former ne ressentent pas la plus légère influence de ce travail ostéogénique exagéré, et conservent les mêmes dimensions que celles de l'autre membre.

D'après les faits que je viens de passer en revue, on pourrait croire que, dans toutes les fractures observées chez les jeunes lapins, il y a un développement anormal de l'os fracturé: c'est en effet ce qui a eu lieu dans la majorité des cas que j'ai examinés; mais j'ai rencontré quelques exceptions.

Exp. IV. — Le 1er mars 1854, le tibia d'un jeune lapin est fracturé à sa partie moyenne, et l'animal est tué trente-cinq jours après.

A l'autopsie, on observe que les fragments n'ont éprouvé aucun chevauchement; le fragment inférieur a seul subi un mouvement de rotation qui a porté son bord interne en avant. Le cal est très-peu volumineux, et dans tout le reste de son étendue, cet os ne l'emporte en grosseur sur le tibia sain que très-légèrement, et en longueur il n'a qu'un millimètre en sus; la cavité médullaire est un peu plus large.

Exp. V. — Le 20 mars 1854, le radius d'un jeune lapin est fracturé à la partie moyenne, et cet animal est tué dix-huit jours après. A l'autopsie, on ne trouve aucune augmentation en longueur; le fragment inférieur et la portion correspondante du cubitus offrent seulement un léger accroissement de volume latéralement. Le fragment supérieur n'a subi aucun épaississement; la cavité médullaire a les mêmes dimensions que celles du côté opposé.

Si le hasard avait voulu que le même ordre de faits se montrât uniquement à moi, c'est-à-dire si je m'étais arrêté aux trois premières expériences, j'aurais inévitablement été conduit à généraliser cette proposition, que les fractures, dans le jeune âge, ont pour effet d'en rendre l'accroissement plus rapide que dans les autres os. Fort heureusement ces deux dernières observations sont venues à temps me montrer qu'il n'en était pas toujours ainsi. Dans la quatrième expérience, on voit déjà une diminution dans l'exagération nutritive, déterminée par la fracture, et dans la cinquième, il n'y a plus qu'un très-minime épaississement du fragment inférieur, et l'allongement est nul. Les fractures peuvent donc, dans certains cas, exister chez les jeunes animaux sans amener une activité anormale dans leur développement. Cette différence entre les trois premières et les deux dernières expériences trouve son explication dans la disposition des fragments. Dans les premières, j'ai signalé un déplacement assez considérable, avec chevauchement; dans la quatrième, il n'y a plus qu'une rotation du fragment inférieur, sans déplacement en longueur. Aussi l'augmentation de volume est-elle faible. Dans la cinquième, on n'observe aucun déplacement; les fragments sont maintenus par le cubitus, et à la suite de la consolidation, le radius se présente semblable à celui du membre opposé, c'est-à-dire que, dans les fractures simples sans déplacement n'amenant aucune déchirure des tissus environnants et ne déterminant autour d'eux qu'une irritation légère, le travail phlegmasique présidant à la réparation osseuse est peu intense, reste localisé et n'a aucun retentissement sur les capillaires éloignés; tandis que, dans les fractures avec déplacement angulaire et surtout en longueur, les tissus voisins sont dilacérés, irrités d'une manière incessante par les fragments, et il en résulte une inflammation plus vive qui entraîne une activité plus grande dans la circulation osseuse, même loin de la fracture.

Ainsi, de l'étude de tous ces faits, on arrive à cette conclusion: 1° chez les jeunes lapins, les fractures qui s'accompagnent de déplacement, et surtout de chevauchement, excitent le développement des os brisés, et amènent dans ces derniers un plus grand accroissement que dans les os semblables du membre opposé. 2° Les fractures sans déplacement ont une influence nulle ou très-bornée sur le développement des os fracturés.

Maintenant est-on en droit de reporter cette conclusion aux autres animaux, et en particulier à l'espèce humaine, et d'admettre que les choses se passent de la même manière chez eux? On peut objecter que, chez le lapin, les os sont fort courts, et que la moindre excitation dans les capillaires s'étend facilement à toute la trame vasculaire dépendante de l'os fracturé, mais que, chez les enfants, les os étant beaucoup plus longs, le retentissement produit par la fracture doit se faire sentir plus difficilement jusqu'aux extrémités de la diaphyse. En second lieu, chez le lapin, le développement du squelette est plus rapide que chez l'homme; quelques mois lui suffisent pour compléter son

évolution, et plus de vingt années sont nécessaires à ce dernier pour achever son accroissement. Il est certain que ces objections ont une valeur réelle; car, d'après les expériences de Hunter, les os s'allongent par leurs extrémités diaphysaires; si l'activité anormale reste bornée au voisinage du cal, l'élongation sera nulle, et en admettant qu'elle puisse se faire, on doit supposer que pendant l'espace d'un mois, elle n'aura acquis qu'une étendue insignifiante. En réponse à ces objections, je dirai que l'observation qui a été le point de départ de ce mémoire a déjà tranché la question relativement à la possibilité de l'élongation, et si je n'ai pas d'autres faits à y joindre, cela tient à la difficulté que l'on a à prendre sur le vivant une mesure exacte du déplacement. Quant au développement en épaisseur, je me suis assuré, par l'examen d'un nombre assez considérable d'enfants atteints de fracture, que les choses se passaient comme chez les lapins. Quelques petits malades m'ont offert une augmentation de volume dans toute l'étendue de l'os fracturé; chez d'autres, cette exagération de nutrition ne portait que sur l'un des fragments, tantôt sur le supérieur, tantôt sur l'inférieur, plus souvent sur celui-ci. Y a-t-il un rapport entre le siége de l'accroissement en épaisseur et la distribution des vaisseaux? Le petit nombre de faits observés ne m'a pas permis d'établir de règle à ce sujet.

Il est une demande que je me suis posée, et que j'ai cherché à élucider aussi par l'expérience : L'élongation se fait-elle entièrement aux extrémités de la diaphyse, ou le cal y concourt-il? Pour résoudre cette question, j'ai brisé sur plusieurs lapins le tibia entre deux épingles enfoncées transversalement dans la diaphyse de cet os et les fragments, maintenus fixes par un bandage amidonné, j'ai mesuré l'espace compris entre les deux épingles. Le plus souvent un déplacement consécutif des os m'a empêché d'avoir un résultat satisfaisant; mais dans quelques cas j'ai pu constater que l'élongation a été nulle entre les fragments, et qu'elle s'est faite seulement aux extrémités en contact avec les épiphyses.

J'aurais pu m'arrêter ici; mais j'ai pensé qu'il serait intéressant d'examiner quelle était l'influence d'autres causes irritantes portées sur les os en voie de formation. Il était évident d'avance que tout agent ou toute manœuvre susceptible d'activer la circulation devait avoir les mêmes résultats que les fractures,et on a déjà eu l'occasion d'observer chez des enfants des cas remarquables d'élongation d'os atteints d'inflammation. Toutefois il était utile de voir ce que dirait l'expérience. Un nombre assez considérable de jeunes lapins a donc été employé pour ces nouvelles recherches. Je ne rapporterai pas chaque observation en détail, de peur d'être fastidieux; je me bornerai à donner le résumé succinct des principaux faits observés.

Dans une première série d'expériences, renfermant six observations, la surface externe d'un des os des membres, et presque toujours l'humérus ou le fémur, a été raclée de manière à lacérer violemment la plus grande partie du périoste. A l'autopsie, faite quinze jours, trois semaines ou un mois après l'opération, on a toujours trouvé le périoste reconstitué, un peu plus épais et plus vasculaire. Dans quelques points isolés, l'os présentait un volume supérieur à celui de l'os du membre opposé; mais cette augmentation était très-légère. Dans aucun cas on n'a remarqué d'allongement anormal.

Une deuxième série d'expériences porte sur deux lapins chez qui j'ai raclé la cavité médullaire d'un des fémurs avec un fil de laiton introduit par un trou latéral. Au bout de quelques jours, les os se sont brisés transversalement, leurs parois s'étant probablement affaiblies par suite d'une absorption trop rapide. Il est certain que l'irritation déterminée par la dilacération des vaisseaux médullaires chargés de l'absorption a dû avoir pour effet de rendre celle-ci beaucoup plus active. Tués un mois après cette opération, les deux lapins ont présenté les résultats suivants : chaque os raclé avait plus que doublé de volume en épaisseur; la longueur était de 4 à 5 millimètres plus considérable que celle de l'os non lésé. La cavité médullaire s'était accrue considérablement. Les parois osseuses avaient leur épaisseur normale. Ces expériences ont été complexes, puisqu'à la déchirure du tissu médullaire est venue se joindre une fracture; mais si l'on observe que l'exagération de nutrition a été beaucoup plus considérable que dans les cas de fracture, même avec chevauchement, il faut bien admettre que la lacération de la cavité interne de l'os a eu une grande influence sur le développement anormal.

L'implantation d'épingles dans les os a constitué une troisième série d'expériences faites sur un grand nombre de jeunes lapins. Chez les uns, les épingles laissées à demeure n'ont produit qu'une très-légère inflammation; chez les autres, l'inflammation a été très-vive et s'est souvent accompagnée d'une suppuration abondante; cette terminaison s'est montrée presque exclusivement dans les cas où les épingles auraient traversé les extrémités spongieuses des diaphyses ou les épiphyses. Le développement osseux a toujours été en rapport avec le degré de l'inflammation. Lorsque celle-ci a été légère, le travail de nutrition a marché normalement; toutes les fois où elle a été un peu forte, l'os perforé a présenté une longueur et une épaisseur plus considérables que celles du côté opposé; mais l'augmentation d'épaisseur ne s'est pas étendue à tout l'os, comme dans les fractures, elle est restée limitée au voisinage de l'épingle et l'excès de longueur a toujours été peu considérable, l'intensité ne s'étant faite qu'aux dépens d'une des extrémités épiphysaires.

Si maintenant on examine ce qui ressort de ces expériences au point de vue pratique, on voit que, dans les fractures avec déplacement, l'élongation peut remédier en partie au chevauchement, et diminuer le raccourcissement; et que, dans les ostéites siégeant surtout près des épiphyses, l'os malade peut acquérir une longueur et une épaisseur anormales. S'il est vrai que, dans les expériences ci-dessus, cet excès de nutrition a été faible, on comprend cependant qu'une inflammation qui ferait sentir son influence pendant un temps prolongé pourrait amener une élongation assez forte pour produire de la claudication.

En terminant ce mémoire, qu'il me soit permis de rappeler en quelques lignes une particularité intéressante qui se rattache à la formation du col chez les enfants. M. Malgaigne, dans ses importantes et laborieuses recherches sur les fractures, est arrivé à cette remarque fort curieuse et en opposition avec la théorie de Dupuytren sur le cal, que dans les fractures qui atteignent la substance compacte ou la diaphyse des os longs, les fragments, après la consolidation, ne sont jamais confondus, et qu'il existe toujours entre eux une ligne de séparation, la fusion, dit-il, n'existe que pour les os spongieux; tandis que dans le jeune âge, et Hippocrate l'avait lui-même avancé, la fusion est intime même pour les fractures diaphysaires. Mais cette réunion ne se fait pas chez l'enfant comme celle des os spongieux de l'adulte. Chez ce dernier, il y a soudure par l'intermédiaire de la lymphe plastique épanchée entre les fragments. Chez le premier, le travail de réparation pour la fracture et le développement de l'os marchant ensemble, c'est-à-dire le périoste exsudant la lymphe plastique pour la confection du cal, en même temps qu'il verse à la surface extérieure de l'os les éléments constitutifs des couches osseuses nouvelles, il en résulte que bientôt les fragments sont enveloppés par des lames continues formant les couches externes, qui peu à peu se substituent aux couches anciennes disparaissant par absorption; de sorte qu'au bout de quelques mois, et un mois suffit, comme je l'ai vu chez les lapins, l'os fracturé a totalement été résorbé et remplacé par un os de nouvelle formation présentant ordinairement au niveau où existait la fracture dans l'autre os, une légère exubérance produite par l'activité plus grande du périoste dans ce point.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

III. IL RACCOGLITORE MEDICO DI FANO.

Les livraisons du second semestre de 1853 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Sur l'empirisme symptomatique*; par M. Mercatelli. 2° *Considérations sur l'inflammation des vaisseaux sanguins*; par M. de Meis. 3° *D'un cas rare de plaie du pénis et des avantages obtenus par la gutta-percha*; par M. Bertuzzi. 4° *Autres faits prouvant l'utilité de l'arsenic dans la phthisie*; par M. Cenni. 5° *Traitement de l'anthrax*; par M. Bartoli. 6° *Deux opérations césariennes*; par M. Reali. 7° *Raisonnement en réponse à quelques objections récemment faites à ses doctrines*; par M. Franceschi. 8° *Opération d'atrésie vaginale*; par M. Filippini. 9° *Sur le favus*; par M. Sandini. 10° *Réflexions théorico-pratiques sur une maladie miasmatique rapportée des marais romains*; par M. Torelli. 11° *Deux lithotrities faites par M. Giri*; par M. Marini. 12° *Observations pratiques sur l'eau d'Anticoli, dite communément de Fiuggi*; par M. Chimenti. 13° *Sur l'utilité de l'huile de foie de morue*; par M. Tezzi. 14° *Réponse à propos d'un rapport sur l'usage endermique du chloroforme et sur l'éthérisation appliqués à la cure des maladies médicales*; par M. Turchetti. 15° *Deux cas pratiques*; par M. Filippini. 16° *Sur le traitement abortif de la blennorrhagie vénérienne*; par M. Taglioni. 17° *Sur la vertu ténicide du kousso*; par M. Battistoni. 18° *Compte rendu clinique*; par M. Ferrari. 19° *Sur deux cas de herniotomie crurale droite*; par M. Madruzza. 20° *Sur quelques nouveaux et intéressants phénomènes observés sur une malade traitée par l'électro-puncture*; par M. Terzi. (Il s'agit

d'une femme atteinte de tympanite avec affection névralgique du pied droit. Trois aiguilles implantées dans les parois abdominales, un pôle était mis en contact avec l'une d'elles, l'autre pôle avec la langue. Il y eut une grande diminution de la tympanite sans que les gaz fussent évacués au dehors. M. Terzi ayant eu l'idée, tandis qu'un pôle touchait l'une des aiguilles, d'approcher l'autre des boucles d'oreilles d'or que portait la malade, obtint des secousses très-violentes et douloureuses dans la jambe malade seulement. N'est-ce pas un mouvement de sympathie entre la jambe et l'oreille à l'état pathologique?)

DEUX OPÉRATIONS CÉSARIENNES ; par M. REALI.

Ambroise Paré disait en parlant de l'opération césarienne que « c'est un miracle de la nature quand elle réussit, » et Mauriceau l'appelait « un excès d'inhumanité. » L'opinion de ces grands maîtres de l'art a de plus en plus pénétré les esprits en France; et si aujourd'hui l'opération césarienne n'est pas rejetée de la pratique chirurgicale, du moins doit-on dire qu'on a considérablement rétréci le champ dans lequel on en fait usage; et à coup sûr elle n'est point en cause quand il s'agit de fœtus morts.

Nous ne saurions donc partager la manière de voir et d'agir de notre confrère d'Italie dans les deux cas d'opérations césariennes qu'il livre à la publicité. Dans tous les deux le fœtus était mort; une première tentative d'extraction avait même été faite sur l'un d'eux avec le tire-tête; dans tous les deux le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur avait de 54 à 60 millim. Il était permis, dans ces circonstances, d'espérer la terminaison du travail à l'aide de l'embryotomie. Cette opération était d'autant plus convenable que les fœtus étaient morts et, quoiqu'à terme, d'un faible volume. Des deux femmes opérées, l'une succomba peu après, l'autre guérit après avoir traversé une série d'accidents redoutables.

IMPERFORATION DU VAGIN OPÉRÉE AVEC SUCCÈS ; par M. FILIPPINI.

Nous nous bornous à traduire sans commentaire cette observation intéressante rapportée par l'auteur avec toute sa simplicité.

OBS. — Marie Fattorini, âgée de 19 ans et demi, non encore réglée, souffrait depuis trois ans de douleurs au bas-ventre qui s'étendaient aux reins, et si pénibles qu'elle était contrainte de se rouler par terre, après quoi elle reprenait son premier état de calme. Chaque mois environ ces douleurs se renouvelaient. L'état général de la malade était bon, parce qu'elle était douée d'une constitution physique si robuste, qu'elle pouvait supporter la douleur la plus vive. Lorsque je la visitai, dit M. Filippini, je trouvai le ventre fort distendu et douloureux au toucher dans sa partie inférieure, avec une tumeur d'un pied de diamètre, ronde, fluctuante, qui donnait à la percussion un son mat et qui proéminait entre le pubis et l'ombilic de manière à faire croire à une grossesse de cinq mois. A l'aide du toucher rectal, je sentis une tumeur du volume d'un gros poing, résistante, unie et peu douloureuse. Difficulté d'uriner, selles irrégulières. Anomalie de structure des grandes lèvres, surtout à droite, qui pendaient de 2 pouces, tandis que les petites lèvres étaient à peine développées. Je rencontrai à un examen attentif des autres parties génitales, une entière occlusion du vagin formée par une cloison membraneuse très-ferme et résistante; le canal de l'urètre était rétréci, et à 3 lignes plus en arrière le vagin se terminait en cul-de-sac.

Le 24 février 1853 je l'opérai pour remédier à ce vice de conformation. Après avoir vidé l'intestin rectum, j'introduisis l'index de la main gauche le plus haut que je pus dans le cul-de-sac; je fis ensuite glisser le long de mon doigt la canule du pharyngotome de Petit jusqu'au fond de la cavité; puis je fis pénétrer la lame de l'instrument, en suivant la ligne médiane, jusque dans la cavité de l'utérus dans l'étendue de 2 pouces environ. Aussitôt s'échappèrent plus de 4 pintes d'un sang noir sale, épais comme du goudron, que je fis sortir tout d'un trait, afin que ce qui restait ne pût par la pénétration de l'air passer à l'état de putréfaction nuisible. Dans le même but, je cherchai à nettoyer entièrement l'utérus à l'aide d'injections tièdes et détersives. A la vérité l'opération fut assez douloureuse, mais les douleurs du ventre cessèrent complétement; elles reparurent le troisième jour avec des symptômes inflammatoires de l'ovaire droit et du péritoine; ils ne firent cependant pas de rapides progrès, grâce à un traitement convenable (sangsues, trois saignées, fomentations, cataplasmes, nitre, etc.). Moyennant l'introduction de l'éponge préparée que je crus plus convenable qu'une tente de charpie enduite d'onguent rosat ou d'huile, pour empêcher l'agglutination des lèvres de la plaie, j'obtins une dilatation suffisante et une cicatrice régulière.

Vingt jours après l'opération, la Fattorini retourna dans sa famille dans l'état de santé le plus florissant. Depuis trois mois déjà les menstrues fluent de l'utérus régulièrement.

TRAITEMENT ABORTIF DE LA BLENNORRHAGIE ; par M. TAGLIONI.

Ce traitement que M. Taglioni dit tenir du professeur Piorry et qu'il a employé déjà avec un merveilleux succès dans 40 cas, n'est autre que l'emploi de l'électuaire de baume de copahu et de poivre cubèbe donné toutefois à haute dose, en même temps qu'on fait usage d'injections irritantes ou astringentes. La dose est de 30 grammes de copahu et 15 de cubèbe mêlés à s. q. de carbonate de magnésie à prendre dans la journée en trois fois et en répétant la même dose plusieurs jours de suite. Pour la commodité du malade, on peut convertir cette masse en une centaine de bols. En même temps on pratique trois ou quatre injections par jour faites avec une solution de sulfate de zinc à la dose de 20 à 30 centigr. sur 30 grammes d'eau. On doit continuer ce traitement pendant huit jours, en ayant soin d'en diminuer les doses après les deux premières. Si l'estomac et les intestins ne supportent pas les doses indiquées, on n'a aucun mauvais effet à redouter; il suffit de suspendre le remède et de le reprendre plus tard à dose plus modérée.

Ce traitement n'a au fond rien de bien nouveau; car il est formulé dans la plupart des traités des maladies vénériennes; cependant il nous a paru bon de le remettre sous les yeux du lecteur et de constater les nouveaux succès qu'en a obtenus M. Taglioni.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 10 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

EMPLOI D'EXTRAITS DE VIANDE DE BOEUF POUR LA PRÉPARATION DU BOUILLON GRAS.

M. EUG. BELLAT adresse un mémoire sur ce sujet.

Dans sa lettre d'envoi, M. Bellat appelle l'attention de l'Académie sur les applications qui peuvent être faites des extraits de viande à l'alimentation de notre marine et de nos armées en campagne, ainsi qu'aux classes ouvrières et encore à toute la population dans les contrées où la viande de bœuf est insuffisante pour la préparation du bouillon gras. L'auteur indique le moyen d'y suppléer, par l'exploitation des viandes qui se perdent aujourd'hui, en si grande quantité, dans l'Amérique du Sud, l'Australie, la Russie du Nord, etc. On utilisera ces viandes en les transformant en extraits qui, transportés en France au plus bas prix possible, pourraient être appliqués à la préparation du bouillon gras.

En opérant sur les viandes de France, M. Bellat prépare des extraits aromatiques, se conservant bien, avec lesquels il confectionne des bouillons très-agréables au goût.

(Commissaires : MM. Chevreul, Payen, le maréchal Vaillant.)

TRANSMISSION DES SONS PAR L'INTERMÉDIAIRE DES CORPS SOLIDES ; APPLICATION DE CE FAIT A L'ÉDUCATION DES ENFANTS ATTEINTS DE SURDITÉ INCOMPLÈTE.

M. l'abbé LECOT, curé de Boulogne-sur-Seine, écrit à l'Académie que frappé depuis longtemps de la difficulté qu'éprouvent les sourds-muets à se faire comprendre dans les usages ordinaires de la vie, et considérant qu'ils peuvent presque tous entendre quelques sons, il a cherché le moyen d'utiliser cette aptitude en profitant de ce phénomène connu, que le son est transmis d'une manière bien plus énergique par les corps solides que par les gaz. Le résultat a dépassé ses espérances.

Voici en quels termes M. Lecot décrit le moyen qu'il emploie : Je prends, dit-il, un porte-voix ordinaire, fait en zinc ou en fer-blanc; j'en fais saisir entre les dents par le sourd-muet l'extrémité à petit diamètre et j'articule les sons distinctement, mais sans effort, en plaçant ma bouche au centre du pavillon.

M. l'abbé Lecot a essayé ce procédé déjà sur un assez grand nombre d'enfants, et presque tous ont immédiatement répété les sons qu'on leur faisait entendre; trois enfants pauvres ont été plus spécialement l'objet de ses efforts.

Le premier, Aimée Rollet, jeune fille âgée de 10 ans, sœur de trois autres sourds-muets, sourde de naissance, n'ayant reçu aucune espèce d'instruction et n'articulant aucun son, a été soumise à ce procédé au mois de février dernier; aujourd'hui elle épelle, écrit tous les mots qu'on lui dicte et prononce un bon nombre de mots usuels; l'intelligence de cette enfant s'est considérablement développée depuis le commencement de ces exercices; le sens de l'ouïe s'est tellement amélioré qu'on peut aujourd'hui lui faire entendre tous les mots qu'elle connaît sans l'aide du porte-voix, et qu'elle perçoit des sons tout à fait inattendus, tels que celui d'une sonnette éloignée.

Le deuxième, Hérit, garçon de 10 ans, également sourd de naissance, dans les mêmes conditions d'instruction que le premier, soumis au mois de mars dernier à ce procédé, m'a donné les mêmes résultats; il parle mieux que le précédent, mais écrit moins bien, ce qui paraît tenir à ce qu'il a moins d'intelligence.

Enfin, le troisième, Eugène Rollet, âgé de 8 ans et demi, frère du premier sujet, a commencé à suivre les exercices à la fin de mai; aujourd'hui il lit l'alphabet et articule déjà un certain nombre de mots.

L'auteur croit qu'on peut ainsi considérablement développer le sens de

l'ouïe, et qu'on parvient, après un certain temps, à faire entendre, sans le secours du porte-voix, des phrases entières à des enfants qui d'abord paraissaient ne percevoir aucun son.

Si je ne m'abuse pas sur la valeur du procédé que j'emploie, dit l'auteur en terminant, il pourrait, entre les mains des personnes exercées dans l'art si difficile d'instruire les sourds-muets, venir puissamment en aide aux méthodes actuellement en usage et abréger considérablement le temps des études ; mais, de plus, il peut être appliqué par les personnes les plus étrangères à l'éducation des sourds-muets, de sorte que la mère peut commencer elle-même l'éducation de son enfant et l'instituteur primaire la continuer.

(Commissaires : MM. Rayer, Velpeau, Bernard.)

TROPÉOLÉES.

M. Chatin lit un mémoire sur la famille des tropéolées, considérée dans son organographie, son anatomie, son organogénie, sa tératologie, ses propriétés médicales, sa géographie botanique et ses affinités.

Le fait principal qui ressort du mémoire de M. Chatin en ce qui concerne le côté physiologique et les applications médicales, c'est la présence dans les plantes de la famille des tropéolées d'une huile essentielle sulfo-azotée semblable à celle que l'auteur a retirée des limnanthées et qui se forme dans la plupart des crucifères, huile qui correspond aux propriétés antiscorbutiques communes aux crucifères, aux tropéolées et aux limnanthées. (Renvoyé à la section de botanique.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 18 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre du commerce transmet :

Trois rapports de MM. Allard, Godefroy et Gaillard, médecins des épidémies du département de l'Isère, sur des fièvres typhoïdes et des grippes qui ont régné dans plusieurs communes de ce département pendant l'année 1853 ;

Le rapport final de M. le docteur Sclafer, médecin des épidémies pour le canton de Sarreguemines, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Wittring, depuis le mois de décembre 1853 jusqu'au mois de mai dernier ;

Des échantillons d'eaux minérales de Soultzbach (Haut-Rhin), de Sarcey (Rhône) et d'Alet (Aude), avec demande d'analyse ;

Et une recette de pastilles composées avec le suc du *gallium mollugo* employées dans le traitement de l'épilepsie.

— M. Chevallier adresse un paquet cacheté relatif à des applications à l'hygiène publique et à la toxicologie pour lesquelles il désire prendre date.

— M. Frary, de Tracy (Oise), soumet à l'Académie un moyen qu'il croit avoir trouvé pour soulager promptement les malades affectés d'asthme. Ce moyen consiste dans l'emploi du datura stramonium, qu'il fait fumer d'une manière particulière.

— M. Goupil, correspondant à Nemours, annonce à l'Académie que la ville de Nemours (Seine-et-Marne) est prise pour la troisième fois d'une épidémie de choléra.

Telle elle s'était montrée en 1832 et en 1849, telle elle se montre encore aujourd'hui avec la même symptomatologie, le même dénoûment, la même bizarrerie dans les localités affectées et la même inefficacité dans le traitement.

— M. Naudier, pharmacien à Fays-Billot (Haute-Marne), annonce également que le choléra vient d'apparaître dans le pays qu'il habite; mais il ne lui paraît pas avoir le caractère de malignité qu'il présentait en 1832 et en 1849.

— M. Le Couppey soumet à l'examen de l'Académie un plessimètre modifié auquel il propose de donner le nom de *tympanoïde*, et qui a pour objet de renforcer les sons obtenus par la percussion et de rendre plus sensibles, plus tranchées et par conséquent plus faciles à apprécier les différences observables dans leur timbre et leur intensité.

— M. Leroy-d'Étiolles prie l'Académie de nommer une commission qui aurait pour mission de prononcer sur les questions en litige élevées entre lui et M. Mercier.

— M. Sestier écrit qu'il retire sa candidature pour la place vacante dans la section d'anatomie pathologique. Il s'efforcera, dit-il, de conquérir par de nouveaux travaux les suffrages de l'Académie.

— M. Bayle écrit dans le même sens.

TRAITEMENT DE LA CHORÉE PAR LA GYMNASTIQUE.

M. Blache lit un mémoire sur le traitement de la chorée par la gymnastique.

L'auteur rattache à deux indications la thérapeutique de la danse de Saint-Guy :

1° Rendre à la volonté son empire sur les contractions musculaires, ou autrement dit régulariser les mouvements ;

2° Refaire en quelque sorte la constitution des enfants choréiques.

C'est la première de ces indications qui fait le sujet principal de ce mémoire, celle que la gymnastique a plus particulièrement pour objet de remplir.

108 cas de chorée ont été soumis au traitement de la gymnastique. Sur ce nombre, 100 étaient de première attaque, 8 seulement en récidive.

Les enfants mis en traitement étaient tous (sauf dans quelques cas où la chorée était chronique) au début de l'affection et fortement pris. On peut cependant les diviser en deux catégories, d'après l'intensité de la maladie ; 34 cas d'intensité moyenne, 74 où l'agitation était aussi violente que possible. Les 34 cas de la première classe ont tous guéri, sans exception, dans une moyenne de vingt-six jours et de dix-huit séances. Sur les 74 cas plus graves, 68 ont également guéri en quarante-cinq jours et trente et une séances.

Restent donc, sur le total de 108, 6 cas qui peuvent être considérés comme des insuccès, bien qu'il s'agisse de chorées chroniques, dont la guérison a fini par être obtenue, mais en cent vingt-deux jours seulement et soixante-treize séances.

Quelle est la valeur thérapeutique de la gymnastique comparée aux autres modes de traitement, et en particulier aux bains sulfureux? Cette dernière médication, administrée dans des conditions particulières à l'hôpital des Enfants, a donné depuis longtemps des résultats fort remarquables, et qui, il faut le dire, balancent ceux que fournit la gymnastique. Il ressort en effet des statistiques que, sur 135 malades traités par ces bains, il y a en 18 insuccès, proportion un peu plus considérable que notre chiffre de 6 pour 108. Mais d'un autre côté, il paraîtrait que lorsqu'ils agissent, les bains sulfureux le font plus rapidement qu'aucun autre moyen... Mais d'autres considérations, prises en dehors de la statistique, doivent faire mettre la gymnastique au premier rang. Les exercices gymnastiques sont applicables à tous les cas et ne comportent aucune contre-indication, à l'exception de quelques complications rares d'affections organiques du cœur. Il n'en est pas ainsi des bains : la dose de sulfure de potasse reconnue nécessaire étant fort élevée, il arrive assez souvent qu'il survient à la peau une petite éruption à laquelle on est convenu de donner le nom de *poussée*, et qui force d'en interrompre l'emploi. Même empêchement lorsque la peau est dépouillée de son épiderme en quelques points. Loin qu'ils amènent du calme dans les premiers jours, il n'est pas rare de les voir occasionner une assez vive excitation générale, sous l'influence de laquelle les mouvements choréiques s'exaspèrent d'une manière fâcheuse, tandis qu'au contraire les exercices passifs calment dès le principe les désordres des organes musculaires. C'est surtout l'état général de la constitution, après chaque mode de traitement, qu'il faut prendre en considération pour juger l'un et l'autre. Certainement l'appétit devient meilleur, la circulation plus active et la nutrition plus complète par l'usage des bains sulfureux. La force musculaire gagne de l'énergie, la peau et les membranes muqueuses se colorent, les bruits artériels disparaissent ; mais ces modifications, auxquelles il faut attribuer la plus grande part dans la guérison, sont surtout dignes de remarque après le traitement par la gymnastique. Ne serait-il donc pas très-avantageux de combiner ces deux modes de traitement? C'est en effet une question que l'expérience a permis de résoudre affirmativement, dans le plus grand nombre des cas.

On a fait jouer un rôle important à l'établissement difficile de la puberté comme cause de la danse de Saint-Guy. Voici ce que les recherches de M. Blache à cet égard lui ont appris. Sur 84 filles, 56 avaient 10 ans et au-dessous, 25 de 10 à 15 ans, et 3 seulement dépassaient leur quinzième année.

Il n'est pas rare, ajoute M. Blache, de voir apparaître la chorée après une croissance trop rapide. Parmi les symptômes attribués à cet état, il en est un remarquable, qui consiste en des douleurs articulaires au niveau des poignets et des coudes. M. le docteur Sée les regarde comme rhumatismales. Ces sortes d'arthralgies, que M. Blache rattache simplement à la croissance, disparaissent avec une grande facilité par les exercices gymnastiques. Il ne lui paraît pas qu'elles soient de nature rhumatismale. Quatre fois seulement, dans les dernières observations, la chorée a succédé à un rhumatisme articulaire aigu, affection peu commune, au reste, chez les enfants, puisque, dans l'espace de dix ans, sur 36,000 enfants admis à l'hôpital, il n'y a eu que 71 cas de rhumatisme. Ce relevé a en même temps fourni une opposition curieuse et peu favorable à l'opinion qui regarde la chorée comme étant presque toujours due au rhumatisme. Pour le rhumatisme, les garçons sont aux filles comme 2 1/2 est à 1. Pour la chorée, ils sont dans la proportion de 1 à 3. Ce devrait être précisément le contraire, si la chorée avait une origine rhumatismale.

De tout ce qui précède, M. Blache tire les conclusions suivantes :

1° Aucun des modes de traitement appliqués à la danse de Saint-Guy n'a donné un nombre de guérisons aussi considérable que la gymnastique, soit seule, soit associée aux bains sulfureux.

2° La gymnastique peut être employée dans presque tous les cas, sans qu'on soit arrêté par les contradictions qui se présentent à chaque pas dans l'usage des autres médications.

3° La guérison est obtenue dans un nombre moyen de jours à peu près égal à celui que réclame l'emploi des bains sulfureux ; mais elle semble plus durable, et la sédation se montre dès les premiers jours.

4° En même temps que le désordre des mouvements disparaît, la constitution des enfants s'améliore d'une manière très-sensible, et les malades sortent guéris non-seulement de la chorée, mais encore de l'anémie qui l'accompagne le plus souvent.

5° Les exercices gymnastiques, que l'on pourrait de prime abord croire périlleux, surtout eu égard à l'état des enfants qui s'y livrent, n'offre aucune espèce de danger, et de plus ils peuvent être mis en œuvre sans inconvénient dans toute saison, avantage que n'ont pas les bains.

6° Il est fort important, pour comprendre le mode d'application, de diviser, comme nous l'avons fait, les exercices en deux catégories : 1° les exercices

dits *passifs*, qui peuvent être seuls employés dans la période de l'affection où la volonté n'a pas de prise sur les puissances vasculaires; 2° les exercices *actifs*, que les enfants exécutent d'eux-mêmes, avec ou sans l'aide de machines.

— L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre dans la section d'anatomie pathologique.

La liste de candidature portait, dans l'ordre suivant, MM. Barth, Beau, Sestiers, Moreau (de Tours), Ménière et Bayle. MM. Sestier et Bayle s'étant retirés, les candidats restants sont MM. Barth, Beau, Moreau et Ménière.

Nombre des votants, 73, majorité, 37.

M. Barth obtient.	64	voix.
M. Beau.	5	
M. Moreau.	2	
M. Ménière.	1	

M. Barth ayant réuni la majorité, est proclamé membre de l'Académie. Sa nomination sera soumise à l'approbation de l'empereur.

— L'Académie passe à la suite de la discussion sur les déviations utérines. La parole est à M. Bonnafont.

DU TRAITEMENT DES DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS PAR LE REDRESSEUR UTÉRIN.

M. Bonnafont : Les quelques observations que je me propose de soumettre à l'Académie porteront sur un point qui a été à peine effleuré dans cette discussion; je veux parler :

1° Du redresseur intra-utérin et de son mécanisme;

2° Du changement que subit l'utérus soumis à cette application;

3° Enfin de la nécessité de modifier la construction de cet instrument, afin de rendre son action plus physiologique et plus rationnelle.

Et d'abord l'instrument tel qu'il est, est-il construit de manière à garantir le succès? Je déclare formellement non, et je suis étonné que les médecins qui l'emploient depuis longtemps ne lui aient pas fait subir quelques modifications, qui, selon moi, auraient prévenu une grande partie des accidents que le redresseur Simpson doit produire très-fréquemment. Quand il s'agit de maintenir un organe déplacé, au moyen d'un appareil mécanique qui doit rester plusieurs jours en place, tous les praticiens savent en effet que les résultats dépendent le plus souvent de la perfection de l'instrument ou de l'appareil contentif. Mais avant de faire connaître les changements qu'on doit faire subir au redresseur, je vais relater succintement l'observation qui m'a permis de constater ces défectuosités.

Il s'agit d'une dame qui, depuis plus de cinq ans, avait une maladie de la matrice, qui l'obligeait à rester couchée plus de la moitié du temps, et pour laquelle elle avait déjà subi plusieurs traitements tant généraux que locaux sans aboutir à aucun résultat satisfaisant.

M. Bonnafont reconnut une antéversion considérable de l'utérus avec abaissement de cet organe.

Séduit par les heureux résultats du redresseur utérin dont il avait eu connaissance, il se proposa d'y avoir recours chez cette malade.

Plusieurs introductions furent répétées pendant trois jours sans aucun inconvénient, sans provoquer de douleurs, et en produisant même chaque fois du soulagement. Mais le quatrième jour les choses ne se passèrent pas aussi bien; l'utérus était remonté; le col, qui jusque-là avait pu être saisi facilement avec l'indicateur, était très-haut placé dans la concavité du sacrum, et on eut assez de peine à le saisir et à le ramener en bas. En outre, la charnière qui unit la sonde utérine avec la tige horizontale du redresseur se pliait constamment par la simple résistance que le petit pessaire opposait à l'introduction de l'instrument, on parvint cependant à mettre l'instrument en place; mais une heure après M. Bonnafont fut mandé en toute hâte. La malade éprouvait une douleur très-vive qui lui rendait l'instrument insupportable. Après avoir enlevé tout l'appareil, on constata par le toucher qu'il n'y avait rien qui pût faire comprendre la cause des douleurs que la malade avait éprouvées.

Ayant réfléchi sur une des imperfections de l'instrument et sur la cause probable des douleurs qu'il avait produites, M. Bonnafont examina les parties pendant que la femme souffrait sans déranger l'appareil : le toucher lui donna aussitôt la certitude que ces légers accidents étaient produits uniquement par la sortie de la canule du col et par le contact de son extrémité sur les parois vaginales.

L'appareil fut enlevé et réappliqué immédiatement après en rencontrant toujours les mêmes difficultés. Mais une circonstance digne d'attention et qui s'est produite deux ou trois fois en ma présence, c'est que lorsque la canule était bien placée dans le col, elle ne faisait éprouver que peu ou point de douleur, tandis qu'aussitôt qu'elle était sortie, le redresseur, on le comprend, devenait intolérable.

Les choses en étaient là depuis une quinzaine de jours; la malade se trouvant, du reste, beaucoup mieux, lorsque l'idée vint à M. Bonnafont de modifier le redresseur utérin et de le mettre plus en rapport avec les changements survenus dans l'organe malade. Il était évident que depuis la première application de l'instrument, les conditions de l'utérus s'étaient profondément modifiées; car, soit par la contraction des ligaments suspenseurs, soit par l'action de l'instrument ou par ces deux causes réunies, le corps de cet organe s'était relevé d'un centimètre et demi au moins. Par suite de cette élévation, la canule du redresseur qui, dès le début, pénétrait de 3 à 4 centim. dans l'intérieur du col, ne pouvait plus s'engager que d'un centimètre et demi a 2 centim.; alors la matrice, ne se trouvant pas suffisamment maintenue, pouvait s'infléchir, et pour peu que l'appareil vînt à éprouver quelques balancements, la canule quittait complétement le col. Dans le premier cas, son extrémité portant sur la courbure de l'utérus, et dans le second sur le cul-de-sac utéro-vaginal; elle pouvait ainsi donner lieu à des douleurs plus ou moins vives et provoquer à la longue de graves accidents, si on ne s'empressait d'y remédier.

La canule intra-utérine a donc cet inconvénient, qu'ayant une longueur déterminée, elle ne saurait suivre les différentes évolutions qu'éprouve l'utérus par l'usage répété du redresseur. Cette canule sera presque toujours ou trop longue ou trop courte.

Trop longue lorsque la matrice est très-près de l'anneau vulvaire.

Trop courte, au contraire, lorsque l'organe s'est relevé.

Dans le premier cas, son extrémité peut exercer une pression trop forte sur la surface intérieure de la matrice; dans le second, au contraire, elle sera susceptible de s'échapper du col, et son extrémité exercera des frottements dangereux sur les parois du vagin.

M. Bonnafont a cherché à obvier à cet inconvénient en ajoutant, entre la branche horizontale et la canule, une tige dont la longueur est en rapport avec le degré d'élévation de la matrice. Cette tige doit être mobile et susceptible d'être remplacée à volonté par d'autres tiges de différentes longueurs, pour serrer l'utérus dans son élévation. Il a substitué en outre au petit pessaire en ivoire un pessaire en caoutchouc.

La charnière qui réunit la tige horizontale avec la canule étant trop mobile et rendant l'introduction de l'instrument très-difficile, il a été obvié à cet inconvénient en y faisant adapter un coulant mobile qui rend cette articulation fixe pendant l'introduction, et qu'on ôte aussitôt après pour permettre de la fléchir. Cette modification a beaucoup facilité l'introduction de l'instrument.

Le redresseur ainsi modifié fut réappliqué, et cette fois il resta six heures en place sans occasionner aucune douleur.

L'appareil étant appliqué, M. Bonnafont voulut s'assurer si la canule était bien dans le col et si celui-ci reposait sur le pessaire. Il remarqua alors qu'il y avait une distance de près d'un centimètre entre eux. Or la tige verticale ayant déjà 4 centimètres et demi de longueur, et la canule intra-utérine 4, il s'ensuit que l'utérus était à 5 centimètre du pubis, et qu'une canule qui n'aurait eu que 5 centimètres comme celle des redresseurs ordinaires, partant de ce dernier point, n'aurait fait qu'effleurer le col et n'aurait pu y rester engagée un instant. C'est là l'inconvénient des redresseurs en général, et il y a lieu de s'étonner que cette particularité n'ait pas frappé l'esprit des praticiens qui emploient fréquemment ce mode de traitement.

Le traitement fut continué pendant un mois environ sans qu'il survînt aucun accident.

Cette dame ayant dû quitter brusquement Paris, un dernier examen, ajoute M. Bonnafont, me fit reconnaître que l'utérus avait été fort peu redressé, mais que, comparé à ce qu'il était avant ce traitement, il s'était relevé de 2 centimètres et demi environ. Cette élévation, en changeant les rapports de la matrice avec les organes voisins, comme la vessie, etc., avait suffi pour faire disparaître les accidents entretenus par son abaissement, circonstance contraire à l'opinion exprimée par M. Depaul sur l'innocuité des déviations. Mais il est utile d'ajouter que les souffrances de madame X... étaient entretenues beaucoup plus par l'abaissement de l'utérus que par la déviation.

Dans ce cas, comme dans les faits cités par M. P. Dubois, l'instrument aurait agi moins comme redresseur que comme releveur. Tout autre traitement mécanique aurait-il produit les mêmes résultats? Il est permis d'en douter, car il ne doit pas être indifférent, pour faciliter l'élévation de la matrice ainsi que la contraction des ligaments ou autres tissus qui doivent la soutenir, de remettre cet organe dans une position qui rétablira le plus possible ses rapports normaux avec les organes qui l'environnent, ainsi qu'avec la cavité qui le contient. Aucun pessaire autre que le redresseur intra-utérin ne saurait remplir cette double indication de redresser la matrice et de la soulever graduellement.

Maintenant, s'il m'était permis de formuler une conclusion, je dirais, comme M. Velpeau, que l'Académie ne me paraît pas suffisamment édifiée, ni sur les avantages ni sur les inconvénients du redresseur, pour porter un jugement définitif sur l'emploi de cet instrument. De nouvelles expériences deviennent donc nécessaires, soit avec le redresseur tel qu'il est, soit en y apportant les modifications que je viens d'indiquer ou toutes autres qui seraient jugées meilleures. Puis, comme je l'ai déjà dit il y a plus d'un an à l'honorable rapporteur, dans une séance de la Société médicale d'émulation, bien que les modifications que j'ai indiquées tendent à diminuer sensiblement les inconvénients inhérents a l'emploi de ces appareils, je suis bien d'avis que l'on devra rester limité aux cas seulement où ces affections existeront sans aucune complication.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

MEDICAL AND PHYSIOLOGICAL COMMENTARIES; by Martyn Paine. — New-York, 1840

AN ESSAY ON THE PHILOSOPHY OF MEDICAL SCIENCE; by Elisha Bartlett. — Philadelphie, 1844.

ESSAI SUR QUELQUES POINTS DE PATHOGÉNIE ET DE CLASSIFICATION MÉDICALE; par P. E. Garreau. — Paris, 1854.

Elle ne serait pas longue la liste des écrivains qui, comme Paine,

Bartlett, et en dernier lieu M. Garreau, se sont occupés, pendant les quinze dernières années, de raisonner sur les idées régnantes en médecine, d'apprécier la valeur des systèmes, d'indiquer la portée des tendances, et en un mot de *philosopher* sur les questions les plus générales de la science au point de vue actuel. Il faut en dire la raison : les livres qui s'occupent de généralités, pour peu que celles-ci soient abstraites, sont à peine lus, sont peu recherchés et ne rapportent point de nos jours à leurs auteurs ce bénéfice, cette vogue qui s'attache à la découverte du plus petit fait, à la relation des observations les plus ordinaires, comme à celle des expériences de la thérapeutique la plus empirique.

Tel a été le mouvement communiqué aux sciences médicales depuis ces vingt dernières années. Parmi les esprits distingués, il en est peu qui se soient voués à l'étude de la partie philosophique de la pathologie; presque tous ont suivi la voie exclusive de l'observation, et n'ont pas paru voir, en dehors des faits d'expérience, les autres faits, les faits de raisonnement, qui sont de vrais produits de l'intelligence; les plus difficiles, les plus importants, les seules véritables conquêtes.

Nous savons gré pour notre part à M. Garreau de nous avoir rappelé ces questions fondamentales de méthodes, de systèmes, d'avoir examiné les uns, attaqué les autres, et d'avoir cherché à fixer l'attention et à faire porter les recherches sur un sujet différent de celui qui fait le thème perpétuel de beaucoup de communications et de mémoires, de beaucoup de travaux d'observation pure, qui sont à la science actuelle ce que la dialectique était à la science d'il y a cent ans : un moyen d'augmenter outre mesure, sans inventaire, sans appréciation, sans triage, l'encombrement déjà énorme des observations particulières; un moyen d'oublier les observations antérieures, de critiquer facilement les vérités acquises, de les ébranler et de ne rien établir à leur place.

Il faut à toutes les époques, et à la nôtre en particulier, qu'il y ait des écrivains et des penseurs qui quittent la voie commune pour chercher, par leurs travaux, d'autres points de vue, d'autres appréciations, d'autres conclusions ou des conclusions plus générales. Il nous a paru utile, sons ce rapport, de comparer entre eux les ouvrages de Paine, de Bartlett, de M. Garreau, afin d'indiquer leurs caractères mmuns, leurs différences et les côtés par lesquels les opinions des trois écrivains se rapprochent.

Dans l'appréciation analytique qui suit, il faut faire la part des époques auxquelles ont paru les trois ouvrages. Les *commentaires médicaux* et *physiologiques* de Martyn Paine ont paru à New-York et à Londres il y aura bientôt quinze ans. A cette époque, la plus grande ferveur régnait encore en matière d'observation et d'expérience. On était dans la première phase de cette période scientifique qui avait commencé chez nous vingt ans auparavant, et qui, dès le début, avait jeté un très-grand lustre. Les doctrines de l'école française étaient connues en Amérique. Paine s'en montre l'adversaire décidé dans plusieurs chapitres de son ouvrage. Il réunit à la connaissance des découvertes modernes une vaste érudition qui lui permet de rassembler dans deux volumes de plus de 700 pages chacun les opinions de tous les écrivains de notre siècle et de la fin du siècle passé, sur les sujets qui font la matière de ses commentaires médicaux et physiologiques. On trouve, dans ces deux volumes, les traces d'un travail profond; Paine est un écrivain consciencieux qui cite toutes les opinions, celles qui lui sont favorables et celles qui lui sont adverses. Il apporte même parfois trop de citations, et le lecteur embarrassé suit souvent avec peine la pensée de l'auteur au milieu d'une profusion d'opinions qui n'ajoutent rien a la vérité, qui l'obscurcissent souvent plus qu'elles ne l'éclairent.

Les *commentaires* comprennent un certain nombre de sujets qui y sont traités en quelque sorte chacun à part. On y trouve d'abord un très-long chapitre sur la *force vitale*. S'il nous est difficile d'admettre que l'existence d'une force vitale spéciale constituée d'une manière indépendante des forces chimiques et physiques puisse être bien nettement démontrée à l'heure actuelle; nous reconnaitrons du moins, avec le docteur Paine, qu'aucun fait n'autorise à nier l'existence de ce principe ou de cette force. D'une autre part, s'il faut être tres-réservé pour introduire cette force spéciale en matière d'explication médicale ou physiologique, il ne faut pas apporter une moindre réserve dans les explications purement chimiques ou physiques pour lesquelles on a de nos jours une assez grande tendance. Les esprits qui aiment à sonder ces questions trouveront, dans les *commentaires*, tous les éléments du problème. Il est à regretter que l'auteur n'ait pas apporté là, comme dans les autres parties de son ouvrage plus de netteté, plus de méthode, et que ses conclusions ne soient pas plus clairement formulées en vue de diriger le lecteur dans ces controverses.

Le second chapitre est consacré à l'*étude des phénomènes consécutifs aux hémorrhagies*, il traite *du rôle du cerveau et du système nerveux dans la syncope déterminée par les soustractions sanguines, des changements qui s'opèrent dans la masse du sang lorsque les hémorrhagies se prolongent, des réactions quelquefois considérables du système circulatoire dans les saignées abondantes, des dangers de la saignée dans l'apoplexie.* C'est là, dira-t-on, trop de sujets différents dans un seul chapitre. La physiologie se mêle, en effet, dans ce livre, à la médecine pratique, et c'est chose peu commune dans les travaux contemporains. Mais la plupart des grands écrivains ont suivi cette voie; cette application est rationnelle, car les deux sciences de la physiologie et de la pathologie sont intimement liées l'une à l'autre et ne peuvent pas marcher l'une sans l'autre. Nous ne pouvons donc voir dans cette direction que matière à encouragement.

Toute la fin du premier volume est consacrée à l'examen critique de la pathologie humorale. C'est la partie la plus fortement pensée de tout l'ouvrage; on en aura une idée précise par les énoncés sommaires des questions principales que l'auteur y expose : *De l'influence des solides sur le sang. Des effets immédiats des causes morales et morbifiques sur les solides. De la cessation brusque des maladies par des causes morales et d'autre nature qui n'ont point d'action sur le sang. Des symptômes prémonitoires des maladies dans l'hypothèse du solidisme. Des effets morbides divers des solides sur le sang. Le solidisme démontré par l'incubation des maladies, l'intermittence des fièvres, les maladies héréditaires. Le scorbut et le diabète dans leurs rapports avec la pathologie humorale.* Notre rôle n'est point de suivre l'auteur dans les développements pleins d'érudition et de saine critique qu'il donne sur chacun de ces sujets. Nous nous bornerons à signaler ses tendances, ses efforts. Si quelquefois il va trop loin dans le sens du solidisme, c'est que les faits qu'il a réunis en faveur de ce point de doctrine sont trop nombreux et que l'hypothèse de l'humorisme ne se base que sur des preuves moins nombreuses et moins probantes. Il attaque très-vivement la pathologie humorale, et souvent il arrive à montrer ses côtés faibles.

Voilà sans doute un service rendu à la science, surtout quand on se rappelle que cet ouvrage date de 1840. Une critique sévère pourrait trouver matière à s'exercer sur l'ouvrage de Martyn Paine; j'ai parlé de l'obscurité du style, de la difficulté de suivre l'auteur dans de longs dév loppements où sa pensée se perd au milieu du nombre des citations et des opinions différentes qu'il enregistre et qu'il discute. On pourrait objecter aujourd'hui à ses arguments, en retrancher quelques-uns, en ajouter d'autres, de cette manière il faudrait refaire ce livre ou le rajeunir. Nous aimons mieux le prendre tel quel avec ses qualités et ses défauts et inviter à le lire, malgré les imperfections dont il faut tenir compte; on gagnera à cette lecture, parce que les livres de cette sorte sont rares. Les esprits qui se plaisent dans les discussions un peu métaphysiques trouveront dans le second volume des considérations importantes et d'un ordre élevé, sur *la chaleur animale, la digestion, les théories de l'inflammation et de la congestion, la génération spontanée.*

En ai-je assez dit pour appeler l'attention sur des sujets qui tiennent à la philosophie de la médecine et qui paraissent injustement délaissés. L'ouvrage de Paine est peut-être oublié en Amérique où il a paru; il est à peine connu en France, il a été longuement analysé en Angleterre et, je pense, trop critiqué. Malgré cet apparent oubli des contemporains, il restera comme une des œuvres les plus consciencieuses, les plus fortement pensées, les plus savantes de notre époque.

L'ouvrage de Bartlett, professeur et médecin des hôpitaux en Amérique, se distingue de celui de Paine par la forme autant que par le fond du sujet. Cet ESSAI DE PHILOSOPHIE MÉDICALE peut être comparé à l'ouvrage que sir Gilbert Blanc publia en 1819, sous le titre d'ELEMENTS OF MEDICAL LOGIC. L'auteur y développe d'abord, sous une forme dogmatique, un certain nombre de propositions sur la marche à suivre dans les sciences inductives en général. Quand il arrive aux sciences médicales et qu'il cherche à en établir la théorie, il se laisse guider par les mêmes principes, il est absolu dans ses opinions; il les expose sans prendre souci des idées contraires. Son style est lucide, et sa pensée se détache bien partout. Les idées fondamentales de l'auteur en fait d'observation, de méthode, de classification, sont résumées par lui-même dans les propositions suivantes : 1° *Toutes les sciences médicales consistent dans l'observation de certains faits, dans les rapports de ces faits avec d'autres phénomènes et dans leur classification.* 2° *Le seul moyen de connaître les faits ou d'observer les phénomènes est l'observation ou l'expérience. L'induction et le raisonnement ne sont point applicables à des faits d'un ordre différent.* 3° *De la généralisation des faits semblables résultent des principes ou des lois qui ne sont jamais absolus.* 4° *Les maladies sont susceptibles de classification ou d'arrangement,*

comme les différents faits du domaine des sciences naturelles. On comprend que ce livre est un traité plutôt didactique que critique; les idées qui y ont cours sont empruntées aux ouvrages étendus sur la méthode des sciences inductives, entre autres à celui du professeur Whewell. Au fond, la doctrine est la même que celle qui a été exposée avec tant de talent par l'un des observateurs les plus éminents de notre époque, M. Louis. On trouve dans l'ouvrage de Bartlett moins de profondeur, moins de science, moins d'originalité que dans celui du docteur Paine. Quand on voit cet écrivain s'efforcer de démontrer que l'anatomie, la physiologie, la pathologie, la thérapeutique, sont des connaissances qui ne doivent avoir aucune connexion les unes avec les autres; que la physiologie ne doit point se déduire de l'anatomie ni la pathologie de la physiologie, on se demande s'il est réellement bien nécessaire ou bien s'il est philosophique de poser ces barrières entre les différentes branches d'une même science. Dire d'une manière générale qu'elles doivent être étudiées à part; que les différents ordres de phénomènes auxquels elles s'appliquent ont besoin d'une observation préliminaire toute spéciale; se prémunir contre le danger des applications trop hardies de la physiologie à la pathologie, cela doit entrer dans toute méthode d'observation. Mais il y a loin de là à conclure à l'impossibilité radicale de ces extensions de la physiologie à la pathologie. Tous ceux qui connaissent l'histoire des grandes découvertes qui ont fait progresser notre science, ne peuvent s'empêcher de reconnaître la part importante que les découvertes anatomiques et physiologiques ont prise à l'avancement de la pathologie, et tous ceux qui voudront juger de l'avenir d'après le présent, reconnaîtront aussi que la première époque des découvertes pathologiques viendra de cette application, totalement oubliée de nos jours, de l'anatomie et de la physiologie à l'interprétation des phénomènes morbides.

Nous relevons ce seul point de l'ouvrage de Bartlett où nous aurions pu trouver matière à plusieurs observations analogues; notre but n'est ni d'adopter ni de critiquer son système ou ses idées : nous voudrions chercher plutôt à faire ressortir l'utilité des ouvrages qui s'occupent de philosophie médicale, alors même que leurs doctrines ne sont pas parfaitement rationnelles.

Nous arrivons au livre de M. Garreau, qui contient dans un seul tome la matière condensée de plusieurs traités. Il faudrait en effet plusieurs volumes pour exposer les opinions multiples et souvent contradictoires qui méritent d'être citées en matière d'étiologie et de classification. M. Garreau a suivi une marche plus simple, plus brève, et c'est en cela que se distingue son livre. Il a eu en vue presque exclusivement les opinions régnantes, les idées professées et adoptées aujourd'hui par les esprits éminents qui marchent à la tête de la science. Bien que ce soit de l'actualité, M. Garreau a pu néanmoins entrer dans cette voie et la parcourir avec une complète indépendance de vues et de critique, ce qui est rare, et ce qui honore déjà l'homme de mérite qui fait cette tentative dans la poursuite de la vérité. Pour donner en ces quelques lignes une idée plus complète de l'ESSAI DE PATHOGÉNIE ET DE CLASSIFICATION MÉDICALE, nous empruntérons à l'ouvrage même de M. Garreau quelques appréciations des points de doctrine assez difficiles à aborder. Nos lecteurs jugeront ainsi par eux-mêmes du fond et de la forme du livre.

Après avoir traité dans plusieurs chapitres de l'inflammation au point de vue anatomique et au point de vue clinique, et après avoir cherché les caractères différentiels des inflammations et des fièvres, M. Garreau s'exprime en ces termes au sujet des classifications pathologiques : « On s'égare de deux manières par l'abus de l'un ou de » l'autre procédé. On néglige, d'une part, les nuances, on les absorbe » sans pitié et sans restriction dans les grandes espèces; on multi- » plie, d'autre part, les individualités morbides, à tel point que les es- » pèces à leur tour disparaissent, s'effacent dans cette multiplication » sans fin d'unités... Si la classification doctrinale est utile, nécessaire » en tout état de la science, n'ordonne-t-elle point, vu ses lacunes et ses » imperfections, à une autre méthode de lui venir en aide, d'inscrire » les réserves à côté des formules abstraites et générales et de peser » ainsi sur les décisions de l'art? A cet égard, j'ai déjà fait appel à l'ex- » périence propre du médecin, au tact, à l'habitude, à l'inspiration.... » L'habitude, le tact du médecin n'ont rien de mystérieux, leurs » titres au fond ne diffèrent nullement de ceux des jugements par ana- » logie ou par induction; seulement le livre de faits, de vérités, de » généralisation, de préceptes où ils puisent leurs déterminations n'est » pas de ceux que l'on compulse du doigt ou que l'on interroge de » l'œil. Laissons Leibnitz le nommer : *C'est la mémoire des choses* » *telles qu'elles sont*...; vu la complexité du sujet de la médecine, la » multiplicité des composantes, la masse des inconnues, la difficulté » de distinguer les dissemblables, de rapprocher les semblables; vu le » nombre comme infini et le rôle capital dans le tout, de nuances fu- » gaces, qu'on voit passer, mais qu'on ne détermine pas, il faut re- » noncer à fixer dans la langue, le chiffre ou l'image, la représentation » intégrale des phénomènes visibles, le trait réel de ce qui fut. Faire » effort sans doute pour y parvenir est le devoir de l'observateur... Si » nous trouvons dans notre esprit seul, dans une certaine force de » l'entendement, du jugement que nous procure la vue des choses; si » nous trouvons là et seulement là le pur souvenir, le trait, l'analogue » vrai du sujet actuel...; il y a certes au sens de Leibnitz *une mémoire* » *des choses telles qu'elles sont*. Ce qui signifie qu'il y a une statistique » profonde, immatérielle, individuelle, une base de comparaisons, » d'inductions, de conclusions rapides, soudaines, une science tout » interne qui fonde le tact, l'inspiration, l'habitude, ce qu'il y a de » plus noble dans l'art. »

Plus loin, après avoir étudié avec soin le rôle du sang dans les pyrexies et dans les inflammations, l'auteur ajoute : « Ce serait le » fait d'une mauvaise philosophie médicale de considérer à part, abso- » lument parlant, les éléments de la vie, d'étudier le sang physiolo- » gique ou pathologique, indépendamment du parenchyme et des » nerfs, et réciproquement. Est-ce que tout n'est pas lié? Est-ce qu'un » changement de constitution peut avoir lieu dans un élément sans » que les autres y participent? Les localisations absolues de l'humo- » risme ne résistent donc pas plus à l'examen que celles des solidistes; » les phénomènes vivants n'ont pas de siége exclusif, puisque dans la » vie tout est à la fois moyen et but. Une cause morale, je le répète, » peut, par l'intermédiaire de l'innervation, produire la chlorose soit » directement en changeant la crase du sang, soit indirectement en » altérant la nutrition; une mauvaise alimentation peut produire le » même résultat; la nature arrive à ses fins par des voies différentes » et souvent associées. »

Dans le passage suivant, M. Garreau montre qu'il a apprécié la valeur de l'augmentation de la fibrine du sang comme signe différentiel des phlegmasies et des pyrexies : « Ce qui ressort clairement pour moi » de la comparaison de ces faits, c'est que l'augmentation de la fibrine » du sang est le signe, le caractère non pas d'une *phlegmasie*, non pas » d'une *espèce*, mais simplement d'un travail de nature phlegma- » sique. »

Nous ne donnerions qu'une idée imparfaite de ce livre en énumérant les titres des principaux chapitres dont il se compose. On a pu juger des tendances de M. Garreau en matière de classification et de philosophie médicale. Comme bien des ouvrages fortement pensés, celui-ci forme un tout dans lequel on établit difficilement des coupures. En parlant de l'étude de l'inflammation telle que les travaux les plus récents, ceux de Wharton Jones nous montrent ce phénomène, peut-on arriver à saisir des différences absolues entre les phlegmasies et les fièvres? Question difficile que M. Garreau résout en partie dans le sens négatif. De là il est conduit aux questions fondamentales de la pyrétologie, à celle des maladies spécifiques et à l'examen critique des classifications. M. Garreau appartient à la classe des écrivains critiques et penseurs qui sont rares aujourd'hui, il a moins d'érudition que l'anglais Paine, mais il a en revanche plus de clarté, plus de précision, et il possède à un degré marqué cet esprit de libre examen qui distingue l'auteur des COMMENTAIRES MÉDICAUX ET PHYSIOLOGIQUES, et qui devient de jour en jour plus rare.

THOLOZAN.

VARIÉTÉS.

BULLETIN DU CHOLÉRA.

Juillet, les	14	15	16	17	18	19	20
Admis aux hôpitaux	8	9	8	6	10	3	9
Cas de l'intérieur des hôpitaux	5	4	5	5	6	6	7
Décès dans tes hôpitaux	16	13	10	11	12	7	11
Décès à domicile	22	9	11	10	11	13	5

— Notre digne confrère et ami, M. le docteur Louis, vient d'être plongé dans la douleur par la perte de son fils unique. On sait que notre bien aimé confrère, absent de Paris depuis plusieurs mois, avait tout quitté pour se dévouer aux soins de son enfant, qu'il avait fait transporter à Pau. Il est rentré à Paris accompagnant ses précieux restes. Demain samedi, un service funèbre, célébré à Saint-Roch, permettra aux nombreux amis du malheureux père de lui témoigner combien ils prennent part à sa douleur.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE SANITAIRE.

MOUVEMENT DU CHOLÉRA.

Le choléra, tout en prenant de l'extension à l'est et au midi, semble pourtant avoir une tendance à se localiser dans certains foyers où il sévit avec persistance et intensité. Ces foyers existent non-seulement dans diverses localités; mais, dans une même ville, tels ou tels quartiers, tels ou tels établissements, sont le siége de cas graves et confluents.

Marseille et Arles sont deux foyers de choléra dans le Midi. A Marseille, il y avait dernièrement plus de 120 décès par jour, malgré la réduction de la population, dont une forte partie a émigré. La période de diminution semble vouloir se manifester aujourd'hui. A Arles, la terreur a été plus grande encore : on a constaté jusqu'à 40 décès en un jour sur un restant de population de 5,000 âmes environ. Les habitants qui n'étaient point fatalement attachés au sol par le devoir ou par le besoin, se sont enfuis dans les villages, ou campent dans les solitudes de la plaine de la Crau.

Toulon ne paraît pas atteint; car on ne peut considérer comme épidémie quelques cas isolés présentés par des individus arrivant de Marseille. Lyon jouit de son immunité habituelle : quelques réfugiés y ont seuls offert les symptômes du choléra.

Nous avons des détails précis, qui nous sont communiqués par M. le docteur L. Monier, sur l'épidémie d'Avignon, qui semble presque éteinte aujourd'hui.

La maladie y a paru subitement le 7 juin, à la caserne du Palais des Papes, où elle s'est tenue concentrée pendant dix à douze jours, et a atteint plus de 100 militaires appartenant au 75e de ligne et au 11e dragons. L'autorité militaire prit alors une mesure dont la GAZETTE MÉDICALE a maintes fois proclamé l'utilité : elle fit évacuer ce foyer pestilentiel. On sait par beaucoup d'exemples, et ce qui s'est passé dernièrement à la Charité en est une nouvelle preuve, que l'épidémie s'attache à certains locaux, les infiltre et les sature pour ainsi dire, et s'identifie tellement avec eux, que leurs habitants, plusieurs fois renouvelés, y gagnent successivement la maladie pendant un laps de temps souvent fort prolongé. L'évacuation de ce site fatal devient une urgente mesure dans de telles occurrences. Les 300 soldats d'infanterie qui occupaient le palais des papes furent dirigés sur l'Afrique, et les dragons furent disséminés dans deux casernes, aux anciens Invalides et au parc d'artillerie.

Le choléra s'étant ensuite répandu, sévit avec une intensite particulière sur certains sites : ainsi l'hôpital des Fons a eu 50 décès sur 200 habitants, et l'hospice des Vieillards et des Incurables a également présenté de nombreux cas, presque tous mortels. La mortalité a été beaucoup plus forte aux hôpitaux civils, qui recueillent des gens placés dans de mauvaises conditions hygiéniques, que parmi les militaires de la garnison : ainsi, du 7 juin au 6 juillet, il est entré à l'hôpital 127 militaires, dont 48 décès, et 60 civils, dont 45 ont succombé; c'est une mortalité double.

Les rues malpropres, mal aérées, peuplées de gens misérables, ont été plus particulièrement atteintes. Pendant le laps de temps que nous envisageons, il n'y aurait guère eu plus de 60 décès à domicile.

Dans la Haute-Marne et les Vosges, la suette marche avec le choléra, et plus souvent encore se manifeste lorsque celui-ci est à son déclin. La concomitance de ces deux affections ou leur alternement ont déjà été plusieurs fois constatés. La suette est quelquefois tout aussi meurtrière et tout aussi rapidement fatale que le choléra. Enfin on parle encore de dyssenterie pour compléter ce triste tableau.

Quoique la frayeur fasse beaucoup moins facilement déserter les habitations dans l'Est et dans le Nord que dans le Midi, plusieurs villages ont été partout abandonnés. Un malade revenant des eaux de Bourbonne-les-Bains nous assure avoir traversé deux villages où il n'a pas rencontré un habitant : tout avait fui dans les bois ou émigré au loin dans des localités non atteintes par l'épidémie.

Dans cette partie de la France, le choléra sévit sur de nombreuses petites localités; mais il semble respecter les grands centres de population : c'est ainsi qu'on ne nous signale l'existence de l'épidémie ni à Strasbourg, ni à Metz, ni à Nancy; mais il sévit sur plusieurs lieux intermédiaires, le long de la ligne de fer de Paris à Strasbourg, à Épernay notamment.

A Dompaire (Vosges), l'importation a été évidente. Voici les détails circonstanciés qui nous sont communiqués à ce sujet par une main dont ce sont les derniers mots, car la suette emportait quelques jours après notre correspondant.

6 ouvriers de Dompaire vont chercher de l'ouvrage à la ferme de Remancourt, près d'Andelot, dans la Haute-Marne, département alors fort maltraité par l'épidémie; 4 d'entre eux, saisis presque simultanément de la maladie, quittent le pays, font 80 kilomètres et arrivent à Dompaire par une nuit froide et pluvieuse. Aucun cas de choléra ne régnait dans ce pays ni aux alentours. L'un des arrivants ne tarde pas à succomber, et sa femme, qui lui avait donné des soins, le suit le surlendemain. La maison, dont ils étaient les seuls habitants, reste vide. Un frère qui avait assisté les deux premières victimes, est ensuite mortellement atteint, puis les maisons voisines sont successivement infestées, et le choléra fait d'affreux ravages dans tout ce quartier (quartier Saint-Jacques) habité par une population misérable. Il rayonne de là dans d'autres rues, mais il y exerce peu de ravages.

Les 3 autres ouvriers ne succombent pas, et leurs habitations ne deviennent point un foyer de rayonnement épidémique.

Dompaire, peuplée de 1,600 âmes, a constaté en deux mois environ 120 décès, et jusqu'à 14 morts en un seul jour; ce qui donnerait, en établissant les mêmes proportions pour Paris, près de 75,000 décès dans une courte épidémie. La petite ville de Dompaire avait été complétement préservée du choléra dans les précédentes épidémies; mais il avait exercé des ravages jusqu'à ses portes, à quelques lieues de ses murs. Cette année, c'est jusqu'à présent le contraire; le foyer n'a que faiblement rayonné, de sorte que les localités voisines ne présentent que des cas rares, si ce n'est pourtant Mirecourt où il semble s'implanter. Il faut ajouter qu'une sorte de quarantaine armée s'est improvisée dans les environs, et que toute provenance de Dompaire était impitoyablement rejetée. C'est à peine si on permettait aux médecins d'aller porter leurs secours dans le foyer épidémique.

Le choléra s'est également déclaré à l'armée d'Orient: il règne

---

FEUILLETON.

LA TURQUIE ET SES HABITANTS AU POINT DE VUE MÉDICAL.

M. le docteur Rigler a publié à Vienne un ouvrage renfermant des observations recueillies à Constantinople sur la Turquie et ses habitants, considérées au point de vue de l'histoire naturelle, de la physiologie et de la pathologie (1).

Cette œuvre, fruit d'une expérience de neuf années, a tout le mérite de l'initiative et tout l'intérêt de l'actualité; cela seul suffirait déjà pour que son auteur eût droit à un juste tribut d'éloges et à la reconnaissance du corps médical. Mais, indépendamment de ce mérite, elle possède encore d'autres qualités estimables. Des aperçus exacts, des observations précises, une finesse de jugement et une profonde connaissance des mœurs et des habitudes des habitants, un examen attentif de tout ce qui se rattache aux sujets si divers et si bien traités par l'auteur, en font un ouvrage remarquable sous bien des rapports. A ces divers titres, nous avons pensé qu'une revue rapide et succincte des deux volumes qui composent cet ouvrage pourrait offrir de l'intérêt aux lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE.

Le premier volume de l'ouvrage de M. Rigler forme l'introduction à la partie médicale proprement dite, qui est traitée dans le second volume; il contient l'histoire naturelle de Constantinople et de ses environs, sa topographie, sa climatologie et l'histoire physiologique et morale de ses habitants.

On y trouve d'abord la description topographique du pays, sa position géographique, ses rivières, ses eaux, ses forêts, ses ressources en général.

L'eau potable manque absolument dans la ville; les puits que l'on y creuse fournissent une eau saumâtre et surchargée de sels, impropre aux usages domestiques. Le génie de l'homme a dû suppléer à ce défaut; dans la plupart des maisons, on construit des citernes destinées à recevoir les eaux pluviales; d'immenses réservoirs qui portent le nom de *bendt* ont été construits dans les villages boisés de Belgrade, et Baghtebékeny, au pied des montagnes qui forment les derniers chaînons des Balkans.

Le mauvais état des conduits qui déversent l'eau dans les réservoirs, et l'encombrement des *bendt*, ont été cause, dans ces dernières années, que l'eau a manqué dans la ville au point de constituer une véritable calamité publique. L'eau apportée de l'Asie et de quelques sources lointaines se payait très-cher, et le pauvre y suppléait par les eaux des puits et celles qu'il pouvait se procurer à moins de frais. M. Rigler fait observer que, malgré leur saveur agréable, les eaux des *bendt*, provenant en grande partie des pluies,

(1) DIE TURKEI UND DEREN BEWOHNER IN IHREN NATURHISTORISCHEN, PHYSIOLOGISCHEN UND PATHOLOGISCHEN VERHALTNISSEN, VOM STANDPUNCTE CONSTANTINOPELS GESCHILDERT; von dr LORENZ RIGLER, K. K. Professor derzeit Lehrer der Medie. Klinik an der Schute zu Constantinopel.— In zwei Banden, —Vien, 1852. — Verlag von C. Gerold.

avec intensité ; il y en a quelques cas à Varna, au Pirée et à Gallipoli. Nous n'avons pas de renseignements sur les autres camps occupés par l'armée franco-anglaise. Au Pirée les infirmiers militaires ont payé un fort tribut à la maladie. On ne nous dit rien de bien précis sur l'origine probable de la maladie ; on constate seulement qu'elle ne régnait pas dans le pays, quand un navire y a transporté des troupes qui, provenant de Marseille, avaient offert un nombre notable de cas à bord. Il faudrait établir rigoureusement les rapports qui existent entre l'arrivée de ce bâtiment et le développement de l'épidémie.

Dans la Baltique jusqu'à présent le choléra s'est à peu près concentré sur *l'Austerlitz*, et le reste de l'escadre française en a été à peu près exempt. *L'Austerlitz* a eu 200 hommes atteints et a compté 50 décès.

L'escadre anglaise a présenté une particularité fort curieuse : les navires à vapeur ont souffert du choléra, tandis que les bâtiments à voile n'en ont pas présenté de cas.

A Civita-Vecchia, en 1849, il y a eu 6 ou 8 cas de choléra dans la garnison française, mais l'épidémie s'est arrêtée là. Cette année, une influence cholérique s'était manifestée à Rome, mais elle a avorté, et l'épidémie de fièvres palustres qui semble intense et un peu hâtive cette année, a accaparé tout le règne pathologique.

Aux documents qui précèdent, nous ajouterons les suivants, tirés de l'Union médicale :

« D'après nos renseignements, cinq nouveaux départements auraient été envahis, ce sont : l'Eure-et-Loir, l'Indre, le Jura, l'Hérault et la Manche, ce qui porte à trente-quatre le nombre des départements où le choléra exerce plus ou moins de ravages.

» Plusieurs personnes nous ont demandé si l'épidémie régnait à Vichy, à Néris, à Plombières, dans les Pyrénées, etc. Les renseignements que nous avons pris nous permettent d'assurer que, jusqu'à ce jour, aucun cas de choléra ne s'est manifesté dans aucune localité d'eaux minérales.

» Les nouvelles de quelques départements sont affligeantes. Dans les Bouches-du-Rhône, 128 décès nouveaux avaient eu lieu du 21 au 22 juillet, et à cette époque ce département comptait déjà 1,450 victimes.

» Dans la Haute-Marne, le chiffre des décès s'élève à 2,024. La Meuse et la Côte-d'Or sont aussi fort maltraités. »

Félix Jacquot.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

NOTE SUR UN CAS DE DILATATION VARIQUEUSE DU RÉSEAU LYMPHATIQUE SUPERFICIEL DU DERME ; ÉMISSION VOLONTAIRE DE LYMPHE ; par M. Camille Desjardins (de l'île Maurice) ; lue à la Société de biologie de Paris, par le docteur Gubler, dans la séance du 13 mai 1854. — ANALYSE DE CETTE LYMPHE ET RÉFLEXIONS ; par le docteur Gubler, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc., etc., et M. Quévenne, pharmacien en chef de l'hôpital de la Charité.

(Suite. — Voir les nos 24 et 27.)

ANALYSE CHIMIQUE.

Jusqu'ici nous n'avons fait intervenir les réactifs qu'à titre de moyens complémentaires des études microscopiques. Il nous reste maintenant, pour faire connaître l'ensemble de nos recherches, à exposer les résultats de nos analyses chimiques proprement dites. Mais afin d'éclairer les physiologistes sur la valeur de ces résultats, nous aurons soin d'entrer dans quelques détails sur les procédés que nous avons mis en usage pour arriver à la détermination qualitative et quantitative des principes minéraux ou organiques de la lymphe.

Nous avons agi sur 30 grammes de liquide dont on avait séparé le caillot. Les premières opérations ont eu pour but de nous renseigner sur la présence des principales substances qui entrent dans la composition de la lymphe ; nous avons ensuite isolé ces combinaisons et déterminé exactement leur poids.

Action de l'éther. — Une portion de liquide est agitée dans un tube avec quatre volumes d'éther à 61° Baumé, et le mélange abandonné au repos. En peu d'instants il se rassemble au fond une couche aqueuse presque limpide ; celle-ci est surmontée par une couche intermédiaire demi-opaque, formant là une sorte de *septum* entre la couche aqueuse inférieure et une troisième couche, supérieure, constituée par l'éther. La couche aqueuse inférieure, comme le septum, examinée au microscope, ne laisse plus apercevoir le pointillé primitif qui se voyait dans la lymphe.

Ébullition. — Rend le liquide plus opaque. De plus, il s'élève à la surface et sur les parois du tube une sorte de coagulum écumeux peu abondant. Au microscope, on voit alors que la plupart des petits points noirs dont nous avons parlé, sous le nom de granulations moléculaires, sont devenus bien plus visibles.

Ébullition et acide acétique au 8e. — Coagulum floconneux abondant, baigné par une petite quantité de sérum presque limpide.

Alcool a 90° centigr., 4 vol. — Blanchit fortement le liquide, et y produit de suite des flocons restant très-divisés.

Acide nitrique. — Transforme le liquide en une bouillie blanche ; celle-ci, vue au microscope, se montre composée d'amas jaunâtres pointillés, comme pelliculeux. Un excès d'acide fluidifie le mélange, diminue beaucoup son opacité et le rend jaunâtre pâle.

Ammoniaque. — Diminue sensiblement l'opacité de la lymphe, sur-

---

contiennent peu de sels ; de là peut-être ces diarrhées si fréquentes chez les étrangers à leur arrivée dans le pays.

Tout le monde connait les eaux minérales et thermo-minérales de Brousse. Indépendamment de ces sources, il en existe d'autres moins connues : ce sont les thermes sulfureuses de *Yalova*, l'ancienne Hélénopolis des Grecs, située non loin de Constantinople. C'est à l'action bienfaisante de ces eaux que la sultane mère de l'empereur régnant Abdul-Médjid a dû la guérison d'un rhumatisme articulaire du genou dont elle était affectée ; la température moyenne de ces thermes est de 53 à 55°.

Il résulte de l'examen des tableaux climatologiques portant sur deux années seulement, temps évidemment trop court pour déterminer une moyenne positive, que la température moyenne de Constantinople, au mois d'avril, est de + 14°,4 Réaumur et + 9°,7 ; au mois de septembre, + 18°,5 Réaumur et +13°,5 R. La température la plus élevée a été observée en juillet (+ 21°,5 et + 21°), et en août (+ 23°,7 et + 19°,1). Les mois de janvier (+6° et + 9°,3) et de février (+ 6°,7 et + 4°,8) sont les plus froids. La comparaison de ces résultats avec ceux recueillis sur les côtes de l'Égypte, fait voir que la température de Constantinople en été est de beaucoup plus élevée que celle des côtes de l'Égypte, tandis que l'hiver présente une différence telle qu'on ne peut en attribuer uniquement la cause à la position plus septentrionale de Constantinople, comme on l'admet communément.

La température la plus élevée a coïncidé treize fois avec le vent du sud, deux fois avec le vent d'est et neuf fois avec le vent du nord. Le thermomètre, dans l'espace de ces deux ans, exposé au soleil, s'est rarement élevé à plus de 42° Réaumur.

La température la plus basse a coïncidé seize fois avec le vent du nord, cinq fois avec le vent d'est et trois fois avec le vent d'ouest.

Le baromètre ne s'élève, à Constantinople, que lorsque le vent du nord règne.

Pour s'approcher davantage de la vérité et avoir une moyenne plus positive, il aurait fallu faire porter les observations sur un espace de temps plus considérable. Nous avons nous-mêmes en effet constaté, depuis de longues années que nous habitons le pays, des étés plus chauds et des hivers beaucoup plus froids. Nous avons vu la chaleur de certains étés tellement violente, qu'outre une sécheresse générale, il en résultait des morts subites chez les individus qui s'exposaient trop longtemps aux ardeurs du soleil. Nous avons vu aussi des hivers tellement rigoureux, que le thermomètre restait durant plusieurs jours de suite à 5 et 6° Réaumur au-dessous de zéro, et descendait durant la nuit jusqu'à 12°. La mer se couvrait d'une couche de glace assez épaisse pour empêcher le passage des caïques ; les plantes qui résistent d'ordinaire, telles que le myrthe, le buis, etc., étaient *brûlées* par le froid.

On trouve dans la partie ethnologique des descriptions abrégées des différentes races et nations, des aperçus historiques sur leur origine, le tableau de leur caractère physique et moral, des études intéressantes sur leur croisement. M. Rigler a observé que le croisement entre un Turc de race caucasienne et une négresse, donne des enfants dont la ressemblance se rapproche plus de la mère que du père. Ceux-ci, unis à des filles du Caucase, donnent

tout si l'on considère le liquide en goutte; cependant, vu en masse, il conserve son aspect blanc laiteux : seulement, au microscope, on ne peut plus distinguer les fines granulations.

REPOS. — Une portion de lymphe étant abandonnée au repos pendant vingt-quatre heures, il se rassemble à la surface un *crémor* blanc mat, dans lequel le pointillé primitif est rendu plus apparent. Une petite portion de ce crémor, enlevée et traitée par l'éther, s'y dissout en presque totalité, et laisse seulement indissoute une trace qui, au microscope, se montre composée d'amas informes, d'aspect un peu pelliculeux dans certains points. Le liquide au-dessous duquel s'était formée la couche de crémor avait perdu de son opacité, tout en conservant cependant son aspect blanc laiteux.

SATURATION. — 1 gramme de lymphe a été additionné d'acide lactique sirupeux à 2 pour 100, jusqu'à ce qu'on soit arrivé au point de neutralité sur les deux papiers de tournesol; on a consommé, pour en arriver là, 0,37 de ce liquide acide (1).

Par le fait de cette saturation, la lymphe a pris une teinte qui avait quelque chose de plus blanc mat et de moins jaunâtre. Au microscope, on remarquait que l'aspect pointillé était devenu plus apparent.

Par un repos de vingt-quatre heures, cette lymphe a aussi laissé former à la surface un crémor blanc; mais le liquide sous-jacent est resté bien plus opaque que dans la lymphe non saturée. Agitée avec de l'éther, elle ne s'est point autant éclaircie, à beaucoup près, que la lymphe naturelle; le liquide aqueux, rassemblé au-dessous de la couche éthérée, a conservé un trouble sensible, dû à des flocons de consistance un peu gélatineuse, et qui offrent au microscope l'aspect de débris pelliculeux pointillés ou globulaires.

MÉLANGE AVEC SÉRUM DE SANG. — 1 volume de lymphe; 2 volumes de sérum de sang limpide (le même que celui dont il est parlé à l'article précédent).

La lymphe perd, par ce fait, une partie de son opacité, et cela dans une proportion que comporte une forte addition de liquide limpide.

Le mélange est abandonné au repos pendant vingt-quatre heures. Alors on trouve le liquide séparé en deux couches : l'une inférieure, presque aussi limpide que le sérum primitif, occupe environ les 6 septièmes de la masse de liquide; l'autre supérieure, opaque, d'aspect crémeux, en occupe 1 septième.

Cette crème, agitée avec de l'éther, s'y comporte comme celle qui avait été recueillie sur de la lymphe pure, c'est-à-dire qu'elle s'y dissout en presque totalité, laissant seulement quelques vestiges, qui se montrent au microscope avec la forme d'amas confus, jaune pâle, quelquefois d'aspect feuilleté, le tout plus apparent cependant qu'avec la lymphe pure.

ANALYSE DU CAILLOT.

FIBRINE. — Les deux flocons recueillis dans les 30 grammes de lymphe primitive ayant été réunis, on les a lavés dans un peu d'eau. Ils se sont ainsi partiellement décolorés, et se sont réduits en une petite masse s'étirant à la manière de la fibrine.

Celle-ci, desséchée jusqu'à poids constant, pesait 0gr.,017, soit 0,056 pour 100 grammes de liquide.

Nous avons négligé la petite proportion de matière colorante restante et de matière grasse; cet excédant de poids était au moins compensé par la soustraction de quelques parcelles du coagulum soumises à l'examen microscopique.

ANALYSE DE LA PARTIE LIQUIDE DE LA LYMPHE.

On prend :

20 gr. de lymphe séparée de son caillot; 60 gr. alcool à 90° 1/2 centésimaux.

On mélange et on laisse reposer pendant vingt-quatre heures.

Alors on trouve au fond du vase un dépôt blanc mat (composé des matières caséiforme et grasse), surnagé par un liquide paille limpide.

On décante sur un filtre taré; on y verse ensuite le dépôt lui-même, et on le lave avec 20 gr. d'alcool à 70° centésimaux.

Ce dépôt comprimé est détaché du filtre, égoutté et séché.

On le pulvérise alors finement, et on le traite à trois reprises par de l'éther bouillant.

Celui-ci évaporé, laisse pour résidu la matière grasse, sous forme d'une couche jaunâtre peu ferme. Cette matière grasse (1), desséchée à poids constant, pèse 0,0765, soit 0,382 1/2 p. 100.

La poudre ainsi épuisée par l'éther et constituant la matière caséiforme, est séchée de nouveau et amenée à poids constant : ce poids est de 0,855, soit 4,275 p. 100.

Le liquide hydroalcoolique au milieu duquel s'était formé le précipité de matières grasse et caséiforme est exposé au bain de vapeur, après y avoir ajouté l'alcool de lavage.

Le liquide, amené en consistance sirupeuse, est exposé à l'étuve; il laisse finalement pour résidu une couche extractive jaunâtre, sèche, qui, desséchée jusqu'à ce qu'elle ne perde plus de son poids par une exposition plus prolongée à l'étuve, pèse 0,26, soit 1,300 p. 100.

0,20 de matière caséiforme incinérés laissent un résidu salin blanc mat, un peu roux, pesant 0,004, dont la moitié (0,002 ou 1 centième de la matière) se compose de phosphate terreux insoluble, avec trace de fer (2), et l'autre moitié de sels solubles offrant une forte réaction alcaline (chlorure, phosphate et trace de carbonate sodiques).

La moitié du résidu hydro-alcoolique, incinérée, laisse une couche d'un blanc gris, pesant 0,073, soit 0,730 p. 100, composée de chlorure, phosphate et carbonate sodiques.

L'autre moitié de l'extrait hydroalcoolique, reprise par un peu d'eau, forme une solution trouble; celle-ci, versée sur un filtre, laisse écouler très-lentement un liquide paille qui, bouilli avec le réactif de Barreswil, indique une notable proportion de sucre.

(1) 1 gramme de sérum du sang d'un homme atteint de bronchite a exigé, pour être saturé de la même manière, 0,50 du même acide.

(1) La petite quantité que nous en avons recueillie ne nous a pas permis de rechercher à quelle espèce de corps gras nous avons eu affaire. Nous savons seulement que son point de fusion est analogue à celui du beurre de lait de femme.

(2) La matière caséeuse du lait renferme aussi une petite quantité de fer.

---

naissance à des enfants mulâtres; ce n'est qu'après plusieurs générations que le type caucasien se rétablit. Si le père est nègre et la mère blanche, le contraire a lieu; c'est le type caucasien qui prédomine et il ne tarde pas à reprendre le dessus. Il est rare, du reste, que des nègres s'unissent à des femmes blanches; les enfants qui naissent de ces unions ont peu d'aptitude à vivre. L'union des Turcs avec les Ethiopiens, les *Berbers*, les Abyssiniens suivent la même loi; les enfants issus de Turcs et d'Abyssiniens présentent un extérieur très-gracieux, et à la seconde génération ils assument le type espagnol ou portugais. L'union des blancs avec des femmes à peau foncée produit des enfants d'un physique fort et d'un esprit éveillé, pourvu toutefois que les parents jouissent d'une santé florissante. Les auteurs qui sont arrivés à des conclusions différentes n'ont pas assez tenu compte de cette dernière considération.

Les eunuques sont pour la plupart des nègres et des Abyssiniens; il y en a aussi de la race éthiopique et berbérique. On ne se borne pas à leur faire subir la castration, mais on leur enlève aussi le membre jusqu'à la symphyse pubienne.

La castration s'opère très-rarement à Constantinople; les eunuques viennent de l'Afrique et principalement du Darfour, pays situé à l'ouest de l'Abyssinie, où les membres de la famille régnante exercent cet art comme un privilége exclusif. L'opération a lieu dans les premières semaines de la vie de l'enfant; aussitôt terminée, ce dernier est enterré jusqu'au nombril dans du sable chaud, et il y reste durant quatre jours; sur 100 opérés, il en meurt de 50 à 60. M. le docteur Pruner observe, dans son ouvrage sur l'Égypte, qu'il faut distinguer parmi les eunuques deux constitutions : l'une chétive, au tempérament bilieux, et l'autre lymphatique, au tempérament phlegmatique. A la première appartiennent la plupart des Abyssiniens; à la seconde, les nègres, les Ethiopiens et les Berbers. Les eunuques conservent les caractères physiques de leur race, mais ils se distinguent par la petitesse de leur bas-ventre contrastant avec la longueur relative de leurs extrémités inférieures et supérieures. Il est difficile de fixer leur âge; on peut approximativement le déterminer par le nombre de plis de la peau et la perte du pigment en diverses parties du tronc. M. Pruner, qui a fait de nombreuses autopsies de nègres, dit que leur crâne est petit dans toutes ses dimensions, il se rétrécit en arrière et semble oblique; leur cerveau est peu développé; celui des eunuques surtout est plus petit et plus dur et les lobes antérieurs peu développés, relativement au reste de la masse cérébrale. Les eunuques transpirent moins que les autres nègres; ils ont une chevelure épaisse et touffue, tandis que le poil leur manque complétement sur le visage et sur le reste du corps; la digestion s'opère bien chez eux, taudis que les nègres entiers souffrent souvent de dyspepsies et de diarrhées. M. Rigler attribue cette dernière circonstance aux soins dont leurs maîtres les entourent; l'appareil de la mastication s'use généralement plus vite chez les eunuques que chez les nègres non châtrés.

Les eunuques manquent de cette verve et de cette expression qui constituent l'homme dans son état normal. Courbés, crochus, faibles d'esprit et de corps, ils végètent misérablement; leur seule jouissance consiste dans l'usage de la pipe et du café, dont l'abus, associé à leur vie sédentaire, leur oc-

RÉSULTAT DE L'ANALYSE DE LA LYMPHE, D'APRÈS CE QUI PRÉCÈDE.

	Pour 100 grammes.	
Fibrine	0,056	6,0t3
Matière grasse	0,382	
Matière caséiforme, contenant seulement 1 centième de son poids de phosphate terreux, avec traces de fer	4,275	
Extrait hydroalcoolique, contenant du sucre et ayant laissé par inciuération 0,730 d'un mélange salin composé de chlorure, phosphate et carbonate sodiques	1,300	
Eau	93,987	
	100,000	

Pendant l'impression de notre travail, l'occasion s'étant présentée d'extraire une dernière fois de la lymphe, nous en avons profité pour compléter autant que possible nos recherches sur la composition de cette humeur. Voici en quelques mots les résultats que nous avons obtenus.

LYMPHE DU 28 JUIN 1854.

Quantité extraite. . . . . 57 grammes.
Quantité analysée. . . . 50 —
Résultats rapportés à 100 grammes.

L'aspect de cette lymphe et ses propriétés sont généralement les mêmes que dans les cas précédents.

La partie séparée du caillot fibrineux, blanchâtre, laiteuse, portée à l'ébullition, produit pareillement une mousse écumeuse renfermant quelques flocons de matière coagulée, et lorsqu'on adjoint l'acide acétique à l'action de la chaleur, il se produit des flocons abondants.

RÉSULTAT DE LA SECONDE ANALYSE.

Fibrine	0,063	6,523
Matière grasse fusible à 39° C.	9,920	
Matière caséiforme	4,280	
Extrait hydroalcoolique, contenant du sucre au nombre de ses éléments	1,260	
Eau		93,477
		100,000

0,20 de la matière caséiforme ont laissé par incinération 0,003 d'un résidu salin blanc assez pur, dont 0,002 se composaient de phosphate terreux insoluble et 0,001 de sels solubles très-alcalins.

Une portion de l'extrait hydroalcoolique incinérée a laissé un résidu de sels solubles dans l'eau, dont le poids, rapporté aux 1,260 ci-dessus, était de 0,820.

La quantité de chlore contenue dans ce résidu était de 0,388.

Si l'on suppose que cette quantité fût tout entière à l'état de chlorure de sodium, cela correspondrait à 0,640 de ce sel.

Le reste de l'extrait hydroalcoolique a été consacré à la recherche du sucre.

La réaction caractéristique de celui-ci sur le liquide cuivré a été, comme dans la première analyse, on ne peut plus manifeste. Nous avons même essayé de le doser, mais il ne s'est point trouvé assez de produit pour achever l'expérience; seulement nous croyons pouvoir dire qu'il y en avait moins de 0,050 pour la totalité de l'extrait hydroalcoolique ci-dessus (1).

Les résultats ici obtenus sont donc presque tous les mêmes que dans la première analyse; il n'y a de différence marquée que pour la quantité de matière grasse, qui est près de trois fois plus considérable dans la deuxième. Sous ce rapport, c'est comme dans le lait, où l'élément essentiellement mobile, quant aux proportions, est aussi la matière grasse.

Le caillot fibrineux rosé retiré de cette lymphe, et bien égoutté comme il est dit ci-dessus, a été incinéré dans une très-petite capsule de porcelaine.

Le résidu consiste en une couche saline légèrement rousse par places.

Ce résidu, repris par 2 gouttes d'acide chlorhydrique et 2 gouttes d'eau, se dissout en donnant au liquide une couleur citron.

Cette solution offre les propriétés suivantes :

Sulfocyanure de potassium. — Couleur cerise pâle.

Cyanure ferrosopotassique. — Couleur vert pomme, sans précipité.

Solution de tannin. — Rien d'abord; mais quand on sature ensuite par du carbonate de soude, le liquide se colore en violet en même temps qu'il se trouble.

Ainsi la présence du fer est ici manifeste.

Nous ajouterons que rien, dans ces réactions, ne nous a fait soupçonner que la proportion du métal fût différente de ce qu'elle est dans les globules retirés du sang même.

L'action de l'éther sur la partie liquide de la lymphe montre bien que l'opacité de celle-ci est due presque tout entière à la présence des granulations de matière grasse que le microscope nous a déjà fait reconnaître, et qui constituent ce fin grésillé ou pointillé dont nous avons parlé plusieurs fois. Si le sérum ne devient pas alors tout à fait limpide, cela dépend sans doute de ce qu'il tient encore en suspension quelques-uns des globules blancs ou rouges qui contribuent, dans une certaine mesure, à l'opacité de la lymphe. Peut-être aussi la matière protéique, sur laquelle nous allons revenir, existe-t-elle en partie à l'état de molécules solides, comme cela se voit pour le caséum dans le lait. En tout cas, il est probable que le crémor, qui est formé essentiellement de matière grasse, renferme néanmoins un peu de corpuscules albuminoïdes.

L'ébullition indique qu'il y a dans ce liquide une trace de matière protéique pouvant être rapportée à l'albumine; mais il semble que la

(1) Nous aurions voulu soumettre la matière qui réduit l'oxyde de cuivre à l'épreuve décisive de la fermentation; mais nous n'avions pas assez de lymphe pour cela. Aussi, tout en admettant la présence du sucre comme extrêmement probable, nous sommes forcés de convenir qu'elle n'est pas au-dessus de toute contestation. Dans tous les cas, on voudra bien remarquer que la présence du sucre n'a pas été autrement démontrée dans une foule de circonstances, et particulièrement dans les liquides d'apparence laiteuse, dont nous parlerons plus loin.

casionne souvent des emphysèmes pulmonaires. Les eunuques portent toujours des bandages destinés à les préserver des souillures de l'urine, dont l'émission suit de très-près le sentiment du besoin; l'évacuation a lieu goutte à goutte. Les sensations sexuelles ne paraissent pas leur être tout à fait inconnues : ils parlent parfois même de pollutions. Le chef des eunuques du palais impérial possède un harem et sa position est celle d'un des plus hauts fonctionnaires. Le prix d'un eunuque est de 250 à 600 fr. Il existe aussi des eunuques blancs, privés par la nature en partie ou en totalité des organes de la génération : les Turcs ne les emploient jamais au service intérieur de leurs harems, car ils conservent presque toujours un rudiment de membre viril, et les exemples de descente tardive des testicules dans les bourses ne sont pas rares.

Les Turcs font une grande consommation d'ail, d'oignons, de poivre, de piment, de beurre, de miel, de sucre et de citrons; ils aiment une cuisine grasse, et à cet effet ils ajoutent du beurre à tous leurs mets; ils ne mangent jamais que de la viande de mouton; la viande de brebis et de mouton à grosse queue (caraman) cause la diarrhée, ce qui, joint à l'odeur désagréable qui la caractérise, la leur fait soigneusement éviter. Ils consomment également en grande quantité le riz; le *pilof*, riz au beurre, fait immanquablement la clôture de tous leurs repas.

Le *Ramazan*, ou carême des Turcs, dure un mois; à cette époque, ils sont obligés de s'abstenir durant tout le jour, depuis le lever jusqu'au coucher du soleil, de toute espèce de nourriture, toute boisson leur est défendue aussi bien que la pipe et les rapports sexuels; mais ils s'en dédommagent bien durant la nuit, pendant laquelle ils se livrent à tous les excès de la table et des plaisirs. Les malades sont exemptés du jeûne, mais leur religion les oblige à les pratiquer en tout autre temps de l'année pour tout le nombre de jours qu'ils y ont manqué. Nous devons ajouter que les femmes ne jeûnent que vingt jours durant le Ramazan, à cause de la menstruation; elles sont tenues à faire le reste dans le courant de l'année.

Les Grecs et les Arméniens observent leur carême avec beaucoup de rigueur, ils ne font usage que de légumes cuits à l'eau, de poissons salés, de moules et d'huîtres; ils ne peuvent pas manger d'huile ni de poisson frais; comme les juifs ils remplacent le beurre par l'huile de sésame.

Les Turcs ne sont pas gourmands de leur nature, mais ils sont souvent gloutons; de sorte que, considérant d'une part leur gloutonnerie, de l'autre le genre de mets auxquels ils donnent leur prédilection, tels que le riz, le pain, les légumes et le beurre, choses qui rendent indispensable l'emploi des assaisonnements, on comprendra aisément que cette nourriture, pauvre d'azote, jointe à leur vie inactive et à leur caractère phlegmatique, les prédispose à l'embonpoint et à l'obésité. Les Arméniens, dont les habitudes se rapprochent le plus de celles des Turcs, nous offrent une grande similitude avec ces derniers.

La nourriture des Grecs diffère un peu de celle des Turcs; ils font un usage fréquent de poissons salés, d'olives, de fromage, de caviar et d'huile. L'agilité et l'activité qui les distinguent nous expliquent leur manque d'embonpoint : les Grecs font, en général, un abus excessif de boissons alcooliques et surtout d'eau-de-vie; la longueur et la fréquence de leurs jeûnes portent

plus grande partie doive être attribuée au caséum, puisqu'elle ne s'est coagulée que sous l'influence de la chaleur, aidée d'un acide.

Et cependant telle n'est pas la conclusion que nous croyons pouvoir tirer définitivement.

En effet, cette matière protéique, isolée par l'analyse, n'a fourni par incinération qu'un centième de son poids de phosphates terreux, tandis que nous n'avons jamais vu de caséum, retiré d'un liquide alcalin ou neutre, qui en ait fourni moins de 3 à 5 centièmes. La fibrine et l'albumine, au contraire, ne nous en ont jamais fourni plus d'un centième, et quelquefois moins.

De plus, les phosphates terreux fournis par l'incinération du vrai caséum sont à peine alcalins ou même pas du tout au papier réactif, tandis que celui dont nous parlons ici contenait un mélange de sels alcalins qui ont dû en être séparés.

Nous pensons donc, d'après cela, que la matière ici examinée doit être rapportée à l'albumine, ou plutôt à l'une de ses modifications.

Si l'on compare les caractères de la lymphe fournie par la dame X. à ceux de la lymphe humaine décrite par les auteurs classiques, on sera tenté de croire que ce sont deux liquides d'une nature différente. Celui que M. Camille Desjardins nous a fourni l'occasion d'étudier ressemble, au premier abord, beaucoup plus à du chyle dont il a l'opacité et l'aspect laiteux qu'à de la lymphe proprement dite, qu'on nous représente comme étant ordinairement limpide ou très-légérement opaline. Cependant la lecture attentive de l'observation placée en tête de ce travail ne permet aucun doute sur l'origine réelle de ce liquide évidemment contenu dans le système lymphatique. Et comme ce système ne présente ici d'autre altération qu'une dilatation de ses vaisseaux, il est infiniment probable que la lymphe qu'il charrie est aussi normale que peut l'être le sang en circulation dans des veines variqueuses.

A la vérité, cette dilatation, ainsi que la direction rétrograde du courant, implique l'existence d'un obstacle placé au-dessus des ampoules inguinales. Dès lors on peut se demander si cet empêchement mécanique n'est pas situé dans le ventre et s'il n'est pas disposé de telle sorte que, s'opposant à la fois à la progression du chyle et de la lymphe, il se fasse au-dessous de lui un mélange de ces deux humeurs. Mais, pour que cela fût, il faudrait que l'obstacle eût son siége au delà des ganglions mésentériques, sur le trajet ou dans le voisinage des gros troncs lymphatiques qui apportent leur tribut au réservoir de Pecquet. Il devrait exister par conséquent une dilatation presque générale des chylifères et des lymphatiques des membres abdominaux. Or c'est ce qui n'a pas lieu, puisque la lésion vasculaire dont il s'agit est restreinte à une partie seulement de la cuisse gauche. Tout indique, au contraire, que l'obstruction ne remonte pas même jusqu'aux ganglions iliaques externes, et qu'elle porte sur quelques-uns des ganglions de l'aine ou sur leurs vaisseaux efférents.

Dans cette supposition, nous comprenons que les choses se passent de la manière suivante:

La lymphe amenée par les lymphatiques superficiels et profonds du membre inférieur, rencontrant un obstacle, distend ses vaisseaux et cherche une voie détournée pour rejoindre les ganglions plus rapprochés du canal thoracique. Les lymphatiques profonds soutenus par les muscles résistent à l'ampliation; les lymphatiques sous-cutanés se laissent, au contraire, dilater, ainsi que les réseaux dont ils proviennent et même les réseaux des régions voisines, par suite des anastomoses. Bientôt ces canaux élargis suffisent au passage de la lymphe qui aurait dû gagner directement les ganglions iliaques et qui, trouvant ailleurs une issue, va désormais, par un trajet rétrograde, se rendre dans les ganglions pelviens en traversant les régions périnéale et fessière. Alors, la stase n'existant plus, la dilatation passive n'a plus de raison d'être; il reste seulement cette ampliation active de certains canaux supplémentaires qui sont parcourus par un courant liquide plus abondant. C'est ce qui explique l'absence de toute lésion apparente du système lymphatique dans toute l'étendue de la jambe et dans la partie inférieure de la cuisse chez la dame X...

Le même mécanisme rend également compte de plusieurs autres particularités constatées par nous et consignées dans l'observation de M. Desjardins : à savoir, la possibilité d'intercepter le cours de la lymphe dans les varicosités sus-dermiques en comprimant la cuisse entre ces vésicules et les grosses ampoules, ou d'activer son écoulement en comprimant les ampoules elles-mêmes. En effet, la lymphe parcourant les vaisseaux superficiels et profonds du membre, suit sa direction régulière et afflue comme toujours dans les gros vaisseaux afférents des ganglions inguinaux. Jusque-là rien n'est changé. Mais arrivée en ce point, elle est arrêtée par les ganglions devenus, par hypothèse, imperméables, s'accumule dans les renflements ampullaires des gros lymphatiques comme dans des réservoirs; puis, se détournant de sa route habituelle, elle s'échappe par des voies collatérales en sens inverse de son cours naturel.

La conclusion à tirer de tout cela, c'est que la lymphe soumise à notre étude était exempte de mélange avec le chyle, aussi bien que de toute autre altération, et que nous sommes en conséquence autorisés à la donner comme type de l'état normal.

On ne pourra donc plus dire, avec Müller, « que la liqueur incolore du sang est en quelque sorte la lymphe de ce liquide, » ni soutenir « que la lymphe est du sang sans corpuscules rouges (1); » car la lymphe, dans l'espèce humaine du moins, n'est ni limpide ni incolore, et les globules sanguins en font partie intégrante au même titre que les globules blancs appartiennent au sang.

L'erreur dans laquelle on est tombé à cet égard provient sans doute de ce qu'on a eu presque toujours en vue la lymphe de certains animaux inférieurs ou, dans quelques cas rares, de la lymphe humaine altérée. Telle était probablement celle qui s'écoulait de ces fistules dites lymphatiques, sur la nature desquelles M. le professeur Bérard conserve encore des doutes (2).

La graisse fait également partie constituante du contenu des vaisseaux lymphatiques, et nous avons vu qu'elle y existe parfois en forte proportion (3).

Quand on réfléchit à l'origine de la lymphe, on a lieu d'être surpris qu'elle ne se soit pas montrée plus souvent opaque que ne le disent les auteurs. En effet, ce liquide n'est qu'une sorte de chyle formé aux dé-

(1) MAN. DE PHYSIOL., trad. franç. par Jourdan, éd. de Littré, t. I, p. 118.
(2) COURS DE PHYS., t. II, p. 776.
(3) Toutefois cette proportion est généralement inférieure à celle du chyle.

---

le trouble dans leurs digestions : on attribue à la grande consommation de poissons la fécondité de leurs femmes.

Le Turc se marie très-jeune, d'ordinaire à l'âge de seize à dix-huit ans, souvent même à quinze ans; la femme de onze à vingt ans et au delà; ceux qui ne peuvent, pour un motif quelconque, contracter le mariage se livrent parfois de bonne heure à l'onanisme et à la pédérastie, vices très-communs dans ce pays. Aussi, la syphilis se rencontre très-souvent dans des siéges qui devraient lui rester inconnus.

Les garçons publics qui exercent ce métier infâme et dégradant appartiennent à différentes nations: il y a beaucoup de Turcs, d'Arméniens et de Juifs, mais la plupart sont Grecs, richement vêtus d'une sorte de robe et de belles pelisses, les cheveux longs et flottants sur leurs épaules, ils font l'office de chanteurs et de danseurs dans les fêtes de famille (circoncision, noces, etc.). La plupart des garçons de café, de taverne et de bains publics, se livrent à cet ignoble commerce. L'union illégitime des deux sexes est plus rare que parmi les chrétiens; l'isolement dans lequel vivent les femmes en est peut-être une des causes. Pour les grossesses incommodes, les Turcs ont recours sans scrupule aux abortifs. La séduction d'une fille est suivie du mariage. En Albanie, elle donne motif à une haine mortelle, et c'est dans le sang que l'Albanais lave son déshonneur si le mariage ne s'effectue pas. L'adultère était jadis puni de mort; le sultan actuel, mû par des sentiments plus humains, a transformé cette peine en exil. Quiconque est surpris en flagrant délit avec des filles de joie turques en est quitte pour une rançon ou une correction manuelle.

Le Turc aime passionnément ses enfants et ne les expose jamais; mais s'agit-il de prévenir ou d'interrompre la grossesse, les femmes sont moins scrupuleuses et n'ont aucune répugnance à se faire avorter : des sages-femmes juives, grecques et arméniennes leur prêtent assistance en pareil cas. La législation actuelle réprouve et punit sévèrement de pareils méfaits.

C'est à tort qu'on s'imaginerait que les femmes turques sont condamnées à une reclusion et à un esclavage perpétuels. On les rencontre dans les rues, soit en voiture, soit à pied, réunies en groupes; elles sont rarement seules : les femmes de distinction sont accompagnées d'un nègre ou d'un domestique; elles entrent dans les magasins pour y faire des achats, elles se visitent entre elles. Les filles de joie turques qui abondent, parcourent les rues seules ou accompagnées d'une négresse; elles sont sans retenue aucune et sans le moindre masque de pudeur. Sous le règne du sultan Mahmoud, les femmes en général avaient pris tant de libertés qu'on fut contraint de ne les laisser sortir qu'accompagnées de vieux domestiques, qui devaient les ramener chez elles une heure avant le coucher du soleil. Ordre fut également donné aux patrons des boutiques de n'employer que des commis âgés.

La polygamie est beaucoup plus rare chez les Turcs qu'on ne le croit généralement en Europe. La jalousie naturelle des femmes exige leur séparation, dans des lieux différents, chose incompatible avec un état de fortune médiocre. L'usage des aphrodisiaques est très-répandu.

L'obstacle à la libre respiration qu'occasionne le voile, l'oisiveté de la vie du harem, la presque nudité du sein, les divers moyens employés pour provoquer les règles, pour supprimer les fleurs blanches, pour amener la gros-

pens du corps de l'animal lui-même, c'est donc un chyle provenant de matières azotées et *graisseuses* (1) ; seulement la proportion de graisse qu'il renferme doit être faible chez les sujets maigres et forte chez ceux qui ont de l'embonpoint et son opacité doit varier suivant les mêmes circonstances. Ainsi l'on peut s'attendre à trouver la lymphe généralement un peu moins opaque chez l'homme que chez la femme; elle sera plus séreuse chez les individus qui gagnent en poids que chez ceux qui maigrissent, soit que l'amaigrissement résulte d'un état maladif ou d'une nourriture insuffisante. L'alimentation elle-même ne saurait être sans influence sur la composition de la lymphe. Quand, après un repas copieux dans lequel les matières grasses sont entrées pour une bonne part, le sérum du sang est devenu laiteux, il est impossible, quel que soit le mode de communication existant entre les systèmes lymphatique et sanguin, de ne pas admettre que la lymphe participe à cette exubérance momentanée de principes gras. Ajoutons que cette source de matières grasses sera d'autant moins considérable que l'activité respiratoire entraînera plus rapidement ces matériaux combustibles. En un mot, l'opacité de la lymphe comme celle du chyle doit être proportionnelle à la quantité plus ou moins considérable de matières grasses que les réseaux lymphatiques absorbent dans les tissus ou puisent dans le sang, et sous ce rapport les différences individuelles ou accidentelles seraient peut-être plus tranchées que celles qui dérivent de l'espèce ou de la classe à laquelle l'animal appartient. On peut même prévoir que dans l'état de jeûne prolongé la lymphe des herbivores deviendrait identique à celle des carnivores, toutes choses étant égales d'ailleurs (2).

L'un des faits les plus importants sur lesquels nous ayons à insister ici est assurément la présence constante d'une quantité considérable de globules hématiques, qui jusqu'à nous avaient été refusés à la lymphe ou considérés comme accidentels (3). Or, dans le cas dont M. G. Desjardins a retracé l'histoire, aucune circonstance ne peut faire penser à l'introduction accidentelle du sang dans le fluide extrait des lymphatiques. Ainsi que l'a fait remarquer cet observateur attentif, les renflements vésiculeux du réseau superficiel de la cuisse sont véritablement sous-épidermiques; d'ailleurs les parois de ces espèces de vésicules sont minces, pellucides, sans apparence de vascularisation rouge et leur piqûre ne détermine pas le moindre écoulement de sang capable de souiller la lymphe. D'où nous inférons que celle-ci renferme normalement des globules hématiques, et qu'il n'est pas besoin du reflux du sang de la veine cave, invoqué par MM. Gruby et Delafond après Th. Bartholin, pour rendre compte de la coloration rose du liquide mixte contenu dans le canal thoracique (4).

(1) A moins que la graisse ne soit pas assujettie à ce mouvement de composition et de décomposition qui entraîne dans un tourbillon continu toutes les molécules des corps vivants.

(2) Les mêmes remarques s'appliquent au chyle dont l'aspect laiteux peut être obtenu aussi bien par l'ingestion de graines oléagineuses que de viandes chargées de tissu adipeux : il n'y a donc aucune différence essentielle entre le chyle des herbivores et celui des carnivores.

(3) Hewson avait pourtant reconnu des globules hématiques dans la lymphe rouge de la rate.

(4) M. P. Bérard (COURS DE PHYS., t. II, p. 755) a déjà combattu cette interprétation.

C'est évidemment à la présence de ces corpuscules que la lymphe doit ses nuances jaune, rougeâtre ou vermillon; c'est sans doute aussi à la même cause qu'il faut attribuer les teintes analogues offertes par le chyle. Les travaux chimiques d'Elsner, d'Emmert, de Vauquelin, de Tiedemann et Gmelin, et surtout les observations de Schmidt, Schultz, Gurlt, Valentin et Emmert, qui y ont vu des globules du sang, avaient rendu cette opinion vraie en ce qui regarde le chyle; le microscope l'a rigoureusement établie, dans le cas actuel, en ce qui concerne la lymphe; nous espérons donc que nos recherches contribueront à juger définitivement cette question délicate à laquelle M. le professeur Bérard a cru devoir consacrer d'assez longs développements en raison des graves difficultés dont elle était encore entourée (1).

Nous en dirons autant de cette discussion soulevée par Haller sur l'existence du fer dans le chyle et qu'on pourrait être tenté de reproduire à propos de la lymphe. Il suffit d'avoir démontré que ces liquides renferment des globules sanguins pour qu'il soit constant qu'ils recèlent en même temps du fer, car le fer est un élément constitutif tellement indispensable à la matière colorante rouge du sang que nous aurions pu en admettre la présence dans notre lymphe sans l'y avoir démontrée chimiquement. Mais, ainsi qu'on l'a vu plus haut (2), nous avons recherché par des procédés très-sensibles la présence du fer dans le caillot rouge, et nous l'y avons constatée d'une manière indubitable.

Non-seulement la lymphe renferme une quantité considérable de globules sanguins, mais ces corpuscules y présentent des modifications singulières sur lesquelles nous reviendrons plus tard.

Les particularités relatives aux globules blancs trouvent ici leur place Nous rappellerons que, contrairement aux observations de la plupart des auteurs, la très-grande majorité de ces globules offrait un diamètre moitié moindre que celui qu'on leur assigne généralement et ne paraissait pas avoir une paroi cellulaire distincte. Ce sont ces petits globules qui sont les vrais corpuscules de la lymphe pour Schultz et probablement aussi pour Müller. Leur abondance nous porterait à leur accorder la même valeur. Au reste, ces corpuscules pourraient bien n'être qu'un premier état des globules volumineux analogues aux globules blancs du sang qui portent plus généralement la dénomination de globules propres de la lymphe (3). Ceux-ci ne nous ont jamais présenté les dimensions énormes notées par certains auteurs qui, comme Henle, les ont vus acquérir un diamètre double de celui des globules sanguins; leurs noyaux ne se sont pas montrés divisés en plusieurs lobes; enfin nous n'avons pas remarqué, au moins dans la lymphe récente, ces petites masses décrites aussi par Henle qui seraient des noyaux sans cellules unis par deux ou trois, en sorte qu'une semblable disposition nous parait entièrement fortuite et due tout simplement à l'agglutination de certains éléments après la coagulation.

Notre analyse chimique diffère aussi sous plusieurs rapports de celles qui sont consignées dans les livres. Ces différences portent principalement sur la matière grasse, la substance albuminoïde et la fibrine.

(1) COURS DE PHYSIOL., 17e, 18e et 19e livr., 1850.

(2) A l'occasion de la deuxième analyse.

(3) Ce point sera discuté dans une autre partie de ce travail.

sesse ou produire l'avortement, le mariage trop précoce, expliquent pourquoi la femme turque est sitôt flétrie, usée, pourquoi elle est si sujette à la chlorose, à l'hystérie, aux scrofules et à toutes sortes de maladies utérines. Le cancer de la matrice est rare, celui du sein est plus fréquent; les maladies du système osseux sont aussi très-fréquentes parmi les femmes turques.

Il est de fait, et c'est une vérité aujourd'hui bien connue, que la femme, dans tous les pays, parvient à un âge beaucoup plus avancé que l'homme; nulle part ce phénomène n'est plus frappant qu'en Orient. Les femmes âgées y sont prédisposées à l'embonpoint.

La plupart des mères allaitent leurs enfants, et souvent pendant deux ans; pour la troisième année, il faut une permission spéciale du magistrat, institution très-sage, vu que, d'ordinaire, la conception ne peut pas avoir lieu pendant l'époque de l'allaitement.

Les femmes qui nourrissent trop longtemps sont souvent affectées d'albuminurie. On n'a pas encore senti le besoin d'établir une maison d'accouchement à Constantinople. Les enfants nouveau-nés sont fortement emmaillotés; il en résulte que les muscles acquièrent un développement lent et imparfait. La mauvaise habitude qu'ont les mères d'attacher au périnée du nouveau-né un paquet de linge qu'elles renouvellent rarement; l'inaction habituelle des personnes de la classe supérieure, qui, pour éviter la moindre fatigue, se transportent d'un endroit à l'autre, soit en voiture, soit en *caïque*, soit à cheval; leur manière de rester assises toute la journée sur un sofa, les jambes croisées sous leurs cuisses, rendent leurs membres difformes et leur démarche extrêmement disgracieuse.

Contrairement à l'opinion des différents auteurs qui ont écrit sur l'Orient, M. Rigler prétend que le chiffre de la population turque va en augmentant; il ajoute cependant que cet accroissement est comparativement moins rapide que chez les *rayas*, sujets ottomans chrétiens, et par la bonne raison que les charges du service militaire pèsent exclusivement sur les Turcs. Depuis peu de temps seulement, les Grecs et les Arméniens ont été enrôlés pour le service de la marine. Parmi les motifs de cette progression plus lente, il faut aussi compter la polygamie, la défense sévère des unions illégitimes, l'onanisme, la sodomie, les avortements provoqués, l'abus du tabac, du café, de l'eau-de-vie, les bains chauds, etc.

On sait à quel point est porté l'abus des narcotiques chez les Orientaux : le *hachich*, en turc *esrar*, feuilles desséchées du *canabis indica*, semble avoir été employé jadis par les chirurgiens du pays comme moyen anesthésique, de même que nous employons aujourd'hui l'éther et le chloroforme.

Les derviches arabes (sorte de moines) s'en servent dans un autre but : ils se vantent de posséder le pouvoir de faire obtenir à chacun la réalisation de ses désirs pour l'espace de vingt-quatre heures. Leur secret consiste dans l'administration du *hachich*.

L'action physiologique de l'*esrar* est la même sur tout le monde, en ce sens qu'elle excite le cerveau et développe au plus haut degré les facultés naturelles de chaque individu. Tel, triste et morose de sa nature, devient de mauvaise humeur, pleure, gémit et se livre au plus violent désespoir; tel autre, de naturel gai et jovial, se sent comme détaché des liens de la terre, savoure les sensations les plus délicieuses et tombe dans une extase contemplative,

Tandis que nous avons obtenu une première fois 0,382 et en dernier lieu 0,920 de graisse sur 100 parties de lymphe, Marchand et Colberg n'en ont trouvé que 0,264, Rees en signale seulement des traces et Gmelin ne l'indique pas du tout. Dans notre cas, la proportion de matière albumineuse s'élève de 4,275 à 4,280; elle est presque une fois plus faible dans celui de Gmelin (2,750); dans le fait de Rees, en réunissant les trois substances qu'il désigne sous les noms de matière albumineuse et de matières animales extractives solubles dans l'eau et l'alcool ou dans l'eau seulement, on ne trouve pour chiffre total que 2,759; enfin Marchand et Colberg n'en accordent que la dixième partie de la quantité extraite par nous, ou environ la dixième partie de celle qui a été trouvée par les autres expérimentateurs (1). En revanche, les chimistes de Halle comptent jusqu'à 0,520 de fibrine, c'est-à-dire près de dix fois autant que nos recherches nous en ont fait rencontrer dans le même poids de lymphe. Or, bien que les chiffres donnés par Rees (0,120) et surtout par Gmelin (0,250) s'éloignent beaucoup moins que le nôtre de l'évaluation de Marchand et Colberg, nous ne pouvons nous défendre de penser que l'analyse de ces derniers savants est entachée d'erreur (2). D'une part, nous ne comprenons guère que la lymphe soit si pauvre en albumine, et d'autre part il nous semble peu probable qu'elle renferme une proportion de fibrine supérieure à celle qui est normale dans le sang. La faible quantité de lymphe sur laquelle Marchand et Colberg ont dû opérer (puisque d'après Henle (3) ils n'en auraient pu recueillir qu'un gramme et demi dans l'espace de vingt-quatre heures) expliquerait suffisamment l'inexactitude de quelques-uns de leurs résultats. Au reste, nous ne sommes pas les premiers à faire ces réflexions qui s'étaient aussi présentées à l'esprit du plus grand chimiste suédois, de l'illustre Berzélius.

Notre analyse révèle dans la lymphe un principe immédiat dont l'existence n'avait pas encore été signalée dans cette humeur, à savoir : une espèce de sucre. Est-ce à du sucre de lait ou bien à du sucre de diabètes que nous avons eu affaire? C'est ce que nous ne pouvons pas savoir, attendu que nous avons dû nous contenter de la réaction ordinaire des matières sucrées sur les sels de bioxyde de cuivre (4).

(1) En y ajoutant l'osmazone, soit 0,312, on n'obtiendrait encore que 0,746 de matières albuminoïdes.

(2) D'ailleurs il est permis de se demander si Gmelin et Rees, qui ne soupçonnaient pas la présence d'une grande quantité de globules emprisonnés dans le réseau fibrineux, ont pris la précaution de laver le caillot, et s'ils ont eu, comme nous, le soin de le dessécher jusqu'à poids constant.

(3) *Loco cit.*, p. 445.

(4) Nous avons eu le soin de dire précédemment qu'à la rigueur cette réaction n'est pas même suffisante à démontrer sans réplique la présence d'un sucre, bien qu'elle la rende très-probable.

(*La suite au prochain numéro.*)

MALADIES SEPTIQUES.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR L'INOCULATION DE LA PUSTULE MALIGNE SUR LES ANIMAUX; par M. MAUNOURY, chirurgien de l'hôpital de Chartres.

L'étude des maladies septiques fournira un jour des documents précieux pour la pathologie comparée.

Ces maladies septiques peuvent se diviser en trois grandes classes, d'après leur mode de transmission :

1° Les *maladies contagieuses*, celles qui se propagent par contagion d'un individu à un autre individu de même espèce ou d'espèce différente, et ont pour agent de transmission une substance solide ou liquide appelée *virus* : telles sont la rage, la vaccine, la syphilis, etc. elles sont primitivement locales, et affectent consécutivement l'économie générale;

2° Les *maladies infectieuses*, celles qui se propagent par infection et ont pour agent de transmission une substance volatile appelée *miasme* : tels sont le typhus, le choléra, la fièvre palustre, la fièvre jaune, etc.; elles sont primitivement internes, et quelquefois se manifestent consécutivement par des éruptions cutanées;

3° Les *maladies mixtes*, qui se propagent par contagion ou par infection; elles ont pour agent de transmission un principe soit virulent, soit miasmatique : telles sont les maladies charbonneuses. Tantôt elles sont primitivement locales et affectent consécutivement l'état général; tantôt elles sont primitivement internes, et se manifestent consécutivement par une pustule ou tumeur extérieure.

D'après les nombreuses expériences d'inoculation faites par l'Association médicale d'Eure-et-Loir sur les maladies charbonneuses et l'examen des lésions cadavériques, il est maintenant reconnu que la pustule maligne de l'homme, le sang de rate du mouton, la maladie charbonneuse du cheval et de la vache, sont transmissibles et inoculables d'une espèce animale à une autre espèce, et par conséquent qu'elles sont de nature identique.

Il est également prouvé que la pustule maligne et le charbon de l'homme ne sont qu'une même maladie, ayant pour agent essentiel un principe septique identique. La pustule maligne de l'homme, excisée et transportée dans le tissu cellulaire d'un mouton, détermine immédiatement une maladie charbonneuse chez ce mouton, et réciproquement, le dépouillement ou le travail des peaux de moutons morts du sang de rate développent souvent la pustule maligne ou le charbon chez les bergers et les corroyeurs.

Bien qu'il y ait identité de principe morbide dans la pustule maligne ou charbon de l'homme, on désigne sous deux dénominations différentes le principe septique de la maladie charbonneuse : 1° suivant qu'il est sous forme liquide ou solide; 2° suivant qu'il est sous forme gazeuse. Dans le premier cas, on l'appelle virus charbonneux, dans le second cas, on l'appelle miasme charbonneux.

Le virus charbonneux s'applique à l'extérieur de la peau ou à l'entrée des ouvertures naturelles, telles que le nez, l'œil, la bouche, etc. Le miasme charbonneux, au contraire, pénètre dans les organes de la respiration au laboratoire même du sang.

---

an milieu des rêves les plus doux.

L'*esrar* est un aphrodisiaque très-usité en Orient; les personnes qui ont fait plusieurs fois usage de ce narcotique (1) assurent qu'après une dose modérée, elles éprouvent d'abord un sentiment pénible et désagréable qui s'empare de leur esprit et jette une teinte très-sombre sur leurs idées les plus gaies. Elles ont des hallucinations et un trouble particulier de la vision; telle partie de leur corps, comme le nez, la bouche, leur apparait sous une augmentation de volume quelquefois extraordinaire. Si la dose est trop forte, elles accusent des vertiges, un tremblement dans tous leurs membres, de la photopsie, de la gêne dans la respiration; la température du corps est plus élevée; il y a accélération du pouls, ténesme, et une sueur légère couvre la peau; puis l'anesthésie devient complète pour le corps et l'esprit. Le réveil est pénible; la tête devient lourde; l'ouïe et la vue sont confuses; elles deviennent stupides et éprouvent une ardeur inextinguible dans le pharynx et le larynx, de la formication et un grand anéantissement du système musculaire. Les excrétions ont lieu normalement, mais l'appétit diminue. Les effets consécutifs du *hachich* ne sont pourtant pas aussi nuisibles que ceux de l'opium, dont les suites sont beaucoup plus graves, surtout lorsqu'on le fume mêlé avec le tabac. Le *hachich* est employé de différentes manières : en poudre, à la dose d'un *scrupule*; la poudre se mêle d'ordinaire au tabac : elle est composée des feuilles et des sommités du chanvre indien desséchées, sous forme d'électuaire (couvet madjoun). La composition de l'électuaire varie suivant le caprice du fabricant; ordinairement c'est la poudre, unie à de l'opium, de la noix vomique, des cantharides, du poivre rouge, des girofles et de la canelle. Les personnes riches y ajoutent du musc et de l'ambre gris. Mêlé au beurre frais et à l'huile, le *hachich* entre dans la confection de différents mets. L'extrait alcoolique se dissout aisément dans les huiles éthérées, et surtout dans l'huile de cajeput. On reconnait sa pureté à la couleur vert d'émeraude qu'il laisse sur le papier blanc, tandis que l'extrait falsifié laisse des taches brunes. Uni a l'alcool, il forme la teinture de *hachich*. La résine qui suinte des feuilles, connue sous le nom de *charrus*, est aussi usitée. Il est très-difficile de s'en procurer à Constantinople. La masse à laquelle les Turcs donnent le nom

(1) Un individu auquel on administra, à son insu, une forte dose d'*esrar*, fut pris tout d'un coup de phénomènes très-curieux. Une espèce d'enivrement se manifesta d'abord, et tous les objets environnants lui paraissaient microscopiques; lui-même se croyait plus petit qu'un rat, et cherchait avec fureur à se blottir dans une jarre de la capacité de 6 litres. Appelé auprès de son chef pour affaire de service, il accabla d'injures ce dernier et se serait porté à des voies de fait envers lui, s'il n'eût été retenu. Il conservait encore cependant quelques-unes de ses facultés : il entendait la voix de ceux qui l'entouraient, et se montrait sensible aux reproches qui lui étaient adressés. Sur l'ordre de son maître d'écrire une lettre, il prit du papier et y traça des lignes et des chiffres incompréhensibles, croyant bien écrire. Cet état dura environ six heures. Après un sommeil lourd et agité de quelques heures, il recouvra ses sens; mais il était abattu, brisé, accusait une violente céphalalgie. Il ne se remit complétement qu'au bout de huit jours.

Si la pustule maligne est primitive, c'est-à-dire si elle résulte de l'inoculation ou du contact du virus charbonneux sur la peau, c'est une maladie charbonneuse produite par *contagion*.

Si la pustule maligne est consécutive, c'est-à-dire l'effet de l'altération du sang par le miasme charbonneux, c'est une maladie charbonneuse par *infection*.

Le virus est à la contagion ce que le miasme est à l'infection : le virus implique la contagion; le miasme implique l'infection. La pustule maligne est donc une lésion primitive, externe, locale, où est déposé et fermente le virus charbonneux qui doit propager l'infection générale. Dans certains cas, elle n'est que consécutive à l'infection générale résultant de l'introduction du miasme charbonneux dans l'économie par les voies respiratoires et digestives.

Dans la pustule maligne primitive résultant de l'imprégnation du virus charbonneux, le bouton, plus ou moins volumineux, s'accompagne ordinairement d'une infiltration du tissu cellulaire, d'une inflammation des vaisseaux et des ganglions lymphatiques. La marche de la maladie est plus lente; les symptômes généraux sont rares, le pronostic moins grave, et le traitement est presque toujours efficace.

C'est dans cette pustule maligne primitive que les médecins emploient, l'un des sangsues, l'autre des cataplasmes; ici des frictions mercurielles, là des cautérisations avec le nitrate d'argent; la plupart des caustiques énergiques, soit actuels, soit potentiels, et tous comptent de nombreux succès par leur méthode.

Au contraire, la pustule maligne consécutive à l'infection générale, produite par le miasme charbonneux, s'accompagne de symptômes généraux dès le début : c'est cette espèce qui, par son apparence bénigne et sa marche rapide, met souvent en défaut le chirurgien; car le traitement le plus énergique est presque toujours inefficace.

Quelquefois il est difficile de préciser si la pustule maligne est primitive ou consécutive; l'observation suivante, si remarquable au point de vue médico-légal, est un exemple de cette difficulté dans le diagnostic.

AUTOPSIE JUDICIAIRE D'UN ENFANT MORT D'UNE AFFECTION CHARBONNEUSE.

Obs. — Un enfant naturel âgé de 11 ans meurt chez son beau-père, le vendredi 23 juillet 1852, à six heures du matin, dans le hameau de Mesliers, commune d'Illiers, sans avoir été visité par un médecin, sans avoir pris de médicaments. Il est enterré vingt-sept heures après le décès.

Bientôt on apprend que cet enfant avait eu des vomissements continuels la veille de sa mort. On sait qu'il était maltraité par sa mère et par son beau-père; on soupçonne un empoisonnement. Un procès-verbal est dressé. La justice nous requiert, M. Galopin et moi, pour rechercher les causes de la mort de cet enfant. Voici le résultat de l'autopsie cinquante-trois heures après l'inhumation et quatre-vingts heures après la mort.

État extérieur. — Les membres présentent encore une rigidité cadavérique légère; la peau de la face, du cou et de la tête est violacée; il s'écoule des narines et de la bouche du sang noirâtre; le ventre est distendu par des gaz et des liquides. Sur la peau de la poitrine et des membres supérieurs et inférieurs, nous remarquons de larges arborisations d'un rouge violacé. Ces arborisations indiquent le trajet des veines sous-cutanées, et sont le résultat de la transsudation du sang veineux à travers les parois des vaisseaux.

Il n'existe aucune trace de contusion sur le corps; seulement, à la région antérieure du côté gauche de la poitrine, à 4 centimètres du mamelon, on aperçoit cinq éraillures parallèles à l'axe longitudinal du corps. Elles n'intéressent que l'épiderme; elles paraissent avoir été produites par la pointe d'une épingle qui aurait légèrement labouré la peau dans une longueur de 15 centimètres.

A la face antérieure du bras droit, à 3 centimètres au-dessus du pli du coude, notre attention est attirée par la présence d'une tumeur d'un rouge violacé, du volume d'un pois, d'un centimètre de diamètre environ. Cette tumeur est éraillée et comme chagrinée à sa surface; elle est aplatie dans son milieu et bien circonscrite. Autour d'elle, la peau ne présente ni aréole rougeâtre, ni tuméfaction, ni infiltration. En l'incisant avec le scalpel, on sent que son tissu est induré et ecchymotique. La main et l'avant-bras n'offrent pas de gonflement; les vaisseaux lymphatiques et les ganglions axillaires ne sont ni tuméfiés ni enflammés; les veines céphalique et basilique sont gorgées d'un sang noir et liquide.

Tête. — Il n'existe ni contusion ni épanchement sanguin sous la peau, ni fracture des os du crâne, ni épanchement, soit de sang, soit de sérosité, à la surface ou dans l'intérieur du cerveau; seulement les sinus de la dure-mère et les veines qui rampent à la surface du cerveau étaient gonflés par un sang liquide et noirâtre.

Poitrine. — Les poumons ne sont pas adhérents aux côtes. Nous ne remarquons aucune ecchymose à leur surface; ils sont remplis de gaz, et n'offrent aucune trace d'inflammation ni de stase sanguine. Les bronches laissent suinter une écume légèrement sanguinolente.

Il n'existe pas de sérosité appréciable dans le péricarde. Le cœur a son volume naturel. Les cavités droites contiennent une petite cuillerée de sang liquide; les cavités gauches sont vides. La membrane interne du cœur et des gros vaisseaux qui en émanent présente une coloration violacée bien uniforme. Le raclage avec le dos du scalpel, le lavage sous un filet d'eau, ne peuvent faire disparaître cette coloration; elle est cadavérique, et résulte de l'imbibition de la membrane interne par le sang noirâtre qui remplit les vaisseaux. Cette coloration violacée se remarque surtout dans les maladies qui ont pour cause une altération du sang.

Abdomen. — A l'ouverture de la cavité abdominale, il s'écoule deux litres environ de sérosité sanguinolente. Le péritoine n'est pas enflammé. La masse intestinale est légèrement distendue par des gaz. On aperçoit à la surface extérieure de la portion moyenne de l'intestin grêle quelques plaques d'un rouge violacé.

L'estomac ne présente à l'extérieur qu'une coloration légèrement rouge vers son grand cul-de-sac; sa cavité contient 90 grammes environ d'un liquide rougeâtre. Sa membrane muqueuse est d'une coloration et d'une consistance normales. Au niveau du petit cul-de-sac, à 2 centimètres du pylore, on remarque une ecchymose de la largeur d'une pièce de 50 centimes. Cette plaque ecchymotique est légèrement saillante; elle a son siége dans le tissu même de la muqueuse, qui est dénudée à cet endroit de son épithélium. Après avoir incisé les intestins dans toute leur longueur, notre attention a surtout été frappée par la présence de quatre petites tumeurs du volume d'un pois environ, assez dures au toucher, ulcérées à leur sommet et recouvertes d'une pseudomembrane molle et grisâtre. Ces tumeurs, de forme pustuleuse, avaient leur siége dans la membrane muqueuse, probablement dans les glandes de Brunner; elles étaient le centre d'une aréole inflammatoire qui avait 2 centimètres d'étendue. Les plaques rouges que nous avions observées à la surface interne de l'intestin correspondaient à ces petites tumeurs. Toutes existaient dans le jéjunum; elles étaient distantes l'une de l'autre de 20 centimètres environ.

Les vaisseaux lymphatiques et les ganglions mésentériques correspondant à ces fistules ne sont pas enflammés, les follicules de Peyer n'offrent également ni inflammation ni tuméfaction.

Le gros intestin est sain; le rectum est rempli de matières fécales solides.

Le foie a son volume et sa consistance naturels; à l'incision de son tissu, il

---

spécial de *hachich* renferme, outre du chanvre indien, plusieurs autres ingrédients encore peu connus. Réduite en poudre, on la mêle au tabac à fumer. Les antidotes de ce poison, d'après M. Rigler, sont les acides végétaux (1).

Les Turcs ne commencent à devenir opiophages que lorsque les boissons alcooliques, même à des doses énormes, ne produisent plus sur eux l'effet désiré; ils débutent par quelques grains d'opium *in lacrymis* et arrivent graduellement à prendre jusqu'à deux *scrupules* par jour sans inconvénient grave; ils prennent jusqu'à deux et trois drachmes d'opium de qualité inférieure dans les vingt-quatre heures (2).

Ils s'y habituent au point de ne pouvoir entreprendre aucun travail s'ils n'avalent, le matin, la dose devenue nécessaire. L'usage prolongé de ce poison amène un amaigrissement général, le teint devient jaunâtre, pâle, les yeux sont enfoncés dans les orbites et entourés d'un cercle foncé, le corps est courbé, la langue continuellement chargée d'un épais enduit blanc, l'appétit est nul, le foie et la rate sont enflés, le ventre est ballonné, la constipation est opiniâtre, l'urine est rare et trouble, la puissance génératrice s'éteint; la peau est aride et flasque, le pouls rare et petit; tous les sens sont affaiblis, il y a perte de la mémoire, paresse et indolence, insensibilité pour l'ambition et pour tout sentiment généreux, tel que l'amour et l'amitié. L'opiophage (en turc tériaky) est mélancolique hors de l'influence du poison et dissolu dans l'extase, qualités qui sont très-estimées en Orient et font rechercher leur société. Ils aiment la pipe, le café et les potions sucrées; ils prennent peu de nourriture et préfèrent généralement les végétaux à la viande. Leur existence est un rêve continuel, un assoupissement interrompu par des intervalles pendant lesquels ils se livrent aux jouissances de la pipe et du café. Leur sommeil est pénible, agité et souvent interrompu : les suites naturelles et ordinaires de l'abus de l'opium sont un état de marasme accompagné d'hydropisie et d'un tremblement choréiforme.

L'habitude finit par rendre l'économie insensible aux doses les plus fortes d'opium, c'est alors que les opiophages lui associent le sublimé corrosif, d'un grain ils arrivent à la dose énorme d'une demi-drachme, une drachme par jour; ils assurent que le sublimé possède déjà par lui-même la propriété d'exciter les esprits vitaux, mais qu'uni à l'opium, il concourt à fixer l'action narcotique de ce dernier. M. Rigler n'a jamais vu avaler le sublimé seul; il a connu un homme, âgé de 44 ans, qui en avalait un scrupule mêlé à 70 grains

(1) Un officier turc ayant avalé une dose trop forte de l'électuaire de chanvre (*hachich* madjounou), offrit tous les symptômes d'une manie furieuse, tels que grave agitation, loquacité, yeux hagards, désirs incessants et efforts pour fuir, circulation accélérée, tremblement musculaire et des vomissements réitérés.

(2) J'ai connu un soldat turc qui avalait jusqu'à quatre drachmes d'opium à la fois; il le recueillait lui-même sur les têtes de pavots. A part les symptômes ordinaires, il n'éprouvait aucune incommodité grave. Il était encore à son début, ne s'étant livré à ce vice que depuis un an seulement.

s'écoule un peu de sang des vaisseaux; on doit le considérer comme sain; il n'en est pas de même de la rate, elle a un volume triple de son volume naturel; sa surface est noirâtre, molle au toucher; son tissu est réduit en bouillie semblable à du résiné; le raclage avec le dos du scalpel le détache de sa trame fibreuse avec une grande facilité. (L'enfant n'avait jamais eu de fièvre intermittente.)

Les reins ont leur volume naturel; leur tissu est violacé au niveau de la substance mamelonnée.

La vessie est très-petite, rétractée sur elle-même, vide d'urine; sa membrane muqueuse est blanche et n'offre aucune trace d'inflammation.

En présence de ces lésions cadavériques, nous nous informons immédiatement s'il n'y avait pas dans la commune une épizootie charbonneuse, et nous apprenons que le beau-père de l'enfant perdait depuis quinze jours beaucoup de moutons du sang de rate, et que le malheureux enfant était chargé de les dépouiller.

CONCLUSIONS.

La mort de L. Simon n'est pas le fait de violence;

Elle est le résultat d'une affection charbonneuse.

Nous basons notre opinion :

1° Sur la profession de l'enfant;

2° Sur l'existence d'une épizootie de sang de rate dans la ferme;

3° Sur la présence d'une pustule au bras droit;

4° Sur l'état sanguinolent de l'écume bronchique;

5° Sur la coloration particulière de la membrane interne du cœur et des gros vaisseaux;

6° Sur la quantité de sérosité sanguinolente dans la cavité abdominale;

7° Sur la présence de pustules dans l'intestin jéjunum;

8° Sur la diffluence et la coloration noirâtre du sang;

9° Enfin, sur le volume et le ramollissement considérable de a rate.

Après avoir éclairé la justice, il nous restait à compléter cette observation par des expériences d'inoculation.

Nous inoculâmes un mouton, un cheval et un âne avec la bouillie de la rate de l'enfant.

INOCULATION DU MOUTON. — Deux incisions de 1 centimètre d'étendue sont pratiquées à la région des aines, une à droite et l'autre à gauche; on introduit dans ces deux plaies la matière sirupeuse de la rate; l'une de ces incisions est fermée au moyen d'une suture entortillée, l'autre est laissée béante; deux piqûres avec la lancette imprégnée de la même matière sont pratiquées sur la peau qui recouvre la base de la queue.

Les jours qui ont suivi l'inoculation, le mouton n'a présenté aucun phénomène morbide; il ne survint pas de tuméfaction autour des plaies, et l'opération a été négative.

INOCULATION DU CHEVAL. — Cheval entier, dans un bon état de santé; son abandon est dû à une luxation ancienne de la rotule.

Une incision de 2 centimètres d'étendue est pratiquée le 28 juillet au plat de la cuisse gauche près de la veine saphène; la peau étant décollée, nous glissons dans la poche qui résulte de ce décollement un morceau de rate de la grosseur d'une noisette; la plaie est fermée au moyen d'une suture entortillée; trois inoculations sont pratiquées avec la lancette, une à chaque ouverture nasale, sur la membrane muqueuse, la troisième au pourtour de l'œil gauche. Le cheval meurt dans la nuit du 29 au 30 juillet, quarante heures environ après l'inoculation.

INOCULATION DE L'ANE. — Une incision de 2 centimètres est pratiquée sur un âne hors d'âge, à l'ars gauche, un morceau de rate de la grosseur d'une noisette est introduit dans la plaie.

Deux piqûres ont été faites au pourtour de l'œil gauche, avec une lancette imprégnée de houillie splénique; quarante heures après, il était survenu au poitrail un énorme gonflement; alors le maître de l'établissement chez qui ces opérations avaient été faites, voyant, le 30 juillet au matin, le cheval mort et l'âne sur le point de succomber, envoie à notre insu, et par un malentendu déplorable, les deux animaux à l'établissement d'équarrissage, de sorte qu'il nous a été impossible, à notre grand regret, d'en faire l'autopsie et d'examiner par comparaison les lésions cadavériques.

Bien que nous n'ayons pas les preuves anatomiques de la cause de la mort de ces deux derniers animaux, nous ne doutons pas, d'après les nombreuses expériences qui avaient été faites précédemment, que la mort du cheval et l'*avant-cœur* de l'âne ne soient dus à l'inoculation du charbon.

Ce qui nous paraît inexplicable, c'est l'innocuité de l'inoculation sur le mouton; ce fait de résultat négatif est très-rare.

Du reste, les questions relatives à l'inoculation des maladies charbonneuses sont encore peu connues; c'est par des inoculations successives et répétées de plusieurs manières que les vétérinaires et les médecins pourront approfondir ces questions.

Nous avons voulu seulement apporter aujourd'hui à la science l'autopsie complète et détaillée d'un individu mort du charbon; nous espérons fournir plus tard quelques résultats précis d'inoculation dans les différentes maladies septiques.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE SUR QUELQUES MODIFICATIONS APPORTÉES AU TRAITEMENT DU CHOLÉRA PAR LA STRYCHNINE; communiquée par le docteur ABEILLE.

Depuis que nous avons adressé à l'Académie des sciences une note sommaire sur notre méthode de traitement du choléra par la strychnine, appuyé du résultat de notre clinique, un certain nombre de confrères de Paris nous ont suivi dans cette voie. Un professeur de la Faculté de médecine aurait eu, dans sa clinique à l'Hôtel-Dieu, si nous sommes bien informé, des résultats au moins égaux aux nôtres.

Avec la propagation de l'épidémie dans certains départements, il est hors de doute que nos confrères de province voudront essayer cette nouvelle méthode qui se présente avec d'aussi sérieuses garanties de succès. Dans cette prevision, et en attendant que nous puissions lire devant l'Académie notre travail complet basé sur un nombre considérable d'observations, ce qui n'est retardé que par une contre-expérimentation officielle, qui se fait en ce moment et qui laisse pressentir à peu près les mêmes résultats, nous croyons devoir appeler l'attention sur quelques modifications que nous avons fait subir à notre méthode. Chacun sait qu'au moment où nous écrivions à l'Académie, nous n'avions employé la strychnine que dans les cas de choléra algide. C'est sur des cas de même nature que se fait en ce moment la contre-expérimentation.

d'opium, avec un plaisir extrême; cet homme n'avait cessé de se bien porter depuis cette époque. Ils parviennent cependant avec le temps à pouvoir avaler impunément le sublimé seul. On rapporte plusieurs anecdotes sur ce sujet. Nous citerons ici un fait curieux dont l'authenticité est garantie.

Un Turc d'environ 48 ans se présenta chez un droguiste juif, dans le quartier de *Mahumet-Pacha*, à Constantinople, et demanda à acheter plusieurs drachmes de sublimé en morceaux. Contestant la bonne qualité du médicament, et pour épouvanter le juif, il avala en sa présence une drachme qu'il avait tait peser séparément. Le juif terrifié, prévoyant les conséquences d'une mort inévitable, dont il serait accusé, ferma son magasin et alla se cacher. Au bout de quelques jours, le Turc passant dans la même rue, vit le magasin fermé, et prenant en pitié le malheureux juif, engagea ses camarades à le rassurer et à le rappeler. Ce fait est curieux, c'est à la chimie à nous en donner l'explication; peut-être l'opium parvient-il à décomposer le sublimé, ou bien la muqueuse de l'estomac subit-elle successivement un degré de métamorphose qui la met à l'abri de l'action corrosive de ce poison métallique.

L'abus du tabac et du café rend phlegmatique et détermine des catarrhes chroniques, l'emphysème pulmonaire (surtout lorsqu'on fait usage du narghilé). La langue des fumeurs est toujours chargée et pâteuse, la digestion est troublée, les déjections alvines sont rares et irrégulières, les dents se gâtent, et sans doute aussi faut-il faire la part de cet abus dans l'impuissance que l'on rencontre si fréquemment.

L'usage des boissons alcooliques est aussi très-répandu en Orient. Le raki (eau-de-vie) est généralement préféré, car il est moins proscrit par la loi religieuse que le vin. Il est tiré du raisin, des pruneaux, du blé, des poires; on y ajoute des substances aromatiques et résineuses, telles que l'anis, la canelle, les girofles, les roses, l'écorce d'orange amère et le mastic; et, chose digne de remarque, malgré l'abus presque incroyable des liqueurs alcooliques, le delirium tremens s'observe très-rarement. M. Rigler suppose que cette rareté est due aux substances dont on fabrique l'eau-de-vie; on ne la tire jamais des patates. Les affections calculeuses, la pierre dans la vessie sont très-rares, de même que les affections arthritiques, on rencontre plus souvent la blennorrhée de la vessie et les maladies du cœur avec albuminurie. La puissance génitale se ressent aussi de l'abus de l'eau-de-vie : les enfants des buveurs sont sujets au rachitisme; l'obésité, les catarrhes, l'œdème du poumon, l'emphysème, les tubercules pulmonaires, la cirrhose du foie s'observent chez les buveurs aussi fréquemment ici qu'ailleurs. La maladie de Bright, comme affection primitive est plus rare.

Dr HUBSCH.

Dr MUHLIG.

(La suite prochainement.)

— Par décision de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, M. le docteur Homolle a été envoyé en mission dans le département des Vosges, envahi par le choléra.

Dans cet état d'algidité, la circulation et les fonctions d'hématose sont profondément atteintes, les malades sont menacés d'asphyxie. Le sang est alors à son maximum d'altération ; le sérum est diminué dans une fort grande proportion, et les globules sont portés relativement à un chiffre très-élevé. La fibrine elle-même, quoique ne variant point en quantité, a perdu de sa cohésion ; elle est plus diffluente. Avec de semblables conditions du sang, la circulation, déjà si gravement atteinte, devient impossible dans les capillaires qui se trouvent gorgés par le tassement des globules rouges ; les organes principaux de la vie sont hyperhémiés passivement.

Supposons un instant que, dans cet état de choses, un agent médicamenteux, la strychnine par exemple, ait la puissance de stimuler l'action du cœur, d'imprimer une certaine activité à la circulation ; que doit-il arriver?

Du moment que l'impulsion augmente, cet organe lance dans un moment donné une plus grande quantité de sang dans l'arbre circulatoire. Avec les conditions que nous connaissons à ce liquide, le premier effet de ce surcroît d'activité du cœur est de pousser dans les capillaires qui ne peuvent se désemplir, une nouvelle quantité de globules qui viennent se tasser derrière ceux qui les gorgent déjà. Cette accumulation de globules continuant, il peut y avoir rupture des capillaires par suite de la pression, et cela précisément dans les organes où ces capillaires trouvent dans les tissus qui les entourent une faible résistance, dans les poumons, par exemple.

Si la déchirure s'effectue, on a des foyers apoplectiques, et ces foyers sont un mal sans remède en raison de leur multiplicité. Alors le médicament qui est si précieux par son action sur la circulation, peut devenir funeste aux malades. Nous avons dû chercher à éviter cet écueil.

Lors donc que nous donnons la strychnine dans la période algide, nous nous hâtons de faire un vide dans la circulation capillaire. La saignée générale est impuissante pour atteindre ce but, puisqu'on n'obtient pas de sang par la veine.

Nous faisons appliquer 30 à 40 sangsues, suivant la force des sujets, à la base de la poitrine sur les points correspondants aux bases des poumons. A mesure que, sous l'influence de la strychnine, la circulation se rétablit et qu'il se montre de la réaction, nous réitérons l'application de sangsues, nous ouvrons même alors la veine pour vider en partie les vaisseaux et donner plus de liberté au cours du sang. Un peu plus tard nous faisons plonger les malades dans un bain chaud avec la précaution de leur tenir de la glace ou de l'eau sur la tête. L'action du bain, dans ce cas, facilite la circulation autant par l'imbibition des tissus, par la pénétration de l'eau dans le sang, par voie d'endosmose que par l'élévation de la température cutanée.

Ces deux points nous ont paru de la plus grande importance, et nous les signalons. On s'abuserait étrangement si l'on pensait que la strychnine n'a d'action que dans la période algide, qu'elle ne tend qu'à relever la circulation affaissée.

Ce n'est pas dans ces cas désespérés que, consciencieusement, nous avons dû la donner d'abord ; ce n'est que dans ces cas que la contre-expérimentation officielle se fait en ce moment, et il le fallait pour prouver sa valeur. Mais elle a une propriété bien autre et que nous prouverons facilement plus tard dans notre travail.

Ainsi, dans le choléra non algide, où la chaleur est encore conservée, où la circulation se fait assez librement, qui se caractérise par les selles et les vomissements blancs, les crampes, un léger degré de cyanose, la suspension de la sécrétion urinaire, dans ces cas, la strychnine fait diminuer rapidement tous ces symptômes, et son action est bien autrement prompte et décisive.

Dans quelques cas de ce genre, nous n'avons donné que la strychnine et les boissons chaudes, et les malades qui ont guéri dans les cinq sixièmes des cas sont arrivés promptement à la convalescence.

Ce médicament nous a paru ne pas produire moins d'effet chez les femmes que chez les hommes et sur les enfants que sur les adultes. Nous n'avons eu que fort peu de ces malades à traiter.

Dans notre pratique civile, nous avons tout récemment administré la strychnine à deux femmes arrivées à l'état algide. L'une, 58, rue de la Pépinière, est entrée promptement en réaction sous son influence, et est arrivée à une convalescence franche au cinquième jour. L'autre, 29, rue de la Bienfaisance, éprouvait au bout de vingt-quatre heures un commencement bien tranché de réaction, lorsque, chose incroyable à énoncer, elle a été soumise à un traitement dicté par une somnambule ; elle a succombé. Chez un jeune garçon de 12 ans, 43, rue de la Bourse, arrivé à l'algidité, la strychnine a entraîné la réaction complète en trente-six heures. Cet enfant est entré en convalescence au quatrième jour.

Tels sont les seuls malades que nous ayons eu à traiter dans la pratique civile. En somme, nous croyons que nous sommes sur la voie d'un traitement qui obtiendra dans le choléra autant de succès que nous en obtenons dans certaines maladies graves par des traitements devenus classiques. La fièvre paludéenne a un spécifique incontesté dans le sulfate de quinine. Cependant ce médicament ne guérit qu'une fois sur cinq quand on a affaire à des accès pernicieux algides. Dans le choléra algide, la strychnine donne des résultats supérieurs. Qu'on vienne nous contester le progrès !

Depuis qu'il a été nettement établi que le choléra est précédé de diarrhée dans l'immense majorité des cas, son traitement est devenu plus simple, plus facile. On a fait de cette diarrhée un prodrome de la maladie ; nous disons que c'est son premier symptôme, sa première manifestation. M. Jules Guérin est l'auteur qui a le plus insisté sur le phénomène diarrhéique de début et qui en a le mieux tracé le traitement. Il est tellement vrai que la diarrhée précède presque toujours les autres symptômes, que sur 46 cas que nous avons observés avec une très-grande rigueur, la diarrhée s'est montrée 44 fois d'un à quinze jours avant le développement des autres phénomène cholériques. Nous estimions que le traitement préconisé par M. Guérin dans cette première manifestation de la maladie, la diarrhée, est très-rationnel et fournit d'excellents résultats.

Purger ou faire vomir les malades alors, autant pour expulser de l'économie les principes infectieux qui ont été absorbés que pour arrêter le dévoiement, comme dans toutes les autres diarrhées qui ne traduisent qu'un trouble de fonctions, calmer ensuite par l'opium la trop grande excitation intestinale, c'est de la plus rigoureuse logique, c'est du gros bon sens.

Cette manière de procéder empêche bien souvent et sans contredit, la maladie d'arriver à un plus haut degré. Quand avec ou sans ce traitement les phénomènes cholériques éclatent, la strychnine administrée aussitôt les modifie avantageusement et avec rapidité, parce qu'elle agit sur le système le premier atteint (les nerfs sensitifs).

Si les malades sont arrivés à la période algide, le même médicament suscite une réaction plus ou moins prononcée, 19 fois sur 23, et procure la guérison 10 fois sur 24, résultat bien supérieur à celui que donne le sulfate de quinine dans les accès pernicieux algides.

La strychnine doit donc être administrée à l'état de sulfate dans 60 grammes de solution de gomme à la dose de 0,015 à 0,03 en quatre heures par quart de la potion.

Pour empêcher que les malades la rejettent par le vomissement, il est important de leur faire avaler un morceau de glace après. S'ils ne vomissent pas pendant dix minutes, le médicament a eu le temps d'être absorbé ; s'ils vomissent de suite, il ne faut pas craindre de répéter la dose.

Les doses indiquées du médicament sont répétées le matin et le soir.

Quand le pouls et la chaleur reparaissent, il faut diminuer et ne plus donner qu'une dose par jour et s'arrêter définitivement dès que la réaction est rétablie.

Il reste à continuer les boissons chaudes et à surveiller les malades pour combattre les phénomènes typhiques qui ne se montrent que trop souvent dans le choléra, pendant la période de réaction. Ces phénomènes qui se traduisent par une tendance au sommeil, le coma, sont le résultat de l'hyperhémie cérébrale, d'abord passive, puis active sous l'influence de la réaction. Chacun sait la manière dont il convient de les attaquer.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

(Suite.)

IV. IL FILIATRE SEBEZIO.

Les livraisons du second semestre de 1853 renferment les travaux originaux suivants : 1° *Moyens d'améliorer l'atmosphère de San-Germano*; par M. Zarleuga. 2° *Produits des eaux mères du fulminate de mercure*; par M. Balestrieri. 3° *Moyens faciles pour connaître les vins falsifiés*; par M. Ranieri. 4° *Nouvelle propriété du chlorure d'argent*; par le même. 5° *Usage de la strychnine dans les paralysies de la moelle épinière*; par M. Lambert. 6° *Sur la préparation du sesquichlorure de fer liquide*; par M. Ranieri. 7° *Sur les principaux remèdes contre la phthisie pulmonaire*; par M. Mammi. 8° *Capsules d'éther sulfurique dans le vomissement chronique*; par M. Galante. 9° *Principes*

fondamentaux de bionomie; par M. Piccirilli. 10° *Singulier cas de grossesse extra-utérine*; par M. de Renzi. 11° *Sur l'action médicale en rapport avec les phénomènes subjectifs et objectifs de l'organisme*; par M. Marisi. 12° *Anévrisme à la suite d'une plaie de l'artère acromiale gauche guéri par la compression*; par M. di Rocco. (Il s'agit d'un anévrisme primitif datant de quinze jours, donnant des hémorrhagies graves, malgré les moyens employés, chez un sujet épuisé. Plusieurs médecins réunis avaient décidé l'amputation du membre, lorsque M. di Rocco imagina de former, avec une petite planchette et le compresseur de Petit, un appareil de compression portant sur deux points opposés du membre seulement, et qui eut un plein succès.) 13° *Cas d'hydropisie avec type d'intermittence*; par M. Sanioli. 14° *Anévrisme traumatique de l'artère musculaire superficielle guéri par l'emploi du froid et des styptiques*; par M. Masciangio.

GUÉRISON D'UNE PARALYSIE PAR LA STRYCHNINE; par M. LAMBERT.

L'emploi de la strychnine dans les paralysies est une conquête de la thérapeutique moderne. A ce titre, l'observation suivante présente un grand intérêt, et mérite de prendre place parmi les faits déjà connus de paralysies améliorées ou guéries par la strychnine.

OBS. — Femme de 35 ans, mère de cinq filles et d'un garçon, tempérament nerveux, bien réglée, sujette à quelques crises d'hystérie, consulta M. Lambert, en juillet 1848, pour une paralysie du sentiment et du mouvement des membres inférieurs datant de cinq ans, et compliquée de paroxysmes tétaniques et épileptiformes.

En 1843, après des affections morales et environ un mois après la mort de son fils, elle éprouva des douleurs de tête atroces qui se propageaient le long de la colonne vertébrale; fièvre intense, lipothymies. (Traitement antiphlogistique énergique : 75 saignées générales; 40 saignées locales, de 20 à 25 sangsues chaque, à la tête, à l'épigastre, à l'anus.)

Au quatrième mois de la maladie, après que les souffrances étaient plus ou moins diminuées, elle accusa à la région lombaire et à l'épigastre des douleurs semblables à celles du part. En effet, pendant une lipothymie qui dura une heure et demie, elle accoucha d'un fœtus mort de 7 mois, bien développé et sans que personne eût soupçonné cette grossesse. La malade resta entre la vie et la mort, privée de sentiment pendant quatre jours, durant lesquels les lochies furent normales. Le cinquième jour elle revint à elle, ayant entièrement perdu le sentiment et le mouvement des membres inférieurs. Elle ne sent plus le besoin d'uriner; rétention d'urine; constipation.

De 1843 à 1848, époque où M. Lambert la vit pour la première fois, cet état persista; des attaques semblables à celle précédemment décrite revenaient à des intervalles plus ou moins longs. Entre elles la malade éprouvait des accès de fièvre intermittente et d'autres phénomènes périodiques, tels que battements de cœur, toux sèche.

En juillet 1848, M. Lambert constata les symptômes suivants :

Opisthotonos tellement rigide que le corps de la malade peut se soulever comme d'une seule pièce; l'épine est douloureuse en quelques points, et le plus léger mouvement musculaire augmente la douleur. Quand elle pouvait parler, elle accusait de temps en temps un fourmillement aux jambes et une douleur s'irradiant le long de la colonne vertébrale. Photophobie extrême avec resserrement spasmodique des paupières, et le moindre bruit lui causait dans la tête des douleurs atroces; trismus intense; dysphagie; tremblement général; peau brûlante, couverte de sueurs; pouls dur, fort; respiration haute, difficile, avec immobilité des côtes; fortes palpitations; quintes de toux fréquentes; anurie depuis cinq jours, constipation depuis six. Les membres paralysés étaient un peu contracturés, absolument sans mouvement ni sentiment; ils étaient atrophiés et froids jusqu'à l'aine, comme ceux d'un cadavre, malgré la vive chaleur des autres parties du corps.

En passant, dit l'auteur, une éponge chargée d'eau chaude sur la colonne vertébrale, je notai une sensibilité normale jusqu'à la sixième vertèbre cervicale, et de ce point une insensibilité complète jusqu'à la deuxième dorsale. De la deuxième dorsale jusqu'à la quatrième et la cinquième, la sensibilité était obscure; mais la malade sentait en cette région tout à coup une douleur gravative, comme s'il y passait un grand poids. Enfin, de la cinquième dorsale jusqu'au sacrum, la sensibilité était parfaite.

Traitement : Deux grands vésicatoires ammoniacaux, appliqués sur les membres paralysés, n'ayant produit aucun effet, M. Lambert fit appliquer aux aisselles et aux aines pendant dix minutes quatre éponges imbibées d'une solution alcoolique de strychnine. En même temps on frottait les membres paralysés avec un liniment de 15 grammes d'huile d'amande douce contenant 40 centigr. de strychnine.

Après dix minutes, fourmillement aux membres, langue amère, tremblement général. On cesse l'opération.

Pendant un mois on continue le même traitement; en même temps pilules de Vallet et pilules de valérianate de quinine.

Au bout du mois, de nouveaux vésicatoires ayant pris, on appliqua sur la plaie 1 grain de strychnine. Alors la malade éprouva de violentes secousses dans les membres avec de fortes douleurs dans la région lombaire, qui disparurent en une demi-heure.

En quatorze mois que dura le traitement, les cuisses, les jambes et les pieds furent alternativement le siége de 210 vésicatoires, saupoudrés d'environ 24 grammes de strychnine bien pulvérisée; en outre, 270 à 280 frictions, faites également avec la strychnine, furent pratiquées sur les mêmes membres. A l'intérieur, 12 flacons de pilules de Vallet, 12 livres de salsepareille en décoction, 50 à 60 sangsues furent appliquées à l'anus par 3 ou 4 chaque fois.

Par l'effet de ce traitement, la paralysie disparut entièrement. La nutrition des membres s'opéra sensiblement; ils ne conservèrent qu'une faiblesse qui permettait toutefois à la malade de s'arranger à volonté, de leur donner les mouvements et la position qu'il lui plaisait, même de se tenir quelques minutes sur les pieds, en s'appuyant sur une béquille.

Il y a trois ans que cette amélioration persiste.

Ce résultat définitif est heureux; mais nous croyons qu'en France le lecteur fera, comme nous, la remarque pénible qu'une malade qui a subi 75 saignées générales et à qui l'on a appliqué plus de 800 sangsues, se trouve fâcheusement prédisposée aux lésions profondes de l'hématose et de l'innervation; une paralysie chez elle n'a rien qui étonne après une médecine aussi sanguinaire. La pratique devrait éclairer sur les graves conséquences qu'entraîne l'abus des systèmes. L'observation qui précède porte avec elle des enseignements qui ne doivent pas être perdus.

Quant à la noix vomique et à la strychnine, nous croyons que les divergences des auteurs doivent s'effacer devant les faits; la GAZETTE MÉDICALE en a fait connaître de très-probants. Nous citerons le mémoire de M. Pétrequin (1838, p. 876), où cet auteur, éclairant la question par de nombreuses observations cliniques, s'est efforcé de préciser les indications et contre-indications, les doses et le mode d'emploi du remède, et de montrer dans quel genre de paralysie et à quelle époque de leur développement la strychnine et la noix vomique conviennent plus particulièrement.

V. GAZETTA MEDICA ITALIANA (TOSCANA).

Les numéros du second semestre de 1853 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Histoire d'une opération césarienne, avec quelques réflexions qui y sont relatives*; par M. Gherardi. (Nous avons déjà eu occasion, dans un précédent article, de signaler la facilité avec laquelle on se décide à pratiquer l'opération césarienne en Italie, et nous n'avons pas pu ne pas exprimer le sentiment de répugnance que cette opération nous inspire. Comme les succès sont loin d'approcher des revers, nos confrères transalpins recherchent longuement les causes de ces derniers. M. Gherardi croit les trouver dans la constitution mauvaise, rachitique, etc., du sujet sur lequel on opère, et dans les retards qu'on apporte à pratiquer l'opération, et non dans les organes sur lesquels on la pratique. Cette dernière cause ne nous paraît cependant pas moins réelle que les deux autres, et l'ouverture du péritoine sera toujours une lésion grave. Nous sommes donc conduit par le raisonnement, aussi bien que par la statistique, à ne voir dans l'opération césarienne qu'un moyen extrême qui ne doit être employé qu'après que les autres ont été reconnus inapplicables; en un mot, elle doit être l'*ultima ratio* de la pratique obstétricale.) 2° *Affection tétaniforme guérie par le chloroforme*; par M. Casati. 3° *Discussion*; par M. Lepri. 4° *Sur l'existence de l'ammoniaque dans les plantes*; par M. Purgotti. 5° *Chorée partielle des muscles de la face guérie par l'acupuncture*; par M. Verri. 6° *Réponse à l'analyse critique de son discours sur les constitutions épidémiques*; par M. Penza. 7° *Note sur une opération de thoracentèse*; par M. Gherardi. 8° *Premières expériences faites avec l'éther quinique pour la cure des fièvres intermittentes*; par M. Pignacca. 9° *Rapport sur l'épidémie de variole qui a régné à San-Miniato et ses environs dans le premier semestre de* 1853; par M. Pieragnoli. 10° *Mort presque instantanée par les piqûres de l'apis mellifica de Linné*; par M. Casani. 11° *Calculs d'oxalate de chaux trouvés dans les trompes de Fallope et les ligaments ronds*; par M. Scarenzio. 12° *Deux tumeurs cystiques, l'une prorotulienne et l'autre de la mamelle. Tumeur fibro-plastique du cordon spermatique et ossification commençante du testicule*; par M. Palamidessi. 13° *Imperforation du rectum*; par M. Paggi. 14° *Observations sur le régime diététique des hôpitaux de Paris et de Londres*; par M. Gamgee. 15° *Des bains de boue et de leur récente institution aux eaux près Casciana*; par M. Minati. 16° *Analyse critique de l'histoire et des réflexions relatives à une opération césarienne faite en août* 1848, *par M. Gherardi*; par M. Caifassi. (M. Caifassi, recherchant, comme son confrère, les causes de la grande mortalité à la suite de l'opération césarienne, arrive à conclure : 1° qu'il ne faut pas comprendre le péritoine dans la suture des parois abdominales; 2° qu'il faut laisser une issue libre et facile au dehors aux matières versées ou passées dans la cavité péritonéale. Ces préceptes chirurgicaux sont excellents; mais avant de les appliquer à un cas particulier, il convient, ainsi que nous l'avons déjà dit, d'exa

miner si le cas réclame absolument l'opération césarienne et ne peut se contenter d'un autre moyen moins dangereux pour la mère.) 17° *Fistule vésico-vaginale*; par M. Torrachi. 18° *Quelques notes sur la première apparition de la pellagre dans la commune de Pietrasanta*; par M. Ferroni. 19° *Partie chirurgicale : faits historiques*; par M. Lepri. 20° *Annotation à un passage de la 48e leçon de physiologie du professeur P. Bérard*; par M. Poletti. (M. Poletti a dit, dans ses expériences tendantes à démontrer les influences spéciales des centres nerveux sur les mouvements du cœur, que quand on a coupé en travers la moelle allongée des grenouilles, le mouvement du cœur se suspend, « et on dirait le cœur entièrement paralysé, si, en le piquant, on ne voyait une réaction immédiate. » Selon M. Bérard, au contraire, il aurait dit que le cœur « est si bien paralysé à ce moment, que si on le pique il ne réagit point. » Il réclame contre cette inexactitude échappée à l'illustre professeur, se plaisant du reste à reconnaître toute la délicate et scrupuleuse précision avec laquelle il a coutume de rendre les faits et les pensées d'autrui.) 21° *Cas de section du tendon d'Achille*; par M. Arrighetti. 22° *Sur la conversion des nitrates en ammoniaque par l'action des corps réducteurs*; par MM. Tassinari et Piazza. 23° *Développement, dans l'oreille d'une maniaque, de vers qui, après l'avoir fait tomber dans une profonde tristesse, excitent une violente otite*; par M. Belletti. 24° *Sur la disposition anatomique du mécanisme compensateur de la circulation sanguine*; par M. Tigri. 25° *Relation de deux cas de trachéotomie faites pour une affection aiguë du larynx*; par M. Salmoni. 26° *Note sur un nouvel agent hémostatique et hémoplastique pour la cure des anévrismes, des varices et des hémorrhagies*; par M. Pétrequin. 27° *Sur le mesto (quercus cerris)*; par M. Abbene. (Remède contre la rage.) 28° *Sur la conservation du seigle ergoté*; par M. Zanon. 29° *Sur les maladies des enfants*; par M. Sadun. 30° *Sur la vertu fébrifuge de la salicine*; par M. Mascari. 31° *Produits obtenus du quinate de chaux du commerce; application clinique de ces produits*; par MM. Scarenzio et Manetti. 32° *Structure de la rétine humaine: travaux de MM. Müller et Kœlliker admis à l'Académie des sciences de Paris comparés à ceux déjà publiés depuis 1845 par M. Pacini (de Florence)*; par M. O. 33° *Rupia syphilitique associé à des accidents de syphilis tertiaire*; par M. Sacchetti. 34° *Note sur la maladie de Bright à propos d'une observation anatomico-pathologique*; par M. Minati. 35° *Discours inaugural prononcé le 3 novembre 1853*; par M. Pacini. 36° *Sur la nouvelle méthode de traiter les fièvres périodiques par le courant électrique sans recourir aux préparations de kina*; par M. Derossi. 37° *Sur le diagnostic et le traitement de la gale*; par M. Mugna. 38° *Considérations tendantes à démontrer que la faculté d'être temporaire de la variole dépend de ce qu'on ne se sert pas du produit du vrai et réel cow-pox jennérien, avec quelques conclusions recommandées au gouvernement pour extirper radicalement la petite vérole*; par M. Goldoni. 39° *Sur l'étiologie de la glucosurie*; par M. Bufalini. 40° *Action ténifuge des fleurs de kousso*; par M. Scopetani.

GUÉRISON D'UNE FISTULE VÉSICO-VAGINALE; par M. TORRACCHI.

L'observation que nous allons rapporter est un nouveau et intéressant cas de guérison d'une fistule vésico-vaginale obtenu à l'aide de la suture simple à points séparés.

OBS. — Femme de 22 ans, robuste, bien conformée, au neuvième mois de sa grossesse, entre en travail au mois de mars 1853. Travail long: enclavement de la tête, craniotomie.

Les jours suivants, écoulement d'urine continu et involontaire.

Le 12 mai, la malade entre à l'hôpital Sainte-Marie-de-la-Scala de Sienne. M. Torracchi reconnaît dans le vagin, à un demi-pouce environ au delà de l'orifice urétral, une ouverture déchirée dans laquelle pénètre facilement le bout du doigt. Une sonde d'argent introduite par l'urètre dans la vessie est sentie facilement dans le vagin à travers l'ouverture anormale; à l'aide de la même sonde on peut aisément s'apercevoir de la diminution de capacité de la vessie. Un spéculum introduit dans le vagin permet de voir à la paroi supérieure une ouverture longitudinale dirigée d'avant en arrière, avec des bords inégaux et calleux, des angles presque arrondis. La muqueuse des parties adjacentes est injectée et excoriée.

Le 20 mai, opération de suture simple à points séparés. La malade placée au bord du lit, les grandes lèvres et les parois du vagin écartées, M. Torracchi suivit avec des pinces appropriées les bords de la fistule et les rafraîchit par des excisions répétées. Avec l'aiguille de Deschamps rendu plus aigu, il passa trois anses de fil à travers l'épaisseur des bords de la plaie, les noua et les serra. Il introduisit par l'orifice de l'urètre dans la vessie une sonde élastique, la fixa, et fit étendre la malade dans son lit. Lotions froides sur les parties génitales. Tous les deux jours, il change la sonde; l'urine sort par la sonde; mais les premiers jours une faible quantité sort encore par les points de suture. Le sixième jour il coupe les fils et les ôte; la fistule est déjà cicatrisée. Le huitième jour il ôte la sonde; la malade commence à sentir le besoin résultant de la présence de l'urine dans la vessie; elle se lève et se promène dans l'hôpital.

Le 18 juin, l'opérée sort parfaitement guérie.

DEUX CAS DE TRACHÉOTOMIE; par M. SALMONI.

Il ne faudrait pas regarder la trachéotomie comme le dernier mot de la science dans le traitement du vrai croup; car le plus souvent elle échoue comme le reste. Une des deux observations de M. Salmoni en est une nouvelle preuve. Toutefois elle peut rendre de véritables services dans certaines affections aiguës du larynx, telles que l'angine œdémateuse dont l'observation suivante est peut-être un exemple.

OBS. — Enfant de 4 à 5 ans, robuste et sain.

24 mai 1853. Il tousse depuis trois jours. Respiration difficile, bruyante, voix enrouée, toux croupale; pouls plein et fréquent; céphalalgie, soif modérée, langue humide, ventre souple. Les deux tonsilles et le gosier spécialement à gauche sont en partie occupés par quelques plaques blanchâtres, de nature apparemment pseudo-membraneuse et de la grandeur chacune d'une grosse lentille. Souffle vésiculaire un peu plus faible qu'à l'état normal, sans râle. (Saignée, sinapisme, tartre stibié.)

A trois heures, même état. Un seul vomissement de matières muqueuses a eu lieu. Cautérisation de la gorge avec une solution concentrée de nitrate d'argent. (Sulfate de cuivre.)

Le soir, mieux. Six sangsues aux parties latérales du cou, vésicatoires à la partie antérieure du thorax. (Calomel à dose fractionnée.)

Le 25, calme, la fièvre a diminué. Deux vomissements aqueux et muqueux suivis de soulagement. Point de trace de fausse membrane. Le gosier, qui depuis la cautérisation s'était débarrassé de fausses membranes, se montre de nouveau couvert en différents points d'exsudations plastiques pour lesquelles on répète la cautérisation.

Le 26, respiration un peu plus difficile. Vomissement sans avantage notable.

Le 27, la nuit a été très-agitée. Respiration toujours plus bruyante et sifflante, voix presque éteinte, toux fréquente et rauque, sentiment de strangulation. L'expansion vésiculaire ne se fait plus entendre à l'auscultation. (Deux vésicatoires au bras, lav. de valériane et assa fœtida.)

A une heures et demie, face décomposée, lèvres violettes; pouls vite et fuyant; respiration sifflante. L'enfant est assoupi. La trachéotomie proposée est refusée par la famille. On donne alors un bain qui paraît dans le moment apporter un léger soulagement, mais qui est bientôt suivi d'une nouvelle aggravation de symptômes.

A quatre heures, la famille persuadée que la mort de l'enfant est proche se décide à laisser pratiquer l'opération. L'opération faite à cette période avancée du mal n'est considérée que comme une ressource très-incertaine.

Pendant l'opération on lia la jugulaire antérieure droite. L'opération terminée, l'enfant continua à rester asphyxié. La plaie de la trachée bien ouverte, on aspergea le visage de vinaigre et d'eau froide; on fit arriver dans la chambre un air frais; on versa dans la bouche quelques gouttes d'un vin généreux, et on obtint alors une inspiration très-faible, suivie bientôt du rétablissement de la respiration. Une canule double du diamètre de 6 millim. est mise en place. Depuis l'opération, l'enfant est calme, la respiration est régulière.

Les jours suivants, l'état du malade est de plus en plus satisfaisant.

Le 31, l'indocilité du malade empêche d'observer l'arrière-gorge à la lumière. On sent avec le doigt l'épiglotte relevée et les bords de l'orifice supérieur du larynx résistants et gonflés.

Le 20 juin, on ôte la canule et on ferme la plaie.

Le 7 juillet, l'enfant est en très-bon état.

NOUVEL AGENT HÉMOSTATIQUE POUR LA CURE DES ANÉVRISMES, DES VARICES ET DES HÉMORRHAGIES; par M. PÉTREQUIN.

M. Pétrequin, étudiant la question des injections coagulantes, s'est occupé de formuler les règles de la méthode; il écrivait, en 1849, dans sa CLINIQUE CHIRURGICALE : « 1° Il s'agit de trouver un agent liquide capable d'être injecté dans la tumeur; 2° d'un petit volume pour n'être pas embarrassant; 3° apte surtout à coaguler le sang sans le carboniser ni le réduire à l'état de corps étranger; 4° apte à ne produire sur l'enveloppe qu'une excitation modérée; 5° de nature enfin à pouvoir être résorbé sans danger pour l'économie. »

M. Pétrequin a expérimenté avec succès l'acide citrique qui satisfait à ces indications, et il a guéri ainsi plusieurs tumeurs sanguines.

En 1852, Pravaz trouva dans le *perchlorure de fer* un liquide réunissant à un haut degré ces diverses conditions. M. Pétrequin poursuivant ses recherches sur les préparations ferro-manganiques expérimenta avec M. Burin du Buisson le *perchlorure de fer et demanganèse* et lui reconnut à un degré éminent et même plus marqué les propriétés hémostatique et hémoplastique.

Comme *hémostatique*, M. Pétrequin emploie le perchlorure de fer et de manganèse dans les hémorrhagies en nappe, dans les hémorrhagies par piqûre de sangsues chez les enfants; il l'a employé dans un

cas d'épistaxis, et à la suite d'arrachement de polype du nez; il l'indique dans les hémorrhagies qui suivent quelquefois l'excision des polypes utérins, etc.

Comme *hémoplastique*, il s'applique à diverses tumeurs sanguines, outre dans les anévrismes, l'auteur l'a employé plusieurs fois avec succès et sans aucun accident dans les varices des membres inférieurs.

Il en a fait enfin des applications diverses comme topique dans les abcès sordides et atoniques, dans les suppurations fétides, et on commence à le donner à l'intérieur dans certaines hémorrhagies internes et quelques affections adynamiques.

(*La fin au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 17 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

SUR L'EMPLOI DE L'ARSÉNIATE DE FER DANS LE TRAITEMENT DES DARTRES FURFURACÉE ET SQUAMMEUSE.

M. DUCHESNE-DUPARC lit sur ce sujet un mémoire dont nous reproduisons une courte analyse.

Parmi les maladies de la peau sur lesquelles la thérapeutique a le moins de prise, se placent les dartres furfuracée et squammeuse, qu'on désigne le plus ordinairement par les noms de pityriasis, psoriasis, *lepra vulgaris*, ichthyose, dartre lichénoïde, dartre squammeuse, centrifuge, etc.

L'inefficacité constante contre ces affections des moyens que la thérapeutique ordinaire dirige avec succès contre la plupart des autres dermatoses, a depuis longtemps appelé l'attention sur les modificateurs les plus énergiques de l'économie; c'est à ce titre que l'arsenic, ou plutôt quelques-uns de ses composés, ont dû leur introduction dans le domaine de la thérapeutique. Des succès nombreux et inespérés ont paru d'abord sanctionner leur emploi; mais bientôt des accidents graves et multipliés vinrent inspirer aux médecins des craintes justement fondées, qui firent reculer beaucoup d'entre eux devant l'administration de ces agents trop énergiques.

M. Duchesne-Duparc, pensant que les inconvénients signalés tenaient surtout à la forme sous laquelle l'arsenic était employé, s'est livré à des expériences nombreuses pour trouver une combinaison qui, jouissant de l'activité favorable de l'arsenic, ne produisît pas les accidents reprochés aux substances arsenicales employées. Le résultat de ces expériences l'a convaincu que l'art possède dans l'*arséniate de fer* un agent précieux, dont l'efficacité ne le cède en rien à celle des autres préparations arsenicales, et qui a sur ces dernières l'immense avantage d'une complète innocuité.

L'auteur résume dans les propositions suivantes le résultat de ses recherches sur ce sujet :

1° L'arséniate de fer possède, à l'instar des autres préparations arsenicales, d'incontestables propriétés curatives, applicables au traitement et à la guérison des affections furfuracées et squammeuses de la peau.

2° Cette substance présente en outre le précieux avantage de pouvoir être administrée à doses suffisantes, sans provoquer aucun des accidents justement reprochés à la liqueur de Pierson, à la teinture de Fowler, aux pilules asiatiques, etc.

3° L'arséniate de fer, donné seul ou combiné avec d'autres substances, doit toujours être administré à doses graduées, en débutant par un vingtième, un dixième ou même un cinquième de grain, selon l'âge, la constitution et surtout l'état des voies digestives.

4° Des faits nombreux, rigoureusement observés, m'autorisent à conclure qu'une dose quotidienne de 0,20 d'arséniate de fer, répétée sans interruption pendant le temps nécessaire, suffit, chez l'adulte, à la guérison d'une dartre furfuracée ou squammeuse, quelles que soient son étendue et son ancienneté.

5° La durée d'un traitement antiherpétique par l'arséniate de fer n'a rien d'absolu, et varie en raison de l'âge, de la constitution, de l'étendue et de la gravité du mal, et plus encore peut-être du degré de tolérance que présentent les organes digestifs pour ce médicament.

6° Un traitement antiherpétique par l'arséniate de fer n'exclut en aucune façon l'emploi des topiques reconnus utiles contre les dartres. Il trouve un adjuvant précieux dans l'usage interne et externe de certaines eaux minérales *sulfureuses thermales*. (Comm. : MM. Serres, Andral et Rayer.)

SUR LES PLAIES PÉNÉTRANTES DE POITRINE PAR COUPS DE FEU.

M. GUYON communique sur ce sujet le fait suivant, entre autres faits analogues qu'il a eu l'occasion d'observer en grand nombre pendant son long séjour en Afrique, et qui lui ont démontré que les plaies de poitrine par coup de feu n'étaient pas toujours aussi graves qu'on le pense généralement :

PLAIE PÉNÉTRANTE DE POITRINE PAR COUP DE FEU; PROJECTILE PERDU DANS LE POUMON; GUÉRISON, PUIS MORT DIX-HUIT MOIS APRÈS, D'UNE MALADIE ÉTRANGÈRE A LA BLESSURE.

Binard, soldat au 2e bataillon léger d'Afrique, est atteint, le 7 juin 1836, aux avant-postes de Bougie, d'un coup de feu dont la balle, après avoir traversé l'avant-bras gauche (entre le radius et le cubitus, près de l'articulation radio-carpienne), va se perdre dans la partie supérieure du poumon droit. Conduit tout de suite à l'hôpital du lieu, il y reçut tous les secours que réclamait son état; il en sortit quelques semaines après, n'éprouvant qu'un peu de gêne dans la respiration, ce qui ne tarda pas à se dissiper. Aussi Binard reprit bientôt son service et toutes ses occupations accoutumées.

Dix-huit mois s'étaient écoulés depuis sa sortie de l'hôpital, lorsqu'il s'y présenta de nouveau, et cette fois pour une maladie fébrile, qu'on diagnostiqua sous le nom de *gastro-entérite*, et à laquelle il succomba.

Le souvenir de sa blessure était encore tout récent dans l'établissement; aussi les médecins qui en avaient été les témoins ne négligèrent-ils pas, dans la nécropsie qu'ils firent du sujet, de soumettre à un examen attentif les parties qui en avaient été le siége. Cet examen fut fait par MM. Viton, Mautrey et Ytasse. Le premier, alors chirurgien en chef de l'hôpital, avait soigné Binard lors de sa blessure. Voici le résultat de leur examen :

Plèvre et poumon du côté gauche très-sains; plèvre et poumon du côté droit adhérents entre eux sur plusieurs points.

Poumon de ce dernier côté moins volumineux que l'autre; parait fort sain, si ce n'est à la face antérieure du lobe supérieur, où existe une légère dépression, de forme circulaire, du diamètre d'un pouce environ et sans adhérence aucune avec la plèvre costale. C'est la surface de la cicatrice laissée par le projectile, et qui est représentée par un tissu blanchâtre et lisse.

Au-dessous de ce tissu et parfaitement isolé, est un kyste ou poche membraneuse dense et recouverte à l'intérieur d'une matière pulpeuse, d'un gris blanchâtre, qui paraît être le produit d'une sécrétion de la poche. Ce produit enveloppe de toutes parts, comme pour garantir de leur choc la dernière, une balle de plomb de calibre ordinaire, deux esquilles et deux sortes de tissus, l'un de toile et l'autre de drap.

Ces deux sortes de tissus provenaient, sans qu'il soit besoin de le dire, des vêtements du blessé, et les deux esquilles, d'une côte que le projectile avait effleurée dans son parcours.

M. DUMÉRIL dit, à cette occasion, que la nature présente assez souvent de semblables et d'aussi admirables résultats : il cite ainsi le cas d'une balle qui avait pénétré dans le sommet du crâne d'un militaire, lequel, longtemps après sa réforme, exerçait à Beauvais le métier de cardeur de laine, mais cet état déterminait chez lui de violentes douleurs de tête, il entra plusieurs fois à l'hôpital. Au bout d'une quinzaine d'années il succomba, et l'on eut l'heureuse idée de rechercher la cause des douleurs si vives que produisaient chez lui les moindres mouvements de la tête. On trouva dans le lobe moyen du cerveau une poche membraneuse suspendue par un très-faible pédicule, produit de la méninge, qui soutenait, comme dans une sorte de hamac, une poche fibreuse et solide contenant et enveloppant une balle de plomb d'un assez gros calibre.

Dans une autre circonstance, M. Duméril faisait au muséum, avec G. Cuvier, l'anatomie d'une autruche : ils trouvèrent à la partie inférieure du cou, dans un sac fibreux adhérent au tissu de l'œsophage, mais dans une cavité cernée de toutes parts, une masse de graisse noire, une sorte de cambouis, qui recouvrait un très-long clou de charrette, dont la surface, rongée par de profonds sillons, était attaquée et dissoute en partie par la matière graisseuse, qui aurait très-probablement favorisé ensuite l'absorption complète de ce gros morceau de fer.

M. VELPEAU : Le fait que signale M. Guyon est fort intéressant sans doute; mais les annales de la science en renferment un très-grand nombre d'analogues. Il n'y a peut-être pas de viscère, de région, d'organe dans le corps de l'homme, où des projectiles, plomb, chevrotines, balles, etc., n'aient été trouvés après y avoir séjourné, sans inconvénient sérieux, pendant cinq, dix, quinze, vingt et jusqu'à cinquante ans.

ABSENCE D'ABSORPTION CHEZ LES CHOLÉRIQUES.

M. DUCHAUSSOY rend compte d'observations qui ont été faites récemment sur des cholériques admis à l'hôpital Necker.

M. Vernois, médecin de cet hôpital, ayant administré à un assez grand nombre de malades atteints de choléra les médicaments dont l'absorption peut être le plus facilement constatée, les résultats ont conduit M. Duchaussoy, qui a suivi ces malades, à conclure que, dans le choléra intense, il existe une période pendant laquelle l'absorption par l'estomac, le gros intestin et la peau est ou absolument nulle, ou tellement faible qu'on ne peut compter sur elle pour obtenir une action thérapeutique. Cette perte de la propriété d'absorber persiste dans les derniers instants de la vie, alors même que les évacuations ont cessé.

Ces faits, ajoute l'auteur de la lettre, rendent compte à la fois et des prétendus succès obtenus par des remèdes doués de propriétés différentes ou même opposées, et de l'inefficacité si tristement avérée des médications les plus énergiques dirigées contre le choléra à cette période. Dans l'un et l'autre cas, il n'y a pas en d'absorption réelle.

— M. GUYON prie l'Académie de vouloir bien le comprendre dans le nombre des candidats pour une place vacante de correspondant de la section de mé-

decine et de chirurgie. A cette demande est joint un exposé de ses travaux et de ses publications. (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

— M. Lebert adresse, de Zurich, une semblable demande, et rappelle, à cette occasion, les distinctions dont il a été l'objet de la part de l'Académie. (Renvoi à la même section.)

— M. Nisme-Dubort communique la description d'un procédé qu'il a imaginé pour la ligature du conduit spermatique chez le cheval, opération qui n'a pas, suivant lui, les inconvénients que présente la castration exécutée par les moyens ordinaires.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 25 juillet. — Présidence de M. Rostan.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Trois rapports de M. le docteur Fuzellier, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Montreuil, sur des épidémies de variole et de fièvre typhoïde qui ont régné dans les communes de Parenty, Verchocq et Lehiez.

2° Un rapport de M. le docteur Penant, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Vervins, sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné dans la commune de Landouzy-la-Ville.

3° Un rapport de M. le docteur Jacquez, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Lure, sur une épidémie de variole qui a régné dans la commune de Mallans (Haute-Saône).

4° Un rapport de M. le docteur Lecadre, médecin des épidémies pour l'arrondissement du Havre, sur l'épidémie cholérique qui a régné dans cette ville pendant les mois de septembre, octobre, novembre et décembre 1853.

Le même ministre informe l'Académie que le préfet d'un des départements où le choléra s'est déclaré exprime le désir de savoir si l'expérience a fait connaître une médication plus particulièrement applicable à cette maladie. M. le ministre, en transmettant ce vœu à l'Académie, lui demande si elle jugerait utile de rédiger quelques instructions sur l'objet indiqué.

Le même ministre transmet plusieurs communications relatives à des remèdes et moyens de traitements proposés contre le choléra par MM. Blin (de Caen), Withmack, d'Oldeslohé, près Hamhourg, Tourette, de Chambly (Oise), Thouvenot, pharmacien à Chatenois (Vosges), et Caron (de Paris); plus six autres lettres relatives à divers remèdes secrets ou nouveaux.

Choléra.

M. le docteur Foucart, en mission à Fays-Billot (Haute-Marne), adresse la lettre suivante :

Je lis à l'instant dans le compte rendu de la dernière séance de l'Académie le résumé d'une communication de laquelle il semblerait résulter que le choléra, qui vient d'envahir Fays-Billot, ainsi que la plupart des communes du canton, n'a pas les caractères de malignité qu'il présentait en 1832 et 1849.

Envoyé par M. le ministre du commerce et des travaux publics dans le département de la Haute-Marne, et en particulier à Fays-Billot où je suis depuis le 19 juillet, je puis vous donner des renseignements précis sur l'épidémie, son caractère et sa gravité. L'épidémie cholérique a apparu ici pour la première fois le 12 juillet. Depuis ce moment jusqu'à aujourd'hui (23 juillet au soir), il y a eu 12 cas de choléra complet, cyanique. Sur ces 12 cas, dont j'ai moi-même observé 6, il y a en déjà 10 morts; 2 sont entièrement guéris ou en pleine convalescence. La maladie n'est donc pas moins grave qu'à Paris et dans les localités envahies depuis quelques mois en province. Quant à la comparaison que l'on a faite avec les épidémies de 1832 et 1849, permettez-moi de vous faire remarquer qu'en 1832 et 1849 il n'y a pas eu au Fays-Billot un seul cas de choléra. Cette année est la première (ou le choléra se montre dans cette commune.

Permettez-moi de vous faire remarquer aussi, en passant et en attendant que je présente à l'Académie, le résultat des observations que je fais dans ce pays, que dans tous les cas, sans exception aucune, nous avons constaté la diarrhée prodromique, datant d'un à huit ou dix jours. Cette observation a été faite par tous les médecins du Fays-Billot et des communes environnantes que j'ai vus depuis que je suis ici; l'observation et l'expérience les ont conduits à considérer cette diarrhée prodromique comme constante.

— M. Charcellay, professeur à l'École préparatoire de médecine de Tours, adresse une observation d'omphalocèle congéniale; hernie du foie, de l'estomac et de quelques autres organes; transposition du gros intestin qui est fort distendu par le mécanisme; imperforation de l'anus. (Comité de publication.)

— M. Gaspard, correspondant de l'Académie à Saint-Etienne-en-Bresse (Saône-et-Loire), adresse une observation sur une concrétion de nature cornée, développée sous la peau, dans le tissu cellulaire (Même comité.)

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les déviations de l'utérus.

La parole est à M. Ricord.

Traitement des déviations de l'utérus par le redresseur utérin.

M. Ricord : Messieurs, je ne vais pas abuser de votre attention, je ne vais pas recommencer ce qu'on vous a déjà peut-être un peu trop répété. Je ne veux m'attacher qu'à un seul point de la question, sur lequel on a peut-être moins insisté : je veux dire un mot du traitement de certaines hypéresthésies, plus ou moins localisées au col de l'utérus ou au vagin, quelquefois conséquences ou complication des divers déplacements ou des déviations variées de la matrice, avec ou sans autre état morbide.

Je n'ajouterai rien à ce que vous en a dit M. le professeur Dubois, dans son remarquable discours, si sage, si pratique, au point de vue pathologique.

Je vous rappellerai seulement que ces hypéresthésies, d'où naissent souvent des douleurs insupportables, et quelquefois de graves accidents, ne cèdent pas toujours aux moyens que nous avons eus jusqu'à présent en notre possession, comme pourrait le faire croire un des projets de conclusion du rapport.

Chez un grand nombre de malades que le décubitus soulage et chez lesquelles il fait même complétement cesser la douleur *dans certaine position donnée* (car il n'est pas toujours indifférent que les femmes se couchent de telle ou telle manière pour ne plus souffrir), qu'il y ait simplement déviation, déplacement ou autre chose, les diverses espèces de ceintures échouent fréquemment, en augmentant la pression qui accroît la douleur, et les pessaires, de toutes formes et de n'importe quelle composition que ce soit, qui portent eux-mêmes sur les points sensibles, sont alors aussi insupportables. L'immobilisation même de l'organe, par l'action combinée de la ceinture et du pessaire, si souvent efficace dans ces cas exceptionnels, ne suffit pas toujours.

Je ne voudrais pas faire à M. Valleix le reproche qu'on lui a quelquefois adressé, et le plus souvent injustement, d'avoir commis des erreurs de diagnostic, et d'avoir soulagé et guéri ses malades empiriquement, et sans savoir ce qu'il faisait; mais puisque d'autres ont cherché à expliquer ses succès incontestables, et reconnus par le plus grand nombre de ceux de nos collègues qui ont pris la parole, il me sera permis de croire qu'il a pu réussir, comme du reste j'en ai vu pour ma part des exemples, en soulevant et en *déplaçant la matrice* de sa position douloureuse, et en l'isolant sans prendre un point d'appui sur les parties sensibles hypéresthésiées.

Je dirai, à cette occasion, que je suis du grand nombre des médecins qui croient, avec raison, que la plupart des femmes affectées de déviations, de flexions utérines, d'abaissements à divers degrés, ne s'en doutent même pas. J'irai même plus loin : je dirai que la ligne assignée par les anatomistes, comme position normale de la matrice et la hauteur précise à laquelle doit rester son col, constituant le beau idéal, sont peut-être aussi rares que celui-ci; et ce que nous considérons souvent comme des déplacements acquis ne sont et ne doivent être, dans certaines circonstances, que des conformations particulières, individuelles, congéniales et compatibles avec la plus parfaite santé. Non-seulement ici l'art n'a que faire, à moins qu'il n'eût la prétention de rétablir la beauté des formes, mais encore en cherchant à donner à l'utérus une autre place, une autre direction que celle qu'il occupe sans gêne, on courrait le risque de déterminer les douleurs d'un véritable déplacement, ce dont il est facile de s'assurer dans un grand nombre de cas.

Cependant, bien qu'on ne sache peut-être jamais comment étaient les femmes antérieurement et qu'on n'ait pas suivi la progression des déplacements, de leur point de départ, quand ils sont accidentels, jusqu'au terme où elles se plaignent, il n'en est pas moins vrai que beaucoup ne souffrent que tant que l'utérus reste dans telle ou telle position, et que les souffrances cessent dès qu'on lui en donne une autre, s'il est, du reste, sain, ou qu'elles diminuent ou cessent même encore dans le cas où il est actuellement le siége d'une autre maladie. Sans doute que le plus ordinairement on a besoin d'un autre traitement et qu'il faut recourir à des modificateurs généraux et à des moyens locaux variés, pour obtenir la cure; mais ceux-ci peuvent échouer tant *qu'on n'isole pas les parties malades*; tandis que l'isolement seul peut suffire dans quelques circonstances, comme je m'en suis convaincu.

C'est pour un cas de ce genre des plus graves, et dans lequel toutes les ressources de la thérapeutique sont restées sans résultats dans les mains des plus habiles, et qui, il faut le dire, avait été considérablement amendé par l'instrument de M. Valleix, que j'ai imaginé, je ne dirai pas un nouveau redresseur utérin, mais un support destiné à soutenir et à maintenir la matrice dans une position convenable et à l'isoler sans pénétrer dans sa cavité et sans toucher au vagin, siége de la douleur et point de départ des plus formidables accidents, dès que son col, qu'un instrument quelconque ou que le doigt du chirurgien y touchaient.

Cet instrument, que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie et qui a été fabriqué sur mes indications par MM. Charrière et Mathieu, est composé d'une pince à mors concaves, qui saisit le col, mis à découvert à l'aide du spéculum, instrument si utile et qui rend assez de services pour faire des ingrats.

Je demanderai à l'habile professeur de médecine opératoire comment il se fait que lui, qui se plaint de ne pas voir assez clair dans les ténèbres qui enveloppent les affections utérines, se prive volontairement de la lumière. L'œil est un organe qui trompe, dit M. Malgaigne; la vision n'est souvent qu'une *vision*, cela est malheureusement vrai; mais est-ce à dire pour cela que toutes les fois qu'on veut s'assurer de la présence de quelque chose, il faille fermer les yeux, et que les aveugles soient dans de meilleures conditions que ceux qui y voient très-clair? Je dois le dire, la sortie, malheureusement spirituelle, que notre collègue a faite contre le spéculum, m'a péniblement surpris. On abuse de cet instrument; il trompe! Et de quoi n'abuse-t-on pas? à côté des meilleurs usages, n'y a-t-il pas toujours quelques abus? Tant vaudrait rejeter le sthétoscope, cet autre spéculum de la poitrine, sous prétexte qu'on peut en abuser.

Oui, le spéculum trompe quelquefois, comme tout, mais rectifié par le toucher il trompe moins souvent peut-être là, où il est nécessaire, que le tou-

cher seul! J'en appelle à M. Malgaigne lui-même. Des deux malades qu'il a présentées à M. le rapporteur, une fut examinée seulement au spéculum; on découvrit une érosion, et on attribua à tort, selon M. Malgaigne, toutes les souffrances à cette cause; mais en se contentant de toucher l'autre, on rapporte tout, cette fois, au déplacement; cette dernière cependant portait une altération plus grave du col, que le toucher n'avait pas permis de reconnaître et qui constituait sans doute un état pathologique méritant la peine d'être pris en considération, à moins d'encourir le reproche adressé à M. Velpeau, de faire table rase de tout, pour ne tenir compte que des déviations ou des déplacements.

Il faut donc voir et toucher, selon saint Thomas.

Mais revenons à ma pince. Les branches de cette pince sont ensuite graduellement rapprochées au moyen d'un anneau que fait mouvoir une vis, et quand elle est fixée on peut alors donner à l'utérus l'inclinaison qu'on désire, les branches de l'instrument pouvant se couder, à angle plus ou moins aigu, par une autre vis de rappel; l'appareil est ensuite fixé à l'aide du plastron du redresseur de M. Valleix.

Cet instrument, comme on peut le comprendre, pourrait aussi servir comme compresseur dans quelques cas de métrorrhagie et agir plus efficacement que le tamponnement.

Cependant, comme bien d'autres moyens, il doit avoir ses inconvénients. En comprimant trop il peut donner lieu à des accidents, produire même des escarres, comme cela m'est arrivé; mais ici comme dans toute compression, c'est plutôt une faute de l'artiste qu'un défaut de l'art, et encore, dans le cas particulier auquel M. le rapporteur fait allusion et qui m'a engagé à vous montrer l'instrument, j'avais affaire au col utérin le plus maltraité et le plus défiguré qui se puisse imaginer, par des cautérisations de toute nature, par des débridements et des incisions qui ne laissaient plus que des mamelons informes et presque insaisissables. Eh bien! malgré tout cela, c'est encore l'instrument qui a produit le plus de soulagement et une presque guérison.

Mais revenons au redresseur en cause, qui me semble avoir soulagé souvent et pouvoir redresser quelquefois l'utérus, puisque M. Malgaigne croit même que cela peut se faire spontanément, et permettez-moi de conclure, avec MM. Paul Dubois et Velpeau, avec M. Huguier et avec le premier discours de M. Malgaigne, que le traitement de MM. Simpson et Valleix pourra rendre des services, lorsqu'il sera bien appliqué aux cas qui le réclament, et que par conséquent on ne doit pas le rejeter de la pratique.

M. Robert : Comme membre de la commission dont M. Depaul est le rapporteur, et ne partageant pas entièrement ses doctrines, j'ai cru devoir faire connaître les motifs de cette divergence.

M. Depaul dit dans ses conclusions que l'on a singulièrement exagéré l'influence des déviations de l'utérus sur la santé des femmes.

Cette proposition est capitale; car si elle est vraie, il faut en conclure que l'on a aussi singulièrement exagéré l'importance des traitements mécaniques proposés contre ces déviations.

M. Depaul s'est donc attaché avec grand soin à démontrer cette proposition; mais, à mon sens, sa démonstration n'est nullement convaincante, et je vais le prouver.

M. Depaul adopte la doctrine de Lisfranc et de M. P. Dubois, à savoir que les déviations sont en général inoffensives, et n'ont d'autre influence fâcheuse que celles qu'elles tiennent de quelques complications pathologiques.

Eh bien! je regarde cette doctrine comme étant en opposition avec l'observation rigoureuse des faits.

En voici la preuve.

Il existe évidemment deux classes de déviations : les unes sont primitives, et résultent de causes occasionnelles; les autres, au contraire, sont secondaires, et sont la conséquence de lésions diverses de l'utérus, et plus spécialement du corps de cet organe.

Les premières s'observent dans les conditions que voici : Une femme bien portante et n'ayant jamais accusé de souffrances du côté de l'utérus, fait un effort violent, ou bien tombe sur le siége; elle éprouve à l'instant une douleur, un craquement dans le bas-ventre. A dater de ce moment, elle souffre plus ou moins; les règles se dérangent, ou deviennent plus fréquentes ou plus abondantes. Elle vient vous consulter; vous trouvez, par exemple, une rétroversion, et de plus l'utérus douloureux, tuméfié, etc... N'est-il pas logique d'admettre que le déplacement de l'utérus a été le fait primitif, lié à l'accident, et que les autres lésions, telles que la douleur, le gonflement, la dysménorrhée, etc., sont des effets de ce déplacement, de cette déviation? J'ai en ce moment à l'hôpital Beaujon une femme de 21 ans, n'ayant pas eu d'enfants et ayant à peine usé du coït. Il y a deux ans, elle est tombée violemment sur le siége. Depuis cette époque les règles sont devenues très-fréquentes, depuis un an elle éprouve une douleur fixe et très-vive à la région du coccyx. Il existe chez elle une rétroversion considérable. La cavité de l'utérus, mesurée avec l'hystéromètre, présente 2 centim. au moins de longueur de plus qu'elle n'en doit avoir chez une femme de cet âge.

N'est-il pas évident que d'abord il y a eu rétroversion par le fait de la chute, puis dysménorrhée par suite de la déviation, puis enfin métrite chronique, tuméfaction de l'organe par toutes ces causes réunies? Il est impossible de commenter autrement la succession des symptômes éprouvés par cette malade.

Parmi les causes des déviations de l'utérus que j'appelle primitives, il en est une qui, je crois, n'a guère été signalée : c'est le décubitus dorsal très-longtemps prolongé.

Voici ce que j'ai observé à cet égard.

Il y a quelques années, j'avais l'habitude, à l'hospice Beaujon, de me rendre à l'amphithéâtre toutes les fois qu'on pratiquait l'autopsie d'une femme, même dans un service étranger au mien. Or, sur deux femmes, dont l'une était morte à la suite d'une paraplégie et l'autre dans le cours d'une fièvre typhoïde, je trouvai une rétroversion très-complète de l'utérus.

Le fond de l'organe était situé en arrière et à gauche vers la pointe du coccyx, et à voir à quel point les parties molles s'étaient laissées déprimer pour le recevoir et le loger, il était naturel de croire que ce déplacement était déjà quelque peu ancien.

Je n'admets nullement que ce déplacement de l'utérus puisse être un phénomène cadavérique, et je suis bien plus porté à croire qu'il s'était lentement produit pendant la vie, sous l'influence du séjour prolongé au lit. Il est inutile de dire que ces femmes n'avaient jamais éprouvé d'accident auquel on pût le rapporter.

Je viens d'établir que les déviations primitives de l'utérus, d'abord exemptes de complications, ne restent pas toujours dans cet état; elles peuvent amener d'abord des troubles fonctionnels, des dérangements dans la menstruation, puis des lésions organiques plus ou moins profondes.

La conclusion pratique à tirer de ces faits, c'est qu'il ne faut pas abandonner à eux-mêmes ou négliger ces déplacements.

Je dirai plus : Il est des cas où des accidents sérieux en sont la conséquence, et réclament des moyens directs de réduction, de véritables opérations chirurgicales.

Relativement à la deuxième classe de déviations de l'utérus, celles qui sont consécutives à des métrites chroniques, à des catarrhes utérins, à des inflammations du tissu cellulaire qui environne la matrice, M. Robert s'exprime en ces termes :

On les voit succéder à des accouchements laborieux, et surtout à des avortements; on les observe chez des femmes molles et lymphatiques, dont l'utérus se congestionne sans présenter cependant des signes évidents de phlegmasie.

C'est principalement lorsque le corps de l'utérus est affecté que l'on observe ces déviations; on les conçoit facilement, parce qu'alors cette portion de l'organe, trop volumineuse et trop lourde, tend à s'incliner et à faire basculer l'organe soit en avant, soit en arrière.

Dans tous les cas de déviations de l'utérus, consécutives à des altérations organiques, on doit sans doute traiter ces altérations avant d'attaquer la déviation elle-même; mais peut-on croire en vérité qu'il soit toujours indifférent de laisser l'utérus dans la position vicieuse qu'il occupe? Ainsi, par exemple, qu'il y ait rétroversion, le corps de l'utérus fortement incliné en arrière ne sera-t-il pas dans des conditions de déclivité défavorables à la circulation du sang? S'il touche au rectum, ne sera-t-il pas à chaque instant gêné et endolori par le passage des matières fécales? S'il presse enfin contre les nerfs sacrés, ne causera-t-il pas des douleurs qui tiendront le système nerveux dans une excitation fâcheuse? Tous les jours, dans la pratique, on voit des faits de cette espèce, et je pense que M. Depaul aurait dû les prendre en sérieuse considération.

Pour compléter cette démonstration et donner plus d'autorité à l'opinion que je défends ici, je vais invoquer l'autorité même de M. P. Dubois.

Après avoir nié l'efficacité du pessaire intra-utérin, considéré comme moyen durable et efficace de replacer l'utérus dévié, l'éminent professeur n'a-t-il pas cité des cas où cet instrument, mis en usage dans des cas de déviations malgré la présence de lésions concomitantes de l'utérus, n'en a pas moins amené un soulagement notable? Puis, cherchant à expliquer ces cas d'insuccès, il a pensé que le traitement mécanique a pu être utile, soit en faisant cesser momentanément une position qui laissait l'utérus dans des conditions de déclivité peu favorables à la circulation, soit en fixant cet organe et l'empêchant de subir des frottements nuisibles, etc...

Je conclus enfin, et je dis que les déviations, qu'elles soient primitives ou secondaires, qu'elles soient cause ou effet des lésions organiques de l'utérus, doivent être prises en sérieuse considération dans le traitement des maladies de cet organe.

Abordant ensuite la question du diagnostic, M. Robert cherche à prouver, contrairement à l'opinion de M. le rapporteur et celle de M. Velpeau, que le diagnostic des déviations est souvent très-difficile; que les signes pathognomoniques indiqués par M. Velpeau et M. Malgaigne, notamment la cessation de toute douleur et de tout malaise dans le décubitus et la manière dont les femmes supportent l'usage de la ceinture hypogastrique, sont infidèles, et que les autres signes, tels que pesanteur sur le fondement, constipation, envies fréquentes d'uriner, douleurs des aines, etc., etc., appartiennent tout aussi bien à la plupart des lésions organiques dont l'utérus peut être le siége, qu'aux déviations elles-mêmes.

Après avoir prouvé que l'on ne saurait parvenir au diagnostic précis par l'étude comparative des symptômes, des déviations et de ceux des lésions organiques de l'utérus, M. Robert examine ensuite comment on peut y parvenir par l'exploration directe. Il résulte de cet examen qu'il est un grand nombre de cas dans lesquels les moyens ordinaires d'exploration sont insuffisants. Il devient donc nécessaire, dans ces cas, de recourir au cathétérisme. Sans doute il faut y recourir avec une grande réserve; mais après avoir apprécié sans prévention l'utilité de ce mode d'exploration, M. Robert conclut que, dans un grand nombre de circonstances qu'il s'est attaché à préciser, aucun moyen ne saurait lui être comparé.

En ce qui concerne le traitement, M. Robert, tout en admettant les principes très-sagement formulés par M. Depaul, est d'avis qu'il a été un peu trop optimiste quand il a dit que les femmes qui se soumettent avec rigueur aux

exigences de ce traitement, obtiennent *presque constamment* une guérison définitive.

Quant à moi, ajoute-t-il, je l'avouerai, bon nombre de femmes que j'ai traitées de déviations de l'utérus simples ou compliquées de lésions diverses, ont été soulagées; mais très-peu ont été complétement guéries par les moyens ordinaires. Ce que je déclare ici sera confirmé, j'en suis sûr, par le témoignage de la plupart des praticiens les plus expérimentés. Or, en présence d'une thérapeutique stérile ou insuffisante, l'homme de l'art n'est-il pas autorisé à se frayer des voies nouvelles, et les instruments qui ont pour but de soutenir et de redresser l'utérus ne se présentent-ils pas à l'esprit comme des moyens rationnels et efficaces?

M. Robert, après avoir rapporté les essais qu'il a faits lui-même avec le redresseur utérin, formule sa conclusion en ces termes :

Je ne veux pas méconnaître ici la portée des accidents causés par l'application du pessaire intra-utérin; mais d'un autre côté la proportion des cas malheureux est peu considérable, et des faits incontestés prouvent que ce mode de traitement a pu produire des succès complets et durables, dans des cas où les moyens ordinaires avaient échoué.

Il serait donc prématuré de vouloir dès aujourd'hui bannir cet instrument de la pratique : ce qu'il faut désirer, c'est que le mode d'action en soit mieux connu, et surtout que l'on parvienne à en établir les indications et les contre-indications. Si l'on atteint ce but, l'application en deviendra plus efficace, et l'on diminuera le nombre des accidents qu'elle peut déterminer.

M. Depaul commence la lecture du résumé de la discussion. Nous publierons la première partie de ce résumé dans notre prochain numéro.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS D'AVRIL 1854; par M. Al. Porchat, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — Anatomie et physiologie.

NOTES SUR QUELQUES EXPÉRIENCES FAITES DANS LE BUT DE DÉTERMINER L'ORIGINE PROFONDE DES NERFS DE L'ŒIL; par MM. Vulpian et Philipeaux.

Dans un précédent travail (Essai sur l'origine de plusieurs nerfs crâniens, Paris, 1853), nous avons montré qu'une lésion longitudinale très-superficielle, faite sur le plancher du quatrième ventricule, à 1 millimètre du sillon médian, produit immédiatement une paralysie plus ou moins complète du nerf facial du côté lésé et une paralysie complète du moteur oculaire externe du même côté. Nous avons répété cette expérience plusieurs fois, et elle nous a toujours donné les mêmes résultats. Le nerf facial peut être atteint, partiellement du moins, dans presque toute l'étendue antéro-postérieure du plancher du quatrième ventricule; de sorte qu'une section transversale d'une moitié du bulbe, faite très-près du *calamus scriptorius* sur ce plancher, paralyse incomplétement le nerf du côté opposé.

Nous avons fait plusieurs expériences sur les autres nerfs crâniens, dans le but de contrôler par la physiologie ce que l'anatomie nous avait appris de leurs origines profondes. Ce sont surtout les nerfs moteurs des yeux qui ont été l'objet de nos recherches.

A. Les nerfs oculo-moteurs communs ont des filets originels qui marchent d'avant en arrière dans les pédoncules cérébraux, ou plutôt dans les faisceaux interpédonculaires. D'autres filets, en très-petit nombre, se dirigent vers les conches optiques; mais un grand nombre des radicules de ces nerfs s'enfoncent de bas en haut pour gagner par un trajet curviligne la base des tubercules quadrijumeaux, puis le plancher de l'aqueduc de Sylvius, sous lequel elles sont placées très-superficiellement, et forment soit des petites commissures, soit des entre-croisements sur la ligne médiane.

Toutes les fois qu'avec un instrument quelconque (nous nous sommes servis d'une épingle courbée à angle droit près de sa pointe) on blesse soit le plancher de l'aqueduc de Sylvius, soit la partie des faisceaux intermédiaires qui passent sous les tubercules, on produit une déviation dans les yeux, et en même temps et presque constamment des convulsions.

Nous avons fait cette expérience un grand nombre de fois, et en relevant les résultats qu'elle nous a donnés, nous avons vu que le sens de la déviation des yeux et celui de leurs convulsions avaient varié. Nous ne pouvons pas dire que ces variations dans les résultats correspondent à des différences dans le lieu ou la profondeur des lésions, bien que cela soit probable.

La plupart du temps nous avons blessé le plancher de l'aqueduc de Sylvius ou les faisceaux situés sous les tubercules quadrijumeaux, *à droite* de la ligne médiane; or tantôt l'œil droit était dévié *en bas et en avant*, tantôt *en bas et en arrière*, quelquefois *en haut directement*, d'autres fois *en haut et en arrière*. Les convulsions se faisaient, dans certains cas, *autour de l'axe vertical de l'œil*; dans d'autres, *autour de l'axe antéro-postérieur*, soit par le grand oblique, soit par le petit.

Ce qui est intéressant, au point de vue des rapports qui existent au-dessous de l'aqueduc de Sylvius, entre les filets originels du nerf du côté droit et ceux du nerf du côté gauche, c'est que les déviations et les convulsions ne se sont presque jamais bornées à l'œil droit dans les expériences dont il vient d'être fait mention, mais que l'œil gauche se déviait dans le sens opposé au sens de l'œil droit. Si celui-ci était dévié *en bas et en avant*, l'œil gauche était strabique *en haut et en arrière*, et il en était de même pour les convulsions, qui se faisaient dans des sens réciproquement inverses pour les deux yeux.

Dans les cas très-rares où l'un des deux yeux était seul affecté de déviation et de convulsions, ou de convulsions seulement, c'était presque toujours l'œil du côté correspondant au côté lésé qui les présentait; cependant M. Brown-Séquard a vu, dans ses expériences, un fait tout à fait opposé : « Du côté où j'avais lésé les tubercules et la protubérance, l'œil semblait avoir la liberté de ses mouvements, tandis que de l'autre côté l'œil était convulsé. » (Compt. rend. de la Soc. de biol., 1853, p. 168.) Il faut remarquer que M. Brown-Séquard, dans ce cas, n'atteignait pas les radicules de la troisième paire au même endroit ni par le même procédé que nous, ce qui explique la différence dans les résultats. Ce fait observé par M. Brown-Séquard, fait qu'il qualifie de *singulier*, trouve sa raison dans le lieu d'origine de la troisième paire, et surtout dans l'entre-croisement que nous avons trouvé entre l'oculo-moteur commun d'un côté, et celui de l'autre côté sur la ligne médiane.

Nous avons aussi fait des expériences sur les tubercules quadrijumeaux. Dans plusieurs d'entre elles, nous nous sommes servis du moyen déjà indiqué plus haut, et avec lequel nous a familiarisés une grande habitude. A travers l'espace occipito-atloïdien, chez des lapins et des chiens, nous enfoncions une épingle coudée à son extrémité dans le quatrième ventricule, dont nous suivions avec précaution le plancher; puis, lorsque l'épingle était arrivée à un point que nous indiquait une marque tracée à l'avance, nous dirigions son crochet en dehors et en haut; nous soulevions; puis, tirant à nous d'avant en arrière l'épingle d'une longueur de 0m,005 ou 0m,01, nous blessions profondément de bas en haut les tubercules quadrijumeaux. Toutes les fois que nous avons agi ainsi, les yeux sont restés impassibles; les pupilles ne se sont ni dilatées ni contractées.

Dans l'expérience où nous intéressions la paroi externe de l'aqueduc de Sylvius de façon à produire une lésion au-dessous des tubercules, le plus souvent, toujours même quand la lésion était un peu étendue, l'une des pupilles, celle du côté correspondant, était dilatée.

Dans une autre série d'expériences, nous mettions à nu l'encéphale sur des lapins; puis, avec un faisceau d'épingles, nous piquions les tubercules quadrijumeaux. Nous avions ainsi la liberté d'agir sur l'un ou sur l'autre de ces tubercules, et de plus la lésion était faite de haut en bas. Des piqûres ainsi produites sur les tubercules quadrijumeaux postérieurs ne déterminaient point de déviation ni de convulsions dans les yeux, ni dilatation ou contraction de la pupille, même lorsque les *testes* étaient entièrement détruits. Nous avons pu aussi enfoncer le faisceau dans chacun des *nates* successivement, sans amener ni strabisme ni mouvements convulsifs dans les yeux; les pupilles restaient encore immobiles. Ce résultat était constant tant que l'instrument ne pénétrait pas à une profondeur verticale de plus de 6 centim.; mais sitôt qu'il était enfoncé à 7 centimètres, les yeux commençaient à être agités de convulsions et à se dévier. Il y avait aussi des convulsions dans le corps.

C'est donc seulement lorsque l'on blesse les faisceaux situés sous les tubercules quadrijumeaux que l'on voit survenir des mouvements convulsifs dans les yeux et dans le corps.

Si, au lieu de blesser les *nates* avec une épingle ou un faisceau d'épingles, on les enlève ou on les détruit à peu près entièrement, on observe, comme l'a démontré le premier M. le professeur Flourens, la perte de la vue, et c'est l'œil du côté opposé au tubercule détruit qui devient aveugle; de plus, il y a une dilatation de la pupille de cet œil. Dans ce cas, la dilatation de la pupille est le résultat, non pas d'une paralysie directe des filets de l'oculo-moteur qui vont animer l'iris; mais elle est due à l'amaurose, à la cessation de l'action réflexe, qui semble nécessaire aux mouvements ordinaires de l'iris. Cela est si vrai qu'après une pareille mutilation produite sur un seul des tubercules antérieurs, si l'on expose l'œil non amaurotique à une vive lumière, la pupille de l'œil aveugle se contracte par synergie, ce qui n'arriverait certainement pas si l'iris était complétement paralysé.

B. La quatrième paire naît, comme nous l'avons démontré, des pédoncules antérieurs du cervelet. Plusieurs de ses filets originels s'entre-croisent dans la valvule de Vieussens, au milieu et en arrière de la bandelette transversale qui forme commissure entre les pédoncules antérieurs du cervelet et vont à ces pédoncules, qui reçoivent ainsi des filets directs et des filets croisés. De ces filets, les uns semblent suivre les pédoncules antérieurs jusqu'au cervelet; les autres les traversent pour pénétrer dans les faisceaux intermédiaires. Quelques radicules montent vers les tubercules quadrijumeaux.

Nous avons tenté un grand nombre de fois de couper la bandelette transversale interpédonculaire, et de diviser ainsi les filets entre-croisés de la quatrième paire. Presque toujours nous produisions, en même temps que la section de ces filets, une lésion plus ou moins grave du plancher du quatrième ventricule, ou de l'aqueduc de Sylvius, ou de la base des tubercules quadrijumeaux; de telle sorte que nous obtenions des effets complexes. Deux fois seulement nous avons pu couper isolément la bandelette et les filets qu'elle supporte. Dans ces deux cas, il n'y a eu que quelques mouvements de rotation de l'œil autour de son axe antéro-postérieur, dans le sens de traction du grand oblique. Ces mouvements, qui semblent dus à une simple irritation des pathétiques, ont duré très-peu de temps.

Nous avons coupé le pédoncule antérieur droit du cervelet chez un lapin, de façon à diviser les filets originels de la quatrième paire qui se trouvent dans ce pédoncule, et il s'est produit une déviation permanente de l'œil droit en arrière et en haut. Or la direction du grand oblique chez les lapins est telle que ce strabisme ne s'explique ni par une paralysie ni par une convulsion de ce muscle. (Le grand oblique, après sa réflexion dans la poulie, est à peu près parallèle à l'axe transversal de l'œil chez les lapins, tandis que le petit oblique est oblique du fond de l'orbite, vers la cornée transparente.)

C. Nous avons cherché quelles sont les parties de l'encéphale dont la lésion produit des déviations ou des convulsions des yeux.

On peut enlever les hémisphères cérébraux, on peut blesser et diviser de différentes manières le corps calleux, la voûte à trois piliers, les corps striés, les couches optiques proprement dites, sans qu'il se manifeste aucune déviation, aucune convulsion des yeux. S'il est un fait physiologique avec lequel s'accordent parfaitement les résultats pathologiques, assurément c'est celui-là : on sait que les hémorrhagies les plus étendues peuvent se faire dans les diverses parties que nous venons de citer, sans que les yeux soient affectés de véritables convulsions ou de déviations permanentes.

Nous avons déjà dit que les tubercules quadrijumeaux proprement dits pouvaient être lésés, et que les yeux restaient impassibles.

Nous avons pu couper le cervelet sur la ligne médiane, de haut en bas et très-profondément, sans que les yeux se soient déviés ou aient été agités. Au contraire, lorsque nous avons coupé le cervelet de bas en haut, par le quatrième ventricule, comme l'a fait M. Magendie (JOURNAL DE PHYSIOLOGIE, t. IV, p. 399 et suiv.), nous avons observé des convulsions et une légère déviation des yeux. Le plus souvent l'œil droit était porté en haut et en arrière, et l'œil gauche en bas et en avant. Le simple passage de l'instrument tranchant dans le quatrième ventricule, le soulèvement du cervelet quand on le coupe et le tiraillement de ses pédoncules, produisent à eux seuls des effets analogues. Lorsqu'on fait la section du cervelet en dehors de la ligne médiane à une certaine distance, non-seulement on tiraille les pédoncules du cervelet, mais encore on les coupe forcément. Or c'est dans les pédoncules antérieurs que se trouvent un grand nombre des filaments radiculaires de la quatrième paire.

Mais il est bien difficile de blesser soit la protubérance, soit les différents pédoncules cérébelleux, sans qu'aussitôt les yeux se convulsent et moins souvent se dévient. On connaît les déviations si énergiques qui se produisent dans l'expérience où on lèse la protubérance annulaire ou les pédoncules moyens du cervelet. Si l'on se représente combien sont multiples les filets d'origine des différents nerfs moteurs de l'œil et la grande étendue où ils se déploient en se dirigeant dans des sens variés, on sera tenté d'admettre avec nous que la plupart des déviations, toutes même, sont dues à des lésions de quelques-uns de ces filets originels. Quant aux convulsions oculaires, il nous reste des doutes. Nous avons vu des mouvements convulsifs des yeux après des lésions produites sur des parties éloignées du vaste foyer d'origine des nerfs oculo-moteurs. C'est ainsi que, chez les lapins, une section d'une moitié du bulbe à une assez grande distance du pont, au niveau du bec du *calamus scriptorius*, est suivie de mouvements convulsifs des globes oculaires, tantôt légers, tantôt assez prononcés. Nous en avons même vu survenir dans un cas, après une section transversale d'une moitié de la moelle, à près d'un centimètre derrière le sommet du *calamus*. Cette lésion, de même que les sections d'une moitié du bulbe faites au voisinage du *calamus*, a été suivie d'une contraction très-évidente de la pupille du côté correspondant. De plus, il nous a semblé que la pupille de l'œil du côté opposé se dilatait en même temps légèrement. C'est là un effet qui s'est montré constant dans nos expériences sur les lapins; sur les chiens, nous n'avons observé rien de semblable. Cette contraction de la pupille chez les lapins, après la section d'une moitié du bulbe, n'est pas permanente; elle dure environ deux ou trois heures, pendant lesquelles elle va en diminuant jusqu'au moment où elle cesse tout à fait.

D. On conçoit que, dans les expériences nombreuses et variées que nous avons dû faire, nous ayons observé très-fréquemment la rotation des animaux, soit autour de leur train postérieur (*mouvement de rotation*), soit autour de leur axe antéro-postérieur (roulement). Ces phénomènes ont attiré notre attention d'une façon toute particulière : nous voulions voir s'il n'y avait pas une relation constante entre la direction de ces mouvements et le sens de la déviation des yeux, ce qui ajouterait un grand poids à la théorie d'Henle, théorie dans laquelle il attribue le tournoiement au vertige produit par la déviation des yeux. Nous devons dire tout d'abord que nous avons vu des animaux tourner sans avoir les yeux déviés; mais c'est là une rare exception. Le plus souvent il y a une déviation des yeux, et si le sens du mouvement de manége ne semble pas exactement en rapport avec la direction des yeux déviés, il n'en est pas de même pour le roulement. Presque toujours, si l'animal *roule de droite à gauche*, l'œil *droit* est porté plus ou moins directement *en haut*, l'œil *gauche en bas*; s'il roule de gauche à droite, c'est le contraire.

II. — Pathologie.

1° Cas de péricardite chronique avec plaques ossiformes développées dans le péricarde; par M. Louis Blin, interne des hôpitaux.

M. Louis Blin met sous les yeux de la Société le cœur et le péricarde d'un homme dont le cadavre a servi aux dissections à l'amphithéâtre de Clamart; M. Blin accompagne cette présentation de la note suivante :

Le sujet sur lequel a été recueillie cette pièce paraissait âgé d'environ 60 ans, et présentait une infiltration générale. Je n'ai pu avoir de lui aucun renseignement.

Outre la lésion du péricarde, qui a surtout attiré mon attention, l'autopsie m'a montré l'altération de plusieurs autres organes. Les poumons étaient congestionnés et présentaient des dilatations bronchiques; ils étaient unis aux parois du thorax par des adhérences celluleuses peu résistantes. Des adhérences semblables unissaient les plèvres médiastines au péricarde; la plèvre viscérale gauche était épaissie et opaque au milieu du lobe inférieur, dans une étendue de 5 à 6 centimètres. Cirrhose du foie; vésicule biliaire du volume d'un œuf de dinde, présentant à la coupe un tissu ramolli, encéphaloïde; reins volumineux et un peu décolorés.

Le cœur, revêtu du péricarde, présente une forme arrondie; le diamètre vertical, y compris les oreillettes et le diamètre transversal correspondant à la base des ventricules, sont l'un et l'autre de 0,15.

Le péricarde est uni au cœur par des adhérences celluleuses, faciles à détruire, dans toute la portion qui répond à la pointe et à la partie moyenne des ventricules.

La portion du péricarde qui répond à la base de ces cavités offre, au contraire, une adhérence intime; de sorte que les fibres charnues du cœur semblent y prendre insertion. En ce point le péricarde est épaissi et constitue une plaque ossiforme qui entoure comme un anneau la base des ventricules, et répond aussi à la partie antérieure de l'oreillette droite. Cette plaque est irrégulière, inégale; la largeur de la zone qu'elle forme varie de 0,02 à 0,06; sa plus grande longueur correspond au côté droit. En partie cartilagineuse, elle est formée, dans la plus grande partie de son étendue, par un dépôt calcaire développé sous la séreuse pariétale du péricarde.

Dans les points où l'adhérence avec le cœur est intime, les fibres charnues semblent prendre insertion sur elle, et il serait difficile de décider si le dépôt calcaire s'est formé sous la séreuse viscérale ou sous la séreuse pariétale. Son épaisseur moyenne est de 0,001; elle est beaucoup plus épaisse au niveau de l'infundibulum du ventricule droit. Elle envoie dans les parois de ce ventricule deux prolongements arrondis, du volume d'une noisette, qui soulèvent l'endocarde.

L'ouverture des ventricules montre que l'épaisseur de leurs parois est à peu près normale, et que leur cavité est dilatée.

L'endocarde du ventricule gauche est épaissi, opaque. Les valvules auriculo-ventriculaire gauche et aortique sont un peu épaissies, mais non déformées; la première offre des végétations globuleuses, peu saillantes, vers son bord libre.

L'endocarde et les valvules du côté droit ne sont pas altérés notablement.

Les artères coronaires ne sont pas ossifiées.

La crosse de l'aorte présente des plaques calcaires épaisses sous-séreuses.

L'aorte descendante ne présente pas de dépôts calcaires; mais on y trouve d'espace en espace des plaques mamelonnées, rouges, formant une légère saillie à la surface de la séreuse.

Les artères des membres inférieurs présentent des ossifications dans presque toute leur étendue.

2° Observation d'un cas de sclérose du cerveau; par M. Schnepf, interne des hôpitaux.

M. Schnepf met sous les yeux de la Société le cerveau d'un enfant épileptique et idiot, mort à la Salpêtrière.

Un épanchement considérable de sérosité s'est fait entre la dure-mère et l'arachnoïde.

La masse encéphalique est beaucoup plus ferme qu'à l'état normal. Un grand nombre de circonvolutions sont comme rétractées sur elles-mêmes et calleuses : ce sont surtout celles des lobes antérieurs. La substance grise, examinée au microscope par MM. Ch. Robin et Schnepf, contient une quantité considérable de matière amorphe et de granulations moléculaires; on y trouve, au contraire, moins de noyaux (*myéloplastes* de M. Robin) qu'à l'état normal. Les tubes de la substance blanche ont ici un diamètre moins considérable que dans la substance saine, et il s'est déposé entre eux de la matière amorphe.

Les tissus malades contiennent peu de vaisseaux capillaires. Cette altération de la substance cérébrale consiste, pour MM. Robin et Schnepf, en une prédominance de l'un des éléments de cette substance sur l'autre, plutôt que dans l'addition d'un élément nouveau.

III. — Thérapeutique.

1° Expériences sur les injections de perchlorure de fer dans les artères; par MM. Goubaux et Giraldès.

MM. Goubaux et Giraldès ont commencé, il y a plus d'un an, à faire des expériences sur l'action coagulante du perchlorure de fer injecté dans les artères. Dans ces expériences, ils ont employé des solutions de perchlorure à différents degrés de concentration, préparés par M. Lassaigne.

Une première série d'expériences a été faite avec la solution marquant 49 degrés à l'aréomètre de Baumé, solution employée par M. Pravaz; une seconde série avec la solution à 29 degrés 1/2, dosée par M. Lassaigne; enfin une troisième série a été faite avec la solution à 15 degrés.

En injectant du perchlorure de fer dans l'artère carotide d'un cheval, MM. Goubaux et Giraldès ont obtenu la coagulation du sang contenu dans une

portion du vaisseau, mesurant 4 centimètres; deux gouttes à 49 degrés, trois gouttes à 30 degrés et six gouttes à 15 degrés produisent une coagulation.

Trois ou quatre minutes après l'injection, il se forme dans le vaisseau un caillot plus ou moins serré qui intercepte la circulation. MM. Goubaux et Giraldès appellent caillot primitif celui qui est produit par l'action directe de l'injection, et caillots secondaires ceux qui se forment quelque temps après. Ces derniers se produisent à la fois du côté du cœur et du côté périphérique.

Les parois de l'artère sont modifiées ensuite; la tunique moyenne s'hypertrophie, et il se fait une infiltration de lymphe plastique dans la tunique externe.

Lorsqu'on emploie la solution à 49 degrés, le sang et les parois de l'artère sont profondément altérés; le caillot est compacte, noirâtre et s'écrase entre les doigts; les parois du vaisseau sont tannées et mortifiées. L'altération, dans ce cas, rend les tissus et le caillot impropres à tout travail de réparation.

Lorsqu'on a injecté la solution à 30 degrés, le caillot est formé en partie par du sang noir et décomposé, en partie par de la fibrine coagulée. Il est mou et volumineux; il dilate le vaisseau, et a contracté des adhérences avec les parois de l'artère. L'épithélium et la tunique fenêtrée de l'artère sont détruits. La tunique moyenne est jaunie; mais les parois du vaisseau sont cependant susceptibles de devenir le siége d'un travail réparateur.

La solution à 15 degrés altère beaucoup moins le caillot et les parois de l'artère; elle laisse la tunique moyenne presque tout à fait intacte.

Les caillots secondaires se forment ensuite; on les trouve en général vingt-quatre heures après l'injection. Ils contractent des adhérences intimes avec les parois de l'artère.

Dans les expériences de la première série, l'action désorganisatrice de la solution à 49 degrés a produit des ruptures du vaisseau et des hémorrhagies, surtout quand on a injecté une quantité trop forte de liquide (10-17 gouttes).

La solution à 15, à 20 et même à 30 degrés ne produit pas les mêmes phénomènes : toutes les fois qu'on en a injecté 4 à 5 gouttes, il s'est formé un caillot mixte qui contracte rapidement des adhérences avec les parois artérielles. La membrane moyenne s'hypertrophie ensuite et la membrane externe devient plus vasculaire, et le tissu se remplit de fibrine plastique. Cette infiltration forme autour de l'artère une sorte de virole provisoire.

Le caillot se ramollit ensuite dans certains cas; plus souvent il s'enkyste; les caillots secondaires disparaissent, et l'artère s'oblitère du côté du cœur et du côté de la périphérie, par suite de l'enkystement du caillot et de l'épaississement de la membrane interne. M. Giraldès a mis sous les yeux de la Société des dessins représentant des pièces anatomiques sur lesquelles on peut voir une circulation collatérale qui s'établit quelquefois dans la membrane externe de l'artère, et qui fait communiquer ensemble les deux portions du vaisseau qui sont séparées par le caillot.

Le perchlorure de fer à 49 et à 45 degrés ne doit donc pas être employé dans le traitement des anévrismes et des tumeurs érectiles.

Dans les anévrismes ou les tumeurs érectiles, on doit employer le perchlorure à 30 degrés, ou mieux encore à 70 degrés de l'aréomètre de Baumé, dans la proportion de 5 gouttes à 30 degrés, 10 gouttes à 20 degrés, pour une quantité de sang égale à 30 centimètres cubes.

Le perchlorure à 49 degrés et à 45 degrés peut être employé comme hémostatique.

Le perchlorure à 15 degrés, 20 degrés et 30 degrés peut être employé avantageusement dans les kystes hématiques.

Dans quelques cas, le perchlorure à 30 degrés et à 49 degrés peut être employé comme modificateur des plaies en suppuration.

2° ANÉVRISME VARIQUEUX DU PLI DU COUDE DÉTERMINÉ PAR UNE SAIGNÉE; INJECTION DE PERCHLORURE DE FER; GUÉRISON; par M. le docteur JOBERT (de Lamballe).

Le nommé Léopold, âgé de 18 ans, vit paraître au pli du coude droit une tumeur du volume d'un petit œuf de pigeon, formée par le passage du sang de l'artère brachiale dans la veine médiane basilique. La tumeur disparaissait par la pression directe, et en partie seulement par la compression de l'artère brachiale. Le sang veineux remplissait donc en partie la poche. La tumeur offrait des battements isocbrones à ceux du cœur.

Le 20 février, M. Jobert (de Lamballe) fit une ponction avec un trocart, après avoir fait comprimer préalablement l'artère brachiale. Du sang veineux s'échappa par la canule. Six gouttes de perchlorure furent injectées dans la poche, et un morceau de diachylon fut appliqué sur la plaie. Le lendemain on sentait manifestement un coagulum dans la tumeur, et les battements étaient devenus moins sensibles et par conséquent plus obscurs. Mais au bout de quelques jours la dureté avait disparu; les battements artériels et le susurrus se faisaient de nouveau sentir. L'anévrisme n'était pas guéri.

Le 24, une nouvelle ponction fut pratiquée, et cette fois six gouttes de perchlorure, entre 15 et 20 degrés de concentration, furent injectées dans la poche, après qu'on eut toutefois relâché la compression artérielle. C'est alors qu'un jet de sang rouge poussa devant lui un mélange de perchlorure de fer, d'albumine et de fibrine. M. Jobert (de Lamballe) poussa donc le perchlorure dans la poche au moment où du sang artériel circulait dans l'artère. La tumeur se durcit, les battements cessèrent, des douleurs violentes se déclarèrent dans l'avant-bras, et des chaleurs vives suivirent le trajet des artères radiale et cubitale. Il y eut même de la contracture dans les muscles de l'avant-bras; il y eut de l'insomnie. Mais enfin les douleurs cessèrent; la tumeur continua à se durcir. Un cordon se forma dans l'artère brachiale jusqu'à environ 1 pouce et demi au-dessus de la tumeur. Peu à peu celle-ci diminua, et lorsque le malade fut présenté à la Société de biologie, il n'existait plus qu'une bosselure très-résistante et un cordon suivant le trajet de l'artère brachiale.

IV. — CHIMIE.

NOTE SUR UN NOUVEAU PROCÉDÉ D'ANALYSE DU LAIT; par le docteur LECONTE, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Le lait joue un rôle si important dans l'alimentation des jeunes animaux et même dans l'alimentation de l'homme, que depuis longtemps sa composition a fixé non-seulement l'attention des physiologistes, mais encore celle de l'administration chargée de veiller au commerce des substances alimentaires.

Certes les méthodes à l'aide desquelles on peut faire l'analyse complète du lait dans les laboratoires offrent une précision qui laisse peu à désirer, mais elles exigent toutes des manipulations longues et délicates qui, malheureusement, se sont toujours opposées à leur introduction dans les recherches que l'on est obligé de faire chaque jour pour déterminer la qualité du lait.

On a proposé un assez grand nombre de procédés physiques dans le but de déterminer la valeur commerciale et physiologique du lait, mais bientôt on fut obligé de les abandonner en raison du peu de certitude qu'ils offraient; car ceux qui reposaient sur l'emploi de la densité pouvaient être mis en défaut soit par l'addition de l'eau seule, soit par l'addition de quelques autres liquides.

Les procédés reposant sur l'opacité du lait pouvaient conduire à l'erreur toutes les fois que la fraude ajoutait au lait des corps solides blancs et opaques.

Les recherches que nous avons entreprises avec M. le docteur de Goumoëns sur les substances albumineuses me conduisirent naturellement à examiner le lait lui-même qui en renferme une si grande quantité.

Dans ses intéressantes recherches sur la composition du lait, M. Doyère a proposé de traiter le lait par l'acide acétique étendu de trois parties d'eau; dans ce cas on obtient un liquide trouble dont le beurre ne se sépare pas spontanément, même lorsqu'on le chauffe; mais on peut l'obtenir en jetant la liqueur sur un filtre mouillé, et l'on peut par l'évaporation d'une autre portion de lait obtenir les substances albuminoïdes et les doser, tandis que le poids du beurre peut être obtenu en pesant le filtre qui le contient et en soustrayant de ce poids celui d'un filtre de même dimension et mouillé par la liqueur acide précédente. Ce procédé ingénieux rentre dans la classe des procédés de laboratoire et doit alors donner de très-bons résultats.

Est-il nécessaire de doser mathématiquement tous les corps que renferme le lait pour affirmer qu'il a été ou non falsifié? Je ne le pense pas; car si l'on choisit comme corps à doser la substance que la spéculation a le plus d'intérêt à enlever ou à diminuer de quantité, en ajoutant de l'eau au lait, on aura complétement résolu le problème. De tous les corps que renferme le lait, le beurre est celui qui présente la plus grande valeur commerciale; aussi l'un des moyens employés par la fraude, et c'est le plus fréquent, consiste à enlever au lait une grande partie de la matière butyreuse qui se rend à la surface sous la forme de crême; ce lait ainsi écrémé contient encore toutes ses substances albuminoïdes et peut encore jouer le rôle d'aliment, bien qu'il soit infiniment moins agréable que le lait naturel; mais malheureusement on pousse la fraude encore plus loin, et l'on ajoute assez souvent au lait ainsi écrémé une certaine quantité d'eau; enfin d'autres fois les falsificateurs ajoutent directement au lait une certaine quantité d'eau qui diminue sa richesse en substances albuminoïdes et en matières grasses.

Il résulte de ce qui précède que toutes les falsifications du lait tendent à en diminuer notablement la quantité de beurre.

Enfin si nous ajoutons que, d'après les recherches de MM. Boussingault, Payen, Regnault, Simon, Quevenne, Lehmann, Becquerel et Vernois, etc., etc., les substances albuminoïdes du lait obéissent aux mêmes fluctuations que le beurre, nous aurons démontré que dans la plupart des cas il suffit de déterminer ce dernier élément pour connaître la valeur du lait que la spéculation lance dans le commerce et le pouvoir nutritif du lait fourni par les nourrices.

C'est en me basant sur ces considérations que j'ai imaginé, après de nombreuses tentatives, le procédé d'analyse et l'appareil que je vais actuellement décrire.

L'appareil dont je me sers se compose d'un tube fermé à l'une de ses extrémités de 2 centim. de diamètre environ et divisé en cinq parties présentant chacune une capacité de 5 centim. cubes; à la partie supérieure de ce tube j'en soude un autre d'un diamètre beaucoup plus petit et qui est divisé en vingtièmes de centimètres cubes; enfin à la partie supérieure de ce dernier se trouve un autre tube semblable au tube inférieur, mais beaucoup plus court et sans divisions qui sert d'entonnoir et reçoit les liquides qui se dilatent pendant l'opération.

Lorsqu'on veut faire une analyse, on mesure 5 centim. cubes de lait dans le tube inférieur, puis on y ajoute 20 centim. cubes d'*acide acétique cristallisable*, ce qui devient facile en raison des divisions gravées sur le tube; puis après avoir fermé l'orifice supérieur avec un disque ou un bouchon de verre, on agite pendant quelques minutes; la caséine qui s'était coagulée au contact

de l'acide acétique se dissout peu à peu, et le beurre vient rapidement surnager la liqueur sous la forme de flocons blancs; il suffit alors de chauffer avec une lampe à alcool pour liquéfier le beurre qui forme alors à la surface une couche limpide dont il est facile d'apprécier le volume d'après le nombre de divisions qu'elle occupe dans le petit tube gradué.

Cette méthode si simple peut être employée par les personnes les plus étrangères à la chimie avec d'autant plus de facilité que chaque opération n'exige que quelques minutes. Enfin il suffit de quelques modifications légères pour transformer ce procédé en un procédé d'analyse, permettant de doser, si on le désire, toutes les substances contenues dans le lait.

BIBLIOGRAPHIE.

DES SUBSTANCES ALIMENTAIRES; par M. PAYEN, membre de l'Institut. — 1 vol. in-12.

Lorsqu'on détermine par l'analyse chimique la composition des aliments, on y trouve des matières organiques azotées et non azotées, des matières grasses et des substances minérales. Les aliments azotés conservent les organes, produisent la force et servent au développement de l'homme et des animaux. Les matières grasses, sucrées et amylacées, composées de carbone, d'hydrogène et d'oxygène, ne sont, au contraire, que des aliments respiratoires. Leur carbone et leur hydrogène s'unissent à l'oxygène de l'air, entretiennent la chaleur animale et s'exhalent, sous la forme d'acide carbonique gazeux et de vapeur d'eau, par les poumons et par la peau.

Les aliments azotés et non azotés perdent la faculté d'entretenir la nutrition et la respiration, s'ils sont ingérés seuls. Ils ne sont propres à conserver la vie que lorsqu'ils sont mêlés avec une proportion convenable de matières inorganiques, telles que le chlorure de sodium, le phosphate de chaux, le phosphate de soude, le carbonate de potasse et de soude, l'oxyde de fer, etc. Ces matières forment la charpente osseuse et font partie de tous les liquides animaux.

Les animaux carnivores vivent du sang et de la chair des herbivores et des granivores. Chez les herbivores, la nutrition se fait de la même manière. En effet, la chimie a découvert depuis une vingtaine d'années, dans les divers organes des végétaux, des substances azotées semblables, par leurs caractères et par leur composition, à la fibrine et à l'albumine, et l'on peut affirmer aujourd'hui que le pouvoir nutritif des végétaux dépend de la proportion des principes azotés qu'ils renferment. Les graines des céréales et des légumineuses, telles que le froment, le maïs, l'avoine, les haricots, les fèves, les pois, etc., contiennent une proportion considérable de substances azotées; elles sont considérées comme des aliments précieux, non-seulement parce qu'elles renferment les matières azotées nécessaires à la conservation des organes, mais aussi parce qu'elles fournissent, par les principes non azotés, le carbone qui produit, en se combinant avec l'oxygène, la chaleur animale. Les carnivores ne consomment réellement que les substances végétales dont les herbivores se sont nourris, et la partie nutritive des plantes s'y trouve simplement concentrée. On a donc dit avec raison que les végétaux sont les générateurs des aliments plastiques et la source de toute force.

La nourriture de l'homme n'est suffisante et facile qu'à la condition qu'elle contiendra des proportions convenables d'aliments plastiques et d'aliments respiratoires. Ainsi, si la proportion de ces derniers prédomine, la nutrition devient insuffisante et les fonctions digestives sont altérées. On comprend donc combien il est important de rechercher, par la science et par la pratique, quels sont les rapports les plus exacts entre les aliments azotés et les aliments non azotés. Il semble résulter de la théorie et des observations pratiques que l'alimentation de l'homme doit être formée de quatre parties d'aliments respiratoires et d'une partie d'aliments azotés. Du reste, lorsque nos aliments sont trop azotés, nous augmentons en quelque sorte instinctivement la quantité des aliments respiratoires par la graisse, par le pain et par les matières amylacées. C'est ainsi que, suivant la remarque de M. Boussingault, en Alsace, les paysans ajoutent aux pommes de terre du lait caillé, et que les Indiens des hautes régions des Andes se nourrissent avec un mélange de pommes de terre cuites et une forte proportion de fromage.

Ces idées, qui sont le point de départ du livre de M. Payen, se trouvent développées dans une série de chapitres que tous les hommes éclairés, savants ou étrangers à la science, liront avec plaisir. La célébrité que l'auteur s'est acquise par l'importance de ses travaux, l'intérêt qui s'attache à tout ce qui est relatif aux substances alimentaires, le choix des faits, les applications les plus heureuses de la science, expliquent la faveur avec laquelle cet ouvrage a été accueilli.

M. Payen a étudié, dans deux longs chapitres, la composition, les qualités, la préparation et la conservation des viandes. Il établit que les viandes de tous les animaux diffèrent très-peu entre elles quant à leur composition chimique élémentaire, et qu'elles offrent la plus grande analogie avec nos tissus. Aussi sont-elles éminemment propres à développer nos organes, à réparer les pertes qu'ils éprouvent et à produire la force. La viande est de toutes les substances alimentaires généralement usitées celle qui présente l'équivalent nutritif le plus élevé; elle renferme en effet, lorsqu'elle est desséchée, 70 pour 100 de fibrine, et la chimie a démontré que la fibrine du sang et celle des muscles ont une composition identique. Le pain, les légumes, le riz, etc., produisent comme la viande, dans l'économie, de la fibrine et de l'albumine; mais aucun aliment ne reproduit aussi rapidement que la viande nos organes.

100 parties de chair de bœuf, desséchée à 120°, se réduisent à 25 parties de matières solides, composées de fibrine, d'albumine, de matières grasses, de créatine, de créatinine et d'une proportion considérable de sels, tels que le phosphate de potasse, de soude, de chaux, les chlorures de potassium, de sodium, etc. La viande perd par la cuisson une proportion considérable de son poids; cette perte provient surtout de l'eau qu'elle contient, puisque le bouillon ne renferme qu'une faible proportion de substances solides. Il résulte de quelques expériences que j'ai faites au Val-de-Grâce en 1852 que 100 kilogr. de viande donnent 42 kilogr. de viande distribuable et 17 kilogr. d'os. Une ration de viande de 250 grammes se réduit, par la dessiccation, à 69 grammes, dont il faut retrancher 28 grammes de graisse. Il ne reste donc que 41 grammes d'aliments azotés renfermant environ 6,5 d'azote.

La qualité de la viande varie suivant la nourriture, l'espèce et l'âge des animaux abattus. Tout le monde sait que, dans les jeunes animaux, la chair est comme gélatineuse, et que l'arome se faible ou peu agréable. La plupart des animaux engraissés un ou deux ans après l'âge adulte donnent une viande savoureuse et douée des meilleures qualités alimentaires; mais si l'on dépasse ce terme de plusieurs années, les fibres musculaires deviennent dures, résistantes à la cuisson et perdent, en partie au moins, leur saveur et leur arome. On ne saurait mettre en doute l'influence des aliments sur la qualité de la viande. Ainsi certains aliments à odeur forte, tels que les choux, les navets, exercent une action défavorable sur la viande des bœufs et des moutons. Le lait et les produits qui en dérivent acquièrent eux-mêmes un goût désagréable. Les plantes aromatiques des montagnes et les bonnes prairies naturelles donnent, au contraire, les produits doués du plus agréable parfum.

Suivant M. Payen, la viande des animaux malades, atteints même d'affections contagieuses, peut être consommée sans produire aucun effet toxique sur les individus qui s'en nourrissent. L'auteur cite le fait de l'emploi d'un très-grand nombre d'animaux atteints d'une épizootie meurtrière, pour la nourriture des armées de Sambre-et-Meuse, de Rhin-et-Moselle, du Rhin et d'Italie, sans que l'usage de cet aliment ait causé aucune affection particulière. Les animaux atteints du charbon eux-mêmes ont pu être consommés, et les personnes soumises à cette alimentation n'en ont éprouvé aucun mal. Les expériences faites à l'École d'Alfort démontrent également qu'il n'y a aucun danger à introduire dans le régime alimentaire les viandes provenant d'animaux nourris avec la chair des chevaux atteints de la morve. Il est important sans doute de savoir que de pareilles viandes, étant cuites, n'exposent l'homme à aucun danger; mais ces produits, ne formant pas une alimentation agréable, doivent être repoussés.

Les viandes cuites imprégnées de liquides gélatineux éprouvent, lorsqu'on les conserve trop longtemps, des altérations particulières, et peuvent occasionner des accidents graves offrant les caractères d'un véritable empoisonnement. La cause de cette intoxication semble devoir être attribuée à de petits champignons vénéneux qui se développent dans le jus des viandes.

La conservation des viandes est une des questions d'hygiène qui nous intéressent au plus haut degré. Généralement on empêche la fermentation de ces aliments soit par la dessiccation, soit par l'exclusion de l'oxygène libre, soit par une basse température ou l'emploi de diverses substances conservatrices. Les viandes perdent facilement, dans un courant d'air sec et chaud, environ 70 pour 100 d'eau, et alors elles se conservent bien. Ce procédé, qui est pratiqué, suivant M. Boussingault, dans l'Amérique méridionale, fournit le produit connu sous le nom de *tasajo*. La conservation des viandes au moyen du sel marin

est généralement usitée; mais sous cet état elles compromettent plus ou moins la santé après un usage prolongé. Le sel marin exerce d'ailleurs une influence fâcheuse sur la valeur nutritive de la viande. Le sel ajouté enlève à celle-ci une proportion considérable d'eau, qui entraîne avec elle des substances très-utiles à l'alimentation de l'homme. Suivant M. Liebig, sur 3 quintaux de viande, 2 peuvent, par l'action complète du sel, devenir impropres à l'entretien des fonctions vitales et se transformer en agent de respiration d'un effet nuisible. Jusqu'à présent, de tous les procédés, celui d'Appert est le seul qui assure la conservation des viandes sans les altérer. Aussi a-t-il rendu les plus grands services à l'économie domestique et à la marine. En effet, les viandes conservées par l'admirable invention d'Appert, qui date de 1809, peuvent être transportées sur mer, sans altération, pendant quinze ou vingt années, et elles fournissent une alimentation saine et agréable.

M. Payen consacre le quatrième chapitre à l'étude du lait. Il examine successivement son rôle dans l'alimentation, sa composition, les altérations spontanées qu'il éprouve, les fraudes si fréquentes dont il est l'objet et les procédés qu'on a proposés pour les reconnaître.

Le lait, composé d'une manière azotée, propre à produire nos tissus, la caséine, de deux substances calorifiques, la matière grasse et le sucre, de sels calcaires et magnésiens qui servent à constituer la charpente osseuse, de sels alcalins qui se rencontrent dans les liquides animaux, est un des aliments les plus complets et les plus importants de l'homme. Malheureusement la fraude l'altère le plus souvent, et parmi les falsifications dont il est l'objet, la plus ordinaire consiste à enlever la crème et à ajouter de l'eau au lait écrémé. On a prétendu, il est vrai, que, dans le commerce, le lait était souvent fabriqué avec certaines émulsions huileuses et amylacées, ou même avec des cervelles d'animaux, mais les nombreuses expériences faites à Paris et à Londres n'ont pas justifié de pareilles craintes.

La plupart des procédés connus ne fournissent pas d'une manière rapide et rigoureuse l'indication de la richesse du lait. Ainsi, le galactomètre ou pèse-lait est un instrument presque toujours infidèle, soit parce qu'il est généralement mal construit, soit parce qu'une foule de conditions peuvent modifier la densité du lait. Il suffit de rappeler, en effet, que la densité moyenne du lait de vache est de 1,032, qu'elle s'élève à 1,037 lorsque le lait est écrémé, et qu'au contraire elle peut s'abaisser à 1,026 lorsqu'il esst très-riche en crème. Ainsi, en ajoutant à du lait écrémé une quantité convenable d'eau, on obtiendrait 1,032, densité moyenne du lait pur. La densité de ce liquide peut être augmentée d'ailleurs par l'addition de diverses substances étrangères.

L'appareil de M. Donné, le lactomètre, le galactomètre centésimal, le lactodensimètre, etc., donnent des indications quelquefois utiles, mais le plus souvent inexactes. J'ai proposé de déterminer la richesse du lait sans balance, par la méthode des volumes ou par le saccharimètre. Le premier procédé est basé sur la réduction des sels de cuivre par le sucre de lait. On fait tomber le petit-lait goutte à goutte dans une liqueur cuivrique titrée, et on continue jusqu'à ce que la teinte bleue ait complétement disparu. La quantité de petit-lait employé fait connaître, par une simple proportion, le poids du sucre contenu dans 1000 grammes de petit-lait. D'après mes expériences, 1000 grammes de lait renferment 52,70 de sucre de lait, et suivant la plupart des observateurs, ce chiffre ne présente que de très-légères variations. Ce moyen, qu'on se borne à indiquer ici, semble réunir toutes les conditions de succès. Son emploi est extrêmement facile; les résultats qu'il fournit sont parfaitement exacts, et les opérations peuvent être exécutées en quelques minutes.

On peut également employer l'ingénieux appareil de polarisation de M. Soleil, pour reconnaître la proportion de sucre de lait. Le nombre de degrés indiquant la déviation que la lumière polarisée éprouve, en traversant le sérum clarifié, donne, à l'aide d'une table que j'ai dressée à cet effet, le poids du sucre contenu dans un litre de petit-lait. Le lait vendu dans le commerce ne marque ordinairement au saccharimètre que de 1°,9 à 2°,3, ce qui donne de 38,36 à 46,44 de sucre de lait par litre de petit-lait.

Dans le cas où l'on trouverait la quantité normale de sucre de lait, il convient d'employer le procédé de M. Doyère, qui consiste à séparer la caséine et la matière grasse. Pour cet essai, on fait d'abord deux petits filtres égaux en poids et placés l'un dans l'autre. On prend ensuite, avec un tube gradué, 25 ou 30 grammes de lait que l'on coagule par quelques gouttes d'acide acétique. On jette alors ce liquide sur le filtre, et dès que la filtration est terminée, on lave le dépôt. Les filtres sont ensuite placés entre des feuilles de papier joseph, et lorsqu'ils ne mouillent plus ce papier, on les sèche et on les pèse. La différence de poids entre les deux filtres indique la quantité de fromage, c'est-à-dire de beurre et de caséine dont la proportion est en moyenne de 7,5 pour 100.

M. Payen examine, dans un chapitre particulier, la composition, les altérations et les falsifications du beurre, des huiles d'olive, d'œillette et de noix, et le rôle des matières grasses dans l'alimentation. Celles-ci donnent à nos aliments une saveur plus agréable et rendent leur consistance moins ferme. Elles sont émulsionnées dans le canal digestif par le suc pancréatique, sont brûlées dans le sang, produisent de l'eau et de l'acide carbonique, et entretiennent ainsi la chaleur animale.

Le rôle physiologique des matières sucrées que M. Payen place à côté des matières grasses est à peu près le même. Comme la graisse, le sucre se transforme dans l'économie en eau et en acide carbonique, et entretient ainsi la chaleur animale. On sait qu'il existe plusieurs espèces de matières sucrées offrant des propriétés parfaitement distinctes; ce sont le sucre de canne, le glucose, le sucre incristallisable et le sucre de lait. Le sucre de canne est supérieur aux autres par sa propriété sucrante, sa saveur agréable et par les cristaux volumineux qu'il forme. Aussi sa consommation est-elle considérable, puisque pour la France seulement, elle s'élève à 120 millions de kilog.; en Angleterre et en Écosse, la moyenne de la consommation annuelle est de 16 kilog. pour un habitant. En France, elle n'a pas encore atteint ce chiffre, mais il est très-désirable, dans l'intérêt de la santé publique, que l'usage du sucre se répande davantage dans la classe ouvrière et surtout dans les campagnes. M. Payen examine les caractères qui distinguent les sucres bruts des cannes et des betteraves, les altérations spontanées et les falsifications du sucre. La falsification avec le sucre de fécule, qui est la plus commune, se reconnaît facilement, soit par le procédé de Frommertz, soit par le saccharimètre de M. Biot ou de M. Soleil. On peut également employer deux moyens indiqués par MM. Péligot et Payen. Celui de M. Payen consiste à laver le sucre avec de l'alcool à 85 degrés et saturé de sucre candi. Ce liquide dissout le sucre de fécule et le sucre incristallisable, sans attaquer les cristaux de sucre de canne ou de betterave.

Parmi les substances alimentaires, celles que l'on désigne sous le nom de céréales occupent le premier rang et jouent un rôle extrêmement important dans l'alimentation de l'homme et même des animaux. Aussi ces aliments ont-ils fourni à M. Payen le sujet de considérations très-intéressantes. La composition chimique des grains des céréales explique leur pouvoir nutritif. Ils renferment en effet des matières organiques azotées analogues à la fibrine et à l'albumine des substances grasses et amylacées, et enfin des principes fixes. Ce sont donc des aliments complets, pouvant satisfaire à la fois aux fonctions de la nutrition et de la respiration. Parmi les céréales, les blés sont non-seulement les plus riches en matières azotées, mais renferment une substance particulière qui porte le nom de gluten et qui exerce la plus grande influence sur les qualités du pain. On trouve dans le commerce trois sortes principales de blés, les blés tendres, les blés durs et les blés demi-durs qui diffèrent entre eux par leur cassure, leur nuance, leur densité et surtout par la proportion de gluten qu'ils contiennent.

Il importe de déterminer rigoureusement la proportion et la nature du gluten, lorsqu'on est chargé de l'examen d'une farine. On trouve, en effet, dans le commerce des farines blanches obtenues par le remoulage des derniers gruaux, contenant si peu de gluten que quelquefois on n'en peut extraire que 1 ou 2 pour 100.

On introduit fréquemment dans la farine de froment plusieurs substances étrangères, telles que le remoulage des gruaux bis, les farines d'orge, de seigle, de légumineuses, de maïs, de sarrazin, de riz, la fécule de pommes de terre, les substances minérales, etc., mais ces diverses falsifications peuvent être reconnues par les moyens chimiques, les observations microscopiques, ou par les essais de panification.

M. Payen examine, dans un chapitre plein d'intérêt, la fabrication, les altérations et les falsifications du pain. Le pain de munition fait l'objet d'un article particulier. On sait que ce pain est fabriqué avec de la farine blutée à 20 pour 100 pour le blé tendre et à 12 pour 100 pour le blé dur. Ce blutage permet d'obtenir un pain de munition comparable pour la nuance au pain de deuxième qualité, mais supérieur à celui-ci par ses qualités nutritives. Si on examine, en effet, le pain préparé actuellement à la manutention de Paris, on trouve qu'il a une couleur jaunâtre, une odeur et une saveur agréables. La croûte est bien cuite, unie et adhérente à la mie. Ce pain est bien levé, d'une élasticité convenable et se gonfle dans l'eau. Si l'on compare le pain de munition français au pain distribué aux troupes des puissances européennes, on reconnaît au nôtre une supériorité incontestable sur les pains étrangers, sous le rapport de la fabrication, de la cuisson, de la

saveur, de l'odeur, de la nuance et de la proportion des matières azotées.

Lorsque la farine de froment destinée au pain de munition retenait encore de 12 à 15 pour 100 de son, il était important de déterminer la composition et la valeur nutritive de cette dernière substance, et de reconnaître le rôle qu'elle joue dans la panification. Il résulte des travaux qui ont été publiés depuis quelques années sur cette question intéressante que la quantité de gluten et d'amidon renfermés dans le son n'est pas aussi élevée qu'on l'avait admis, et qu'on ne doit pas considérer comme substance alimentaire tout ce qui lui est enlevé par les acides, les alcalis et les dissolvants qu'on emploie pour avoir la cellulose pure. D'après les analyses les plus récentes, le son contient 44 pour 100 de matière assimilables et 56 pour 100 de substances qui ne peuvent pas servir à la nutrition. Un autre fait très-curieux résulte de ces recherches, c'est que tout l'azote qu'on obtient par les procédés usités dans les laboratoires n'est pas fourni par une matière azotée assimilable. En effet, on a nourri un chien pendant plusieurs jours avec un mélange de bouillon et de son, on a recueilli les excréments, qui étaient presque entièrement formés de son, et on a séparé ce produit en le lavant au-dessus d'un tamis de soie; puis on l'a fait bouillir successivement dans l'eau, l'alcool et l'éther, pour qu'il ne conservât aucune substance étrangère, et enfin, après l'avoir desséché, on y a trouvé 3,516 pour 100 de matière azotée non assimilable.

Dans une autre expérience, on a analysé du son qui avait été donné successivement à deux chiens, et les chiffres fournis par l'analyse ont été absolument identiques. Le même son ayant déjà traversé le tube digestif de deux chiens a été donné à un poulet, et la quantité d'azote n'a pas changé. Ces résultats sont décisifs et ils montrent bien qu'il existe dans le son une matière azotée non assimilable.

Ce fait n'offre rien d'extraordinaire. En effet, si la valeur nutritive des aliments croît d'une manière générale avec la proportion des matières azotées, il faut bien admettre aussi que toutes les matières azotées ne peuvent pas être considérées comme nutritives pour l'homme. Ainsi les pailles de froment, de seigle, d'orge, d'avoine, de pois, etc., contiennent depuis 2 jusqu'à 17 pour 1000 d'azote, et personne n'a soutenu qu'elles fussent alimentaires pour l'homme et pour tous les animaux.

Malgré les expériences qui précèdent, beaucoup de bons esprits pensent que la farine destinée au pain de munition ne doit pas être blutée à plus de 20 pour 100; que le son qu'on y laisse est utile en ce sens qu'il retient plus longtemps dans les organes digestifs les substances assimilables. Les principes nutritifs ont besoin, pour être bien digérés, d'être mélangés avec des substances plus réfractaires. Ce serait le rôle du son lorsqu'il se trouve en proportion convenable dans le pain de munition. On sait que, suivant M. Mouriés, cette substance agit comme un ferment; mais cette opinion a besoin de nouvelles preuves pour être acceptée.

Les graines des légumineuses sont, comme les céréales, des aliments complets, très-riches en matières azotées et en substance amylacée. En effet, la proportion des principes azotés peut s'élever jusqu'à 28 pour 100, comme dans les lentilles, et celle des aliments respiratoires est, en moyenne, de 45 à 50 pour 100. Ces aliments sont donc très-propres à la nourriture de l'homme; ils se trouvent dans le commerce à très-bas prix.

Les graines légumineuses parvenues à l'état de maturité présentent généralement une enveloppe épaisse, résistante, qui les rend peu digestibles. On a essayé de les conserver en grand par la dessiccation, lorsqu'ils sont encore verts, et le problème semble résolu par les procédés de MM. Masson et Chollet. Les moyens employés par ces honorables industriels, pour la conservation des légumes verts, consistent à les soumettre d'abord à une chaleur artificielle, puis à un courant d'air légèrement humide, et enfin à réduire le volume de ces aliments par une forte pression qui offre le double avantage d'assurer leur conservation et de rendre leur transport plus facile. Les commissions des subsistances militaires de la guerre et de la marine, l'Académie des sciences et diverses sociétés savantes ont approuvé les nouveaux procédés de conservation des légumes. Aussi les ministres de la guerre et de la marine ont-ils passé des marchés avec la maison Chollet pour la fourniture de quantités considérables de légumes desséchés. Le moyen appliqué par M. Masson à la conservation des légumes sera employé sans aucun doute pour préserver les plantes médicinales des diverses altérations qu'elles éprouvent et pour en réduire considérablement le volume.

Le chapitre important des boissons comprend les eaux potables, les vins, les cidres, les bières, l'alcool et les liqueurs.

Le rôle de l'eau dans les phénomènes atmosphériques et physiologiques, à l'état de vapeur ou sous la forme liquide, a une importance telle, que l'air seul peut lui être comparé sous ce rapport. On comprend donc tout l'intérêt qui se rattache à l'étude de ce corps, au point de vue de l'hygiène. Ainsi l'aération de l'eau, ses caractères physiques, la nature et la proportion des sels qu'elle tient en solution, la présence des matières organiques, les moyens que l'on emploie pour la rendre salubre, sont des circonstances qui méritent la plus sérieuse attention. Parmi les eaux naturelles, celles de sources et de rivières doivent être généralement préférées; elles sont aérées, légères, agréables, et ne contiennent ordinairement qu'une faible proportion de principes fixes. Parmi les substances minérales, le sulfate de chaux exerce, dans les divers usages alimentaires et économiques, l'influence la plus défavorable; ainsi les eaux chargées de ce sel décomposent le savon et ne cuisent pas les graines de légumineuses, en déposant sur elles, par l'ébullition, une sorte d'incrustation qui empêche l'eau de ramollir le périsperme et de pénétrer dans l'intérieur. Le bicarbonate de chaux, que les eaux de rivière et de sources contiennent en proportion considérable, semble au contraire jouer un rôle utile dans l'acte de la digestion, et fournit une partie de la substance calcaire des os.

Mais le médecin hygiéniste doit surtout se préoccuper de la présence des matières organiques dans l'eau. Elles ne sont pas nuisibles si elles s'y trouvent en faible quantité et non altérées; mais si au contraire leur proportion est élevée, et si elles ont subi un commencement de fermentation, l'eau doit être considérée comme insalubre. Des quantités même inappréciables de substances organiques putréfiées et de produits gazeux provenant de leur décomposition, rendent les eaux très-dangereuses. Tant que la température atmosphérique se maintient au-dessous de 15 à 20° centigrades, les matières végétales et animales contenues dans les eaux n'éprouvent aucune altération; celles-ci présentent même tous les caractères des eaux de bonne qualité; mais dès que la chaleur augmente, la fermentation putride fournit des principes gazeux, lesquels, en pénétrant dans l'économie, donnent naissance à diverses affections.

Après l'eau, le vin est la boisson la plus importante. La France seule produit quarante millions d'hectolitres des vins les plus variés et les plus délicats. Le climat doux et tempéré de notre pays favorise le développement des huiles essentielles les plus suaves qui donnent au vin un bouquet particulier. On sait que, d'après les recherches intéressantes de MM. Liébig et Pelouze, ce bouquet est dû à un éther qu'ils ont appelé éther œnanthique. Dans ces derniers temps, M. Winckler est arrivé à des résultats extrêmement curieux qui expliquent l'odeur particulière du vin. Il a évaporé 500 grammes de vin de manière à dissiper l'alcool, l'éther œnanthique et toutes les parties volatiles à la température de l'ébullition. Le liquide épais de couleur foncée, d'une odeur vineuse, provenant de l'évaporation du vin, a été étendu d'une certaine quantité d'eau et distillé ensuite avec parties égales de chaux calcinée. Le produit très-aromatique fourni par la distillation n'est qu'une base azotée énergique, comme l'ammoniaque, et ayant l'odeur correspondante au bouquet du vin employé. Cette base n'est pas un produit de réaction, mais elle préexiste toute formée, suivant M. Winckler, dans le vin lui-même.

Le vin joue un rôle extrêmement utile dans l'alimentation de l'homme; il exerce une action excitante qui favorise la digestion, est rapidement brûlé dans l'économie, produit, comme les matières amylacées, sucrées et grasses, de l'eau et de l'acide carbonique, et entretient puissamment la chaleur animale. Aussi M. Payen a-t-il indiqué avec soin la composition, la préparation, les maladies de cette boisson et les fraudes dont elle est si souvent l'objet.

M. Payen a consacré un chapitre plein d'intérêt à l'étude de l'alimentation normale de l'homme. Il rappelle d'abord qu'on peut déduire quelques préceptes généraux des faits observés par les chimistes et les physiologistes les plus éminents. Ainsi, on peut admettre aujourd'hui qu'aucun des principes immédiats pris isolément dans le règne animal ou végétal ne suffit à la nutrition complète; tels sont l'albumine, la gélatine, la fibrine, la glutine, l'amidon, le sucre, les matières grasses, etc. Il résulte également de l'observation pratique et de la science moderne que la ration alimentaire ne peut être complète qu'à la condition qu'elle renfermera des substances azotées, amylacées, grasses et salines, que la chair des animaux doit être placée au premier rang, et qu'enfin il est nécessaire de varier l'emploi des rations alimentaires.

M. Payen admet, d'après les expériences des physiologistes, qu'un homme adulte exhale, sous la forme d'acide carbonique, en vingt-quatre heures, 250 grammes de carbone; qu'il perd par les urines et par les excréments solides, 130 grammes de matières azotées contenant 20 grammes d'azote et 60 grammes de carbone. Ainsi, pour entretenir

la vie et les forces d'un homme adulte, il faut qu'il reçoive, par les aliments, 310 grammes de carbone et 130 de matières azotées renfermant 20 grammes d'azote. Si l'on prend pour base les chiffres qui précèdent, et si l'on suppose que le pain soit l'aliment exclusif de l'homme, il faudra employer 1857 grammes de pain pour avoir une ration de 130 grammes d'aliments azotés. Mais la proportion d'aliments respiratoires sera trop élevée, puisque 1033 grammes de pain contiennent 310 grammes de carbone. Cet excès de pain serait non-seulement une dépense en pure perte, mais fatiguerait les organes digestifs et produirait moins de force. Si l'on voulait, au contraire, former de viande seulement la ration alimentaire de l'homme, il faudrait élever le chiffre de cet aliment à 2818 grammes pour fournir 310 grammes de carbone, tandis que 619 grammes de viande contiennent la proportion d'azote nécessaire. On voit donc que la ration alimentaire ne doit pas être formée de viande ou de pain seulement, mais en les combinant ensemble on pourrait composer une ration en quelque sorte normale avec 1 kil. de pain et 286 grammes de viande.

Si l'on voulait ajouter à la viande et au pain du riz ou des légumes secs, il faudrait tenir compte de la matière azotée et respiratoire que ceux-ci contiennent; ainsi 250 grammes de viande renferment autant de principes azotés que 147 grammes de lentilles, ou 158 grammes de fèves, ou 184 grammes de haricots ou de pois, ou 543 grammes de riz. Mais ces quantités, celle de riz particulièrement, contiennent une proportion trop grande de matières amylacées, et un semblable régime serait nuisible à la santé de l'homme. Il est donc indispensable, pour établir et varier la ration alimentaire, de déterminer par la science et par la pratique les équivalents nutritifs des principaux aliments.

POGGIALE.

VARIÉTÉS.

— La chirurgie française vient de perdre une de ses illustrations. M. François Lallemand, ancien professeur de la Faculté de médecine de Montpellier, membre de l'Institut, a succombé à Marseille le 23 de ce mois, des suites de la longue et douloureuse maladie qui l'avait retenu depuis près d'une année dans cette ville. M. Lallemand laisse des ouvrages que tout le monde connaît et où brillent à un haut degré l'esprit de l'observateur et le talent de l'écrivain. La GAZETTE MÉDICALE consacrera prochainement un article à la mémoire de ce célèbre chirurgien.

— Par arrêté de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, M. le docteur Mélier, membre de l'Académie impériale de médecine et du comité consultatif d'hygiène publique, est nommé inspecteur des services sanitaires.

M. Mélier est immédiatement parti pour Marseille.

M. le docteur Tholozan a été également appelé dans cette ville par le ministre de la guerre à l'occasion du choléra.

— Dans la séance du 21 juillet, la commission municipale a approuvé de nouveau, sur le vu des résultats de l'enquête ouverte afin de parvenir à la déclaration d'utilité publique, le projet de construction d'un nouvel hôpital d'enfants et d'agrandissement de l'hôpital Saint-Antoine, et elle a favorablement accueilli différents devis de travaux dont l'exécution complétera la parfaite installation de l'hôpital Lariboisière.

— DERNIER RECENSEMENT GÉNÉRAL DE LA POPULATION EN IRLANDE AVEC DÉNOMBREMENT DES MALADIES ET DES INFIRMITÉS. — On vient de livrer à la publicité des documents importants sur la statistique et l'état sanitaire de la population en Irlande. Les commissaires du recensement de 1851, MM. Donelly et Wilde, dans une troisième partie de leur rapport, publiée le mois dernier à Dublin, ont cherché à déterminer, non pas seulement la distribution des maladies, mais les affections auxquelles les habitants du pays sont plus particulièrement exposés à une époque déterminée de l'année. Jusqu'ici aucune tentative semblable n'avait été faite pour fixer le nombre et le genre des maladies existant à un jour donné dans une contrée d'une étendue un peu considérable. C'est à ce titre que nous appelons aujourd'hui l'attention sur ce travail, qui s'adresse à l'hygiène publique, à la géographie médicale et à la statistique; c'est à ce point de vue que nous devons ici un compte rendu sommaire des faits les plus importants contenus dans le rapport, et des questions qui sont le plus à l'ordre du jour.

Le 30 mars 1851, le nombre total des malades ou infirmes, en Irlande, s'élevait à 104,495, ou à peu près 1 sur 62 1/2 habitants, environ les 5/7 du nombre annuel des morts. Dans ce chiffre des maladies ou infirmités sont compris : 4,747 cas de surdi-mutité, soit 1 cas sur 1,380 habitants (la proportion la plus considérable de sourds-muets se rencontre dans les districts ruraux et montagneux); 7,587 cas de cécité, soit 1 sur 864 habitants ; 5,074 cas d'aliénation mentale, soit 1 sur 1,291 habitants; 4,906 cas d'idiotie, soit 1 sur 1,336 habitants. La proportion des cas de cécité, par rapport à la population totale, est considérable; elle est supérieure à celle de tous les autres Etats de l'Europe, à l'exception de la Norwége. Dans les pays plats de la Belgique, du Hanovre, dans des portions de la Saxe, de la Prusse, dans quelques autres parties de l'Allemagne, ainsi que dans les plaines de la Lombardie et du Danemark, la proportion des aveugles n'est que de 1 sur 950. L'excédant de proportion s'explique ici par l'épidémicité de l'ophthalmie en Irlande.

Pendant les trois années de 1849 à 1851, il n'y a pas eu moins de 86,959 cas d'ophthalmie épidémique dans les workhouses d'Irlande, dont 2,253 cas atteints avant leur admission dans ces établissements.

Le 30 mars 1851, on comptait, sur la population totale des workhouses (250,611 personnes), 3,457 ophthalmies.

Le nombre de personnes atteintes de différentes maladies épidémiques, le jour du recensement s'élevait à 34,998, soit le tiers du nombre total des malades ou des infirmes. Dans les différents districts, la proportion des maladies épidémiques, par rapport à la population, a varié de 1 sur 55 habitants à 1 sur 432. Sous la dénomination de maladie épidémique se trouvent compris 7,888 cas de fièvre, 9,729 cas de dyssenterie ou de diarrhée, 3,542 cas de grippe, 1,035 rougeoles, 888 varioles.

Nous ne mentionnerons pas les chiffres qui se rapportent aux maladies organiques, du cœur, des intestins, des poumons, etc., à cause de l'insuffisance des moyens diagnostiques sur lesquels repose la détermination des espèces.

Tel qu'il est, le rapport de MM. Donnelly et Wilde comble une lacune; il montre la possibilité d'appliquer la statistique à la détermination des espèces morbides, comme on l'a appliquée depuis longtemps à la détermination du genre des décès. Ayant eu occasion, à plusieurs reprises, de signaler l'importance de ces recherches, nous avons voulu donner une idée de la possibilité de leur exécution et des résultats auxquels elles peuvent conduire.

— VOITURES D'AMBULANCE. — On vient d'expédier de Woolwich, pour la Turquie, 40 voitures d'ambulance construites sur un plan entièrement nouveau, dont la description intéressera les officiers de santé de l'armée.

Vingt voitures sont à deux roues, très-légères et disposées de manière à recevoir deux chevaux de trait; vingt autres voitures sont à quatre roues, très-solidement bâties et destinées à être traînées par quatre chevaux. Ces dernières sont disposées de manière à recevoir quatre matelas légers de 6 pieds 6 pouces de long et de 2 pieds de large. Les couchettes élastiques, recouvertes de matériaux imperméables, glissent sur des rouleaux dans l'intérieur de la voiture divisée en quatre compartiments. Le devant de la voiture est en planche; le derrière, correspondant à la tête des lits et aux portes, est élastique, de manière à protéger les malades contre toute espèce de choc. Un coffre à instruments de chirurgie est suspendu derrière la voiture et deux supports en fer se déploient à une hauteur convenable, de chaque côté, de manière à former une table pour les opérations. Au-dessus des roues antérieures, un compartiment est réservé à la provision d'eau, au linge et à diverses pièces d'habillement. De chaque côté de la voiture se trouvent six siéges commodes et bien assujettis pour les hommes moins gravement blessés ou malades, qui y trouvent un abri contre le soleil, la pluie, et un moyen de transport facile même dans un terrain très-inégal. Ces voitures peuvent ainsi porter 400 malades. Des hommes spéciaux, sortes de vétérans, ont été dressés à la manœuvre de ces caissons d'ambulance, qui doivent se ranger derrière les lignes de bataille, à une certaine distance. Ces mêmes hommes transportent du champ de bataille les blessés, qui sont opérés et placés convenablement.

L'attirail entier se démonte de manière à occuper à bord un très-petit volume et à pouvoir se transformer au besoin en voiture de transport très-solide.

— LAITAGE. — FALSIFICATION. — La 6e chambre de police correctionnelle, présidée par M. d'Herbelot, a condamné, dans son audience du 15 juin, un sieur Nicolas Lefèvre, marchand de lait en gros, demeurant à Paris, rue d'Amsterdam, 44, à six mois de prison et 20,000 francs d'amende pour avoir, depuis moins de trois ans, vendu et mis en vente du lait qu'il savait être falsifié.

« Attendu, dit le jugement, que la fraude opérée dans des proportions considérables et d'une manière permanente et journalière par Lefèvre, gérant de la société dont il s'agit, est une véritable falsification de substances alimentaires destinées à être mises en vente, et que les bénéfices réalisés par Lefèvre peuvent être arbitrés par le tribunal à 80,000 francs pour trois ans. »

Des mesures d'ensemble prises récemment ont eu pour résultat de faire condamner par les tribunaux correctionnels treize fermiers à des amendes de 100 fr. et au-dessous, et un autre cultivateur à huit jours d'emprisonnement pour envoi de lait mélangé d'eau.

Le lait qu'on soppose alloogé est examiné chez les débitants de Paris, et surtout au départ et à l'arrivée des expéditions par chemin de fer, et la loi du 27 mars 1851 frappe de peines rigoureuses les auteurs de la fraude.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE SANITAIRE.

LE CHOLÉRA DANS LE MIDI DE LA FRANCE. — DES LOCALITÉS ATTEINTES ET DES LOCALITÉS PRÉSERVÉES. — INFLUENCE DE LA DISSÉMINATION DE LA POPULATION. — OUBLI COMPLET DES MOYENS PROPHYLACTIQUES ET DES MESURES PRÉVENTIVES.

On voit aujourd'hui comme en 1849, comme on avait vu en 1832, l'épidémie cholérique envahir en France un grand nombre de départements. La GAZETTE MÉDICALE s'est prononcée sur le mode de diffusion de la maladie; elle y a trouvé, non point les traces d'une allure exceptionnelle du choléra; mais bien au contraire la confirmation des inductions que l'étude des épidémies antérieures permettait de tirer relativement à la marche de ce fléau. Si l'on suit d'une manière plus détaillée que nous ne l'avons fait jusqu'ici l'invasion du choléra dans le midi de la France, on sera de plus en plus frappé de voir que l'épidémie ne se montre qu'en des localités qui se trouvent dans des conditions spéciales, qu'elle ne s'étend point au delà d'une certaine zone, et que tout en s'irradiant autour de quelques autres, elle rencontre dans des directions multiples des barrières infranchissables.

Ce sont ces barrières qu'il faudrait définir; ces obstacles cachés à la propagation du fléau, il faudrait en connaître la nature et le mode d'action. Y a-t-il dans certaines zones des conditions d'immunité absolue contre le choléra, ou bien cette immunité n'est-elle que relative? N'est-elle pas elle-même subordonnée à certaines conditions d'intensité du fléau, de communications plus ou moins faciles, plus ou moins nombreuses? On comprend que la solution à donner à ces questions dépendra de la connaissance exacte des localités atteintes, de leurs rapports avec les localités infectées et des communications de ces mêmes localités avec les zones non atteintes.

La connaissance des épidémies qui ont désolé le midi de la France en 1832, 1835, 1849, jointe à l'étude des faits qui se passent actuellement, ne permet pas de mettre en doute que, pour un certain nombre de localités, les conditions d'immunité n'existent, malgré les communications les plus fréquentes et malgré l'association de toutes les circonstances autres que la contagion reconnues comme des causes puissantes de développement du choléra. En parcourant nous-même des localités dans lesquelles l'agglomération de la population est considérable et où, avec les chaleurs qui règnent en ce moment, les rues, les impasses, les cours étroites des maisons sont de véritables cloaques dans lesquels une masse considérable de matières végétales et animales est constamment en décomposition et en putréfaction avancée, nous avons pu nous convaincre qu'il y a bien des localités qui, malgré la réunion de la plupart des circonstances prédisposantes, échappent par des influences puissantes, telles que celles de l'exposition, de la situation, du sol, à l'invasion du choléra.

Aux environs de Marseille ces faits s'observent fréquemment, et nous pourrions citer ici à ce sujet bien des localités. Nous en choisirons seulement deux qui méritent d'être mentionnées entre toutes, par l'immunité complète dont elles ont joui, par les conditions différentes d'exposition, de situation, de sol, dans lesquelles elles se trouvent, et par les communications fréquentes qu'elles ont avec les principaux foyers d'infection : nous voulons parler des petites villes d'Aubagne et de la Ciotat, situées l'une à quatre, l'autre à six lieues de Marseille. Aubagne, situé à l'extrémité d'une des plus riches vallées du midi, sur la route de Marseille à Toulon, en communication incessante avec ces deux villes, n'a jamais eu d'autres cholériques que ceux qui y sont venus mourir, déjà mortellement atteints dans les localités avoisinantes. La Ciotat, située sur la mer, au pied d'un massif assez considérable de montagnes, sur un sol formé de poudingues, compte une population de 4,000 habitants qui se trouve doublée par l'émigration de Marseille. Ni en 1832, ni en 1835, ni en 1849, on n'a vu s'y développer le choléra; actuellement cette petite ville, encombrée d'émigrants, ne compte qu'un seul décès cholérique, celui d'une dame gravement atteinte avant de quitter Marseille.

Voilà des faits qui doivent donner à réfléchir. Cette immunité de tant de localités n'est point un effet du hasard. Elle n'est point non plus peut-être une immunité absolue : elle est l'expression de la neutralisation de deux influences agissant en sens contraire : l'influence topographique et celle de la contagion. Qu'on augmente l'une de ces influences, celle de la contagion, et on verra peut-être disparaître l'immunité.

Il importe plus qu'on ne pense de poser, à l'heure actuelle, cette question de l'immunité absolue et de l'immunité relative. Ce qui se passe en ce moment dans le midi de la France présente un caractère exceptionnel. L'épidémie de 1854 n'y a point débuté d'une manière sourde, insidieuse, latente, comme on voudrait le faire croire, elle a eu tous ses signes précurseurs et des mieux caractérisés. Dès le commencement de l'année, la rougeole régnait, principalement sur les enfants. Dès cette époque, des médecins, parmi lesquels nous nous plaisons à citer le docteur Melchior Robert, constatèrent un grand nombre d'affections diarrhéiques. En juin commença le choléra caractérisé, précédé à courte distance par des diarrhées, des embarras gastriques, toutes les formes de la cholérine. D'abord il revêtit la forme légère et se montra par cas isolés. Dans la dernière semaine de juin et du 1er au 7 juillet, le fléau atteint son maximum d'intensité. Jusque-là la population était restée dans l'ignorance complète du mal qui la menaçait; aucune mesure prophylactique n'avait été adoptée, aucun avis n'avait été publié touchant les mesures à prendre par la ville, et les précautions dont les habitants ne devaient point se départir. On se flattait peut-être, en cachant le mal, en le niant, de diminuer l'émoi de cette population dans laquelle le choléra a laissé des souvenirs si tristes. Quand la maladie eut fait de tels ravages qu'il était impossible de la nier; quand la ville entière fut instruite par la voix publique de l'épidémie qui sévissait dans ses murs, alors un mouvement considérable d'émigration s'opéra, et en moins de dix jours, la moitié environ de la population avait déserté la ville. Sur près de 80,000 habitants qui se sont ainsi éloignés en masse du foyer épidémique, il y en a à peine 1/20e qui soient partis pour des localités éloignées; les 19/20e restants se trouvent dans le rayonnement même de l'épidémie. Sur ce chiffre, on peut admettre 10/20e qui habitent extra-muros, dans un rayon de 10 lieues autour de la capitale du Midi. Les 9/20e restants, c'est-à-dire 36,000 habitants environ, se trouvent agglomérés dans des hameaux, des villages de 1 à 4,000 habitants. Une émigration tout à fait analogue,

FEUILLETON.

LA TURQUIE ET SES HABITANTS AU POINT DE VUE MÉDICAL.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

INFLUENCE DU CLIMAT. — Constantinople est, sous le rapport médical, aussi bien que sous celui de la géographie et de la politique, le passage du monde européen au monde asiatique. Les maladies mentales semblent augmenter de fréquence en partant de Constantinople vers les pays septentrionaux, et diminuer vers le Sud. Loin d'attribuer cette circonstance exclusivement aux conditions climatologiques, M. Rigler en cherche la cause dans les conditions particulières de la société, la direction et le développement de l'esprit, le genre d'occupation, les passions, etc. Le climat occupe le premier rang dans la production des accidents nerveux chez le sexe féminin, accidents plus fréquents à Constantinople que dans le Nord. La même observation a été faite pour Smyrne, l'Égypte, Darfier (12,16° latitude et 25,28° longitude). On les rencontre parmi les classes qui en sont généralement exemptes dans le Nord. Les maladies des yeux sont plus nombreuses vers le Sud; on en rencontre plus à Smyrne qu'à Constantinople, plus en Égypte qu'à Smyrne. Les affections pulmonaires sont aussi fréquentes que dans le nord de l'Europe; les changements brusques de la température et de la direction des vents, amènent de nombreuses affections catarrhales. La tuberculose y est très-répandue; on l'y trouve aussi dans les pays les plus méridionaux, mais avec une fréquence moindre : Pruner l'a constatée en Égypte. Les causes qui semblent favoriser le développement de la tuberculose résident, en grande partie du moins, dans le genre de vie et surtout dans la vie du harem; le climat y contribue de son côté par les continuelles vicissitudes de l'atmosphère. Nice, si renommée pour son climat salutaire aux personnes à poitrine faible est plus au septentrion que Constantinople. Quelques points des environs de la ville semblent offrir quelques avantages aux tuberculeux; mais d'accord en cela avec M. Rigler, nous ne conseillerons jamais aux personnes atteintes de ce mal de trop se fier à ces avantages, tant ils sont minimes. Les maladies du cœur ne sont pas très-communes; celles qui se rencontrent sont généralement dues au rhumatisme articulaire. M. Rigler affirme que les maladies, à Constantinople, présentent généralement le caractère bilieux. Qu'il nous soit permis de ne pas partager tout à fait l'opinion de ce savant, notre expérience nous mettant à même de contester cette assertion. Les vieux praticiens de la ville ne voient partout que des hépatites, et le nombre de celles qu'ils ont traitées est, à les entendre, immense. Peu au courant des nouvelles méthodes d'investigation, dont la science s'est enrichie de nos jours, il leur a été aisé de se tromper. Nous ne saurions comprendre autrement pourquoi cette affection serait si difficile à rencontrer de nos jours. Les affections hémorrhoïdales sont très-fréquentes; elles jouent un grand rôle dans la médecine populaire, qui embrasse

c'est-à-dire aussi brusque, au fort même de l'épidémie, et par grandes masses, a eu lieu à Avigoon, à Nîmes, à Arles surtout. Or on a observé qu'autour de ces dernières localités l'épidémie venait de se déclarer, et qu'elle sévissait avec une grande intensité dans les communes qui n'avaient pas été atteintes dans les épidémies antérieures. Il est à espérer que l'on n'aura pas occasion d'observer les mêmes faits autour de Marseille. Nous croyons fermement, pour notre part, qu'il y a là des conditions d'immunité plus grandes que celles que présentent les communes qui avoisinent Nîmes, Avignon, Arles. Mais les faits qui se sont passés autour de ces dernières localités doivent au moins inspirer des inquiétudes sérieuses.

Quelle démonstration plus expérimentale et plus péremptoire du danger des agglomérations, en temps d'épidémie, que l'efficacité de ces déplacements de la population, de cette dissémination des habitants, qui a eu des résultats si heureux dans trois épidémies meurtrières? Comment expliquer l'immunité presque absolue dont jouissent plus de 2,000 personnes habitant dans un périmètre de 2 à 3 lieues autour de la ville, si ce n'est par l'absence de la contagion ou de l'infection? Et s'il est ainsi des moyens de préservation que le bon sens de la population lui indique, que ne devrait-on pas espérer de l'application des mesures préventives, de l'assainissement et du lavage des vieux quartiers, de la désinfection immédiate des matières excrémentitielles qui circulent dans la voie publique, d'une instruction hygiénique mise à la portée du peuple, rendue claire, intelligible pour toutes les classes, disant les choses telles qu'elles sont et ne cherchant ni à les masquer, ni à inspirer une fausse sécurité, des visites médicales à domicile dans tous les quartiers atteints. Quand, au lieu de ces mesures, qui sont le progrès, on adopte une marche contraire; quand, au lieu de prévenir le mal et de l'arrêter à sa source, on se borne au traitement des cas déclarés, on forme des bureaux de secours pour les cas confirmés; quand, sur une population restante de 150,000 habitants, 21 médecins ont seuls la mission officielle de secourir les malades indigents et de distribuer des médicaments, on ne peut se flatter d'avoir accompli avec intelligence une mission que la science et l'humanité s'accordent à juger autrement.

Ce ne sont certes ni les avertissements ni les conseils de l'administration centrale qui ont dû manquer ici. Des influences locales ont tout paralysé. Dans quel but, pour quelles raisons, en vue de quelle nécessité a-t-on agi de cette façon? Notre rôle n'est point de discuter ni d'éclaircir ces questions; nous nous bornons à constater qu'on n'a pas même tenté d'essayer à Marseille l'application des mesures qui ont donné en Angleterre des résultats si précieux, et qui ont été pleinement adoptées par le conseil supérieur d'hygiène et de salubrité publique. Depuis vingt-deux ans que nous avons eu occasion d'étudier le choléra en France, depuis vingt-deux ans que ce mal nous menace incessamment, la science et l'hygiène publique ont fait bien des progrès; ces progrès étaient tous implicitement indiqués dans le mémoire que le rédacteur en chef de la Gazette Médicale publia en 1832 sur la cholérine. Jusqu'à quel point ces idées, qu'une expérience plusieurs fois répétée a toujours de plus en plus confirmées, trouveront-elles chez nous, où elles ont pris naissance et où elles ont été pour la première fois formulées, l'application dont elles sont susceptibles? Voudra-t-on seulement imiter ce qui a été fait en Angleterre, et se servir du programme si habilement indiqué par M. Mélier? ou bien attend-on un programme nouveau, plus complet? L'indication du moment est d'agir d'après les principes déjà posés, bien connus, adoptés par tous. Rien n'empêche de marcher d'après ces bases bien établies. Nous tenons à le constater, afin qu'il ne reste plus de doute sur les causes de cette insuffisance des moyens prophylactiques et de ce manque absolu de mesures préventives.

Tholozan.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

MÉMOIRE SUR TROIS PRODUCTIONS MORBIDES NON DÉCRITES; par MM. les docteurs Charles Robin et Laboulbène.

PRÉLIMINAIRES.

Les classifications des produits morbides établies d'après la seule connaissance de leurs caractères extérieurs, conduisent à ranger dans les mêmes groupes des tissus ou des liquides de *natures* très-différentes. La justesse de cette affirmation est démontrée tous les jours par les progrès de l'anatomie générale.

Par *nature* des tissus ou des liquides, nous voulons désigner seulement leur composition élémentaire. C'est ainsi, par exemple, qu'un organe sera reconnu de *nature* nerveuse ou musculaire, selon qu'on aura bien constaté qu'il se compose des tubes ou éléments nerveux, ou des fibres dites musculaires; que des tumeurs seront dites de *nature* épidermique, fibreuse, lipomateuse, tuberculeuse ou cancéreuse, selon qu'on aura bien vu qu'elles sont principalement constituées par des cellules épithéliales, des fibres du tissu cellulaire, des vésicules adipeuses, des corpuscules tuberculeux ou des noyaux et cellules hétéromorphes, dites cellules cancéreuses. En un mot, de même qu'on détermine la nature d'un composé chimique par la recherche de ses éléments, de même aussi celle des tissus doit être déterminée par l'examen et la description des parties élémentaires qui les composent. C'est la même méthode appliquée à des corps d'ordre différent, avec les modifications exigées par la plus grande complication de ces corps. Le nombre des *éléments anatomiques* est considérable, mais pourtant moindre que celui des éléments chimiques. On peut dire qu'à peu de choses près, le nombre des espèces de ceux qui entrent dans la composition des tissus normaux est connu. D'autre part, le nombre des éléments, dits hétéromorphes parce qu'ils ne se rencontrent nulle part à l'état normal, mais seulement dans diverses circonstances morbides est comparativement très-petit; le tubercule, le cancer et le pus sont les seuls qu'on ait rencontrés et décrits. Cependant il ne faudrait point affirmer que ce soient les seuls qui existent; car il est certain qu'avant d'avoir étudié un nombre fort considérable de produits, il sera impossible de rien préciser à cet égard. Ce nombre ne saurait être deviné, et l'expérience, l'examen seuls pourront nous guider dans cette appréciation. En un mot, on ne peut ici rien juger *à priori*, et les faits énoncés ne doivent être et ne sont, dans nos recherches, que l'expression de résultats fournis par l'observation exacte. Enfin, quelque rares que soient certaines espèces d'éléments anato-

---

sous ce nom la plupart des maladies chroniques; plus fréquentes vers le Sud, elles sont en grande partie remplacées au Nord par la goutte. La rareté de cette dernière affection s'explique, suivant l'auteur, par le soin qu'ont les habitants de favoriser le flux hémorrhoïdal. Ne pourrions-nous pas plutôt attribuer cette immunité aux conditions telluriques et atmosphériques du pays? au genre de vie de ses habitants? Les affections calculeuses, qui ont tant d'affinité avec la goutte, y sont aussi très-rares; c'est ce qui nous porte à faire ce rapprochement. D'après Pruner, la pierre s'observe plus fréquemment en Egypte, plus chez les femmes que chez les hommes.

Les maladies syphilitiques gagnent du terrain chaque jour à Constantinople; très-rares il y a vingt ans, elles marchent de front avec la civilisation. Les dermatoses ont la même fréquence qu'en Europe. Les influences climatologiques de certains pays de l'Orient sont propices au développement des affections lépreuses. M. Rigler n'a jamais vu la pellagre; nous-mêmes n'en avons jamais rencontré la moindre trace. Parmi les exanthèmes aigus, la variole et la rougeole déterminent souvent des épidémies très-meurtrières. La scarlatine est plus rare et plus bénigne. L'érythème papuleux est une affection très-commune; nous avons occasion de la rencontrer souvent dans les hôpitaux militaires. Les fièvres intermittentes sont très-fréquentes dans les environs de Constantinople, à l'embouchure du Danube et dans la presque totalité de la Turquie d'Europe. Leur intensité va en augmentant dans l'Asie Mineure et sur les côtes de la Syrie et de l'Afrique. Elles revêtent tous les types. L'exactitude de l'observation de M. le docteur Boudin, que le degré de latitude géographique influence ce type, est reconnue par l'auteur, et nous-mêmes y donnons notre assentiment. Ainsi le type quotidien est plus fréquent au Sud qu'au Nord, et plus nous arrivons vers l'Équateur, plus la fièvre tend à prendre le type rémittent. La fièvre quarte est rare à Constantinople; quant à la fièvre typhoïde, elle s'observe plus souvent vers le Nord. M. Rigler l'a vue envahir de préférence, à Constantinople, les quartiers élevés que ceux situés au bord de la mer. Des renseignements authentiques et dignes de foi l'autorisent à nier la justesse de l'assertion de M. Boudin, qui prétend que la dothinentérie ne se voit jamais en Grèce. La fièvre de Syrie, décrite par Robertson, n'est autre que la fièvre typhoïde.

La différence de climat ne semble pas, d'après la remarque de l'auteur, influencer l'intensité du choléra, et pourtant si nous comparons le choléra de Constantinople à celui de la presque totalité de la Russie, au choléra de Paris, nous voyons avec plaisir que Constantinople a été privilégié, car le nombre de ses victimes a été généralement peu considérable; et malgré l'affirmation contraire de M. Monneret, il a sévi avec plus de vigueur à Paris qu'à Constantinople. Nous l'avions d'ailleurs prévu à cette époque. A Constantinople, le choléra n'a montré aucune prédilection de localité, il s'est montré également dans tous les quartiers, propres ou non, élevés ou bas, humides ou secs; son absence à une hauteur de 350 mètres au-dessus de la mer semble prouver qu'il est des limites qu'il ne peut franchir. La dyssenterie ne manque presque jamais à Constantinople. Lorsqu'elle règne épidémiquement, elle fait des ravages terribles. Le cancer est rare en Orient, l'auteur croit pouvoir attribuer uniquement au climat cette heureuse exemption, car, d'un côté, des tumeurs de nature diverse s'observent fréquemment, et, d'autre part, les organes les

miques, hétéromorphes ou non, lorsqu'on a bien constaté les différences qui les séparent des autres éléments anatomiques, il importe de les faire connaître, car cette rareté peut n'être que relative aux conditions dans lesquelles se trouvent l'observateur ou les êtres affectés par les produits que celui-ci examine.

Or les descriptions suivantes ne laissent aucun doute sur la nature toute spéciale des corps que nous allons faire connaître. Bien que différents les uns des autres en plusieurs points, ils offrent un certain nombre de caractères communs. Du reste, et c'est là le fait essentiel, ils ne ressemblent en rien aux espèces d'éléments normaux ou morbides déjà connus et décrits.

§ I.

PREMIER FAIT. — Le 16 décembre 1852, on apporta à l'un de nous (M. Ch. Robin) des fragments d'une tumeur opérée par M. le professeur Nélaton. Cette tumeur avait son siége dans le sinus de l'os maxillaire supérieur; elle fut enlevée par fragments. Ceux qui furent envoyés pour être soumis à l'examen étaient demi-transparents par places et blancs, demi-opalins, dans d'autres endroits. Au nombre de quatre, ils ne dépassaient pas chacun le volume d'un pois ou d'un haricot; tous étaient friables, bien que de consistance lardacée. Aucun ne donnait de suc à la pression; l'écrasement les réduisait en de nouveaux petits fragments plutôt qu'en pulpe.

L'examen de la structure de ces corps est, sans aucun doute, le point le plus intéressant de leur histoire. Le tissu pris en masse était peu vasculaire.

1° Les vaisseaux qu'ils renfermaient étaient tous des *capillaires* de la première ou de la deuxième variété, c'est-à-dire à une ou deux tuniques. Ils étaient très-transparents, offrant d'espace en espace des dilatations ampullaires ovoïdes, mais ne renfermant pas trace de granulations graisseuses.

2° On rencontrait dans ce tissu et comme partie la plus abondante, sinon quant à la masse, au moins quant au nombre, des *noyaux ovoïdes*, longs de 0mm,009 à 0mm,01 de millim., larges de 0,005 à 0,006, à bords nets, à masse assez claire, peu granuleuse. La plupart d'entre eux renferment un nucléole (rarement deux) jaunâtre, large de 0,001 de millim., foncé. Ces noyaux sont immédiatement adhérents les uns aux autres, sans interposition de fibres ni d'autres éléments. Toutefois par places, surtout dans les parties blanches des fragments, il existe une grande quantité de granulations graisseuses interposées aux *noyaux*, et les masquant parfois par places plus ou moins complétement. Ces noyaux ont d'une manière générale l'aspect extérieur des épithéliums nucléaires ovoïdes, sans que pourtant on puisse les rapporter spécialement à l'une de leurs variétés, comme, par exemple, à ceux des culs-de-sac mammaires, dont ils se rapprochent plus que de tout autre. Ils diffèrent des épithéliums nucléaires des glandes de la muqueuse pituitaire par leur forme ovoïde et non sphérique et par plus de transparence. On peut les considérer comme composant la partie fondamentale ou essentielle de la tumeur.

Dans certains points, ces *noyaux*, au lieu d'être en masses considérables, cohérentes, sans forme bien marquée autre que celle que déterminent les accidents de dilacération, sont disposés en cylindres, larges de 0,04 à 0,08 de millim., d'une longueur considérable et ne pouvant pas être déterminée; peu d'entre eux présentent une extrémité qui ne soit brisée. Lorsqu'elle est entière, on reconnaît qu'elle est arrondie, un peu renflée. Cette disposition pourrait faire croire à l'existence de tubes glandulaires hypertrophiés; mais ces amas cylindriques de *noyaux* s'en distinguent en ce qu'ils n'offrent pas de cavité centrale. Ce sont réellement des corps cylindriques, pleins. Quant à l'arrangement de ces cylindres, on trouve que, simplement contigus les uns aux autres ou séparés par des *noyaux* disposés comme ceux dont nous venons de parler, ils sont plus souvent placés au centre d'un faisceau de fibres de tissu cellulaire, qui les entoure et les sépare les uns des autres.

3° Il nous reste maintenant à décrire les corps vraiment nouveaux auxquels nous avons fait allusion au commencement de ce travail, et qui se trouvent répandus dans toutes les parties de la tumeur (surtout dans les points formés par de simples amas des *noyaux*, que nous venons de signaler). Leur description n'a pas encore été publiée; mais les dessins qui en ont été faits par l'un de nous (M. Ch. Robin) ont été présentés à la Société de biologie, dans sa séance du 18 décembre 1852.

Ces corps ont un diamètre qui varie considérablement; les plus petits ont de 0,010 à 0,040 de millim. Ils sont moins abondants que ceux qui dépassent ce volume, et dont nous parlerons plus bas.

Généralement sphériques ou de forme ovoïde, comprimés, on les trouve rarement libres, presque toujours plongés au milieu de masses de *noyaux*. Tantôt ils sont isolés; d'autres fois ils se touchent en série moniliforme. Quelques-uns, mais rarement, communiquent ensemble deux à deux ou trois à trois, par une sorte d'étranglement ou de prolongement très-étroit.

Ces corps ont un contour net bien tranché, mais qui parfois peut être onduleux; ils sont tout à fait incolores, d'une homogénéité parfaite, sans stries ni granulations. Quelques-uns présentent à leur périphérie deux lignes concentriques écartées l'une de l'autre de 0,001 de millim., qui semblent indiquer l'existence d'une paroi qui aurait cette épaisseur. Cependant il est impossible, par la compression, de les rompre. Ces corps sont très-élastiques, s'aplatissent quand on les comprime, mais sans se briser; il est difficile en conséquence de savoir si leur contenu est tout à fait liquide ou formé d'une matière amorphe, demi-solide. On ne peut même s'assurer d'une manière absolue s'ils ont une cavité distincte.

L'acide acétique est sans action sur eux. L'acide sulfurique étendu ne fait que les gonfler un peu, sans les attaquer.

Les *corps* plus volumineux ont un diamètre qui varie de 0,05 de millim. à 0,2; ils sont, dans ce dernier cas, visibles à l'œil nu, comme de petits points incolores, transparents. La forme de ces corps volumineux est généralement sphérique; toutefois quelques-uns sont comme bosselés à la surface et onduleux; plusieurs représentent même une masse à trois ou quatre lobes arrondis. Ces *corps*-là sont ou bien plongés dans la masse des noyaux, ou bien ils s'en séparent facilement par la dilacération. Sur presque la plupart adhère une couche de *noyaux* qui leur forme une enveloppe plus ou moins tenace. Ces corps sont tous également incolores, transparents, élastiques, se laissant aplatir sans se briser et reviennent ensuite sur eux-mêmes. Ils sont complétement homogènes; quelques-uns, mais en petit nombre, offrent les deux lignes parallèles qui semblent indiquer l'existence d'une paroi propre, existence déjà contredite par la résistance à la compression et l'action des réactifs, qui est ici la même que dans les plus petits. Quelques-uns offrent, dans leur partie centrale, des stries rayonnantes qui, semblant disposées en anse au centre de la masse, se dirigent vers la périphérie, sans l'atteindre néanmoins. Ce n'est que dans les plus gros que le point central d'où partent ces stries est très-légèrement granuleux. Plusieurs de ces corps sont souvent réunis les uns aux autres, au nombre de cinq ou six et même plus, par des prolongements simples ou ramifiés qui s'étendent de l'un à l'autre. Ces prolongements peuvent avoir une ou plusieurs fois la longueur des corps qu'ils réunissent, ou bien être tellements courts qu'ils représentent un simple étranglement interposé entre eux.

Ces prolongements sont cylindriques, de volume variable, entre 0,01 et 0,04 de millim. Il n'est pas rare de trouver appendus sur le côté de ces prolongements de plus petits corps sphériques, supportés eux-mêmes par un court pédicule ou étranglement; d'autres fois, de la surface de ces corps de moyenne grosseur ou des plus gros, se détachent des prolongements de forme conique ou irrégulière, se terminant généralement en pointe.

---

plus prédisposés à cette dégénérescence, tel que la matrice, sont ici, plus qu'ailleurs, exposés à des influences délétères. Nous croyons qu'il faut examiner ce sujet encore sous un autre point de vue: le cancer est un mal qui vient le plus souvent à la suite de peines morales et de chagrins profonds, un mal qui croît en raison directe du progrès de la civilisation; aussi nous rappelons-nous avoir lu qu'à Paris le cancer est plus fréquent qu'ailleurs, plus commun maintenant qu'autrefois dans une progression effrayante. Le goitre et le crétinisme sont des raretés pathologiques. Les scrofules et le rachitisme s'observent, comme en Europe, plus chez l'habitant des villes que chez celui des campagnes; le scorbut passe presque inaperçu.

La monomanie religieuse de forme mélancolique, fréquente chez les musulmans, tend à disparaître complétement avec le fanatisme. M. Rigler fait souvent observer, dans le cours de son ouvrage et plus particulièrement ici, que c'est à tort que l'on accuse les musulmans comme les uniques représentants du fanatisme en Orient; il faut même dire à sa louange qu'il n'existe point de peuple plus tolérant que le Turc. Les chrétiens, qui exercent librement leur culte, offrent tous les jours les plus tristes exemples de haine et d'une animosité tout à fait déplorable; les préjugés et les superstitions abondent parmi ces derniers, le voile de l'ignorance ne s'est pas encore usé assez pour laisser passer un rayon de lumière au travers.

La différence des races, les conditions climatologiques, la nourriture, l'habillement, les occupations ne modifient pas, selon l'auteur, le cours des maladies. Ainsi l'ophthalmie granuleuse est tellement rare chez le nègre, que M. Rigler n'en a jamais vu un seul cas. Cela ne constitue pas une règle universelle, car, plus heureux que lui sous ce rapport, nous en avons constaté plusieurs.

Chez les Kurdes, on voit quelquefois, à la base de l'os coccyx, un amas de tissu cellulaire adipeux (*steatopyga*), comme on en rencontre souvent chez les Hottentots, les Cafres et quelques autres tribus nègres. La fréquence de la tuberculose, de la dyssenterie et des maladies du cœur chez les nègres est connue; la première de ces affections se développe d'autant plus rapidement qu'ils s'éloignent de leur pays pour se rapprocher du Nord.

Les maladies auxquelles sont exposés les eunuques sont: la tuberculose, les catarrhes pulmonaires chroniques, l'emphysème, le pityriasis, l'ichthyose, le lichen, l'ecthyma; ils conservent généralement leurs cheveux et rarement on les voit blanchir.

Les Albanais et les Kurdes sont plus souvent atteints de nostalgie que le véritable *Osmanli*: la mortalité des soldats albanais et kurdes surpasse celle des Turcs de 2 p. 100. Leurs maladies principales ont leur siége dans le tube digestif et ses attenances; la constitution robuste et l'esprit éveillé des Arabes les rendent très-propres au service militaire; la mortalité parmi eux est inférieure de 1 p. 100 à celle des Turcs.

Constantinople offre au médecin étranger qui entre en rapport avec les médecins déjà établis un spectacle curieux; à part une masse énorme de charlatans de toutes sortes qui exercent impunément l'art de *ne pas guérir*, il rencontre une foule de médecins de tous les pays et de toutes les écoles. Leur manière de voir, leur langage médical est souvent si divergent qu'il arrive qu'après de longues consultations chacun reste ferme dans son idée,

§ II.

DEUXIÈME FAIT. — Le 20 décembre 1853, fut enlevée par M. Velpeau une tumeur siégeant à la région parotidienne d'un homme. Cette tumeur avait le volume du poing. Elle était immédiatement sous-cutanée et soulevait la peau, qui n'était point ulcérée. La coupe de cette tumeur faisait reconnaître que le tiers environ de son épaisseur, du côté de la peau, était blanc, opaque, compacte, homogène, envoyant des irradiations fibreuses dans le reste de son étendue, qui présentait, au contraire, un aspect rosé gélatiniforme. Dans cette portion, la tumeur est molle, composée d'une matière d'aspect colloïde, contenue, dans des aréoles, dont les parois sont limitées par les irradiations de la partie dure ou par des faisceaux fibreux. Elle ne donne aucun suc à la pression. Tout ce tissu, aussi bien dans la partie dure que dans la partie molle, présente peu de vaisseaux, et tous sont des capillaires.

Peu d'heures après l'opération, un fragment de cette tumeur fut apporté à l'un de nous (M. Ch. Robin) par MM. les docteurs Porcher et Vance, qui, y ayant trouvé les corps particuliers que nous allons faire connaître, ne savaient à quel produit morbide les rapporter.

Nous y avons reconnu la structure qui sera décrite plus bas, et le même jour ou les jours suivants, les mêmes faits furent constatés par plusieurs de nos collègues de la Société de biologie, MM. Rouget, Verneuil, etc.

Nous noterons de suite, et pour ne plus y revenir, que nous avons conservé des fragments de cette tumeur, qui nous avait été remise entière par M. Rouget, abandonnés à eux-mêmes pendant quatre semaines, et qu'au bout de ce temps-là le tissu s'était altéré beaucoup moins rapidement et d'une manière beaucoup moins prononcée que celui de tissus normaux ou morbides de diverses natures abandonnés dans le même lieu. A cette époque, les corps dont nous allons donner la description étaient encore aussi intacts que le premier jour.

Voici maintenant ce qu'on observait dans l'épaisseur du tissu :

1° Des faisceaux de tissu cellulaire, dont les fibres assez fortement adhérentes, difficiles à isoler, étaient accompagnées d'une assez grande quantité de matière granuleuse. Ces faisceaux composent la trame de la portion blanche, compacte, de la tumeur, et les faisceaux qui limitent les aréoles pleines de matière gélatiniforme. On observait un point du tissu compacte dont nous avons, parlé qui était incrusté de sels calcaires dans une étendue de 1 à 2 centimètres. Cette portion n'offre rien autre de particulier.

2° On trouve une portion considérable de tissu composée par des *noyaux* ovoïdes ou rarement sphériques, larges de 0,005 à 0,006 de millimètre, longs de 0,008 à 0,009 de millim., à contours nets, assez foncés, plus foncés que dans les noyaux fibro-plastiques.

Ces *noyaux* sont très-granuleux à l'intérieur; aussi sont-ils peu transparents. On n'observe pas trace de nucléole, ou au moins il n'existe pas dans leur intérieur de granulation volumineuse centrale assez constante pour être déterminée comme nucléole. A part ce caractère, ces *noyaux* offrent une grande analogie avec les épithéliums nucléaires qui tapissent les culs-de-sac glandulaires, ceux de la mamelle en particulier, avant la lactation.

Ces *noyaux* sont abondants, surtout au milieu de la matière amorphe, gélatiniforme. On les trouve soit isolés, soit réunis en masses considérables. Du reste, nous reviendrons sur leur disposition en décrivant bientôt les corps qui font plus spécialement l'objet de ce travail.

On trouve, surtout dans la partie molle, un assez grand nombre de corps cylindriques, ramifiés ou non, simulant plus ou moins des culs-de-sac glandulaires, ou tout au moins leurs gaînes épithéliales. Ces corps ont une structure analogue à celle des filaments cylindriques que nous avons décrits dans le § I.

Nous n'insisterons pas de nouveau sur cette structure; seulement nous rappellerons que les *noyaux* dont ils sont formés dans le fait actuel sont dépourvus de nucléole, tandis qu'ils en possédaient un dans le premier fait. Dans le cas dont nous parlons, on ne rencontre pas seulement des *noyaux*, mais aussi des cellules épithéliales, pavimenteuses, polyédriques, larges de 0,020 à 0,025 de millim., toutes pourvues d'un noyau semblable aux noyaux libres. Nous aurons à indiquer plus tard d'une manière plus précise les points où on trouvait ces cellules.

3° Les corps dont nous allons parler se rencontraient plus abondamment dans la portion de la tumeur qui avait l'aspect colloïde que partout ailleurs, mais pourtant on en rencontrait aussi dans tous les points qui offraient l'aspect blanc et compacte dont il a été question.

Dans beaucoup d'endroits de la partie gélatiniforme, ils étaient immédiatement contigus ou séparés seulement par une mince couche de noyaux. Partout ailleurs ils étaient séparés par ces noyaux d'abord, et, de plus, par les faisceaux fibreux dont nous allons parler. Il serait impossible de décrire toutes les variétés de forme et de volume que présentaient ces corps singuliers qui n'ont pas la moindre analogie avec aucune espèce d'élément anatomique connu. Nous allons néanmoins passer en revue les principaux modes de conformation qu'ils présentaient.

La plupart de ces corps étaient sphériques ou légèrement polyédriques, par suite de compressions réciproques. Quelques-uns offraient pourtant une surface bosselée ou mamelonnée comme celle des corps signalés dans la première observation. Le diamètre de ces corps variait considérablement; on en trouvait quelques-uns qui avaient seulement 0,03 à 0,04 de millim. D'autres, bien plus nombreux, offraient des dimensions intermédiaires entre les précédentes et 0,2 de millim.; ceux-ci étaient alors apercevables entre les deux lames de verre de la préparation, sous forme de petits globules incolores, transparents. Tous les corps sont complétement incolores. Leur contour est net; leur substance réfracte faiblement la lumière; l'acide acétique est sans action sur eux; l'acide sulfurique les gonfle un peu et les pâlit considérablement, sans les dissoudre en entier.

La structure de ces corps est surtout fort curieuse. Ils se composent : d'une enveloppe complétement homogène, incolore, transparente, toujours sans granulations, ordinairement sans stries, mais pourtant quelquefois pourvue de très-fines stries concentriques. Cette paroi ne peut pas se rompre par la compression; elle est fort élastique, se laisse déprimer et revient sur elle-même. Ils se composent en outre d'un contenu granuleux ou strié toujours grisâtre. Ce contenu ne manquait dans le fait dont nous parlons que dans un très-petit nombre de corps, tandis qu'il n'en était pas de même dans le premier fait. Ce contenu est tantôt volumineux par rapport à la totalité du corps, tantôt très-petit.

Dans le premier cas, la paroi est mince.

Dans le deuxième, elle est au contraire plus épaisse.

Ce contenu ne change pas de place au centre de ces corps lorsqu'on les fait rouler sur eux-mêmes; ils remplissent donc complétement la cavité à la manière du noyau dans le centre d'un fruit, d'une drupe, par exemple. Cette particularité fait que ces corps-là ont une enveloppe beaucoup plus épaisse que celle des ovules, de quelque espèce animale que ce soit. Il faut noter pourtant que, dans quelques-uns, on observait à la périphérie de la masse enveloppante deux lignes concentriques écartées l'une de l'autre de 0,003 ou 0,005 de millimètre, et semblant limiter les surfaces d'une enveloppe propre qui aurait en cette épaisseur, enveloppe qui aurait renfermé un contenu granuleux, sphérique, placé à son centre et très-éloigné de sa face interne. Mais cependant dans ces corps peu nombreux, aussi bien que dans les autres, il était impossible de voir le contenu central changer de place, quels que fussent les mouvements de rotation ou les efforts de compression qu'on fit subir au corps entier.

Nous allons actuellement parler de la structure propre de ce contenu granuleux. Sur la plupart des corps, il est parfaitement sphérique, à bords peu foncés, mais très-nets, uniformément granuleux, grisâtre; c'est dans ceux-ci que l'on observe, au centre du contenu, un noyau qui manque sur un

---

faute d'avoir compris celle des autres. Le système dominant est celui de Broussais, les diagnostics ordinaires sont des gastrites, gastro-entérite et hépatite, quelquefois encéphalite; par conséquent le sang coule à flots, et nul ne s'étonne si dans le cours d'une maladie aiguë huit ou dix saignées ont été pratiquées, si 70 à 800 sangsues ont été appliquées. Le peuple fait souvent de lui-même et sans le secours du médecin usage de la saignée. On saigne généralement trois ou quatre fois durant la grossesse. Les hémorrhoïdaires ont l'habitude de se faire faire une ou plusieurs applications de sangsues à l'anus dans le cours de l'année. On fait grand abus de vésicatoires, de fonticules, de ventouses scarifiées. On n'administre à l'intérieur que des potions inoffensives. L'emploi des préparations métalliques exige plus de circonspection à cause de la sensibilité du tube intestinal. M. Rigler fait pourtant observer qu'un plus long séjour finit par niveler les caractères des médecins européens; ainsi la fierté et les pilules bleues de l'Anglais, l'arrogance et la polypharmacie du Français, la fanfaronnade et le kermès de l'Italien, la bonhommie et l'esprit de système de l'Allemand disparaissent peu à peu, et mettant de côté les progrès de la science, tous se conforment à un même genre de traitement pour s'éviter des luttes et rendre le commerce plus lucratif.

Vérité triste à dévoiler! la chirurgie est exercée par des empiriques (djérali). Parmi les médecins qui ont reçu leur éducation en Europe, il en est peu qui s'en occupent; les préjugés et l'ignorance rendent l'exercice de cette branche difficile et épineux. Il existe en outre des spécialistes pour chaque branche de la médecine et de la chirurgie, ce sont des gens grossiers qui exercent de père en fils la spécialité à laquelle ils se sont voués, et dont leurs aïeux tenaient sans doute le secret de quelques médecins ou chirurgiens auxquels ils servaient d'interprète. Tels sont les *kirikchi*, et les *tchikikchi* qui traitent les fractures et les luxations. Malgré les malheurs qu'ils occasionnent souvent, ils jouissent d'un grand crédit même parmi les habitants de *Péra*; ils prétendent guérir les fractures en douze ou quinze jours, déclarant telles les foulures et les contusions, et comme ils n'emploient jamais l'extension, le résultat du traitement des véritables fractures est le raccourcissement du membre. La gangrène est une suite fréquente des bandages trop serrés ou appliqués mal à propos.

Les *kassekchi* qui traitent les hernies ne font jamais l'opération de la hernie étranglée. Les *dalokchi* traitent les engorgements de la rate; leur remède consiste surtout dans l'application des moxas sur la région splénique. Les *kelgis* soignent les teigneux. Les oculistes turcs *kehal* opèrent la cataracte par dépression selon la méthode de Celse. Les maladies inflammatoires de l'œil sont traitées par la méthode antiphlogistique et les astringents, mais employés sans discernement; parmi les astringents les plus usités sont l'*alun*, la tuthie préparée et les sulfates de cuivre ou de zinc; ils ne connaissent pas le diagnostic différentiel des diverses inflammations de l'œil, d'où résulte une confusion peu favorable au patient. Les poudres employées contre les taies et les affections chroniques de l'œil sont : 1° la poudre de la semence de l'*absus cassia* (en turc *cesmesen toouwou*), employée soit seule soit mêlée avec parties égales de perles fines; 2° un mélange de sépia et de réalgar; 3° le fiel frais de l'echinus. Ces composés jouissent d'une grande réputation.

assez grand nombre. Ce noyau, sphérique ou ovoïde, est large de 0,010 à 0,012 de millim., incolore, transparent, à bords nets, à contenu homogène, sans granulations. Presque toujours ce noyau renferme un nucléole, à contour assez foncé, à centre brillant. Il est sphérique ou ovoïde, et assez gros par rapport au volume du noyau. Quelques-uns des corps dont nous parlons étaient ovoïdes, et alors leur contenu offrait la même forme. Celui-ci offrait ce fait remarquable qu'il était divisé en deux (mais jamais davantage) par un sillon plus clair ou plus foncé, suivant les cas, et entièrement semblable au sillon du vitellus en voie de segmentation. La masse enveloppante présentait quelquefois elle-même une dépression circulaire au niveau de ce sillon; mais le fait n'était pas commun.

Sur quelques corps, le contenu avait deux ou trois lignes circulaires, concentriques, plus ou moins écartées l'une de l'autre, comme si ce contenu granuleux eût été formé de deux ou trois couches s'emboîtant l'une dans l'autre.

Sur quelques corps, le contenu, également granuleux, offrait une surface hérissée d'une myriade de petits prolongements terminés en pointe, s'avançant du côté de la surface de l'enveloppe et dans l'épaisseur de celle-ci, mais sans jamais atteindre cette surface. Cette disposition donnait un aspect des plus curieux aux corps formés de la sorte.

D'autres contenus, sans présenter une surface hérissée de prolongements, ont un contour mal délimité, comme si les granulations vers la périphérie étaient éparses et écartées les unes des autres. Enfin quelques-uns offraient un contenu presque nul, réduit à quelques granulations éparses, à peu près comme nous l'avons indiqué dans quelques corps du premier fait.

On rencontrait quelques corps sphériques, avec un contenu beaucoup plus foncé que celui des précédents. Ce contenu était tantôt strié, en forme de ligne rayonnante, à partir du centre, tantôt circulairement, de manière à présenter une série de stries concentriques. La plupart des corps qui offraient un tel contenu avaient une paroi relativement mince; on trouvait même de ces contenus foncés et striés complétement libres, sans enveloppe, fait que ne nous ont pas présenté les corps à contenu simplement granuleux. Tous ces derniers corps existaient surtout (sinon exclusivement) dans la portion compacte de la tumeur, ou dans les faisceaux fibreux qui circonscrivaient les aréoles pleines de matière gélatiniforme.

Nous allons présentement faire connaître quelques dispositions bien plus singulières encore des corps nouveaux dont nous parlons, et qui les éloignent davantage, s'il est possible, de tout ce que l'on connaît aujourd'hui.

Tous les corps que nous allons décrire étaient, à peu de chose près, aussi abondants que ceux plus réguliers dont il a été question jusqu'à présent. Nous noterons d'abord qu'on trouvait une assez grande quantité de corps sphériques enchaînés les uns aux autres en série moniliforme, et quelquefois d'une série principale se détachait latéralement une série secondaire. Les corps ainsi disposés étaient au nombre de deux à six ou environ. Tantôt ils étaient immédiatement contigus, tantôt ils étaient séparés les uns des autres par des prolongements cylindriques très-courts ou très-longs, selon les cas. Toujours ou presque toujours les contenus granuleux ou striés communiquaient l'un avec l'autre par un prolongement granuleux ou strié de ce même contenu.

Il résultait de là des masses ou filaments moliniformes ayant quelquefois plus d'un millimètre. On rencontrait aussi quelques-uns des corps communiquant entre eux présentant à leur surface un ou plusieurs prolongements coniques, avec ou sans continuation du contenu dans leur épaisseur.

Il existait enfin un nombre assez considérable de corps cylindroïdes, longs de quelques centièmes de millimètre à un millimètre ou environ, composés aussi d'une enveloppe homogène et d'un contenu granuleux ou strié. Ce contenu remplissait quelquefois, mais pas toujours, l'enveloppe. Ces corps cylindroïdes ou aplatis, toujours allongés, portaient assez souvent sur leur longueur un ou plusieurs corps sphériques pareils à ceux décrits en premier lieu, soit sessiles, soit pédiculés, généralement de petit volume, à contenu communiquant ou non avec celui du corps cylindroïde qui les portait. Ces corps cylindroïdes offraient fréquemment des expansions ou branches aplaties, homogènes, sans contenu, quelquefois subdivisées elles-mêmes un assez grand nombre de fois en minces et étroites lanières, à la manière des fibres du tissu élastique. Dans quelques cas, ces expansions ne présentaient que de simples fissures ou boutonnières dans leur milieu, ou des incisures à leurs bords ou à leurs extrémités. Enfin, dans quelques circonstances moins communes que les précédentes, ces prolongements cylindroïdes, fusiformes, coniques ou irréguliers, étaient une simple dépendance des corps sphériques isolés ou en chapelet, et alors leur contenu communiquait par un prolongement étroit avec celui des corps sphériques.

Nous terminerons cette longue description par l'examen d'une disposition moins commune offerte par les corps sphériques, et par l'exposé de l'arrangement des noyaux de l'épithélium autour de tous ces corps.

On trouvait çà et là un certain nombre des corps sphériques que nous avons décrits en premier lieu, réunis au nombre de six à douze dans une seule enveloppe extrêmement mince, mais pourtant difficile à rompre. La face interne de cette enveloppe et les espaces laissés libres entre elle et les corps, et de plus entre les différents corps eux-mêmes, étaient complétement remplis par des noyaux et par des cellules d'épithélium pavimenteux ayant des noyaux ovoïdes semblables aux noyaux libres. Ces épithéliums pavimenteux en particulier étaient régulièrement disposés à la surface des corps sphériques, auxquels ils formaient une sorte d'enveloppe épithéliale assez régulière. Un très-grand nombre des corps soit cylindriques, soit cylindroïdes, dont nous avons parlé précédemment offraient une couche d'épithélium pavimenteux, ou plus souvent une couche de noyaux seulement qui les recouvrait d'une manière complète. Cette couche était, du reste, facile à enlever, soit complétement, soit partiellement, à l'aide de pressions exercées sur les lames de verre du porte-objet.

Lorsque M. Rouget et l'un de nous (M. Ch. Robin) eurent présenté à la Société de biologie les dessins de ces corps, quelques membres de la Société les comparèrent à des ovules d'animaux parasites par exemple; sans aucun doute, dans cette comparaison, ils n'ont tenu compte que des corps les plus réguliers, et lors même que l'on se bornerait à l'examen de ceux-ci, il serait impossible de leur trouver une autre analogie avec les ovules que celle d'être composés d'un contenant ou masse enveloppante homogène et d'un contenu. Mais les variations de forme et de volume de la masse totale, les variations du volume du contenu par rapport à la masse enveloppante, éloignent complétement ces corps de toutes les espèces d'ovules connus jusqu'à ce jour. De plus, les variations de forme et de structure granuleuse, striée, fibroïde du contenu, éloignent davantage encore ces productions accidentelles des ovules de quelque espèce animale que ce soit. Aussi laissons-nous toute la responsabilité de l'opinion émise à ceux qui s'en sont constitués les défenseurs. Pour nous ces corps ainsi que les précédents et ceux dont il nous reste à parler, ne sont autre chose que des productions morbides accidentelles, fort singulières il est vrai, et qu'on ne peut rattacher à aucune de celles connues jusqu'à présent, mais qui, à part la forme de quelques-unes d'entre elles, s'éloignent pour le moins autant des ovules que des productions morbides connues.

§ III.

Troisième fait.—Le 30 janvier 1854, nos collègues MM. Broca et Verneuil remirent à l'un de nous (M. Ch. Robin) une tumeur enlevée par M. Chassaignac de-

---

Un cours d'accouchement ouvert à l'Ecole de médecine, destiné surtout à procurer une instruction solide aux sages-femmes, a fait cesser les horreurs que ces malheureuses exerçaient autrefois sur les femmes en couche. Les prêtres turcs (*hodja*) jouent un grand rôle dans la médecine; ils sont souvent consultés pour les affections nerveuses, telles que l'épilepsie, les convulsions, les fièvres intermittentes qu'ils prétendent guérir; ils administrent peu de drogues, et se contentent de faire des passes magnétiques en marmotant des paroles mystérieuses et incompréhensibles. Nous mentionnerons aussi une curiosité médicale de Constantinople, le *ghilingic* (en turc signifie belette ou hermine); sous ce nom on comprend une maladie particulière dont la nature et le traitement sont inconnus aux médecins; l'origine de ce nom est inconnue; les guérisseurs de ce mal sont fort nombreux et se nomment *ghilingickchi*. Parmi les plus célèbres figure une Arménienne *Meirem Doudou* qui, pour avoir soulagé S. M. le sultan Abdul Mégid, jouit d'une grande fortune et d'une immense réputation.

Tonte infiltration œdémateuse s'appelle *ghilingic*. Le traitement est très-compliqué; mais il contient une eau rouge qui jouit d'une grande célébrité; elle est composée d'eau distillée de fleurs d'oranger, d'ambre gris, de nitre, d'album græcum, de vers de terre, de cochenille et de la poudre de la pierre benzoar. Les *ghilingikchi* sont consultés pour toute maladie grave de quelque nature qu'elle soit. Si l'issue leur en semble favorable, ils en entreprennent la cure, presque toujours en secret et à l'insu du médecin traitant, dont les recettes sont mises de côté; si le cas est grave, ils déclarent qu'il y a complication et que leurs soins seraient inefficaces.

Constantinople possède neuf hôpitaux militaires et un hôpital civil; l'Autriche, l'Angleterre, la France, la Sardaigne, la nation grecque et la nation arménienne ont chacun un hôpital. Une société allemande entretient un hôpital pour les pauvres catholiques de l'Allemagne. Un hôpital pour les protestants se trouve sous la protection de la Prusse. La Turquie possède encore un hôpital pour les fous et un autre pour les lépreux. Tous les étrangers qui ont visité les hôpitaux turcs n'ont pu s'empêcher d'admirer leur bonne tenue et leur bonne administration; ils surpassent en propreté tout ce qui existe dans ce genre en Europe. M. Rigler a beaucoup contribué à leur organisation, et durant de longues années il en a eu l'inspection. Le service médical ne laisse rien à désirer depuis que l'Ecole de médecine fournit des sujets pourvus d'une instruction solide et de bons principes médicaux. On recrutait jadis les médecins parmi des étrangers d'une capacité souvent très-médiocre et d'une instruction imparfaite.

Le titre d'*ekimbachi* (médecin en chef) ainsi que ses attributs ont été récemment abolis. Les affaires médicales sont dirigées par un conseil composé des professeurs de l'Ecole impériale de médecine et un président choisi parmi les hauts dignitaires. Le président actuel *Ismaël Pacha*, homme d'un esprit tout à fait supérieur, médecin distingué, élève de l'Ecole de Paris, remplit ses fonctions avec zèle et intelligence. Outre ses profondes connaissances médicales, Ismaël Pacha est le plus savant numismate de la Turquie et possède la plus belle collection de monnaies et de médailles antiques.

Le service des quarantaines est sous la dépendance d'un conseil sanitaire qui prend toutes les mesures qu'il juge convenables; ce conseil, présidé par

puis plusieurs jours. Cette tumeur avait pour point de départ les fosses nasales, et faisait saillie sur les côtés de la racine du nez, près de l'orbite. La portion que nous avons examinée était en fragments dont l'ensemble avait le volume d'une noix environ. La couleur était d'un blanc légèrement transparent par places, rougeâtre dans d'autres points. Elle était friable, se déchirait en petits fragments avec une assez grande facilité, ou, suivant les moyens employés, en couches plus ou moins épaisses. Elle ne donnait point de suc, et par le raclage se réduisait en pulpe grisâtre, molle.

Les portions rougeâtres se composaient exclusivement de *noyaux* ovoïdes ou sphériques, granuleux à l'intérieur, foncés, sans nucléole proprement dit, à contours réguliers.

On trouvait en outre dans cette portion-là une certaine quantité d'éléments fibro-plastiques, tant noyaux libres que fibres fusiformes, et une certaine proportion de matière amorphe unissante. Les portions blanches, plus friables que les précédentes, sont composées entièrement :

1° Par les *noyaux* que nous venons de décrire, ils sont immédiatement cohérent- les uns contre les autres, et constituent la partie essentielle et fondamentale du tissu. Ce tissu était lui-même fort peu vasculaire dans toutes ses parties.

2° On y rencontre une grande quantité de corps particuliers, plus ou moins analogues à ceux que nous avons décrits précédemment, mais pourtant beaucoup moins abondants que dans les deux premières circonstances. Nous allons en donner la description :

a. On rencontre en premier lieu des *corps sphériques*, variant de volume depuis 0,025 jusqu'à 0,085 de millim. Deux ou trois nous ont présenté un diamètre de 0,1 de millimètre.

La plupart sont sphériques ; d'autres sont ovoïdes, à surface mamelonnée. Tous présentent une paroi et une cavité distincte. L'épaisseur de la paroi varie de 0,002 à 0,006 de mill,; elle est transparente, homogène, à contours nets et foncés. Quelques-uns pourtant offrent un épaississement sur quelques parties de leurs parois, qui en ce point peut offrir 0,01 et jusqu'à 0,02 de millim. d'épaisseur, et cette portion plus épaisse, au lieu d'être homogène, est granuleuse. Le contenu est transparent, semble être demi-liquide, parsemé de gouttelettes claires, sphériques, pâles, ayant de 0,002 à 0,006 de millim. de diamètre.

Dans quelques-uns, il est seulement granuleux; sur d'autres, en petit nombre, il est tout à fait homogène. Sur une assez grande proportion enfin, il renferme un ou deux corpuscules granuleux, sphériques, larges de 0,02 à 0,03 de millim., occupant ou le centre ou bien les côtés de la cavité des corps.

b. On rencontre une assez grande quantité de corps cylindroïdes, simples ou ramifiés, terminés par une extrémité arrondie ou un peu aiguë.

Le diamètre de ces corps varie, pour la largeur, de 0,04 à 0,07 de millim. Quant à la longueur, elle peut atteindre un demi-millim. et même plus. Ces corps cylindroïdes se composent d'une enveloppe semblable à celle des corps sphériques, mais ne dépassant pas 0,005 de millim. d'épaisseur. Ils présentent en outre une cavité reproduisant la forme que présente le corps, ou interrompue dans tes endroits où les corps sont te plus resserrés. Cette cavité est remplie d'un contenu uniformément granuleux.

Tous les corps que nous venons de décrire sont recouverts d'une couche formée d'une seule ou de plusieurs rangées des noyaux qui composent la tumeur. Sur quelques-uns, ce ne sont point des noyaux qui les entourent, mais bien des cellules d'épithélium pavimenteux, régulières, ayant un noyau semblable aux noyaux libres. Cette couche enveloppante est très-facile à détacher des corps sphériques; mais elle adhère bien plus fortement aux corps cylindroïdes, ce qui rend l'étude de ceux-ci beaucoup plus difficile et ne permet d'apercevoir facilement l'épaisseur de la paroi et la nature du contenu que sur les plus petits d'entre eux. Tous ces corps nous ont offert les mêmes réactions chimiques que ceux observés dans le cas précédent.

c. On rencontrait enfin, au milieu de cette tumeur, un petit nombre de corpuscules sphériques, ovoïdes ou de forme irrégulière, les uns grisâtres et uniformément granuleux, les autres peu granuleux, mais creusés d'excavations arrondies ou sinueuses, remplies d'un liquide clair, de teinte rosée.

PHYSIOLOGIE THÉRAPEUTIQUE.

NOTE SUR L'ACTION DU SEIGLE ERGOTÉ ET CONSIDÉRATIONS SUR LE MÉCANISME DE L'ACCOUCHEMENT ENVISAGÉ D'UNE MANIÈRE PLUS CONFORME A NOS CONNAISSANCES ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES (lue à l'Académie de médecine); par M. le docteur SPITZER (de Marseille), ex-médecin en chef de l'hôpital militaire de Vienne (Autriche), chevalier de l'ordre de Saint-Silvestre, etc.

Malgré les progrès de l'anatomie et de la physiologie des deux derniers siècles, le mécanisme de la transformation prodigieuse que subit la matrice est resté un mystère, et la manière dont elle exerce une force si considérable dans l'accouchement est encore une énigme.

Si on peut expliquer le développement graduel de la matrice dans le courant de la grossesse, de la même manière qu'on explique le développement de son contenu, il n'en est pas de même de la réduction soudaine qu'elle manifeste vers la fin du dernier mois, et de sa réduction subite, après l'accouchement. On se demande ce que sont devenus ces muscles (comme on le croit), qui tantôt ont déployé des forces si étonnantes, où se sont-ils réfugiés? Car il est matériellement impossible qu'un appareil musculaire d'une puissance pareille puisse se loger, par un déménagement si prompt, dans un aussi petit espace que celui auquel la matrice se trouve réduite peu de temps après l'accouchement. Ensuite cette force active (musculaire comme on le veut), comment la concevoir chez des sujets qui accouchent sous l'influence des agents anesthésiques, et comment comprendre que des femmes phthisiques, en agonie, accouchent encore naturellement, au moment même où elles expirent, lorsque certainement il ne réside plus de force vitale active dans aucune partie des organes, malgré tout ce qu'on veut bien dire des dernières forces vitales réfugiées dans la matrice, pour expliquer ce fait incompréhensible?

Pour arriver à connaître les lois véritables d'après lesquelles fonctionne la matrice dans l'accouchement, il faut découvrir le mode d'action physiologique et thérapeutique de l'agent qui, par ses propriétés, peut déterminer cet organe à entrer en fonctions; car cet agent ne peut agir sur la matrice que de la manière que comportent ses effets en général, et la fonction qu'il provoque et active dans la matrice ne peut différer dans son mécanisme de l'exercice naturel de cette même fonction. La matrice doit donc agir naturellement de la même manière que le seigle ergoté la fait agir, en atteignant le même but. Maintenant, pour savoir comment fonctionne naturellement la matrice, voyons comment cette fonction peut être sollicitée par le seigle ergoté.

---

un haut fonctionnaire, est composé de quatre médecins et des délégués des différentes légations des puissances européennes. Le conseil se réunit tous les jeudis en temps ordinaire et plus souvent lorsque les circonstances l'exigent. Il nomme les médecins et les employés aux échelles et aux frontières, reçoit leur rapport régulier et dicte les mesures les plus utiles à la santé publique.

(Fin du premier volume.)

Dr HUBSCH.
Dr MUHLIG.
(*La fin prochainement.*)

M. le professeur Lereboullet nous adresse la lettre suivante sur l'apparition du choléra à Strasbourg :

« Le choléra a décidément fait irruption dans notre ville. Après quelques cas isolés, mais qui se montrèrent tous dans le même quartier, la maladie a éclaté avec violence dans quelques maisons encombrées d'habitants et réunissant toutes les causes d'insalubrité. Le quatrième jour de l'invasion, on comptait déjà 80 et quelques cas dans le seul canton Est, situé sur la rive droite de l'Ill; aujourd'hui le nombre total des malades est d'environ 120, sur lesquels on compte 40 morts.

» L'épidémie ne paraît pas, jusqu'à présent, devoir se répandre sur toute la ville; une seule maison, très-éloignée du foyer primitif, vient d'offrir plusieurs cas; elle a été immédiatement évacuée par ordre de l'autorité.

» Quoique la maladie n'ait pas encore fait un nombre de victimes proportionnellement très-considérable, cependant elle débute assez souvent avec une grande violence et marche avec beaucoup de rapidité. La période algide est très-prononcée, la peau pâteuse, les crampes violentes, les déjections plutôt bilieuses que riziformes; la réaction ne s'établit pas d'une manière franche. Mais, ici comme partout, la diarrhée a précédé d'un temps plus ou moins long l'invasion des symptômes graves; c'est un fait établi par tous les médecins qui ont vu des cholériques.

» L'état gastrique règne pour ainsi dire généralement sur tous les habitants, soit par suite de l'influence épidémique, soit à cause des fortes chaleurs des jours précédents. Les diarrhées ne sont pas encore très-fréquentes, mais une foule de personnes se plaignent de malaise, d'inappétence, de borborygmes avec ou sans enduit de la langue.

» L'administration s'est immédiatement occupée des mesures sanitaires que réclame la présence de l'épidémie. »

— On annonce une recrudescence de choléra à Londres et dans plusieurs comtés d'Angleterre.

— Le choléra s'est déclaré à Gênes, à Livourne et à Naples, malgré la sévérité des mesures sanitaires prises dans ce dernier port.

Dans mes études sur le mode d'action du seigle ergoté, j'ai reconnu que son effet primitif ne porte point sur le système nerveux lui-même, comme on l'avait présumé, à cause de l'inébriation, de la dilatation de la pupille et des secousses nerveuses qu'il produit; mais bien qu'il agit seulement par l'entremise de la sensibilité nerveuse, directement sur le système vasculaire; que la dilatation de la pupille est le résultat de l'abolition de la turgescence des vaisseaux de l'iris; que l'inébriation est la conséquence du refoulement du sang de la périphérie au centre, d'où résulte un état hypérémique dans les gros vaisseaux du cerveau, et que les secousses nerveuses sont les prodromes de l'abolition de nutrition dans la périphérie de l'organisme, et pour ainsi dire les convulsions d'une agonie partielle et de la gangrène sèche qui suit de près. Le sang, refoulé de la périphérie au centre, s'imprègne aussi bien dans le tissu nerveux que dans les autres tissus qu'on trouve injectés de sang à l'autopsie. Si cette gangrène partielle que produit le seigle ergoté dans ses effets toniques était le résultat de son action sur le système nerveux, il n'y aurait pas de raison pour que cet effet se manifeste plutôt à la périphérie; mais comme son action se porte directement sur le système vasculaire, il est facile de comprendre qu'il parvient plus vite à réduire les petits vaisseaux de la périphérie jusqu'à complète oblitération, que les gros vaisseaux qui se trouvent encore plus près de l'impulsion du centre de la circulation. Ce qui m'a prouvé encore plus évidemment que le seigle ergoté agit directement sur le système vasculaire, ce sont ses effets thérapeutiques, car si l'axiome *ex curatione morborum cognoscitur causa* est vrai, celui de *medicaminum effectus cognoscitur ex curatione morborum* est encore moins contestable. Je citerai donc, à l'appui de ce que j'avance, des faits contenus dans des observations qui suivront ci-après.

Il est d'abord hémostatique par excellence, et on a tort de croire qu'il n'arrête la métrorrhagie qu'en faisant contracter la matrice; c'est plutôt en arrêtant la métrorrhagie qu'il fait revenir la matrice sur elle-même, puisqu'il arrête aussi la métrorrhagie chez de jeunes demoiselles vierges, chez qui l'on ne peut point invoquer des contractions utérines. Il arrête de même les hémorrhagies du rectum, l'épistaxis, l'hémoptysie, etc. Il guérit toutes les maladies qui ont pour cause une dilatation anormale des vaisseaux, turgescence, congestion, subin flammation, excès de fluxion ou de nutritivité dans une partie quelconque des organes.

Partant donc de ce point de vue que le seigle ergoté a la faculté d'opérer une réduction du calibre des vaisseaux, surtout lorsqu'ils sont dans un état de dilatation *anormale*, je pensai que, dans les cas morbides qui consistent dans un état de fluxion ou de nutritivité pathologique dirigée vers une partie de l'organisme, l'agent en question doit avoir une grande efficacité, non-seulement pris à l'intérieur, mais plus encore employé comme topique, là où l'on peut présumer une absorption suffisante, et qu'on doit ainsi modifier plus directement les tissus malades en mettant immédiatement entrave à la fluxion ou à la reproductivité morbide. Conduit par ce qui précède, j'ai fait, avec la substance dont il s'agit, les essais suivants que j'ai l'honneur de soumettre à l'examen de l'Académie.

Pour faire grâce à l'Académie de toutes ces narrations fastidieuses dont on surcharge ordinairement les observations, et pour être bref, j'omettrai l'exposition des circonstances anamnestiques qui n'auront aucune portée pour mon sujet.

Obs. I. — M. Magol, directeur du télégraphe, alors âgé de 60 ans, fut, il y a quinze ans, en 1835, atteint d'une hémorrhagie chronique du rectum qui résista au traitement ordinaire pendant plusieurs mois, et avait mis les jours du malade dans le péril le plus imminent, par suite de l'épuisement extrême qui en était résulté. J'employai alors le seigle ergoté en poudre par l'estomac, et en décoction par le rectum simultanément. L'hémorrhagie cessa pour ne plus revenir.

Aujourd'hui encore, le sujet de cette observation, bien que très-avancé en âge, se porte à merveille.

Obs. II. — M. Masnel-d'Andre, avoué, alors âgé de 46 ans, fut également atteint, il y a treize ans, en 1837, d'une hémorrhagie chronique du rectum qui lui fit courir les plus grands dangers. Il fut guéri par l'usage du même agent employé de la même manière.

Obs. III. — Le docteur Yvan, jadis professeur d'histoire naturelle à l'Ecole de médecine de cette ville, me parla un jour d'une métrorrhagie qui le préoccupait fort, parce qu'elle résistait même à l'emploi du seigle ergoté à l'intérieur. Je lui proposai de faire des injections vaginales avec la décoction refroidie du seigle ergoté. Après avoir suivi mon avis, cet honorable médecin est venu loyalement m'annoncer le succès prompt et complet.

Obs. IV. — Mademoiselle G..., fille de magasin, fut atteinte d'une métrorrhagie chronique devenue dangereuse par sa durée et son abondance. Cette hémorrhagie résista à l'usage interne et même aux injections de l'infusion et de la décoction refroidies du seigle ergoté. Je fis alors faire un suppositoire composé de seigle ergoté en poudre et de conserve de roses, saupoudré avec de la poudre de roses de Provins. Je fis introduire ce suppositoire le plus profondément possible dans le vagin, et retenir en place par un tampon de coton cardé.

L'hémorrhagie a diminué le même jour et cessé tout à fait après quelques jours de traitement.

Le mois suivant, les menstrues reparurent comme à l'ordinaire pendant quelques jours, au bout desquels, au lieu de s'arrêter, l'hémorrhagie se manifesta de nouveau. Le même moyen la fit encore cesser, mais cette fois pour ne plus revenir.

Depuis lors la malade est réglée d'une manière très-normale à chaque époque habituelle.

J'ai également obtenu des succès par le même agent, dans plusieurs cas de sécrétions morbides des parties génitales de la femme, qui quelquefois étaient compliquées de gonflement, de granulations et d'ulcérations aphtheuses du cul de la matrice. Dans ce dernier cas, j'avais combiné la poudre de seigle ergoté avec l'opium sous la forme d'un suppositoire, liés par le sirop simple, pour en obtenir la fusion; je le fis introduire bien haut dans le vagin et retenir en place par un tampon de coton.

Je me propose d'avoir l'honneur de présenter prochainement à l'Académie une note sur l'effet curatif de l'opium, dans laquelle j'exposerai la part que ce dernier remède a à revendiquer dans les guérisons susmentionnées.

Obs. V. — M. le docteur Vidal, chirurgien de la marine en retraite, médecin de la douane à Marseille, avait à traiter M. Calelin, employé des douanes, rue de la Palice, d'une épistaxis chronique qui se répétait souvent d'une manière alarmante. Un jour l'hémorrhagie survint d'une manière plus effrayante qu'à l'ordinaire, et je fus appelé, en l'absence du médecin ordinaire qu'on n'avait pas trouvé chez lui. Je trouvai le malade dans un état d'épuisement très-alarmant; la syncope était presque permanente. Je n'avais pas sur moi l'instrument pour tamponner. Je fis faire alors, chez le pharmacien le plus voisin, une solution d'alun très-concentrée, que j'injectai dans les narines pour conjurer le danger pressant. Une fois le sang arrêté, j'ordonnai, pour en prévenir le retour, de priser du seigle ergoté en poudre.

Dans la suite, je rencontrai M. le docteur Vidal, qui me dit que l'hémorrhagie n'avait plus reparu.

Obs. VI. — Madame Gramagnac, religieuse du Sacré-Cœur, portait au bout du nez, depuis plusieurs années, un petit ulcère profond, entouré d'une rougeur foncée et de petites veines variqueuses. Cet ulcère avait résisté au traitement des médecins les plus justement célèbres des diverses villes de France. Il a guéri par l'application du seigle ergoté sous la forme de pommade faite avec quantité *pas plus que suffisante* de cérat simple.

Plusieurs ulcères de même nature, couverts d'une croûte noire sur le nez ou les pommettes chez les vieillards, ont également guéri par l'application topique du seigle ergoté.

Obs. VII.—Madame Lazar, marchande d'antiquités et objets d'arts, rue Paradis, vint me consulter pour un polype muqueux du nez, que plusieurs médecins honorables de Marseille ont constaté, et dont ils avaient conseillé l'ablation. Sachant combien il est rare que cette végétation ne se reproduise hientôt après l'opération, et n'ayant jamais obtenu le moindre résultat de la poudre de racine de *marum verum* et de celle de racine de *patience* que divers médecins italiens ont recommandées dans ce but, j'ordonnai de priser la poudre de seigle ergoté, ce qui fit disparaître le polype pour ne plus revenir.

Depuis lors, j'ai guéri plusieurs polypes de même nature et par le même moyen, sans opération.

Obs. VIII. — Mademoiselle Louise Laugier, fille de chambre chez M. Albert Pascal, banquier de Marseille, rue Grissan, était depuis longtemps gênée dans la narine droite qui était hermétiquement bouchée, et une sensation pénible de tension l'incommodait au point de l'empêcher de dormir. Je diagnostiquai un polype charnu, sinon fibreux. Je tentai cependant faute de mieux le seigle ergoté, en donnant peu d'espoir de réussite. La malade étant dans l'impossibilité la plus absolue de priser, je la fis se coucher sur le dos, la tête basse, renversée en arrière, et laissai tomber dans la narine malade, d'abord la poudre de seigle ergoté, et ensuite par-dessus du sel de cuisine, afin de tenir humides, par la propriété hygrométique de ce sel, et la narine et la poudre de seigle ergoté.

Après un mois de traitement, la malade put priser, bien qu'avec difficulté, et après deux mois à peu près, elle a rendu le polype. Je la chargeai de le porter elle-même chez M. Augarde, pharmacien, pour qu'il fût mis dans l'alcool. J'ai joint cette pièce d'anatomie pathologique à un travail que j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie de médecine de Paris.

L'hiver suivant cette maladie a récidivé; je l'ai soumise au même agent sans succès d'abord; mais lui ayant dit de changer de pharmacien, parce que je soupçonnais le remède de mauvaise qualité, peu de temps après le polype est tombé. Cette fois-ci, pour prévenir toute récidive, je l'ai soumise à un traitement dépuratif, à la suite duquel plus rien n'est survenu jusqu'aujourd'hui.

J'observai en même temps que les récidives des polypes vésiculeux sont aussi fréquentes, même après la guérison par le seigle ergoté, ce qui tient à la grande disposition de ces malades au rhume de cerveau pendant l'hiver, et dont la guérison, dans cette saison, est par la même raison difficile à obtenir. Dans ce cas, il faut attendre la belle saison pour le résultat du traitement; et pour prémunir les malades contre la récidive, il faut leur ôter cette disposition au rhume de cerveau, en leur faisant prendre des bains sulfureux pendant tout l'été, et leur recommandant de se brosser la tête matin et soir.

(*La fin au prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

(Suite et fin)

VI. GAZETTA MEDICA ITALIANA (LOMBARDIA).

Les livraisons du second semestre de 1853 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *Quelques observations physiologico-pathologiques sur le système nerveux;* par MM Lussana et Morganti. 2° *Sur la hernie cérébrale antérieure et postérieure;* par M. Vannoni. 3° *Des premières expériences faites avec l'éther quinique dans le traitement des fièvres intermittentes;* par MM. Pignacca et Stramblo. 4° *Calculs d'oxalate de chaux sur les trompes de Fallope et les ligaments ronds;* par M. Scarenzio. 5° *Sur l'action du fer;* par M. Seccamani. (Il considère le fer comme un hyposthénisant cardio-vasculaire. Il donne à l'appui deux observations, dont un cas d'inflammation aiguë du cœur et des vaisseaux, traitée par le fer, après toutefois les saignées, les sangsues et autres agents antiphlogistiques. Nous pensons qu'il y a véritablement abus à considérer le fer dans ce cas comme ayant été l'agent actif.) 6° *Les ferrugineux doivent-ils être placés parmi les médicaments hyposthénisants ou les hypersthénisants?* par M. Strambio. (Cet article du rédacteur de la GAZETTE LOMBARDE a pour but de décliner toute solidarité avec les opinions émises dans l'article précédent, et nous l'en félicitons.) 7° *Accouchement difficile par la dimension extraordinaire du périnée; incision de la commissure postérieure, avec extraction du placenta;* par M. Manerba. 8° *Tumeur sarcomateuse située à la selle turcique;* par M. Rodolfi. 9° *Histoire d'une hystérie annuelle chez une jument;* par M. Eletti. 10° *De la nécessité d'ouvrir un nouvel hôpital des fous et d'abandonner la Senavra.* 11° *Autre cas d'homicide probablement commis en état d'aliénation mentale;* par M. Platner. 12° *Notes et observations pour l'histoire de la chorée électrique;* par M. Pignacca. 13° *D'une luxation incomplète de l'épaule prise pour une simple inflammation;* par M. Manerba. 14° *De la chorée électrique;* par M Morganti, 15° *Histoire d'un volumineux ectropion;* par M. Barozzi. 16° *Tétanos. précédé d'une plaie contuse, avec fracture comminutive des extrémités articulaires des phalanges du pouce formant la seconde articulation, sans doute avec déchirure du tendon du fléchisseur;* par M. Ripa. 17° *Conséquences fatales d'une rétroversion de l'utérus non reconnue;* par M. Manengo. 18° *Rétrécissements anormaux de l'anus; nouvelle et prompte méthode de traitement;* par le même. (Il s'agit des rétrécissements spasmodiques et d'une dilatation mécanique forcée. Voici comment l'auteur opère: le malade placé en pronation sur un lit, le chirurgien rassemble les doigts de la main droite en forme de cône, le pouce caché dans les autres doigts légèrement graissés d'huile, puis il exerce une violence modérée, mais toujours croissante sur le sphincter et sur la coarctation morbide, jusqu'à ce que les doigts soient presque entrés au nœud de la seconde avec la troisième phalange.) 19° *Observations d'une gastro-entérite lente qui régna en* 1850 *et* 1851; par M. Sissa. 20° *Usage médical de l'huile de poisson;* par MM. Morganti et Strambio. 21° *Statistique des fous du littoral et de la ville de Trieste;* par M. de Dreer. 22° *Manie pellagreuse; paralysie progressive droite; mort;* par M. Facen. 23° *Du typhus cérébral convulsif du docteur Frua;* par M. Buccellati. 24° *Réponse de M. Casorati à M. Corneliani.* 25° *Observation d'endocardite très-aiguë;* par M. Vambianchi. 26° *Tableaux statistiques des malades de la division chirurgicale du grand hôpital de Lodi;* par M. Tansini. 27° *Réponse de M. Corneliani à M. Casorati* 28° *Considérations tendant à démontrer que la faculté d'être temporaire de la vaccine dépend de ce qu'on ne se sert pas du vrai et réel cow-pox jennerien, avec quelques conclusions recommandée aux gouvernements pour extirper radicalement la petite vérole;* par M. Goldoni. 29° *Convulsions tétaniques durant l'époque de l'allaitement dans cinq accouchements qu'eut une même femme;* par M. Barbieri. 30° *De la mélancolie avec stupeur ou mélancolie stupide;* par M. Biffi. 31° *Ce que c'est que la pellagre et dans quel cadre nosologique elle doit être placée;* par M. Verga. 32° *Encore deux mots sur l'épilepsie congénitale traitée heureusement par l'atropine;* par M. Grosio. 33° *Deux mots au sujet de l'instrument nommé cylindre ou cœur pneumatique respiratoire de M. Gandolfi.*

CHORÉE ÉLECTRIQUE; par M. PIGNACCA.

Il est une maladie grave et sigulière dans sa forme, se rencontrant dans les provinces de Milan et de Pavie, et dont la connaissance ne remonte pas au delà de quelques années. C'est M. Dubini qui a donné sur elle les premières notions et qui l'a nommée *chorée électrique* à cause des secousses convulsives qui en forment le symptôme principal et qui ont quelque analogie avec les mouvements des choréiques et les contractions produites par les décharges électriques. Cette maladie, de forme convulsive, a pour éléments constituants: 1° des *secousses musculaires*, toujours identiques à elles-mêmes, se succédant à des intervalles plus ou moins courts, comme s'ils fussent produits par des décharges électriques répétées; 2° l'*extension* des secousses d'un doigt, d'un membre, d'une moitié de la face, à tout le reste de la moitié du corps en peu de jours; 3° aux secousses convulsives partielles se joignent des *acces de contruction* violente dans les membres malades, deux ou plusieurs fois dans le même jour; 4° succède la paralysie des membres qui furent le siége des secousses convulsives partielles; 5° cette maladie se montre seulement chez les campagnards; 6° grande mortalité (94 environ sur 100 malades) quel que soit le traitement; 7° absence d'altération matérielle visible dans les organes internes et externes capable de rendre raison tant des symptômes que de l'issue aussi fréquemment funeste de la maladie.

La chorée électrique est heureusement une maladie rare. M. Dubini, dans l'espace de près de neuf ans, en a enregistré 38 cas observés à l'hôpital de Milan. M. Frua en a observé 50 cas. M. Pignacca, dans l'espace de six années environ, en a vu plus de 40 cas, la plupart à l'hôpital de Pavie.

ENDOCARDITE TRÈS-AIGUE; par M. VAMBIANCHI.

Cette maladie grave et bien localisée n'est cependant pas toujours d'un diagnostic facile: on en jugera par l'observation suivante:

OBS. — Jeune homme de 20 ans, sanguin-lymphatique, à peau blanche, cheveux blonds, entre à l'hôpital le 11 août.

On croit qu'il s'adonnait aux liqueurs fortes. Quatre jours avant d'entrer à l'hôpital, il en était sorti guéri d'une affection de l'estomac apyrétique, sans aucun signe morbide du côté des organes de la poitrine. Chez lui, sans faire aucune imprudence, il fut contraint de se remettre au lit pour une douleur qui se manifesta au gras des jambes. Cette douleur croissant avec le gonflement de la partie, il fut contraint de rentrer à l'hôpital. Face pâle, regard animé, respiration libre, ventre souple, indolent; pouls petit, obscur, serré; mouvements du cœur fréquents, mais lointains et profonds. Saignée exploratrice; 24 sangsues aux jambes pour apaiser la douleur. La saignée, après la sortie de 6 onces de sang, dut être arrêtée, parce que le pouls disparaissait et le malade était menacé de syncope.

Cependant la position du malade s'aggravait: la douleur, le symptôme le plus saillant, s'étendait aux cuisses, aux bras, toujours accompagnée d'une tuméfaction presque œdémateuse Aucun phénomène morbide dans la poitrine à l'auscultation ou à la percussion; seulement le lobe du poumon qui tend à recouvrir le péricarde donnait à l'oreille une respiration exagérée; mais les battements du cœur toujours plus accélérés, obscurs et profonds ne suffisaient pas à pousser le sang aux extrémités. Pâleur, étonnement, œil inquiet, sueur froide partout le corps.

Quelle que fût la cause puissante qui enchaînait la vie dans ses mouvements, l'impuissance de la réaction vitale était évidente; on tenta de la réveiller à l'aide de stimulants.

Quelques cuillerées d'une potion d'eau de cannelle avec 1 gramme de landanum furent données au malade et semblèrent le ranimer; mais l'amélioration fut illusoire.

A la visite du soir les symptômes avaient augmenté: la douleur et la tuméfaction œdémateuse avaient gagné les épaules, le cou, la poitrine; pouls à peine perceptible à la carotide; bruits du cœur profonds et lointains comme avant. Malgré cela, la respiration était tranquille, l'esprit sain.

On insista sur l'usage du laudanum, dans l'idée que tout secours médical est nul sans une réaction vitale convenable.

Après quelques instants, corps froid, toucher cadavérique, respiration anhélante, voix faible; le patient, exaspéré par la violence des douleurs, tentait de sortir de son lit. Mort.

AUTOPSIE. — Le cadavre conservait encore l'œdème des membres. Bien de

remarquable à la tête. Brides nombreuses entre les deux feuillets de la plèvre; sérosité; poumons sains ou tout au plus gorgés de sang veineux en arrière. Quatre onces de sérosité dans le péricarde; mais la membrane externe du cœur n'est ni rouge, ni injectée, ni enflammée. Cœur flasque et mou à un haut degré. Les diverses cavités de ce viscère examinées successivement, en suivant le cours du sang, présentèrent les traces les plus incontestables d'une inflammation étendue à tout l'endocarde; cette membrane était uniformément teinte d'une couleur rouge violette, et à l'aide de la loupe on y pouvait apercevoir les fines arborisations inflammatoires, surtout aux valvules auriculaires où l'injection était plus vive. La rougeur, de brune qu'elle était dans toutes les cavités du cœur, devenait peu à peu moins intense vers l'ouverture de l'aorte, où elle apparaissait du plus vif écarlate et colorait ainsi l'artère dans tout son trajet thoracique pour disparaître graduellement au niveau des piliers du diaphragme où le vaisseau redevenait sain.

VII. GAZETTA MEDICA ITALIANA (STATI SARDI).

Les numéros du second semestre de 1853 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Compte rendu de la clinique chirurgicale de M. Borelli à l'hôpital des saints Maurice et Lazare*; par M. Garelli. 2° *Observation d'un cas de phlébite rhumatismale*; par M. Boisseul. 3° *Observation de paralysie générale du sentiment et du mouvement; administration du sulfate de quinine; guérison*; par M. Cavari. 4° *Inflammation aux mains dans la saison d'été*; par M. Borelli. 5° *Epidémie d'inflammation aux mains chez les femmes attachées aux filatures*; par le même. 6° *Réflexions pratiques sur l'opportunité de l'amputation immédiate*; par M. Castelnuovo. 7° *Sur les réformes aux statuts de l'Association médicale*. 8° *Observations pratiques sur les fièvres périodiques*; par M. Sacchi. 9° *Description de deux jumeaux réunis*; par M. Borelli.

PHLEGMONS AUX MAINS ; par M. BORELLI.

M. Borelli a eu l'occasion d'observer pendant l'été de 1853 un grand nombre de phlegmons aux mains qui, par leurs caractères et leur fréquence, peuvent être regardés comme épidémiques. Voici sous quelles formes ils se sont présentés: Fatigue générale, frisson suivi de chaleur, céphalalgie, sécheresse et chaleur de la peau, inappétence, langue sèche, fièvre, etc. Ensuite une des mains du malade commence à devenir pesante, inerte, chaude, puis gonflée et douloureuse en ses mouvements. Enfin un point de la main se fait remarquer par un sentiment de poids ou de tension avec douleur, rougeur, chaleur et tuméfaction, en un mot il revêt les caractères du véritable phlegmon Cet état phlegmoneux ou phlegmono-érysipélateux se termine presque toujours par suppuration. Le plus souvent la suppuration entraîne des débris de tissu cellulaire et donne à la maladie la forme phlegmono-furonculaire; quelquefois elle a l'aspect d'un véritable panaris; enfin elle peut être constituée par un furoncle même.

Nous avons eu occasion d'observer cet hiver (1853-54) à Lyon des maux de doigts ou panaris en nombre inaccoutumé et véritablement épidémique. Beaucoup de praticiens de la ville nous ont affirmé avoir fait la même remarque, et nous croyons devoir rapprocher cette circonstance de l'intéressant mémoire de M. Borelli. Cette maladie se rattachait à un état général fébrile analogue à celui que notre confrère d'Italie a décrit, mais en différait par cette circonstance importante qu'elle s'accompagnait d'une éruption générale de petites taches érythémateuses confluentes, surtout aux mains et aux avant-bras, aux pieds et à la jambe. Quelquefois l'état général et l'éruption manquaient ou étaient peu marqués; le panaris frappait seul l'attention. D'autres fois le panaris manquait, mais les douleurs existaient aux pieds et aux mains, comme dans l'acrodynie. En voici une observation qui a présenté tous les caractères essentiels.

OBS. — Petit garçon de 10 ans éprouve depuis quelques jours un malaise général.

16 février 1854. Fièvre légère, inappétence, langue saburrale, douleurs et fourmillements dans les pieds et dans les mains, tuméfaction des pieds surtout.

17. Eruption des taches érythémateuses analogues à l'érythéma fugax de Willan Elles ont commencé par les pieds et les mains et se sont étendues à tout le corps.

19. Il a souffert toute la nuit de la main droite. Un panaris s'est formé à l'extrémité de l'index; il est sous-épidermique et donne un pus séreux.

24. Guérison complète.

VIII. CORRISPONDENZA SCIENTIFICA IN ROMA.

Les livraisons d'août, septembre et octobre 1853 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Nouvelle méthode pour reconnaître la pureté des préparations à base de quinine*; par M. F. S. 2° *De la plante du ricin et de ses propriétés*; par M. Biasoletto. 3° *Sur la conservation du seigle ergoté*; par M. Zanon. 4° *Histoire d'une maladie anévrismatique*; par M. Silenzi. (Il s'agit d'un homme de 35 ans qui présentait à l'artère fémorale droite, au-dessous du ligament de Poupart, une dilatation uniforme de 2 pouces environ, à mouvement d'expansion isochrone au pouls; à l'artère tibiale antérieure du même côté, au point où elle traverse le ligament interosseux, sous la tête du péroné, un renflement offrant les mêmes mouvements d'expansion et isochrones. A gauche, l'artère fémorale, depuis l'arcade crurale jusqu'au-dessous de la moitié de la cuisse, offrait au toucher un cordon quasi-ligamenteux par la dureté et la résistance, avec des pulsations presque imperceptibles. Du même côté, au creux poplité, petite masse oblongue, dure, indolente sur le trajet de l'artère, et privée de pulsations. Du reste le jeune homme était sain et vigoureux. Depuis deux ans qu'on avait observé ces tumeurs, il vivait sans inquiétude sur sa santé générale. Le traitement de Valsalva, etc., avaient été employés sans résultat. 5° *Sur quelques complications extraordinaires survenues dans une double opération de pupille artificielle et de cataracte*; par M. Mannoir (de Genève). 6° *Tableau synoptique pour servir de guide dans les analyses qualitatives*; par M. Acar (d'Anvers). 7° *Sur la nouvelle méthode de traiter les fièvres périodiques avec le courant électrique, sans recourir aux préparations de quina*; par M. Derossi. 8° *Coup de foudre sur un homme*; par M. Silenzi.

OPÉRATION DOUBLE DE PUPILLE ARTIFICIELLE ET DE CATARACTE; par M. MAUNOIR (de Genève).

OBS. — « Madame B..., âgée de 40 ans, avait été longtemps sujette aux inflammations soit aiguës, soit chroniques des yeux. Bien des années après la première invasion du mal, les inflammations, à la vérité, cessèrent, mais la condition de madame B... devint plus grave par la perte totale de la vision. En vain elle eut recours aux hommes de l'art; beaucoup, et les plus distingués professeurs, successivement consultés, lui ôtèrent toute espérance de guérison.

» A l'automne de 1845, madame B... vint à Genève. L'état de ses yeux, examinés par moi à cette époque, était tel que je vais le décrire. Le bulbe de l'œil se présentait très-mou au toucher; la sclérotique paraissait normale, ainsi que la cornée transparente. L'iris était légèrement tremblant, la pupille entièrement oblitérée de manière que l'iris même se présentait comme un disque parfaitement continu; son centre, en effet, était occupé par un petit corps égal à une grosse tête d'épingle, qui semblait placé sur le plan même de l'iris et continu avec lui. La faculté visuelle se bornait à distinguer les ténèbres de la lumière.

»Ne pouvant établir *à priori* si, pendant l'opération, je rencontrerais un cristallin opaque ou transparent (la malade étant convenablement placée), j'incisai la cornée comme si j'eusse eu la certitude de devoir extraire le cristallin même; ensuite je pénétrai, avec la lame aiguë de mes ciseaux pour la pupille artificielle, dans l'iris, à la distance d'environ une ligne et demie de son union au ligament ciliaire. et pendant que la lame boutonnée des susdits ciseaux pénétrait entre la face postérieure de la cornée et l'antérieure de l'iris, l'autre lame aiguë s'avançait entre la face postérieure de l'iris et l'antérieure du cristallin. Rapprochant alors d'un seul coup les lames des ciseaux, je coupai l'iris dans la direction de son diamètre vertical, et de manière que l'incision occupât environ la moitié du diamètre vertical de cette membrane. »

Pupille de couleur noire très-belle.

L'humeur vitrée, fluide comme de l'eau pure, dit l'auteur, s'écoula au dehors en telle abondance que la cornée se flétrit, s'excava, et que les bords de la plaie ne correspondirent plus l'un avec l'autre. Ayant prévu le cas, il avait préparé le remède.

« Je fis donc prendre, dit l'auteur, immédiatement à la malade la position horizontale, dans laquelle sa tête se trouvant convenablement appuyée et renversée (après avoir écarté les paupières supérieures et soulevé avec une petite sonde la lèvre antérieure de l'incision de la cornée), je pus injecter, dans le bulbe oculaire quasi-vide, une quantité d'eau distillée suffisante pour le remplir. »

Compresse trempée dans l'eau tiède sur les yeux.

Au neuvième jour de l'opération, quand il examina l'œil, il ne fut pas peu surpris de trouver la nouvelle pupille circulaire et aussi grande qu'une pupille naturelle à un jour modéré. Mais hélas! la nouvelle pupille se montrait toute converte d'un voile de couleur blanc de crême. Sans doute le cristallin avait été lésé par la lame aiguë des ciseaux et était devenu opaque.

Un mois après, opération de cataracte par abaissement; pupille circulaire d'un très-beau noir. La malade reconnaît les objets environnants avec une suffisante exactitude.

Madame B..., en quittant Genève, lisait sans difficulté les caractères imprimés et même l'écriture.

TRAITEMENT DES FIÈVRES INTERMITTENTES PAR L'ÉLECTRICITÉ; par M. DEROSSI.

La nécessité de trouver un succédané au quinquina, qui devient

chaque jour plus rare et plus cher, doit faire accueillir toutes les tentatives qui ont pour but de le remplacer. C'est à ce titre que nous allons parler des expériences et des observations de M. Derossi. Plusieurs auteurs avaient déjà proposé l'emploi de cet agent merveilleux dans les fièvres périodiques. Lindhult, en 1753, l'avait même déjà employé. M. Derossi reprend ce travail et se sert de l'appareil électro-moteur ou de la pile de Volta modifiée par Kemp. Quatre ou six malades sont disposés de manière à former une chaîne qui soit dans le courant électrique; les séances sont d'une demi-heure, trois fois par jour.

Voici quelques-unes des observations rapportées par M. Derossi.

Obs. I. — Un soldat de 27 ans, tempérament bilieux, qui n'avait jamais antérieurement été malade, entra à l'hôpital avec les symptômes d'une fièvre tierce simple, qui ensuite devint double. Il fut soumis six fois au courant électrique pendant environ quinze minutes chaque fois, et guérit parfaitement sans faire d'autre remède.

Obs. II. — Soldat de 16 ans, ayant en autrefois des fièvres tierces, entra à l'hôpital pour une fièvre double-tierce, ayant un accès chaque jour. Il fut soumis au courant électrique, à l'exclusion de tout autre remède. Après les premières doses d'électricité, il revint quelques accès; mais en continuant la même méthode pendant quelques jours, la fièvre devint tierce simple, avec des accès toujours plus faibles; et après que le malade eut pris quinze fois le courant électrique par trois fois le jour, la fièvre s'éteignit; il sortit parfaitement guéri de l'hôpital.

IX. GIORNALE VENETO DI SCIENZE MEDICHE.

Les livraisons de mai, juin et juillet 1853 offrent les travaux originaux suivants : 1° *Extrait du procès-verbal de la séance tenue près la direction de l'hôpital civil et provincial de Venise pour le mois d'avril* 1853. 2° *Renversement de la membrane interne de l'urètre chez une femme*; par M. Malago. 3° *Traitements de galeux à l'hôpital Santa-Anna*; par le même. 4° *Cas d'amputations et désarticulations diverses*; par le même. 5° *Sur deux cas de lithotomie*; par M. Pagello. (Il s'agit de deux opérations pratiquées sur des enfants de 11 et de 9 ans, et dans lesquelles l'extraction des pierres présenta quelque difficulté; ils guérirent tous les deux.) 6° *Cas pratiques tirés de la clinique obstétricale de M. Pagello*. 7° *Extrait du procès-verbal de la séance médico-chirurgicale pour le mois de mai* 1853, *dans l'hôpital civil de Venise*. 8° *De l'hydropisie ascite traitée par les injections d'iode dans le sac du péritoine*; par M. Penolazzi. 9° *Sur le diagnostic et le traitement de la gale*; par M. Mugna.

RENVERSEMENT DE LA MEMBRANE INTERNE DE L'URÈTRE CHEZ UNE FEMME; par M. Malago.

C'est une maladie rare sur laquelle la science possède encore peu de données. Morgagni, dans son fameux livre De sedibus et causis morborum, en a décrit trois cas observés sur le cadavre. Les Mémoires de l'Académie de chirurgie en contiennent une observation faite sur le vivant et peut-être unique jusqu'à présent dans la science. Il n'est donc pas sans intérêt de rapporter ici celle qui est due à M. Malago.

Obs. — Catherine Mnsi, 50 ans, servante, de honne constitution, réglée à 12 ans; menstrues toujours régulières, moins abondantes depuis dix ans. Elle a éprouvé peu de maladies; cependant elle dit avoir souffert plusieurs fois de chaleur à l'urètre; celle-ci disparaissant après d'abondantes boissons rafraîchissantes et de fréquentes lotions à l'eau froide. Après une constipation de six jours, état assez habituel chez elle, elle fut obligé de faire de grands efforts et de se cramponner au mur pour amener une petite quantité de matière stercorale mêlée de sang; en même temps elle émit l'urine. Elle se sentit, dans cet acte, prise de douleurs le long des voies urinaires et particulièrement à l'orifice de l'urètre, et reconnut la chaleur accoutumée que nous avons dit qu'elle avait éprouvée déjà à diverses reprises. Cette fois le mal persista, malgré son remède ordinaire et en dépit d'un purgatif, d'une tisane tamarinée et de deux saignées.

La malade entra à l'hôpital le 25 janvier 1853. Grandes lèvres un peu gonflées; celles-ci écartées, il se présente à l'orifice de l'urètre une tumeur rouge, molle au toucher, du volume d'une grosse noisette, qu'on pensa être formée par la membrane interne de l'urètre, renversée et faisant hernie; douloureuse au toucher, elle donnait de temps en temps des douleurs lancinantes et un sentiment continuel de cuisson qui augmentait par l'émission des urines. La malade disait qu'il lui semblait qu'elles sortissent par une voie anormale. Application de 12 sangsues aux grandes lèvres; tisane de pulpe de tamarin, fomentations avec décoction de feuilles de mauve. L'inflammation calmée, M. Malago passa à la réduction de la muqueuse urétrale renversée. La réduction se fit aisément et l'on prescrivit des lotions astringentes pendant quelques jours. Mais chaque fois que la femme émettait l'urine, la muqueuse se renversait de nouveau et exigeait une nouvelle réduction. On s'avisa alors de laisser une sonde en gomme élastique à demeure dans la vessie; l'urine sortait autour de la sonde et ne remplissait pas le but. On cautérisa avec la pierre infernale sans plus de succès. Enfin je me décidai, dit M. Malago, à la resection, qui fut exécutée d'un seul coup de ciseaux. La femme souffrit; hémorrhagie nulle, réaction nulle, la plaie, en peu de jours, fut complètement cicatrisée, et l'opérée sortit guérie de la clinique sans aucune incommodité, le premier jour de mars, c'est-à-dire après y avoir séjourné vingt-neuf jours.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 1er AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre du commerce transmet avec les pièces y relatives et pour être soumises à l'analyse une caisse d'échantillons d'eaux minérales provenant d'une source située dans la commune de Sentein (Ariége).

FIÈVRE JAUNE.

M. Peixoto adresse la statistique officielle de la mortalité par fièvre jaune à Rio-de-Janeiro, depuis le 1er octobre 1852 jusqu'au 31 mai 1854, afin de faire constater la diminution progressive de la fièvre jaune dans le pays. Il résulte, en effet, de ce tableau que la mortalité par la fièvre jaune n'a cessé de décroître depuis le mois de mai 1853 jusqu'à présent.

CHOLÉRA.

M. Mérier (de Saint-Dizier) ajoute quelques renseignements à ceux fournis par M. Foucart sur l'invasion, sur la marche et l'intensité de l'épidémie de choléra dans le département de la Haute-Marne et notamment dans l'asile de Saint-Dizier.

Le choléra, qui a fait sa première apparition dans la Haute-Marne vers le milieu du mois de mai, a envahi aujourd'hui près de deux cents communes. Le nombre des malades et des décès est très-considérable. Quelques localités ont été horriblement maltraitées et leur population a été cruellement décimée. Dans ce moment même le fléau sévit très-fortement dans quelques communes de l'arrondissement de Wassy (Montierender, Eclaron, etc.). Saint-Dizier a été privilégié jusqu'à présent, à l'exception de l'asile d'aliénés qui compte pour le moment 12 décès et de l'hospice civil qui en a quelques-uns (mais tous parmi les ouvriers du chemin de fer, amenés malades à l'hospice). A peine quelques rares décès ont eu lieu dans l'intérieur de la ville.

— M. Bédor (de Troyes) continue à adresser le relevé nominatif des cas de choléra qui ont eu lieu depuis le 7 jusqu'au 30 juillet, tant dans les hospices qu'ailleurs. Sur 24 cas on compte 22 décès. Aucun cas, dit M. Bédor, ne s'est encore manifesté dans l'un des hospices de Troyes appelé Saint-Martin-ès-Aires et destiné aux orphelins, et qui est d'une salubrité évidente par ses bonnes dispositions locales.

— M. Priou, correspondant de l'Académie à Nantes, adresse un travail sur le choléra-morbus. Ce sont des réflexions générales sur l'étiologie, la marche, les symptômes et le traitement de cette affection.

—M. Abeille informe l'Académie que sa méthode de traitement du choléra par la strychnine vient de subir une expérimentation officielle à l'hôpital du Roule.

La contre-expérimentation a fourni des résultats à peu près identiques à ceux de la première expérimentation (10 guérisons sur 22, et production de la réaction 19 fois sur 22).

— M. Baud, inspecteur des eaux minérales de Contrexeville, adresse une note ayant pour titre : Vingt et un jours d'épidémie cholérique a Contrexeville; préservation par l'eau minérale.

— M. le docteur Boulet soumet à l'Académie divers instruments propres à faire l'application du fluide électrique au traitement des engorgements des ganglions lymphatiques.

— M. Boyer, à Coumegrey, écrit que d'après des expériences qu'il vient de faire l'anesthésie locale agit avec beaucoup plus d'intensité sur des parties saines électrisées que sur des parties qui ne le sont pas.

— M. le professeur A. Tigri (de Florence) adresse une note sur l'anomalie du muscle tibial postérieur avec dégénération graisseuse ou paral,sie musculaire progressive atrophique.

— M. Vidal (d'Orthez) fait part de la mort de son père âgé de 85 ans et membre correspondant de l'Académie à Bayonne.

— M. Fayet, correspondant de l'Académie à Bayonne, écrit que c'est probablement par erreur que le nom de M. Vidal de Bayonne a été indiqué comme l'auteur d'un rapport récemment adressé à l'Académie sur les eaux minérales. Ce rapport était de M. Fayet lui-même.

— M. le Président annonce à l'Académie la mort de M. Lallemand.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les déviations de l'utérus.

La parole est à M. Depaul.

TRAITEMENT DES DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS PAR LE REDRESSEUR UTÉRIN.

M. DEPAUL : Avant de chercher à résumer la discussion soulevée par mon rapport sur le *traitement des déviations utérines par les redresseurs utérins*, avant de répondre à quelques-unes des objections qui m'ont été adressées, qu'il me soit permis de faire une réflexion générale.

N'est-il pas digne de remarque de voir presque toujours la question principale, celle sur laquelle vous aviez voulu surtout être éclairés, devenir petit à petit la question accessoire, et être définitivement absorbée par d'autres considérations d'un haut intérêt, je ne le conteste pas, mais qui ne sont point le fait capital?

J'avais besoin de constater que, dans cette circonstance, comme dans beaucoup d'autres, on avait bien plus parlé à propos de la question que sur la question elle-même.

De quoi s'agissait-il? De savoir si les pessaires intra-utérins conduisaient au redressement définitif de la matrice, et si leur usage n'entraînait pas souvent des accidents d'une telle gravité, que, même en admettant qu'ils eussent un certain degré d'utilité, il fallait se hâter d'y renoncer.

Qu'il me soit donc permis de ramener la question à ses véritables termes.

Une méthode thérapeutique qu'on croyait nouvelle, et que j'ai montré être beaucoup plus ancienne qu'on ne le pensait, tendait à s'introduire parmi nous, et à se substituer à d'autres, auxquelles nous avions dû de nombreux succès jusqu'alors; elle venait d'ailleurs sous le patronage d'hommes aussi honorables qu'instruits et s'appuyait sur des observations déjà nombreuses, et qui de prime abord étaient de nature à faire une certaine impression sur les esprits.

Votre rapporteur n'a pas oublié un seul instant la mission nettement déterminée que vous lui avez confiée, et si, pour la remplir d'une manière plus complète, il a dû parfois faire des excursions dans diverses parties de la pathologie utérine, il l'a fait rapidement, sans avoir la prétention de traiter à fond toutes les questions incidentes dont il a eu à s'occuper.

On comprendra dès lors que j'ai dû être un peu surpris en entendant plusieurs de nos collègues me reprocher, les uns de n'avoir pas fait l'histoire complète de chacun des déplacements dont l'utérus peut être atteint et surtout de n'avoir pas tracé leur diagnostic différentiel; les autres de ne pas avoir suffisamment décrit certaines affections de la matrice, et en particulier les névralgies de cet organe ou de ses annexes. Mais, je le demande, pouvais-je étendre indéfiniment le cadre de mon travail?

Mes honorables contradicteurs, profitant de cette position, qui m'avait été imposée par votre votonté et par la force des choses, ont, par une tactique habile, laissé presque entièrement de côté le fond du travail, et se sont attachés à des points accessoires auxquels, volontairement, j'avais donné une place très-restreinte dans mon rapport.

Notre collègue M. Huguier s'était, dès le début, tracé un cadre assez étendu. Il devait s'occuper des redresseurs intra-utérins, des déviations utérines, et enfin de l'hystéromètre. Il a été très-bref sur la première, mais pour un motif dont je ne puis me plaindre, c'est parce qu'il partage à peu près complétement les opinions consignées dans mon rapport. Des deux seules réserves qu'il a cru devoir faire, ne voulant pas enchaîner l'avenir, il ne m'en coûterait pas beaucoup d'accepter la première, si tant est qu'on puisse lui donner ce nom. Puisque les déviations de l'utérus qui déterminent des accidents graves constituent, d'après M. Huguier lui-même, des exceptions, que serait-ce donc si on ne s'adressait qu'à celles qui ont résisté à tous les autres moyens que possède la thérapeutique. On peut dire sans crainte que c'est à peine si on en rencontrerait quelques exemples dans le cours d'une longue carrière. Mais s'il est vrai qu'il faille s'arrêter devant le plus léger malaise, on peut aller plus loin, et dire que probablement jamais on ne rencontrera d'occasion favorable. Je n'en veux pour preuve, d'ailleurs, que la pratique de notre collègue lui-même, qui, depuis longtemps déjà, a complétement abandonné la méthode, soit à cause de ses dangers, soit à cause de son impuissance à produire un redressement définitif.

Mais il a paru tenir davantage à ce qu'on conservât le pessaire intra-utérin pour certains cas d'aménorrhée, soit chez des femmes qui n'ont jamais été réglées, soit chez d'autres qui ont des suppressions, mais à la condition, il ne faut pas l'oublier, que les accidents qui existent compromettent la santé et la vie des malades, et lorsqu'on a eu recours, sans succès, à tous les autres moyens. Je pourrais me contenter de répondre que je n'ai pas à m'occuper de l'aménorrhée et de son traitement; mais je crois qu'il y a autre chose à dire; d'abord que les suppressions de règles qui compromettent la santé et la vie des femmes sont des faits extrêmement rares, et qu'il en est peu qui résistent, quand il n'y a pas quelque autre complication ou une impossibilité, à une médication convenable.

Que le pessaire intra-utérin provoque des écoulements sanguins et même des pertes graves dans un grand nombre de cas, cela résulte des faits publiés et de ceux observés par M. Huguier lui-même. Mais je crois avoir démontré qu'il fallait bien se garder de suivre l'exemple malheureusement donné et les assimiler à de véritables règles. Une fois qu'une perte est provoquée, qui peut avoir la certitude de s'en rendre maître à volonté?

Mais ce sont surtout les déviations utérines, au point de leur étiologie, de leur symptomatologie et de leur traitement, qui ont fixé l'attention de M. Huguier. Il admet que, tandis que d'un côté on a beaucoup exagéré l'influence des déplacements sur la santé, d'un autre on a voulu beaucoup trop restreindre leur importance en pathologie. La vérité lui paraît être dans un juste milieu; mais il est évident qu'en procédant ainsi, il n'a fait que reculer la question sans la résoudre. Ce n'est que par une statistique bien faite, portant sur des faits nombreux rigoureusement observés, qu'on saura à quoi s'en tenir sur une question qui est depuis si longtemps débattue. Quant à moi, je demeure convaincu qu'il y a eu dans l'opinion des partisans des redresseurs une grande exagération, et c'est avec leurs propres observations que je crois l'avoir établi.

Les déviations utérines sont-elles incurables? Personne ne l'a soutenu d'une manière absolue. S'il est très-vrai qu'il y en a un bon nombre, et les inflexions congénitales en particulier, contre lesquelles toutes les tentatives viennent échouer, il en est d'autres qui disparaissent avec une grande facilité, par cela seul qu'on a triomphé de la cause qui les avait engendrées.

Quant à la thérapeutique de ces différentes lésions, envisagée d'une manière générale, je crois encore que la règle de conduite qui me guide dans la pratique n'est ni la moins raisonnable ni la moins féconde en bons résultats.

J'ai peu de remarques à faire sur le discours si éminemment pratique de M. Hervez de Chégoin. Cela tient sans doute à ce que, malgré des apparences contraires pour quelques points, j'ai eu le bonheur de défendre, sur des questions véritablement importantes, des opinions qui sont sanctionnées par sa haute raison et par sa vaste expérience.

Les deux propositions par lesquelles il a débuté sont conçues en des termes tels que je ne puis les considérer comme des objections à des idées émises dans mon rapport.

M. Hervez a encore été plus sévère que moi dans le jugement qu'il a porté sur les pessaires intra-utérins. Les seuls faits publiés par M. Valleix n'ont pu lui laisser le moindre doute sur les dangers extrêmes de la nouvelle méthode. Il préfère avec raison d'autres procédés beaucoup plus simples et pour le moins aussi efficaces. Un fait dont il a été témoin l'a détourné pour toujours du traitement mécanique de nouvelle invention, et je n'ai pas besoin de dire qu'après ceux que j'ai pu réunir moi-même, il la frappe d'une réprobation définitive.

Relativement au traitement, je ne saurais qu'approuver la plupart des conseils éminemment pratiques donnés par l'honorable orateur auquel je réponds.

J'arrive à l'argumentation de M. Cazeaux et j'accepte avec satisfaction la déclaration par laquelle il a débuté, à savoir que les faits de MM. Broca et Cruveilhier, et que ceux beaucoup plus nombreux consignés dans mon travail, l'ont complétement édifié sur les dangers très-sérieux qui accompagnent l'emploi des redresseurs intra-utérins, et j'ai été heureux de lui entendre dire que j'avais rendu un véritable service à la science, probablement en concourant, dans la mesure de mes forces, à les faire proscrire de la pratique habituelle, dans laquelle ils tendaient à s'introduire.

Mais comment a-t-il pu me reprocher de n'avoir fait porter mon enquête que sur les faits malheureux et d'avoir laissé dans l'ombre ceux où le redresseur a paru produire une modification favorable? Notre collègue cependant doit le savoir mieux que personne : j'ai frappé à toutes les portes, j'ai analysé toutes les observations publiées, j'en ai réuni un grand nombre d'autres qui étaient inédites, et je n'ai pu recueillir que des témoignages de l'impuissance ou des dangers de la nouvelle méthode. Où sont donc les faits heureux? Si M. Cazeaux a par devers lui des observations qui prouvent l'efficacité et l'innocuité du traitement mécanique des déviations utérines, il a eu tort de les tenir secrètes. Quant à moi, je n'en connais pas.

J'ai dit que, depuis qu'on s'occupe des redresseurs, on avait singulièrement exagéré l'influence des déviations sur la santé, et j'ai ajouté qu'on leur avait attribué beaucoup trop souvent des troubles fonctionnels qui avaient leur point de départ dans un autre état pathologique (il est bien entendu que j'avais eu soin de mettre hors de cause les abaissements). Pour le prouver, j'ai pensé qu'il fallait étudier la question, surtout dans les cas simples, c'est-à-dire exempts de toute autre complication, et se bien garder de suivre l'exemple des partisans des pessaires intra-utérins, qui ont tout confondu.

L'examen auquel je me suis livré pour éclairer cette question m'a permis de constater qu'un grand nombre de femmes, en effet, pouvaient avoir des déviations prononcées, et de toute sorte (flexions ou versions), sans en éprouver la plus légère incommodité.

J'ai mentionné les recherches de M. Gosselin. J'ai indiqué moi-même 27 exemples de déviations utérines diverses, sans aucune autre lésion appréciable de l'organe.

D'un autre côté, j'ai rappelé que ces faits s'accordaient parfaitement avec l'opinion d'hommes très-compétents, en particulier Lisfranc et M. P. Dubois.

Mon contradicteur, après avoir reproduit un argument de M. Malgaigne, s'est écrié, comme ce dernier, que cela ne prouvait rien, car, a-t-il ajouté, les choses se passent ainsi dans la plupart des autres affections utérines! Il a surtout insisté sur certains cancers qui ont déjà envahi la vessie et le vagin, et qui ne se révèlent par aucun phénomène pour la malade. Je commencerai par dire que cette objection n'est pas sérieuse. De ce que l'attention de la malade n'est éveillée par aucun symptôme dans le cours d'une maladie dont elle est atteinte, cependant cela ne prouve en aucune façon que l'affection ne se traduise par quelque manifestation. Tout ce qu'on peut dire, si on veut rester dans le vrai, c'est que dans quelques cas, qui sont rares encore, les symptômes ne sont pas en rapport avec la gravité de l'altération. Si M. Cazeaux a parlé différemment, c'est qu'il a sans doute été entraîné par les besoins de sa cause, et je n'en veux pour preuve que les exemples qu'il cite en passant, et qui montrent que les lésions n'étaient pas exemptes de troubles dans la santé, puisque les femmes venaient le consulter pour ce qu'elles appelaient de simples écoulements. Elles éprouvaient donc quelque chose?

On n'est pas fondé à dire que beaucoup d'affections utérines, même des plus sérieuses, existent sans donner lieu à aucune manifestation, tandis que

mes observations, celles de M. Gosselin et de beaucoup d'autres, prouvent sans réplique qu'il y a un grand nombre de femmes qui ont des déviations de toute sorte et des plus prononcées sans souffrances et sans que le médecin ait à constater aucun symptôme, aucun accident, qui puissent être rapportés à un état vraiment pathologique. Le déplacement alors est une simple difformité sans importance. C'est un fait qui mérite d'être noté et qui a bien sa valeur pour le jugement à porter au sujet de la question qui est controversée. Les efforts tentés par notre collègue pour diminuer l'importance de mes observations sur ce point, montrent bien que cette valeur ne lui a pas échappé.

Sa mémoire n'a pas été beaucoup plus fidèle à l'égard de M. Hervez de Chégoin, qui a été beaucoup moins exclusif qu'il ne l'a dit : « Je reconnais, a déclaré cet honorable et savant collègue, que beaucoup de déviations de la matrice sont produites par des maladies de cet organe. » Un peu plus loin il a ajouté que, dans les cas de déviations, il prenait en grande considération l'état pathologique, et qu'il ne croyait à l'opportunité des pessaires que lorsqu'il avait fait disparaître toute trace douloureuse. Enfin, et pour que sa pensée fût bien comprise, il l'a de nouveau formulée de la manière suivante : « Je n'insiste pas ici sur les différents états pathologiques qui ont été considérés comme causes constantes de ces déviations. Il serait trop long de discuter sur chacun d'eux, et de dire la part plus ou moins active que je crois devoir leur attribuer. Je dirai seulement que je les admets tous, et que je n'oublie jamais de les combattre avant de penser à aucun moyen de réduction. »

Mais il y a plus : la pratique de M. Cazeaux lui-même est en désaccord avec la théorie qu'il défend. Dans l'observation qu'il a bien voulu me communiquer, et qui est consignée dans mon rapport, il s'est trouvé en présence d'un engorgement du col avec ulcération, le tout compliqué d'abaissement et de rétroversion de la matrice. Après ce qu'il a dit ici, vous pourriez penser, messieurs, qu'il a commencé par traiter ce double déplacement. Eh bien! vous seriez dans l'erreur : c'est de la maladie du col qu'il s'est d'abord occupé, et ce n'est que beaucoup plus tard qu'il s'est servi d'un pessaire Gariel. Vous ne serez donc pas étonnés que, malgré le petit trait que m'a décoché mon collègue, je préfère ma logique à la sienne, et que je persiste dans ma croyance jusqu'à ce que, par des observations, et non par des assertions qui sont toujours faciles, il ait contre-balancé ou annihilé la valeur des faits nombreux sur lesquels j'appuie mes convictions à cet égard.

Enfin, comme dernier argument, et pour montrer toujours qu'on avait beaucoup trop accordé aux déviations utérines, j'ai ajouté qu'on était appelé à constater souvent, chez des femmes qui n'avaient aucun déplacement appréciable, mais qui présentaient une autre lésion de la matrice, la plupart des accidents que les promoteurs du traitement mécanique faisaient exclusivement remonter à la mauvaise direction de l'organe ; et, sous ce rapport, je m'en suis rapporté à l'expérience de tous les praticiens. Sur ce fait, j'ai le bonheur de me trouver d'accord avec mon honorable collègue ; mais il me conteste le droit d'en tirer une déduction qui m'a paru légitime. Il oublie que mes trois ordres de preuves s'enchaînent, se prêtent un mutuel appui, et qu'avec un peu de cet esprit philosophique qui n'a pas eu son suffrage, mais qui rencontrera j'espère plus de sympathie près de vous, il ne serait pas difficile de lui prouver combien est grande son illusion.

J'ai cru devoir introduire dans mon travail quelques considérations générales sur la direction normale de l'utérus dans l'état de vacuité, et j'ai été conduit nécessairement à parler d'une opinion nouvelle qui s'est produite dans ces derniers temps, et qui a eu la prétention de renverser des croyances généralement admises. La question est celle-ci : Le grand axe de l'utérus est-il représenté par une seule ligne droite ayant une certaine direction? ou bien faut-il admettre un axe pour le corps et un autre pour le col, axes qui, au point de leur réunion, formeraient un angle plus ou moins ouvert en avant? En d'autres termes, l'antéflexion de la matrice doit-elle être considérée comme une conformation primordiale qui persisterait jusqu'à ce qu'une grossesse actuelle ou passée l'eût fait disparaître? MM. Boulard et Verneuil ont été conduits, par des recherches dont je vous ai déjà parlé, à adopter la seconde manière de voir. J'ai persisté à considérer la première comme l'expression de la vérité, et j'ai dû vous dire que je m'appuyais aussi sur de nouvelles expériences, pour établir que nos deux honorables confrères avaient donné à un fait anatomique, vrai dans beaucoup de cas, une interprétation défectueuse, au moins pour un bien grand nombre.

M. Cazeaux n'est venu au secours de la nouvelle doctrine qu'avec son raisonnement. Or, c'est par des faits que j'ai cherché à la combattre. (M. Depaul entre ici dans une longue discussion pour réfuter l'argumentation de M. Cazeaux sur ce point.)

J'ai beaucoup regretté, continue M. Depaul, que notre confrère, qui a trouvé que j'avais été trop sévère à l'égard du cathétérisme utérin, ne nous ait pas fait connaître les précautions à l'aide desquelles, selon lui, on aurait évité les accidents dont j'ai parlé. Il aurait rendu, j'en suis sûr, un véritable service à MM. Huguier, Valleix, Nonat et plusieurs autres; car je suis convaincu que les malheurs qui sont arrivés à ces honorables confrères ne leur sont nullement imputables, et quant à moi, je pense que là où ils se sont trompés, M. Cazeaux lui-même n'aurait pas été plus heureux.

Quant aux services qui peuvent être rendus par l'hystéromètre, je suis loin de les contester; mais j'ai dit et je répète qu'on a eu tort de vouloir faire du cathétérisme utérin une méthode générale, et je persiste à croire qu'il faut réserver ce mode d'exploration pour les cas où il est indispensable, et ce ne sont pas les plus nombreux.

Il est des hommes dont les opinions jouissent du privilége justement mérité d'être accueillies avec grande faveur, et on se sent toujours fort quand on croit y rencontrer un appui pour celles qu'on défend soi-même; aussi n'ai-je pas été surpris de voir les partisans du redresseur intra-utérin faire de grands efforts pour trouver dans les paroles de M. P. Dubois quelque chose qui atténue un peu ce qu'on a appelé la sévérité de mon jugement; mais, en vérité, il faut être peu difficile et se contenter de quelques apparences pour trouver que son discours est favorable au redresseur.

J'avais cherché à démontrer dans mon rapport, par le raisonnement et par les faits surtout, que le pessaire intra-utérin ne remplissait pas ordinairement le but qu'on s'en proposait exclusivement, c'est-à-dire qu'il ne redressait pas définitivement. Sur ce premier point, qui est fondamental, M. Dubois est encore allé beaucoup plus loin que moi. On oublie cette déclaration nette et radicale : « Jamais l'utérus infléchi n'est redressé, jamais l'utérus déplacé n'est remis dans la situation que l'on considère comme normale. » Si ce fait est vrai, n'est-ce pas, comme il l'a dit, le renversement de toute la doctrine sur laquelle est fondée l'application du pessaire intra-utérin? Après les développements dans lesquels il est entré pour démontrer la vérité de cette assertion, après les faits nombreux relatés par lui et ceux contenus dans mon rapport, il ne peut rester le moindre doute sur ce premier point.

Les redresseurs ne redressent pas.

A quoi servent-ils donc? Laissant momentanément de côté les dangers qu'ils entraînent et qu'il apprécie plus tard, M. Dubois s'est demandé si on ne pourrait pas expliquer leur action d'une tout autre manière; d'abord il a bien soin de rappeler que, dans presque tous les cas, les médecins qui ont eu recours au redresseur ne s'en sont pas tenus à lui exclusivement et qu'ils ont fait intervenir beaucoup d'autres moyens. C'est aussi un des arguments dont je me suis servi pour donner aux observations de M. Valleix une autre interprétation que la sienne.

Abordant ensuite un point presque entièrement neuf, celui des névralgies des organes génitaux, M. Dubois a cru que peut-être on pourrait tirer parti du pessaire intra-utérin comme modificateur de la sensibilité utérine. Il a même supposé que M. Valleix s'en était probablement servi plusieurs fois avec une pareille intention. Je dois dire que cette supposition ne me paraît pas justifiée par les écrits de notre confrère. Partout, au contraire, il cherche à prouver les rapports qui existent entre les divers déplacements et les accidents observés, et on peut voir que toujours ses efforts n'ont eu qu'un but, celui de ramener l'utérus dans sa direction normale. Mais l'introduction d'une tige dans la cavité utérine et son séjour plus ou moins prolongé doit-elle désormais constituer une méthode à conserver dans le traitement de certaines affections utérines? Oui, répond M. Dubois, quand on ne veut lui demander qu'une action purement modificatrice. Non, si on voulait le faire agir comme moyen mécanique sur des matrices fléchies ou déviées. Et encore ne faut-il pas s'imaginer qu'il conseille la méthode de prime abord. Comme M. Huguier, il n'en veut que pour les cas où les autres moyens que possède la science auront échoué. Elle a, dit-il, de nombreux concurrents, qui sont ses prédécesseurs et qui devront lui être souvent préférés. Il cite en particulier les cautérisations du col, d'une partie de la surface interne de l'utérus, les douches et les irrigations froides, l'introduction passagère des bougies emplastiques. Il n'en excepte même pas la curette de Récamier. Il aurait pu en ajouter plusieurs autres qui ont déjà réussi et qui sont loin d'être aussi dangereux qu'elle. Il n'hésite pas à dire qu'une saine et impartiale appréciation des faits conseille d'exclure le pessaire intra-utérin du traitement de toute phlegmasie utérine un peu étendue, et il suppose que les accidents mortels on auxquels il donne lieu se sont manifestés surtout dans de telles conditions.

M. Depaul, répondant ensuite à un point du nouveau discours de M. Malgaigne, celui qui est relatif à la visite qu'il a faite à l'hôpital Saint-Louis, explique les motifs qui ne lui ont pas permis de partager l'opinion du chirurgien de Saint-Louis sur les trois malades soumises à son examen.

Envisagé d'une manière générale, continue M. Depaul, le discours de M. Velpeau peut être divisé en deux parties. Dans l'une, il s'est occupé du pessaire intra-utérin; dans l'autre, qui est la plus considérable, il a reproduit, au sujet des déviations utérines, des opinions qu'il professe depuis longtemps et qu'il avait déjà eu occasion de développer dans cette enceinte.

En suivant les différentes phases par lesquelles est passé le nouveau traitement mécanique des déviations de la matrice, il est impossible qu'on n'ait pas été impressionné par le fait suivant, à savoir, que les premiers qui ont eu la pensée d'introduire et de laisser à demeure une tige dans la cavité utérine se sont hâtés, après leurs premières tentatives, d'abandonner complétement une pareille médication.

C'est d'abord M. Amussat, à qui appartient incontestablement l'idée du pessaire intra-utérin. On sait tout le regret que lui ont causé les événements malheureux qu'il a rapportés. Il s'est amèrement reproché son excès de confiance dans l'innocuité apparente des tiges placées à demeure dans l'utérus.

Plus tard, c'est M. Velpeau, qui ne se décourage pas cependant facilement dans ses tentatives. Après s'en être assez bien trouvé, a-t-il dit, dans 3 ou 4 cas, effrayé par les accidents survenus chez quelques autres, et par la crainte de voir des ulcérations, des perforations s'effectuer dans le tissu utérin, il a fini par les abandonner. Je sais bien qu'il a ajouté que peut-être il y avait encore quelque chose à tenter sous ce rapport, et cependant depuis quinze ou vingt années, il a persisté à considérer comme bon le premier jugement que son expérience lui avait dicté. Depuis bientôt sept ans que le nouveau traitement mécanique a été ressuscité en Angleterre et puis en France, malgré les nombreux succès qui ont été proclamés, malgré tout ce qu'on a pu dire de son innocuité, l'a-t-on vu se remettre à l'œuvre? En praticien prudent, j'allais dire convaincu, il est resté simple spectateur. Il s'est contenté des autres moyens que possède la

science, et jamais, dans son enseignement clinique, on ne l'a entendu conseiller aux nombreux élèves qui se pressent autour de lui d'imiter ses premiers essais. Comment se fait-il donc qu'après s'être tenu dans une pareille réserve que chacun avait considérée comme un jugement définitif, le savant professeur, faisant un retour sur lui-même, se soit institué le défenseur du même moyen qu'il avait proscrit? Que s'est-il donc passé de si favorable depuis cette époque? Les tentatives se sont multipliées, il est vrai, mais avec elles les accidents de toute sorte se sont produits dans une proportion vraiment effrayante. Bon gré, mal gré, il faut bien qu'on consente à tenir compte de la deuxième partie de mon rapport.

N'est-ce donc rien que la mort de douze femmes qui avaient des affections qui ne compromettaient nullement leur existence et qu'on aurait soulagées et guéries par d'autres moyens complétement inoffensifs? N'est-ce donc rien que ce nombre infiniment plus considérable de métrites, de péritonites, d'abcès pelviens, d'hémorrhagies, d'accidents nerveux, etc., qui, pour avoir cédé à des médications énergiques, n'en ont pas moins inspiré les plus vives inquiétudes et fait courir les plus grands dangers? N'est-ce donc rien que ces avortements nombreux qui ont été provoqués et qui ouvrent une voie nouvelle à des tentatives criminelles qui ne sont déjà que trop variées et trop difficiles à réprimer? Je le déclare, malgré tout le respect que je professe pour mon illustre maître, je ne puis être de son avis, et je me sens raffermi dans ma croyance par l'exemple que lui-même vous a donné dans de nombreuses circonstances où les éléments de conviction étaient loin d'être aussi nombreux et aussi décisifs.

M. Depaul, poursuivant ensuite l'argumentation de M. Velpeau, s'attache surtout à combattre celles des assertions de son honorable contradicteur qui tendraient à faire croire que les analyses des observations consignées dans son rapport ne seraient pas complètes, et que par conséquent il n'aurait pas fait suffisamment sortir pour le lecteur l'expression de la vérité.

Après cette dernière réplique, M. Depaul formule en ces termes les nouvelles conclusions proposées par la commission, mais en déclarant que sur la troisième il se sépare de ses deux collègues, se réservant d'expliquer les motifs de cette dissidence :

1° Les observations communiquées à l'Académie par MM. Broca et Cruveilhier, jointes à celles plus nombreuses que possède la science, prouvent que l'application du pessaire intra-utérin peut souvent donner lieu à des accidents sérieux, et même quelquefois à la mort.

2° Dans les cas rares d'ailleurs où cet instrument a paru produire des résultats avantageux, il n'est pas prouvé qu'il ait toujours agi en redressant l'utérus.

3° Dans quelques cas exceptionnels, où les déviations de l'utérus déterminent des troubles fonctionnels sérieux et ont résisté à tous les moyens thérapeutiques connus, on peut tenter, comme dernière ressource, l'application du pessaire intra-utérin.

4° La commission, en outre, a l'honneur de vous proposer d'adresser des remercîments à M. Broca, pour l'intéressante communication qui a été le point de départ de ces débats;

De remercier M. Cruveilhier pour le concours qu'il a bien voulu prêter à la commission en lui communiquant ses propres observations.

M. Gibert désirerait savoir ce que vont devenir les premières conclusions du rapport. Bien que l'Académie n'adopte pas les propositions par lesquelles le rapporteur résume les opinions exprimées dans son rapport, il n'y a pas moins lieu de s'en préoccuper. Si ces propositions doivent subsister, il demanderait que les deux premières fussent modifiées; car s'il est vrai qu'on a considérablement exagéré l'importance des déviations utérines, il est utile que les praticiens sachent que depuis un certain nombre d'années, on a également exagéré l'importance de toutes les lésions de l'utérus.

M. Depaul : L'Académie ne s'engage jamais vis-à-vis des propositions émises par un de ses membres. Les propositions qui terminent le rapport en sont le résumé; elles ne peuvent être supprimées.

M. Cazeaux : Il est cependant bien important de savoir ce que l'on va voter. On présente de nouvelles conclusions, qui font double emploi avec les premières, et qui sur quelques points leur sont contradictoires. De deux choses l'une : ou il faut supprimer les premières conclusions, ou bien les faire accorder avec les nouvelles.

M. Velpeau : La phrase qui précède les propositions ne peut rester : ou il faut la supprimer, ou M. Depaul devra expliquer par un paragraphe additionnel que ces propositions sont l'expression de son opinion personnelle.

M. Depaul : C'est précisément ce que je me propose de faire.

M. le Président met la première conclusion en délibération.

M. Velpeau, vu la sévérité de cette conclusion, voudrait qu'au lieu du mot *souvent*, on mît le mot *quelquefois*.

M. le Président : On propose la suppression de tout adverbe : on dirait : L'application *peut* produire, etc.

La *première conclusion* ainsi modifiée est mise aux voix et adoptée.

La *deuxième conclusion* est mise aux voix et adoptée sans modification.

Troisième conclusion. — M. Gibert : On ne peut défendre ce que l'on n'a pas le droit de prescrire; je demande la suppression de cette conclusion.

M. Velpeau demande le maintien de cette conclusion; elle permet ce que l'Académie ne peut défendre : elle permet d'essayer un moyen qui peut rendre et qui a rendu déjà des services.

M. Cazeaux : Cette conclusion ne signifie rien, ou elle est un encouragement à l'application du pessaire intra-utérin. Je suis convaincu que cette application est toujours inutile et quelquefois dangereuse. Je ne puis donc adopter cette conclusion.

Plusieurs membres demandent également la suppression de cette conclusion.

MM. Robert et Huguier réclament vivement la parole pour soutenir leurs conclusions.

M. Huguier : Dans les deux premières conclusions, la commission s'est montrée sévère : elle blâme; mais pour être tout à fait juste, puisqu'on reconnaît qu'il y a des cas dans lesquels cette méthode peut avoir des avantages, pourquoi ne pas le dire?

M. Robert appuie ce que vient de dire son collègue, en insistant sur l'utilité dont peut être le redresseur utérin, comme ressource extrême dans des cas de déviation grave, ayant résisté à tous les moyens connus.

M. Velpeau : On aura beau condamner la méthode, on n'empêchera pas les praticiens qui croiront à son efficacité de continuer à l'employer. Il en résultera qu'on se flattera d'avoir réussi avec un moyen qui aura été condamné par l'Académie. Qu'on ne le vante pas, soit; mais au moins qu'on ne laisse pas croire qu'on le condamne.

M. Jobert (de Lamballe) demande qu'on supprime les mots *comme dernière ressource*.

M. Velpeau appuie cette suppression.

La conclusion ainsi modifiée est mise aux voix; elle est rejetée.

Quatrième conclusion. — M. Velpeau propose d'ajouter des remercîments à M. Valleix.

M. Depaul y souscrit volontiers, mais il demande qu'on en vote aussi aux divers médecins, qui ont envoyé des communications à l'Académie sur ce sujet, et notamment à M. Gaussail. (Appuyé.)

Le § 1 de la quatrième conclusion, ainsi amendé, est mis aux voix et adopté.

Sur l'observation de quelques membres, le § 2 de la dernière conclusion contraire aux usages de l'Académie, est retiré.

— M. Jobert (de Lamballe) présente un jeune malade qu'il a guéri radicalement d'une hernie inguinale au moyen de l'injection iodée dans le sac.

La séance est levée à cinq heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE.

CONTRIBUTIONS TO OBSTETRIC PATHOLOGY AND PRACTICE; by JAMES Y. SIMPSON (OBSERVATIONS SUR LA PATHOLOGIE ET LA PRATIQUE OBSTÉTRICALE). — In-8° — Edinburgh, 1853.

Cet opuscule forme la première partie d'une série de fascicules que l'auteur se propose de publier sur l'obstétrique et la pédiatrique. Les chapitres qu'il contient n'ont point été composés exclusivement dans ce but; ils ont déjà paru dans les journaux écossais de médecine. M. Simpson les a réunis pour en faire ce volume de mélanges; il se propose d'étudier successivement divers points soit de la pratique des accouchements, soit des maladies des femmes et des enfants.

Les sujets qu'il traite dans cette première livraison sont très-variés; ils sont au nombre de dix. Il débute par une étude intéressante sur l'*action du chloroforme dans les convulsions des enfants et dans les diverses autres maladies spasmodiques du jeune âge*. Pour montrer l'importance de ces recherches, il suffit de remarquer qu'en Angleterre le nombre des décès s'élève par an à 25,000 pour ce genre d'affection, dans les cinq premières années de l'existence. Leur extrême fréquence a beaucoup préoccupé les praticiens anglais. Les convulsions, dit M. Simpson, proviennent généralement d'une irritation des centres nerveux. Les calmants et les antispasmodiques sont les premiers remèdes auxquels on a recours d'ordinaire. L'auteur affirme avoir employé le chloroforme avec succès dans des cas où ces moyens avaient échoué. Il rapporte en détail l'observation d'un jeune malade, âgé de 10 ans, qui fut pris tout à coup de convulsions. On essaya inutilement les médications habituelles. Les accès prirent un caractère plus grave dans le troisième septénaire, et finirent par éclater jusqu'à dix et douze fois dans une heure, avec dyspnée extrême, gémissements et cris aigus, imminence de suffocation, etc. L'état de l'enfant ne laissait plus d'espoir de guérison. M. Simpson le soumit aux inhalations de chloroforme. Pendant une heure que dura l'expérience, il ne survint aucun accès. Les convulsions revinrent ensuite avec violence. De nouvelles inhalations eurent lieu à plusieurs reprises; les accès s'éloignèrent, puis finirent par cesser entièrement. On employa environ 10 onces de chloroforme; mais le malade est loin d'avoir tout absorbé, une grande partie des vapeurs fut perdue par suite du mode d'administration.

M. Simpson ajoute que le chloroforme a produit le même résultat

heureux dans d'autres cas de convulsions. Chez l'adulte, le résultat n'a pas été moins satisfaisant dans les convulsions puerpérales. Il affirme que le tétanos et l'épilepsie peuvent être arrêtés momentanément et soulagés par cette médication. Enfin il termine en disant qu'on peut compter sur un effet avantageux dans tous les cas où il y a convulsion ou spasme; dans la coqueluche, il calme les paroxysmes des quintes de toux.

Dans un second chapitre, M. Simpson traite de l'*obscurité accidentelle des symptômes du cancer utérin au début.* L'auteur s'efforce d'éveiller l'attention des médecins sur l'absence ou le petit nombre de symptômes qui accompagnent le cancer de la matrice dès le principe. Il faut reconnaître que les malades, et souvent les praticiens eux-mêmes, se font illusion sur la cause réelle des malaises, et fréquemment on ne reconnait la maladie que lorsqu'elle a déjà fait de grands progrès. Les symptômes utérins proprement dits, comme la douleur locale, manquent chez plusieurs malades ; ils n'éprouvent qu'un malaise général; et quand la souffrance de la région utérine attire l'attention de ce côté, le mal est déjà arrivé à sa dernière période. D'autres fois la douleur se fait sentir dans des points plus ou moins éloignés de l'organe affecté. L'auteur relate le fait d'une malade qui ne se plaignit jamais que du côté des voies urinaires; elle suivit divers traitements sans succès. Elle succomba, et l'autopsie montra les parois de la vessie profondément atteintes par un vaste cancer ulcéré de la matrice.

Le troisième chapitre est consacré à une question obstétricale : il s'agit de la *version à substituer à la crâniotomie dans les accouchements rendus laborieux par suite d'un rétrécissement pelvien.* M. Simpson indique les principaux avantages qui doivent faire préférer la version à la crâniotomie, et les cas dans lesquels elle doit l'emporter. Il en est ainsi lorsque le bassin est un peu rétréci ou la tête du fœtus un peu trop volumineuse pour permettre à l'enfant de passer par la seule force de la nature, et même, ajoute l'auteur, avec l'aide d'un long forceps. Pour lui, en règle générale, on doit toujours éviter, quand il y a chance de possibilité, de recourir à des instruments.

La compression latérale et temporaire de la tête du fœtus par les côtés rétrécis du bassin, telle que nous pouvons la déterminer par une version, est moins dangereuse pour la vie de l'enfant que la compression oblique et longitudinale du long forceps, ou même, suivant l'auteur, que le long séjour de la tête elle-même dans le bassin rétréci quand elle a à le traverser par les seuls efforts de la nature.

Enfin, dans les cas où l'angustie est plus grande et telle qu'elle occasionne une dépression dans le crâne flexible de l'enfant, on est forcé d'avouer que cette dépression passagère est loin encore de détruire aussi inévitablement la vie que la crâniotomie : les enfants peuvent vivre alors même qu'ils sont nés avec la tête déformée. En d'autres termes, la version dans ces cas apporte à l'enfant une chance de vie; la crâniotomie ne lui en laisse aucune.

Nous ne pousserons pas plus loin l'analyse détaillée de l'opuscule du professeur Simpson. Les autres chapitres renferment des observations et des réflexions non moins intéressantes, comme on en peut juger par les titres qui suivent : *Sur l'albuminurie dans les convulsions des enfants et dans l'amaurose puerpérale; Sur les fistules vésico-utérines et utéro-intestinales par suite d'abcès du bassin; Sur la paracentèse dans l'hydropisie ovarique,* etc. M. Simpson est un des professeurs qui honorent le plus l'école écossaise; et le praticien est toujours sûr de trouver dans ses ouvrages des enseignements profitables.

D.

VARIÉTÉS.

BULLETIN DU CHOLÉRA.

La marche du choléra dans Paris et dans la banlieue est en rapport avec ce qu'elle se manifeste dans les départements. L'épidémie s'accroît en étendue et en intensité. En présence d'un résultat aussi général et aussi évident, il est impossible de ne pas considérer l'accroissement subit de la température faisant suite aux pluies incessantes du commencement de l'été comme un des éléments les plus puissants de la recrudescence cholérique.

Voici le tableau du choléra dans Paris depuis le 21 juillet jusqu'au 3 août inclusivement :

Juillet	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1er août	2	3
Admis dans les hôpitaux	7	12	11	10	24	25	38	38	52	36	53	36	57	53
Cas déclarés à l'intérieur	4	5	14	9	11	11	20	26	21	14	12	15	20	15
Décès enregistrés aux hôpitaux civils.	5	12	15	11	19	15	28	22	31	36	27	20	25	44
— hôpitaux militaires.	0	0	1	1	4	2	2	3	6	4	8	7	5	5
Décès à domicile	4	9	19	17	32	21	27	41	55	57	73	42	73	65
Décès dans la banlieue	8	0	0	0	0	8	8	10	0	23	0	15	12	6

Nos renseignements sur la marche de l'épidémie dans les départements sont loin d'être aussi précis. Nous ne pouvons que reproduire les indications données par d'autres organes de la presse, auxquelles nous ajoutons celles qui nous sont parvenues directement.

Dans Seine-et-Oise, des cas assez nombreux se sont développés sur la garnison de Saint-Cloud. Les militaires malades, dirigés sur l'hôpital militaire de Versailles, n'y ont rien importé, et Versailles jouit encore une fois d'une immunité complète.

A Avignon, la maladie qui avait d'abord sévi sur la garnison casernée au château des Papes, ne règne plus aujourd'hui que par cas isolés sur la population civile.

A Arles, il ne reste plus dans la ville que 3,000 habitants, les plus pauvres, sur lesquels, à la date du 28, le choléra faisait par jour de 20 à 30 victimes.

A Saint-Chamas, pays d'étangs et de marais salants, les ravages de l'épidémie ont été considérables sur la population.

A Toulon, il y avait eu, à la date du 31 juillet, près de 60 décès cholériques, dont les deux tiers sur la garnison.

A Marseille, les chiffres officiels donnent, pour les hôpitaux et hospices civils, savoir :

Pour l'hospice de la Charité, hospice général, dont la population est d'environ 1,500 habitants, du 9 au 31 juillet, ces déclarés, 107, dont 34 hommes, 44 femmes, 29 enfants, donnant 94 décès, dont 31 hommes, 38 femmes, 25 enfants.

Pour l'hôpital civil, Hôtel-Dieu, du 23 juin au 30 juillet, 330 cas venus du dehors; 107 déclarés à l'intérieur; total, 438 cas, dont 90 sortis, 104 restants, 264 décès.

L'hôpital militaire, du 14 juin au 31 juillet, a compté en tout 513 cas, dont 290 décès.

Les premiers décès de l'hôpital civil et de l'hôpital militaire ont porté sur des individus venus d'Avignon.

Il règne en ce moment un grand nombre de diarrhées.

La maladie est croissante dans le département de la Haute-Marne qui, au 28 juillet, comptait 9,080 cas et 2,769 décès.

Meurthe, arrondissements de Nancy et de Toul, 28 juillet : 612 cas, 351 décès.
Jura, arrondissement de Dôle, 26 juillet : 114 cas, 49 décès.
Seine-et-Marne, 26 juillet : 206 cas, 95 décès.
Bas-Rhin, Strasbourg, 26 juillet : 32 cas, 11 décès à l'hôpital civil. Rien en ville.
Côte-d'Or, 27 juillet : 818 cas, 382 décès.
Haute-Saône, 27 juillet : 3,052 cas, 1,096 décès.
Somme : Une seule commune, Corbie, 22 cas, 22 décès?
Finistère : Morlaix : 8 cas, 6 décès.
Meuse, 28 juillet : 2,611 cas, 1,246 décès.
Aube, 27 juillet : 1,556 cas, 222 décès.
Marne, 28 juillet : 1,940 cas, 1,058 décès.

— Le préfet de police vient d'ordonner une surveillance très-active et continue sur la vente de tous les comestibles, que les chaleurs excessives rendent on ne peut plus nécessaire, ces denrées se trouvant subitement gâtées, et par suite très-préjudiciables à la santé publique.

Tous les commissaires de police de Paris et de la banlieue devront faire des visites très-fréquentes chez les marchands de vin traiteurs, les pâtissiers, les restaurateurs, les bouchers, les charcutiers, à l'effet de surveiller leurs marchandises, et principalement les vases et ustensiles de cuivre, dont le mauvais état d'étamage pourrait occasionner de graves accidents.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE SANITAIRE.

EXTENSION DU CHOLÉRA DANS LE MIDI DE LA FRANCE. — SA PROPAGATION A TOULON, GÊNES, LIVOURNE, CIVITA-VECCHIA, ROME, NAPLES. — SON IMPORTATION AU PIRÉE ET A GALLIPOLI.

Marseille, le 7 août.

Les craintes que nous émettions il y a huit jours sur l'extension du choléra dans la banlieue de Marseille étaient plus fondées que nous ne le pensions. La maladie s'est déclarée et sévit en ce moment sur cette partie de la population émigrante qui occupe les villages les plus voisins du point de départ de l'épidémie : Endoume, au bord de la mer, sur un sol entièrement calcaire ; les Eygalades, dans une vallée très-arrosée ; Saint-Just, entre les premières pentes des collines et la ville ; Gémenos, sur un sol riche d'alluvions, de terre végétale et parcouru par de nombreux cours d'eau. Les trois premières localités sont situées à une demi-heure de la ville, la quatrième à 3 ou 4 lieues. Nous pouvons ajouter à cette liste, d'après les derniers renseignements qui nous sont communiqués, la Madrague, Saint-Barthélemy, les Crottes. Un chiffre assez considérable de décès a en outre été fourni depuis quelques jours parmi les maisons isolées de la banlieue, les plus rapprochées de la ville, celles qui sont en communication permanente avec le foyer épidémique, celles dont une partie des habitants réside en ville le jour et ne se retire que le soir à la campagne.

Il aurait été possible, pensons-nous, d'éviter cette extension de la maladie en disséminant davantage les émigrants et surtout en prévenant la population assez à temps pour éviter les émigrations en grandes masses pendant la période culminante de l'épidémie. Dans ces conditions mêmes, l'émigration n'en constitue pas moins un remède héroïque. Elle peut créer, comme on vient de le voir, des foyers isolés, multiples, mais ces foyers ont une intensité bien moindre que le foyer principal. C'est dans les anciens quartiers de Marseille, dans ce vaste îlot de maisons entassées qui compose la vieille ville que le choléra a fait le plus de ravages, c'est de là qu'est parti le mal, c'est là qu'il sévit encore. L'hospice de la Charité et l'Hôtel-Dieu, qui occupent le centre de cette incroyable agglomération de maisons et de ruelles insalubres, ont fourni une proportion considérable de décès, que nous indiquerons.

Il y a dans cette partie de la ville, même en temps d'épidémie, une telle négligence des mesures de salubrité générale, un tel oubli des soins de propreté les plus vulgaires, qu'il ne faudrait point s'étonner de voir le choléra y prendre racine, s'y développer un certain temps encore et présenter une recrudescence dangereuse à l'époque de la rentrée des émigrants. M. Mélier, qu'une nouvelle mesure a rappelé dans le Midi alors qu'il avait déjà pu constater et déplorer qu'aucune précaution n'ait été prise, qu'aucune mesure n'ait été votée pour arrêter au début le développement du fléau ou en diminuer l'intensité, M. Mélier, vu les circonstances actuelles, a indiqué à l'administration locale les mesures à prendre, les moyens à adopter dans la crainte des dangers d'une recrudescence de la maladie. Ces moyens, qu'il a formulés, sur lesquels il a insisté avec énergie, sont, d'une part, l'assainissement des habitations abandonnées ou infectées, l'aération de ces demeures, le lavage à l'eau de chaux ; d'autre part, le rétablissement complet de la santé chez les individus qui rentreront dans leurs foyers.

Nous nous associons de toutes nos forces à ces deux indications capitales. Ralentir le plus possible la rentrée de la population, détourner jusqu'au mois de septembre au moins le flot de l'immigration, graduer ce mouvement ; assainir les habitations ; s'assurer de la santé des habitants par des visites à domicile, telles sont les règles qui devraient en effet guider les chefs de l'administration de cette grande cité, qui compte trois médecins dans son conseil municipal.

On dira jusqu'à quel point les mesures indiquées par l'honorable et savant académicien dont nous citions tout à l'heure l'opinion ont été appliqués ; on dira aussi plus tard quels en ont été les effets.

Pour le moment, les questions principales sont l'extension de l'épidémie aux villes maritimes du littoral de la péninsule italique, à celles de l'Algérie, et son importation au Pirée et à Gallipoli. Nous n'avons aucun renseignement sur le mode de développement de l'épidémie à Gênes, à Livourne, à Civita-Vecchia, à Rome, à Naples. Ces localités sont toutes, en temps ordinaire, en communication incessante avec le grand centre commercial du midi de la France. En temps d'épidémie, certaines restrictions sont apportées à ces communications, restrictions plus ou moins completes, décrétées ordinairement lorsque le choléra s'est déjà dessiné dans son aspect le plus redoutable. Cette année, l'isolement quarantenaire n'a été pratiqué d'une manière complète que pour les ports du royaume de Naples. Nous savons que, malgré ces précautions, le choléra a paru dans cette ville. S'y est-il développé spontanément ? Y a-t-il eu des infractions aux réglements quarantenaires ? ou bien ces réglements sont-ils insuffisants ? On peut se poser toutes ces questions. On peut soutenir que c'est la force expansive de l'épidémie qui a porté cette fois, comme toutes les autres, dans une direction donnée, de l'ouest à l'est, le choléra sur les côtes de l'Italie. On peut aussi penser, avec une certaine probabilité, que cette marche de la maladie des ports de la France vers les côtes d'Italie plutôt que vers celles d'Espagne, est occasionnée en grande partie par le nombre et la nature des communications qui ont lieu entre Marseille et le Levant. Ceux qui sont libres de juger et maîtres de leur décision doivent, il est permis au moins de le désirer, chercher quelle est celle de ces explications qui rend compte du plus grand nombre de faits, et qui réunit en sa faveur le plus de probabilités. C'est à ce sujet que nous apportons ici les documents suivants sur le développement du choléra à Gallipoli et au Pirée.

Si l'on peut dire des villes de l'Italie que nous venons de nommer que le choléra y a établi en quelque sorte domicile, et qu'il s'y développe à l'occasion de chaque nouvelle épidémie, en vertu d'une sorte d'éclosion spontanée, la même supposition ne peut être faite pour le littoral de la Grèce, qui n'a été que très-peu atteint par les épidémies ; et c'est surtout pour le Pirée et Gallipoli qu'on ne saurait invoquer le développement spontané, sous le prétexte que l'épidémie se serait montrée à d'autres époques dans ces lieux en des circonstances plus ou moins analogues. Le choléra qui a respecté longtemps le Pirée et Gallipoli règne actuellement avec intensité dans ces deux villes. Le choléra qui, dans la Méditerranée, à moins de provenir directement du Levant, comme à l'époque où il se montra à Alexandrie, à Smyrne,

---

FEUILLETON.

LA TURQUIE ET SES HABITANTS AU POINT DE VUE MÉDICAL.

(Suite. — Voir les nos 30 et 31.)

On rencontre en Turquie toutes les maladies de la peau qu'on observe dans nos pays ; elles revêtent parfois ces formes rares ou même inconnues en Europe, comme par exemple le bouton d'Alep, la lèpre, etc. L'hypéridrose est plus fréquente chez les Orientaux à la tête, qui est toujours tenue très-chaude, qu'à la paume de la main ou aux pieds. M. Rigler dit n'avoir vu qu'un très-petit nombre de Turcs souffrir de sueurs des pieds ; il attribue la rareté de cette disposition pathologique aux fréquentes ablutions qu'ils sont obligés de pratiquer avant leurs prières. Le Turc, en général, ne met pas autant de soin que le chrétien à préserver ses pieds du froid ; le développement des glandes sébacées chez les hommes à peau foncée, surtout chez les nègres, donne à leur épiderme un aspect luisant et le rend onctueux au toucher, et malgré tous les soins de propreté qu'ils mettent en usage, ils exhalent une odeur particulière due à l'abondance de cette sécrétion qu'on rencontre aussi chez le blanc. L'acné est une affection très-fréquente ; en pressant légèrement avec l'ongle sur l'aile du nez, on découvre aussi cette forme morbide chez le nègre. Le strophulus albidus, les athéromes, le molluscum, etc., sont très-communs dans le Sud.

On observe de temps en temps à Constantinople des épidémies de scarlatine, comme par exemple en 1845 et 1847 ; on en rencontre des cas isolés tous les ans. Cependant depuis cinq ans que nous sommes établis à Constantinople, nous n'avons jamais vu cette maladie régner épidémiquement, tandis que nous avons été témoins d'épidémies de rougeole qui ont fait de grands ravages surtout parmi les troupes. Les quelques cas isolés de scarlatine que nous avons rencontrés quelquefois nous portent à croire que c'est une maladie habituellement peu commune ; on l'observe à Smyrne, à Alexandrie, au Caire ; les pays plus méridionaux paraissent en être exempts. Pruner prétend qu'elle n'attaque jamais les hommes à peau brune ; mais il est loin de nous convaincre à cause de la difficulté du diagnostic. La présence du sang et de l'albumine dans les urines, l'état du pharynx, la présence d'une éruption miliaire sont les signes les plus sûrs de l'existence de ce mal d'après M. Rigler ; nous ajouterons cependant que ces signes ne peuvent avoir d'importance que lors de la présence incontestée d'une épidémie. Dans les deux épidémies observées par l'auteur, la mortalité y compris les suites fut de 30 p. 100 ; c'est dans cette affection que le *ghilindjic* joue un grand rôle à cause de l'œdème consécutif.

La rougeole est de beaucoup plus fréquente que la scarlatine, ici comme dans le nord de l'Asie et de l'Afrique ; elle attaque également les hommes à peau foncée et les blancs. La mortalité est de 5 à 15 p. 100. Nous avons con-

à Constantinople, de 1847 à 1848, restait confiné dans le bassin formé par les côtes d'Espagne, celles de Provence, de l'Italie et de l'Algérie, le choléra s'est développé cette fois presque aussi rapidement au Pirée et à Gallipoli qu'à Gênes, Livourne, Naples. Il y a là une rapidité de propagation tout à fait exceptionnelle, et il est évident qu'il faut en chercher la raison, d'une part, dans l'envoi de grandes agglomérations d'hommes au Pirée et à Gallipoli, d'autre part, dans les communications incessantes qui ont lieu entre les différentes fractions de notre armée et les points infectés du midi de la France.

Des circonstances de guerre, avons-nous déjà dit, et des nécessités politiques, devant lesquelles peuvent s'effacer jusqu'à un certain point ces considérations sanitaires, ont rendu dans ces derniers temps et rendent encore journellement les communications, les échanges, les transports de toute sorte très-fréquents, je dirai presque quotidiens, entre Toulon ou Marseille et les différentes stations de notre armée d'Orient. Il résulte de cet état de choses des faits nouveaux qui ne doivent point passer inaperçus. Il faut les analyser dès aujourd'hui et les considérer sous toutes leurs faces; il faut les livrer à la discussion scientifique, afin de les voir dans leur jour véritable.

L'état sanitaire des troupes qui se sont embarquées dans le midi de la France pour l'Orient devait présenter, dès le début de l'expédition, des caractères particuliers. A une époque où l'apparition du choléra n'était point signalée dans le Midi, des régiments partis de Paris ou des environs de la capitale, emportaient peut-être avec eux les germes de la maladie qui régnait dès cette époque. Plus tard, quand les principales villes du Midi furent envahies par le choléra et constituèrent de véritables foyers épidémiques, il fut facile de reconnaître que la plupart des corps qui s'embarquaient à Marseille étaient influencés d'une manière non équivoque par la maladie régnante. Nous citerons, d'après les communications qui nous sont faites par des témoins oculaires, le 5e léger venu de Montpellier, qui séjourna dans le mois de juin vingt jours à Marseille, et qui le jour même de son embarquement envoyait à l'hôpital de cette ville 16 hommes atteints de *diarrhée cholérique*. Vers la même époque, le 7e régiment de dragons, après avoir séjourné seize jours à Marseille, présentait aux médecins chargés de la visite sanitaire des hommes au moment du départ plus de 60 cas de *diarrhée*. Il est démontré que l'invasion du choléra à Gallipoli a coïncidé avec l'arrivée de ces régiments et de détachements semblables, partis infestés de Marseille et atteints en route peu de temps après leur départ. De ces troupes la maladie s'est rapidement communiquée à celles qui se trouvaient dans la même localité.

Au Pirée, le steamer *l'Alexandre*, parti de Marseille le 27 juin, arrivé le 2 juillet, évacuait sur l'hôpital 3 diarrhées, 1 fièvre typhoïde, et débarquait le corps d'un cholérique mort en rade. Les trois hommes atteints de diarrhée, guéris facilement, partaient le 7 juillet pour la Turquie. Le 9, dans le voisinage de la chambre occupée par ces malades, quelques cas de choléra se développèrent; le 11 et le 12 le nombre des cas se multiplia rapidement; presque tous les hommes atteints de diarrhée, presque tous les malades affaiblis, en traitement à l'hôpital, furent atteints par la maladie; le 11 juillet il y eut 3 décès; le 12, 9; le 13, 11; le 14, 10; le 15, 24; du 12 au 27 juillet on compta 160 décès. La maladie enlevait en outre 2 officiers d'administration des hôpitaux, 1 commis de l'intendance, 4 infirmiers, et elle atteignait d'une manière assez grave un des médecins militaires. Un régiment anglais, le 97e de ligne, restait dix jours invulnérable dans la même localité. Dans le même temps quelques cas se déclarèrent dans la population civile.

Ces faits n'ont pas besoin de commentaires; les considérations dans lesquelles nous sommes entré à leur occasion expliquent leur importance au point de vue du développement du choléra. Nous pourrions en dire autant de l'importation de cette maladie dans l'un des hôpitaux de Constantinople et à Varna, mais nous manquons à ce sujet des détails nécessaires.

THOLOZAN.

PHYSIOLOGIE.

RECHERCHES SUR LES CORPS ALBUMINOÏDES; par M. le docteur LECONTE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et M. le docteur A. DE GOUMOENS.

Jusqu'à ce jour on avait considéré la fibrine, la fibre musculaire pure, la caséine, l'albumine, la vitelline et la globuline comme des substances isomères, ne renfermant dans leur masse qu'un seul et même corps, identique dans toutes ses parties, présentant toujours, quelle que fût son origine, la propriété de donner une liqueur d'un violet plus ou moins intense avec la solution concentrée d'acide chlorhydrique, et de se dissoudre *complétement* dans l'acide acétique.

Cependant les observations faites par Lehmann et rapportées dans son ouvrage (Lehmann, LEHRB. DER PHYSIOLOG. CHEMIE, t I, p. 361) avaient fait penser à ce physiologiste que la fibrine pourrait bien être une substance complexe. Il s'appuie surtout sur ces faits que la fibrine offre au microscope des globules blancs du sang, des granulations et des corps amorphes, et de plus il ajoute, comme caractère chimique, que la fibrine n'est pas complétement soluble dans la solution de chlorure de sodium, qui laisse toujours intacts quelques flocons.

Tel était l'état de la question, lorsque la nature de nos recherches nous amena à étudier les substances albuminoïdes au point de vue de l'analyse immédiate.

I. — FIBRINE.

Nous avons d'abord soumis à *l'examen microscopique*, à l'aide d'un grossissement d'environ 600 diamètres, de la fibrine très-blanche, provenant du sang de cheval, et il nous a été facile d'y constater deux espèces de corps :

1° La trame de la fibrine, qui est formée par des *fibres* présentant des caractères analogues dans la fibrine des différents animaux; elles sont d'un blanc légèrement jaunâtre, sans structure particulière, parallèles les unes aux autres; leurs bords forment des ondulations plus ou moins fortes; souvent même les contours sont un peu anguleux;

2° Des *granulations* très-visibles et nombreuses, qui sont disséminées à la surface des fibres et emprisonnées entre elles. Leur volume est très variable : il en est de fines et de volumineuses; mais toujours

staté des résultats encore plus tristes; ainsi dans les épidémies des années 1849 et 1850, la moitié des individus atteints succombaient soit aux complications aiguës, soit aux suites de la maladie. Nos observations portent principalement sur les adultes militaires. Chez les enfants la mortalité, d'après M. Rigler, est à peu près d'un quart. Cette gravité de la rougeole est due le plus souvent à la bronchite capillaire, aux pneumonies lobulaires et lobaires qui envahissent en même temps les deux poumons avec une effroyable rapidité; on dirait que l'exanthème coïncide avec un enanthème. Les tubercules pulmonaires se développent souvent à la suite de la rougeole. M. Rigler conseille de s'abstenir des saignées générales, lors même qu'il existe des complications inflammatoires; nous partageons jusqu'à un certain point son opinion. Les saignées sont plutôt nuisibles qu'utiles; mais lorsqu'elles sont pratiquées tout à fait au début et avec modération, elles rendent des services signalés. Nous avons aussi observé que la plus petite dose de tartre émétique ne pouvait être tolérée. Dans les épidémies de 1849 et 1850, le seul médicament vraiment héroïque et qui nous ait donné des succès éclatants, c'est le calomel pris à doses fractionnées dans le cours de la journée. M. Rigler est de notre avis.

La petite vérole est une des maladies les plus fréquentes de l'Orient, aussi fréquente que la dyssenterie. Avant que la vaccine eût été généralisée et rendue obligatoire (1844), elle faisait des ravages incroyables; mais la surveillance ne pouvant encore être assez sévère, le nombre des victimes est toujours considérable. Il est curieux que les Turcs se soumettent à la vaccination avec beaucoup plus d'empressement que les sujets chrétiens ou juifs de la Porte, de sorte que le nombre de ceux que la maladie atteint est plus grand parmi les Arméniens, les Grecs, les juifs et les Européens que parmi les Turcs. Cet exanthème se présente sous la forme confluente; la mortalité est de 50 p. 100; et plus on pénètre dans l'intérieur de l'empire, plus elle gagne en fréquence et en malignité. Sydenham avait noté que les épidémies de peste excluent les varioles ou du moins leur ôtent de leur malignité; on prétend avoir constaté aussi à Constantinople l'exactitude de cette observation; Pruner rapporte le même fait pour l'Égypte. La variole débute ordinairement à Constantinople au commencement de l'hiver et ne cesse guère qu'aux approches de l'été. Le docteur Rigler cite le cas d'une femme atteinte de variole au huitième mois de sa grossesse, qui mit au monde un enfant portant huit pustules varioliques récentes. Si un abcès se forme sur la cornée ou si une iritis se manifeste dans le cours de cette maladie, M. Rigler emploie avec un grand succès les cataplasmes mercuriels sur l'œil (une épaisse couche d'onguent napolitain entre deux linges appliqués sur les paupières préalablement fermées avec du taffetas anglais). L'auteur rejette l'emploi des saignées; on a conseillé aussi la médication lactée; M. Rigler, tout en admettant l'utilité de cette médication, croit qu'on en a exagéré l'importance.

L'érythème papuleux s'observe très-souvent dans les hôpitaux militaires; l'érythème noueux n'en est qu'une variété. L'auteur déclare n'avoir jamais rencontré cet exanthème chez les Européens à Constantinople et chez les sujets à peau foncée. La rareté de cette maladie dans nos pays nous engage à reproduire plus amplement la description que nous en donne l'auteur.

L'érythème se montre au printemps et à la fin de l'automne; une fièvre

elles conservent un aspect particulier qui ne permet pas de les confoudre avec les globules blancs du sang.

En comparant entre elles la fibrine du sang de cheval et celle du sang de chien, nous y trouvons, il est vrai, un aspect un peu différent: les fibres de la fibrine du cheval sont plus larges, les ondulations plus accentuées et les granulations disposées un peu différemment que dans la fibrine du chien; mais nous y trouvons cependant toujours bien nettement les fibres et les granulations.

Quant aux globules blancs du sang, on ne peut pas les regarder comme partie constituante de la fibrine puisqu'il nous a été impossible d'en découvrir dans la fibrine du cheval, qui était d'une blancheur éclatante, et que celle du chien ne nous en a offert que quelques-uns épars çà et là, tandis que le caillot non lavé et imbibé de son sérum en présentait un grand nombre. Déjà, dans le caillot, il est possible d'apercevoir la partie fibreuse et granuleuse de la fibrine dont nous avons parlé.

L'examen microscopique démontre donc qu'il existe dans la fibrine des corps de forme différente; les *réactions chimiques* prouvent que ces corps possèdent aussi des propriétés distinctes.

En traitant la fibrine par l'acide acétique *cristallisable*, on la voit changer d'aspect: de blanche et opaque qu'elle était, elle prend l'aspect d'une gelée incolore et transparente. En l'examinant alors au microscope, nous avons retrouvé les fibres, telles qu'elles se trouvent dans la fibrine. En quelques heures la transformation est complète; les granulations ont disparu, mais les fibres persistent, bien que présentant un volume plus considérable. A cause de leur transparence, il faut alors quelque attention pour les reconnaître. Après un mois de contact avec cet acide, les fibres ne se sont pas dissoutes et ont conservé leur forme gélatineuse; à cette époque elles sont devenues complétement invisibles au microscope; mais la saturation de l'acide par la potasse leur rend leur premier aspect.

En jetant sur un filtre la masse gonflée, baignée du liquide acide, il passe une liqueur incolore et limpide; en y versant peu à peu de la potasse, elle se trouble, et avant qu'elle soit complétement neutralisée, il se dépose peu à peu une masse blanchâtre floconneuse qui, examinée au microscope, présente des granulations semblables à celles que nous avons signalées dans la fibrine normale.

Mais si ces deux éléments de la fibrine, isolés nettement, sont bien caractérisés par leur forme, ils ne le sont pas moins par leurs réactions chimiques, qui diffèrent essentiellement.

1° *Acide acétique*. Le mode différent d'action de cet acide sur ces deux substances constitue déjà un caractère d'une haute importance.

2° L'*acide sulfurique*, étendu du tiers de son volume d'eau, dissout, à l'aide de la chaleur, les fibres en donnant une coloration rougeâtre; les granulations se dissolvent également, mais en produisant une liqueur jaune. Ce caractère est surtout sensible quand on opère, comparativement avec le même acide, sur les deux substances.

3° Un mélange d'azotate de *protoxyde et de bioxyde de mercure* (1) colore les fibres en beau rouge carmin, tandis que les granulations prennent une teinte légèrement rose.

4° *L'acide tartrique* en solution saturée gonfle les granules sans les dissoudre, même à l'aide de l'ébullition, tandis qu'à la même température elle dissout facilement les fibres, bien qu'elles soient en morceaux assez volumineux; seulement, dans ce cas, l'action est un peu plus lente; on voit les fibres se gonfler, devenir transparentes et disparaître peu à peu.

5° Le *chromate de potasse additionné d'acide sulfurique* dissout très-facilement les fibres à 100° avec coloration rouge brun et n'attaque point les granulations à la même température.

6° *Acide chlorhydrique*. En traitant les fibres par l'acide chlorhydrique, elles se dissolvent en grande quantité; quand on élève la température à l'ébullition, le liquide est limpide, mais prend une coloration violette très-intense; la solution saturée par la potasse se décolore et donne un précipité blanc. Les granules, au contraire, résistent en partie à l'action de cet acide, et il est impossible de les dissoudre complétement; le liquide prend une teinte jaunâtre, qu'on ne saurait confondre avec la liqueur violette produite par les fibres.

Tous les faits qui précèdent prouvent donc que la fibrine est formée d'au moins deux éléments hétérogènes, l'un affectant la forme de fibres, l'autre de granules. L'union de ces deux corps est sans doute indispensable au rôle physiologique que joue la fibrine dans l'organisme. Rarement, en effet, les matériaux qui servent à l'accomplissement des fonctions de la vie sont constitués par des corps homogènes au point de vue de leur constitution chimique; nous n'en citerons comme exemple que la salive et le suc gastrique, et dans le cas qui nous occupe, la fibrine, loin de faire exception, rentre au contraire dans la règle générale que nous venons de signaler.

Ces résultats nous conduisirent à examiner de la même manière les autres corps albuminoïdes, tels que la fibre musculaire, l'albumine, la caséine, la globuline et la vitelline, et comme nous avons trouvé dans chacun de ces corps deux substances analogues à celles de la fibrine, nous croyons, pour plus de simplicité et pour éviter des périphrases, devoir donner le nom d'*oxoluine* (ὄξος, vinaigre; λύω, je dissous) à la partie soluble dans l'acide acétique cristallisable, et d'*anoxoluine* à la partie insoluble.

II. — Fibre musculaire.

Au moyen de l'acide acétique cristallisable, nous sommes parvenus à extraire de la fibre musculaire deux substances analogues à celles que nous avons obtenues de la fibrine extraite du sang.

Nous avons agi comparativement sur la fibre musculaire de la vie animale (couturier du chien) et sur celle de la vie organique (couche musculaire de la partie inférieure de l'œsophage et de l'estomac d'un chien sacrifié depuis quelques instants).

a. Fibre musculaire de la vie animale.

Comme dans nos recherches sur la fibrine, nous avons fait précéder l'action de l'acide acétique (cristallisable) de l'examen microscopique sur la substance normale; nous y avons trouvé les fibres striées signalées par tous les micrographes et de plus des granulations abon-

(1) On obtient ce réactif en laissant agir à la température ordinaire une partie de mercure et d'acide azotique à 1,40 de densité et en étendant de quatre parties d'eau distillée.

---

plus ou moins intense précède de deux jours l'éruption; celle-ci se manifeste sur le front, les joues, le nez, la nuque, le cou et la poitrine jusqu'à l'apophyse xiphoïde; dans cette dernière région, elle forme une espèce de cône renversé qui a sa base vers les clavicules et le cou et son sommet vers l'apophyse xiphoïde; le dos des mains, les avant-bras et les jambes sont avec les parties susmentionnées le siége de prédilection de cette éruption; on voit quelquefois des plaques éparses çà et là sur les différentes parties du tronc, les cuisses et les bras; cet exanthème a la forme de plaques plus ou moins grandes, plus ou moins proéminentes, plus ou moins dures, de forme ronde ou ovalaire, d'un rouge lie de vin, quelquefois rares et séparées, d'autres fois confluentes et se confondant en une seule masse. Ces plaques sont composées d'une infinité de petites papules groupées et s'élevant sur un fond rouge. Si l'éruption est très-abondante, on observe l'œdème des mains et des pieds; le patient éprouve un sentiment de chaleur, de tension, rarement de démangeaison; la soif est très-vive, la langue est pâteuse, la fièvre est plus ou moins forte, surtout au début; la durée de l'érythème papuleux est de huit à douze jours; la terminaison a lieu par exfoliation et par délitescence; la couleur rouge foncée passe au violet, puis au jaune jusqu'à l'entière disparition de toute nuance et la peau recouvre sa couleur normale après un temps qui est quelquefois assez long. La conjonctive n'est pas exempte de cette éruption; il s'y développe des papules, elle devient injectée, œdématiée et douloureuse quelquefois avant le reste du corps. Cette conjonctivite spéciale cède facilement au traitement général. Les organes de la respiration sont le siége d'une inflammation catarrhale; il y a constipation et anorexie.

Nous ajouterons à la description de l'auteur que les papules agglomérées des plaques se distinguent d'ordinaire par une coloration pâle, jaunâtre, contrastant avec la base rouge foncée sur laquelle elles reposent, de façon qu'on pourrait les prendre pour des vésicules. Cependant une petite piqûre pratiquée à l'aide d'une aiguille, nous a toujours montré l'absence de tout liquide. M. Rigler a bien remarqué que la formation des vésicules est très-rare; nous n'en connaissons qu'un seul cas. Nous avons aussi constaté l'œdème des mains et des pieds coïncidant avec une enflure très-considérable de ces parties; et le moindre contact y déterminait des douleurs violentes. Au lieu de plaques, on observe parfois des bosselures de quelques lignes jusqu'à un pouce d'étendue, d'une couleur livide. Des douleurs irradiantes dans les extrémités et dans les lombes ne manquent presque jamais. L'érythème papuleux est tantôt une maladie aiguë idiopathique et tantôt une complication ou une suite de maladies chroniques telles que la dyssenterie, l'entérite, la tuberculose et le marasme général. M. Rigler l'a vu une seule fois comme manifestation de la syphilis secondaire. Dans les maladies chroniques, cet exanthème est de mauvais augure; dans ces cas il disparaît au bout de dix à douze jours pour reparaître bientôt après. Cette éruption s'observe parmi les habitants robustes de l'Asie, comme aussi parmi ceux de la Roumélie; mais elle atteint de préférence les Albanais qui ont une constitution plus délicate. On la rencontre aussi sur les côtes de la Syrie et de l'Égypte. M. Rigler parle aussi de l'analogie de cette maladie avec la pellagre, affection tout à fait inconnue en Orient. Le traitement de l'érythème est facile; il consite en quelques boissons tempérantes, la diète et le repos.

dantes, mais plus petites que dans la fibrine. Cette fibre musculaire avait été lavée avec soin pour la débarrasser autant que possible du sang et des matières solubles qu'elle contenait, et elle ne présentait plus qu'une coloration rose très-légère. Après lui avoir enlevé l'eau par la compression, nn la mit en contact à la température ordinaire avec de l'acide acétique cristallisable: bientôt elle se gonfla, devint translucide et prit une teinte légèrement brunâtre, due sans doute à la petite quantité de sang qui n'avait pu en être séparée.

Après huit jours de contact on filtra la liqueur acide, dans laquelle se trouvait la masse non dissoute, et on la neutralisa par la potasse caustique. On obtint de cette manière des flocons blancs qui se rendirent à la partie inférieure du vase et dont on opéra le lavage avec facilité.

Examinés au microscope à l'aide du grossissement qui nous servit dans toutes recberches, ils nous ont offert l'aspect des granulations vues dans la fibre musculaire; seulement leur volume était un peu plus considérable qu'avant leur dissolution dans l'acide acétique. Les fibres musculaires gonflées par ce même acide ne nous ont plus laissé voir de stries transversales, et leur ressemblance avec l'*anoxoluine* provenant de la fibrine était telle qu'il était facile de les confondre. Une autre portion de fibres musculaires fut abandonnée au contact de l'acide acétique pendant près de deux mois; au bout de ce temps, séparée de la liqueur acide qui la baignait, elle nous offrit les mêmes caractères que la précédente. On neutralisa l'acide acétique qui imprégnait cette substance à l'aide de la potasse, et de translucide et légèrement jaunâtre qu'elle était, on la vit devenir opaque et blanche.

Nons avons examiné les deux substances provenant de la fibre musculaire à l'aide des mêmes réactifs qui nous avaient servi pour l'*anoxoluine* et l'*oxoluine* de la fibrine.

L'acide sulfurique et l'acide tartrique donnent les résultats signalés plus hant avec les parties analogues de la fibrine. L'azotate de protoxyde et de bioxyde de mercure colore de même l'anoxoluine de cette fibre musculaire en rouge carmin, tandis qu'il ne colore pas l'oxoluine. Le chromate de potasse dissout facilement l'anoxoluine à ébullition et ne dissout pas l'oxoluine. L'acide chlorhydrique donne, avec la première, une dissolution colorée en violet, moins belle cependant que celle produite par l'anoxoluine de la fibrine; nous pouvons même dire, en général, que les colorations fournies par l'anoxoluine de la fibre musculaire sont moins vives que celles qu'on obtient avec la matière correspondante de la fibrine; l'oxoluine n'est pas dissoute par cet acide et se colore simplement en jaune.

b. Fibre musculaire de la vie organique.

Elle nous a offert exactement les mêmes résultats que celle de la vie animale. En l'examinant au microscope, on voit qu'elle n'a pas de stries transversales, mais qu'elle est richement pourvue de granulations, qui sont enlevées par l'acide acétique cristallisable. et qui reparaissent quand on le satnre avec de la potasse. Les fibres traitées par l'acide acétique sont gonflées et transparentes; seulement elles présentent nne coloration légèrement jaunâtre et ressemblent alors à celles de la vie animale. Elles pourraient également être confondues avec celles de la fibrine extraite du sang. Elles se comportent aussi de la même manière avec les différents réactifs signalés plus baut.

III. — Albumine.

L'albumine qui nous servit avait été obtenue du blanc d'œufs par la coagulation; on avait eu soin préalablement de l'agiter avec de l'eau, puis de filtrer la liqueur, afin de séparer les parties membraneuses.

Dans cette albumine coagulée, il nous a été impossible de trouver, à l'aide du microscope, une structure quelconque.

En traitant ce corps par l'acide acétique cristallisable on en dissout une partie, tandis que l'autre résiste même après une année de contact, bien qu'elle devienne plus nu moins transparente.

La partie dissoute fut précipitée par la potasse et observée comparativement avec la partie non dissoute par l'acide acétique. Ces deux corps ne nous ont présenté aucunes formes déterminées, mais, ainsi que nous le dirons plus loin, leurs réactions chimiques sont bien différentes et les distinguent d'une manière très-nette.

IV. — Caséine.

Lebmann admet comme probable que la caséine n'est pas un corps simple, et il allègue à cet égard les expériences de Schlossberger et de Mulder (Lehrb. d. Physiol. Chem., t. I, p. 385) :

« Quand on traite, » dit-il, « de la caséine fraîchement lavée pen» dant quelques jours, avec de l'acide chlorbydrique étendu, elle se » dissout complétement; en neutralisant avec du carbonate d'ammo» niaque, il se précipite une substance muqueuse, blanche et dif» ficile à filtrer; dans le liquide neutre il reste une autre substance, » qui peut être précipitée par un excès d'acide chlorhydrique, mais » l'acide chlorhydrique laisse encore une substance protéique dans la » solution. Schlossberger trouva du soufre dans la première sub» stance; il n'en trouva pas dans la seconde. Il ajoute cependant que » le traitement prolongé de la caséine par l'acide chlorbydrique » étendn peut l'avoir transformé en plnsieurs corps. L'expérience » de Mulder est peut-être plus convaincante pour prouver que la ca» séine est composée de plusieurs substances; Mulder ajouta à du lait, » dont on avait séparé la graisse à l'aide du chlorure de sodinm, de » l'acide chlorhydrique étendu, et obtint ainsi de la caséine coagulée; » mais il restait encore dans le liquide une substance analogue, qu'il » ne put précipiter qu'à l'aide de l'ébullition. »

Ce caractère, qui repose seulement sur une différence de solubilité, ne nous semble pas suffisant pour faire admettre que la caséine soit composée de déux substances distinctes, puisque Mulder n'indique aucnn autre caractère distinctif.

L'acide acétique cristallisable nous semble être un moyen bien plns rigoureux pour séparer les uns des autres les différents corps contenus dans la caséine, d'antant plus que nos expériences sur la fibrine et la fibre musculaire nous ont démontré que cet agent de séparation n'altérait même pas la forme des corps organisés sur lesquels il agissait: preuve évidente qu'il ne leur a fait subir aucune transformation chimique.

La caséine traitée avec l'acide acétique cristallisable se gonfle et se dissout en partie, tandis qu'une autre portion résiste à l'action de l'acide, même après quinze jours de contact, et prend seulement nn aspect gélatineux.

L'érysipèle à Constantinople n'a point d'époque déterminée; on l'y rencontre dans toutes les saisons; il est quelquefois l'avant-coureur des épidémies de variole et de rougeole; d'antres fois il leur succède. Nous l'avons observé ainsi que M. Rigler dans le cours de la pneumonie sans qu'il modifiât en quoi que ce soit les symptômes de celte inflammation. En lisant l'article que l'auteur consacre à cette affection, il est aisé de reconnaître l'esprit de la pathologie bumorale de Rokitansky dont M. Rigler éprouve l'influence; pour en donner une idée nons reproduisons testuellement le passage suivant : « Nous sommes convaincns que les controverses qui ont eu lieu sur » la nature de l'érysipèle, sur ses rapports avec les accidents bilieux et les » affections de la rate, sur la prépondérance de la fibrine du sang, sur la pré» sence de la hile dans le sang et dans l'urine, ne sont dues qu'à ce qu'on » considère cet état morbide d'un point de vne trop exclusif; car, quoiqu'il » y ait beaucoup d'érysipèles qui doivent être considérés comme sympto» matiques d'un état gastro-bilieux, on n'a pas le droit de faire naître tous » les érysipèles d'une seule et unique source; car la crase érysipélateuse » peut devenir anormale par sa combinaison avec la crase fibrineuse, comme » dans la fièvre typhoïde, la rougeole, la scarlatine et la variole; le bilin se » retrouve quelquefois dans le sang, si l'érysipèle est d'origine bilieuse, mais » souvent aussi il manque. » Bien que ces idées humoristes se rencontrent çà et là dans l'ouvrage de M. Rigler, elles n'ôtent rien à la valeur des observations d'un médecin tout à fait au nivcau de la science. Nous avouons cependant que nous eussions préféré voir un livre qui devrait être le miroir fidèle des faits de la nature, dépourvu de tontes ces théories aussi inutiles qu'improbables. Le monde médical, tout en reconnaissant l'immense mérite de Rokitansky pour ce qui concerne l'anatomie pathologique et le diagnostic physique, s'est déjà suffisamment prononcé sur ses tentatives moins heureuses dans la physiologie pathologique. M. Rigler eût pu simplement rapporter le fait de la coïncidence de l'érysipèle avec un état morbide de l'appareil gastro-intestinal, de même qu'il apparaît souvent comme complication de quelques maladies inflammatoires, telles que la pneumonie, l'endocardite, etc. L'érysipèle se manifeste aussi chez les hommes à peau foncée; il imprime une coloration rouge à la peau des races brunes, tandis que chez les nègres sa présence se trahit par la chaleur et le gonflement élastique de la partie affectée qui présente à la fin une desquammation évidente. L'épiderme de nouvelle formation prend une teinte plus claire qu'elle ne tarde pas à perdre peu de temps après. L'érysipèle des enfants à la mamelle a toujours été mortel. Nous ne pouvons nous prononcer d'une manière anssi formelle que l'anteur à cet égard; nous avons soigné un bon nombre d'enfants à la mamelle atteints d'érysipèle et le résultat final n'a pas toujours été le même : un assez grand nombre a guéri. L'érysipèle du scrotum nous a paru le plus dangereux; la gangrène ne tarde pas à se manifester dans ces parties. Depuis que l'on surveille plus attentivement la propreté des soldats, cette affection est devenue plus rare dans l'armée.

Les autres affections cutanées offrent trop peu d'intérêt pour que nous nous y arrêtions longtemps; un mot suffira. L'*herpès preputialis* n'est pas aussi fréquent chez les hommes circoncis que dans le reste de la population. Le psoriasis est très-répandu; on le voit aussi parmi les Abyssiniens bruns. Les

La partie de la caséine dissoute par l'acide acétique ne se précipita pas immédiatement par la neutralisation de la liqueur à l'aide de la potasse caustique, mais quelques gouttes d'acide chlorhydrique firent apparaître un précipité floconneux présentant à peu près le même aspect que la caséine obtenue directement du lait.

Les caractères chimiques que présentent ces deux corps sont tellement analogues à ceux que présentent les deux parties correspondantes de la fibrine et de l'albumine, que nous n'hésitons pas à leur donner les mêmes noms pour éviter des longueurs.

V. — Globuline.

La globuline qui servit à nos expériences fut préparée avec le cristallin d'yeux de bœuf; car la globuline, obtenue des globules du sang, entraîne toujours avec elle une certaine quantité d'hématosine. Les cristallins furent broyés dans un mortier avec de l'eau distillée et la liqueur filtrée pour en séparer les parties insolubles. Le liquide, légèrement opalin, fut coagulé par l'ébullition et la globuline desséchée mise en contact avec l'acide acétique cristallisable.

La masse se gonfla après quelques heures et devint transparente; le liquide qui la baignait fut filtré et saturé par la potasse; on vit apparaître un grand nombre de flocons blancs qui se déposèrent au fond du verre.

La partie de la globuline non dissoute et la partie dissoute et précipitée ensuite par la potasse, nous donnèrent les mêmes réactions chimiques que les substances correspondantes de la fibrine, de l'albumine et de la caséine.

VI. — Vitelline.

La vitelline fut extraite de jaunes d'œufs délayés avec de l'eau distillée et filtrée; le coagulum obtenu par l'ébullition fut desséché et séparé de ses graisses à l'aide de l'éther sulfurique.

Cette substance, ainsi que la globuline, l'albumine et la caséine, n'offrit au microscope aucune organisation.

Elle peut être séparée, de même que ces substances, par l'acide acétique cristallisable en deux parties : l'une insoluble dans cet acide, l'autre soluble et précipitable par la potasse.

caractères chimiques.

Nous avons cru devoir, pour abréger ce travail, réunir dans le même paragraphe les réactions à l'aide desquelles il est possible de démontrer que les deux substances extraites des corps albuminoïdes que nous avons examinés, présentent au point de vue chimique des différences très-nettes. Comme les substances insolubles dans l'acide acétique, soit qu'elles proviennent de la fibrine, de l'albumine, de la caséine, de la globuline ou de la vitelline, présentent toujours les mêmes réactions, et qu'il en est de même pour les différentes substances solubles dans l'acide acétique cristallisable, quelle que soit leur origine, nous conservons à ces dernières le nom d'*oxoluine*, et aux premières celui d'*anoxoluine*.

1° *Acide acétique*. L'action différente de cet acide sur ces deux substances, extraites de corps d'aspect peu semblable, constitue déjà un caractère d'une baute importance.

2° *L'acide sulfurique*, étendu du tiers de son volume d'eau, dissout à l'aide de la chaleur l'anoxoluine en donnant une coloration rougeâtre; l'oxoluine se dissout également, mais en donnant une liqueur jaune. Ce caractère est surtout sensible quand on opère comparativement avec le même acide sur les deux substances.

3° Un mélange *d'azotate de protoxyde et de bioxyde de mercure* colore l'anoxoluine en beau rouge carmin ou vermillon, tandis que l'oxoluine prend une teinte légèrement rose, quelquefois même légèrement jaune.

4° *L'acide tartrique* en solution saturée gonfle l'oxoluine sans la dissoudre, même à l'aide de l'ébullition, tandis que, à la même température, elle dissout facilement l'anoxoluine, même en morceaux assez volumineux.

5° *Le chromate de potasse additionné d'acide sulfurique* dissout très-facilement l'anoxoluine à 100° avec coloration rouge brun, et n'attaque pas l'oxoluine à la même température.

6° *Acide chlorhydrique*. En traitant l'anoxoluine par l'acide chlorhydrique, elle se dissout en grande quantité quand on élève la température à l'ébullition, le liquide est limpide, mais prend une coloration violette très-intense; les nuances de cette couleur violetté diffèrent un peu selon leur origine; celle de l'albumine est d'un violet qui se rapproche du carmin, celle de la globuline est bleuâtre; les colorations obtenues avec la fibre musculaire, la caséine et la vitelline sont d'un violet sombre, beaucoup moins beau que celui de l'anoxoluine de la fibrine. La solution saturée par la potasse se décolore et donne un précipité blanc. L'oxoluine, au contraire, résiste en partie à l'action de cet acide, et il est impossible de la dissoudre complétement; le liquide prend une teinte jaunâtre, qu'on ne saurait confondre avec la liqueur violette produite par l'anoxoluine.

conclusions.

En résumé, il résulte de nos recherches que les *corps albuminoïdes* soit organisés pour former des tissus, comme la fibre musculaire, soit à l'état de dissolution comme l'albumine, la vitelline et la caséine, soit à un état intermédiaire, comme la globuline et la fibrine, *sont toujours formés de deux substances* : l'une soluble dans l'acide acétique cristallisable, l'autre insoluble. La première présente dans la fibre musculaire et dans la fibrine l'aspect de granules faciles à distinguer au microscope, et constituant pour cette substance le seul caractère organique que nous ayons trouvé. La partie insoluble au contraire, provenant également de la fibrine et de la fibre musculaire, offre au microscope une organisation qui semble être identique, bien qu'à l'état normal la fibrine et le tissu musculaire présentent des caractères qui semblent indiquer dans le dernier un état organique plus avancé.

Dans l'albumine, la caséine, la globuline et la vitelline, il est impossible de distinguer à l'aide du microscope les deux substances qui précèdent, car ni l'une ni l'autre ne nous ont offert de traces d'organisation; mais les caractères chimiques seuls permettent d'en démontrer l'existence, et les différences que ces réactions nous ont offertes prouvent qu'il existe dans ces corps, ainsi que dans la fibrine et la fibre musculaire, deux substances distinctes.

---

bains turcs ne contribuent pas peu au développement de l'acné, affection très-commune. M. Rigler, qui n'a jamais vu le lupus attaquer les nègres et les races à peau foncée, n'ose pas conclure qu'ils en soient exempts. M. Pruner, qui aurait été plus à même de nous éclairer là-dessus ne parle nullement de cette forme morbide. Le prurigo semble être plus fréquent chez les nègres que parmi les blancs; la cause en est probablement dans leur malpropreté et l'abandon des onctions graisseuses en usage dans leur pays; les bains de mer, loin d'être avantageux, exaspèrent cette maladie.

La gale est une maladie commune parmi les gens de la basse classe, plus parmi les chrétiens et surtout les juifs que parmi les Turcs. Cette circonstance est due aux soins de propreté que ces derniers ne négligent pas. L'eczéma aigu se rencontre plus fréquemment dans les pays chauds que dans le Nord; on le rencontre ici souvent à l'époque des chaleurs; on le compte en Égypte parmi les maladies de l'acclimatement. Nous ne partageons pas l'opinion de M. Rigler, qui s'imagine que les dérangements dans la circulation de la veine porte, qui ont lieu si souvent chez les Orientaux à cause de leur vie sédentaire, et les maladies du cœur sont pour quelque chose dans la production des eczémas. Combien ne voyons-nous pas de gens atteints d'affections cardiaques et tourmentés par les hémorrhoïdes qui ne présentent néanmoins aucune trace d'ezéma! Nous dirons plus encore; nous n'avons jamais observé la moindre trace d'eczéma dans les cas où la circulation de la veine porte était notablement dérangée par suite de la cirrhose du foie. L'impétigo se rencontre fréquemment tant à Constantinople qu'en Égypte.

Le bouton d'Alep mérite de fixer notre attention plus longtemps. Cette maladie spéciale de l'Orient, ce tribut que doit payer tout étranger qui a séjourné durant au moins un an en Syrie, nous présente des particularités intéressantes que nous allons développer. Nous lisons précisément dans la Gazette Médicale (1er janvier 1853) que notre honorable confrère M. Villemin s'occupe actuellement de l'étiologie du bouton d'Alep et qu'il a fait envoi à l'Académie d'un paquet contenant de la terre d'Alep, et de sept bouteilles de l'eau du fleuve de cette ville. On accueillera donc avec plaisir la description de cette maladie.

Le bouton d'Alep ne se rencontre à Constantinople que parmi ceux qui ont séjourné dans cette ville. Les indigènes lui donnent le nom de *houmatchibaui*, c'est-à-dire abcès des dattes, attribuant son origine à l'abus que l'on fait généralement de cet excellent fruit; ils l'appellent aussi *ghiltchibaui*, abcès d'une année, à cause de sa durée habituelle. Le bouton d'Alep est endémique dans les contrées qui s'étendent depuis Soaedin, en suivant le cours de l'Oronte jusqu'à Alep, Kilis, Orfa, le Diarbekir, Marasse, Mossoul et Bagdad. On en observe des cas isolés à Chypres, au Caire et à Suez en Egypte. Aucun âge, aucun sexe n'en est exempt. La plus grande partie des habitants des contrées où il sévit endémiquement en est tôt ou tard atteinte. Le tempérament phlegmasique y prédispose peut-être plus que le sanguin. Cette maladie se caractérise par une exsudation plastique dans le tissu cellulaire sous-cutané et le tissu dermoïde, qui détermine une suppuration quelquefois sanieuse. Il en résulte des cicatrices hideuses. Le siége le plus habituel de ce mal est le visage; tantôt un bouton seul s'y développe sur une des joues, du diamètre d'un quart à un demi-pouce; tantôt il en paraît plusieurs qui occupent alors

Eu égard à leurs réactions chimiques, les substances insolubles dans l'acide acétique, qu'elles viennent de la fibrine, de la fibre musculaire, de l'albumine, de la globuline, de la caséine ou de la vitelline, présentent toujours les mêmes caractères, à quelques nuances légères près. Il en est de même de la partie soluble, dont les caractères ne sont pas moins tranchés.

On ne peut substituer à l'acide acétique cristallisable qui nous servit toujours pour séparer l'anoxoluine de l'oxoluine, l'acide acétique étendu d'eau, car il dissout les deux substances avec la même facilité. Les faits qui précèdent démontrent de la manière la plus évidente l'analogie chimique des corps albuminoïdes dont nous avons fait l'étude, et prouvent qu'il suffit d'une légère modification isomérique pour les transformer les uns dans les autres.

Toutes ces substances conservent-elles à l'état pathologique les mêmes propriétés qu'à l'état normal? Des recherches déjà assez nombreuses nous permettent d'en douter, et nous consignerons, dans un prochain travail, les résultats de nos observations sur ce sujet intéressant.

PHYSIOLOGIE THÉRAPEUTIQUE.

NOTE SUR L'ACTION DU SEIGLE ERGOTÉ ET CONSIDÉRATIONS SUR LE MÉCANISME DE L'ACCOUCHEMENT ENVISAGÉ D'UNE MANIÈRE PLUS CONFORME A NOS CONNAISSANCES ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES (lue à l'Académie de médecine); par M. le docteur SPITZER (de Marseille), ex-médecin en chef de l'hôpital militaire de Vienne (Autriche), chevalier de l'ordre de Saint-Silvestre, etc.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

Pour ne pas rester trop longtemps éloigné de mon sujet par une trop longue digression, à laquelle me mènerait un plus grand nombre d'observations détaillées, je dirai seulement que j'ai poursuivi aussi avec succès mes expériences sur le seigle ergoté, dans l'hémoptysie, le catarrhe chronique, dans les névroses, quand j'avais quelque indice qu'il y avait pour cause une turgescence, congestion ou subinflammation du tissu vasculaire qui est l'appareil nutritif des nerfs qui étaient en cause (1); dans la diarrhée chronique, surtout dans celle des enfants, si souvent suivie d'un ramollissement mortel de la membrane muqueuse du tube intestinal; dans le diabète; en lavements contre l'affection hémorrhoïdale chronique, en forme de lavement et de suppositoire contre les pertes séminales, dont le résultat immédiat est l'impuissance, cause fréquente de suicide chez l'homme. Je sais bien qu'on a déjà employé cet agent par l'estomac contre cette triste infirmité, mais avec un succès douteux. Pourquoi ne pas l'essayer en lavements ou sous la forme de suppositoires, par analogie, puisque dans le cas où il a échoué contre la métrorrhagie, pris à l'intérieur, il n'en a pas moins été efficace employé en injections ou en suppositoires.

(1) Quand la paralysie a la même cause, on pourrait employer aussi le seigle ergoté; mais je ne prétends pas que ce soit un spécifique contre la paralysie, parce que j'ai vu se développer une paralysie (hémiplégie de la face) pendant que le malade faisait usage du seigle ergoté pour une autre affection, une otorrhée chronique qui a été guérie par cet agent. Le sujet de cette observation est Marius Emeri, fils de l'entrepreneur du pavé de la ville à Marseille, rue de l'Olivier, 70. Cette hémiplégie a ensuite cédé à la brucine.

Je n'ai pas expérimenté cette substance sur les maladies du cœur, sur les anévrismes et sur les grosses veines variqueuses, parce qu'on ne peut raisonnablement rien espérer de son application topique sur la peau pourvue d'épiderme où l'absorption est insignifiante, et par l'usage à l'intérieur, je craindrais qu'avant que son action fût parvenue à modifier le cœur ou les vaisseaux du premier ou du second ordre, il n'eût anéanti les petits vaisseaux dans la périphérie, au point de traduire son effet d'intoxication par la production de la gangrène sèche des extrémités. Cependant si j'étais encore en position de suivre et de surveiller mes expériences, comme lorsque j'étais à la tête de la première division de l'hôpital militaire à Vienne, je n'hésiterais pas. Mais *sic voluere fata*...., et il ne reste qu'à engager à le faire ceux qui jouissent d'un pareil avantage dans une capitale du monde scientifique.

Mais tout en ne tenant compte, pour servir d'arguments irréfragables, que des succès incontestables renfermés dans les observations détaillées, on voit que les résultats auxquels je suis arrivé par mes recherches sur les effets toxiques et thérapeutiques du seigle ergoté, m'ont démontré jusqu'à l'évidence que l'action de cet agent consiste dans la vertu de réduire le calibre des vaisseaux sanguins; qu'il exerce moins son influence sur le cœur et les gros vaisseaux que sur les petits, moins sur ceux qui sont à l'état normal que sur ceux qui sont atteints d'une dilatation pathologique.

Sur les vaisseaux en état de développement par nécessité physiologique temporaire, c'est-à-dire sur les vaisseaux de l'utérus en état de gestation, l'ergot du seigle n'agit facilement que lorsque le terme de cette exigence physiologique est arrivé, et que la persistance de ce développement devient un état pathologique. Aussi la grande dose qu'il en faut pour provoquer l'accouchement prématuré, en affaiblissant le pouls de la mère, porte une atteinte mortelle à la circulation dans le fœtus, et on doit lui préférer la rupture des membranes, tandis que vers la fin d'un accouchement une petite dose l'accélère et est le plus sûr préventif de la métrorrhagie et de la métrite puerpérale, en complétant le décongestionnement de l'utérus. Ainsi plus la femme est rapprochée du terme de la gestation, plus le seigle ergoté opère facilement la réduction du tissu vasculaire qui compose à cette époque la matrice, laquelle alors, en revenant sur elle-même, par ce fait de la réduction du calibre des vaisseaux qui la parcourent, chasse devant elle son contenu; c'est ce qu'on appelle contraction de la matrice ou douleur d'enfantement, parce qu'à raison des proportions habituelles qui existent entre le volume du contenu et les diamètres du passage qu'il a à franchir, cette expulsion ne peut s'effectuer qu'avec interruption par une espèce de *flux* et *reflux* de la turgescence et d'une manière douloureuse.

Chez la femme favorisée par la nature du privilége très-rare à l'état de civilisation d'une conformation tout à fait heureuse, et par suite de

---

les parois latérales osseuses du nez ou bien la région maxillaire. Le bouton isolé est toujours plus grand que chacun des boutons multiples, on en rencontre quelquefois jusqu'au nombre de cinquante parsemés sur tout le corps et particulièrement sur les extrémités; on en a vu aussi sur le scrotum. Le bouton isolé est connu généralement sous le nom de bouton mâle; les boutons multiples sont dits femelles. Chez les indigènes, l'éruption a presque toujours lieu au visage, quelquefois aussi aux mains et aux pieds. Communément une seule partie de la face en est atteinte. M. Rigler a vu cependant des cicatrices sur les deux joues. Le bouton d'Alep n'attaque qu'une seule fois le même individu. Les étrangers qui demeurent durant un certain laps de temps dans ces contrées en sont atteints, soit pendant leur séjour, soit après leur départ; ils emportent le germe du mal avec eux, et il se déclare six mois, un, deux et même trois ans après; des faits de ce genre sont communs et n'étonnent plus personne. Chez les étrangers, il se développe plus fréquemment aux extrémités qu'à la face; mais chez leurs enfants, on a observé que la face est le siége de prédilection. L'éruption de chaque bouton est signalée par un mouvement fébrile; l'éruption de tous les boutons s'accomplit dans un mois. Les phénomènes locaux se rapprochent de ceux d'un furoncle ou d'un charbon commençant, si ce n'est que les douleurs sont ordinairement moins fortes. La tumeur croît graduellement, puis commence à se ramollir; la rougeur devient plus foncée et s'étend dans les parties environnantes sous la forme d'un léger érysipèle; la chaleur et la sensibilité de la partie affectée augmentent; enfin apparaissent tous les symptômes d'une suppuration lente et superficielle. L'évacuation du liquide, qui d'ordinaire est très-peu plastique, est suivie de la cessation de tous les symptômes inflammatoires; les ouvertures se rétrécissent et finissent par se fermer pour se rouvrir de nouveau au bout de quelques jours. Peu à peu toute la peau environnante est détruite par la suppuration, et nous avons sous les yeux un ulcère de forme conique, avec le sommet au fond et la base à la surface de la peau, d'un aspect dégoûtant, mais variable, selon l'état du patient et sa constitution. Des croûtes se forment sur cet ulcère, et pour peu qu'on les y laisse, elles s'entassent jusqu'à une hauteur considérable. Les derniers restes de l'exsudation plastique ayant enfin disparu par suite de la suppuration, les bords inégaux de l'ulcère s'attachent aux granulations qui se sont élevées jusqu'au niveau de la peau. Les couches épithéliales de nouvelle formation se détachent d'abord à diverses reprises, et finalement il en résulte une cicatrice rayonnante d'une coloration plus claire que le reste des téguments. Un dépôt inégal de pigment donne à la peau un aspect tacheté. La cicatrice de la joue amène souvent un ectropion de la paupière inférieure.

M. Rigler confesse ignorer complétement l'étiologie de ce mal; les recherches de M. Villemin viendront peut-être jeter quelque lumière sur les causes qui déterminent cette éruption. Le bouton d'Alep n'est pas contagieux. Parmi les animaux, les chiens seuls y sont, dit-on, sujets. Abandonné à lui-même, le bouton d'Alep ne guérit qu'au bout d'un an. M. Rigler a observé qu'une incision croisée en abrége la durée de six à sept mois au moins.

Dr HUBSCH.

Dr MUHLIG.

proportions tout à fait favorables entre le volume de l'enfant et les dimensions des détroits du bassin, tout s'opère pour ainsi dire sans interruption notable et sans douleur en quelque sorte; tout ce qu'elle accuse dans le courant du travail n'est qu'une contrainte naturelle qui la force à des contractions du ventre et à des pressions pour expulser le faix. La douleur vive qu'elle ressent cependant, même en ce cas, au moment décisif et final, provient de la dilatation précipitée de l'orifice de la matrice et de la tension subite du périnée, qui ne suivent qu'à grand'peine la promptitude avec laquelle s'accomplit l'accouchement.

En comparant l'effet du seigle ergoté sur la matrice, avec son action en général, qui est, comme j'ai eu l'honneur de l'exposer, de diminuer le calibre des vaisseaux sanguins, j'ai été conduit à savoir que les contractions que cette substance amène dans la matrice, ne sont, comme celles qui suivent la saignée, que la conséquence toute naturelle du décongestionnement et de la réduction du calibre du tissu vasculaire de l'utérus, lequel a pour résultat forcé la diminution de son volume et de sa capacité, et que c'est en revenant sur elle-même que la matrice expulse le faix par la seule force de son retrait sur elle-même.

Il m'a été alors démontré que les changements, les transformations et la force que manifeste la matrice ne s'opèrent que d'après les mêmes lois que le mécanisme de l'érection et du retrait des organes érectiles, surtout de celui d'un autre tissu membraneux érectile, l'iris.

En effet, si l'on comprend que l'iris, cette membrane délicate, peut faire dans son retrait, déterminé par la belladone, assez de force pour lacérer les adhérences morbides qui retenaient sa marge pupillaire, comment alors ne pas concevoir les effets de la force qui résulte du retrait déterminé par l'ergot de seigle dans le tissu de l'utérus?

Dire que le seigle ergoté détermine directement des contractions dans la matrice, c'est faire violence aux connaissances anatomico-physiologiques, comme si on disait: la belladone fait contracter l'iris pour dilater la pupille. La matrice n'est pas plus douée de muscles pour la contracter que n'en possède l'iris. Mais, de même que dans l'iris, l'orgasme, qui varie suivant l'intensité de la lumière et qui constitue la mobilité de cette membrane, l'orgasme, dis-je, est paralysé par la belladone, et l'iris, par son retrait sur lui-même, diminue de dimension et dilate la pupille, de même, dans la matrice, le seigle ergoté opère une réduction de turgescence dans le tissu vasculaire développé par l'orgasme de la grossesse dans l'épaisseur des parois de cet organe qui revient sur lui-même et diminue considérablement de volume, ce qu'il ne peut faire tant qu'il n'est pas en état de vacuité, qu'en dilatant son orifice.

Cette manière d'envisager le mécanisme des transformations que la matrice manifeste et de la force qu'elle exerce par cette transformation dans l'acte de l'accouchement est parfaitement en harmonie avec nos connaissances anatomo-physiologiques; cette manière de considérer l'action de l'ergot de seigle sur la matrice est complétement d'accord avec nos notions pathologico-thérapeutiques, et entièrement confirmée par les faits irrécusables rapportés plus haut.

Ainsi se trouvent détruits les errements accrédités d'inertie et d'énergie de la matrice qui ont égaré la pratique des accouchements et faussé les indications pour le seigle ergoté, ce qui a eu souvent des suites funestes pour l'enfant comme pour la mère, à tel point que bientôt on n'osera plus user de ce précieux agent à force d'en avoir abusé.

Après avoir déterminé les lois véritables établies par la nature même de son organisation qui président aux fonctions de la matrice dans le cours de la gestation et de l'accouchement; et après avoir démontré le véritable mode d'action de l'ergot du seigle par l'expérimentation et par des faits irrécusables, les indications et les contradictions pour la saignée ou le seigle ergoté se présentent toutes seules et sont faciles à préciser.

Ainsi, par exemple, à la fin de la gestation, la mère est toute surprise de se sentir plus dégagée, de trouver son ventre plus petit et descendu, ce qui est le préliminaire de l'accouchement prochain, parce que, aussitôt que la gestation est achevée, l'orgasme et la turgescence diminuent dans la matrice, qui, en se décongestionnant, revient sur elle-même, à l'insu de la mère, par la raison que ceci peut encore se faire aux seuls dépens des liquides qui entourent le fœtus, lesquels liquides sont susceptibles d'être comprimés et en partie résorbés, ce qui est encore favorisé par la compression; tout cela, comme on le comprend bien, peut se passer sans la moindre douleur.

Maintenant, si la nature n'est pas disposée à faire cela au moment désiré par la maturité du fœtus, de même que si, après sa maturité, il n'est pas rendu à la vie par l'accouchement, il meurt; et ce qui est la cause que les mères mettent quelquefois au monde des enfants mûrs et morts depuis quelque temps avant la naissance, c'est que l'accouchement n'a pas eu lieu assez tôt après la maturité du fœtus. Si donc on est certain que le terme de la grossesse est passé où la maturité du fœtus peut être dans la règle présumée, l'art peut en déterminer l'expulsion par le seigle ergoté, qui cependant ne pourrait amener le décongestionnement de la matrice s'il y avait pléthore générale, dans lequel cas, il faudrait employer la saignée avant de recourir à l'ergot de seigle.

Il en est de même dans le courant de l'accouchement quand sa lenteur dépend de celle que la matrice met à revenir sur elle-même, à cause de la difficulté qu'elle rencontre à se décongestionner.

Mais si l'obstacle est fourni par la disproportion entre le volume de ce qui doit passer et le diamètre du passage, ou par une position du fœtus qui rende son passage impossible (1), et si on a alors l'étourderie d'accélérer, par le seigle ergoté, la réduction de la matrice, il est facile de prévoir qu'une fois les eaux écoulées l'enfant sera tué, écrasé par la compression, et la mère succombera ensuite à la rupture de la matrice, qui se déchirera. C'est ainsi qu'il arrive à l'iris dans les cas d'adhésion trop solide de la marge pupillaire, si on a l'imprudence d'anéantir totalement son orgasme à force de jusquiame ou de belladone. Cette membrane ne pouvant pas revenir sur elle-même, à cause de son adhésion trop solide à la masse pupillaire, et de l'union de son autre bord à l'anneau ciliaire, cette membrane se déchire par son milieu, si elle se détache de l'anneau ciliaire, ainsi que j'en ai vu plusieurs exemples.

Je me résume. Comme, d'après l'ancienne manière d'envisager les transformations de la matrice et le mécanisme de l'accouchement: 1° on ne peut expliquer la soudaine diminution, sans douleur, du volume du ventre vers la fin de la grossesse, qu'en attribuant à son poids l'abaissement, ce qui n'explique rien, puisque son poids n'est pas toujours le même à cette période, bien que ce phénomène ait cependant toujours lieu *à la même époque*, que le fœtus soit très gros ou très-petit; 2° on ne peut concevoir qu'un organe d'un aussi petit volume que la matrice, hors de la gestation, puisse renfermer un appareil musculaire qui embrasserait tout entière à l'époque de la grossesse, et agirait sur elle avec une puissance si considérable; 3° on ne peut expliquer l'accouchement sous l'influence des agents anesthésiques qu'en disant que la myotilite persiste exceptionnellement dans la matrice, ce qui est inadmissible, puisque le mouvement même des muscles du cœur se trouve affaibli au point que la circulation s'arrêterait si on poussait trop loin l'anesthésie; 4° on ne peut comprendre qu'une femme phthisique en agonie puisse encore accoucher naturellement au moment où elle expire, qu'en admettant que les dernières forces vitales se sont réfugiées dans la matrice, ce qui est le plus flagrant non-sens, d'après les règles de la saine logique; 5° on ne peut comprendre que le seigle ergoté, en provoquant et accélérant l'accouchement, agisse différemment sur la matrice que ne le comporte son action physiologique et thérapeutique, qui est le décongestionnement et la réduction du tissu vasculaire; 6° on ne peut comprendre que l'accouchement spontané suive un autre mécanisme que celui provoqué par le seigle ergoté; 7° on ne peut comprendre pourquoi on provoque des contractions utérines par le frottement et le massage, tandis que les mêmes manœuvres suspendent la myotilité dans tous les organes musculaires, et enfin pourquoi un courant galvanique qui provoque directement les contractions utérines la vie durant, à l'opposé des muscles, ne réveille pas le moindre mouvement dans le tissu utérin immédiatement après la mort; il s'ensuit que l'expulsion du fœtus ne s'effectue point par une force active musculaire, puisque les fibres de l'utérus manquent des qualités physiques et physiologiques qui caractérisent les muscles, et on ne peut pas invoquer l'action synergique des muscles abdominaux et du diaphragme pour les accouchements accomplis dans l'état anesthésique et dans l'état d'agonie.

Le mécanisme de l'accouchement ne peut donc consister que dans un décongestionnement de la matrice, dans la réduction de son tissu vasculaire; elle expulse le faix par la seule force de son retrait sur elle-même, ce qu'elle ne peut opérer en état de plénitude qu'en dilatant son orifice; de même que l'iris ne peut effectuer son retrait qu'en dilatant sa pupille, ce n'est aussi que par la seule force de son retrait qu'elle parvient souvent à lacérer les adhérences qui retiennent sa marge pupillaire. D'après cette manière d'envisager le mécanisme de l'accouchement, tout ce qui restait jusqu'aujourd'hui une énigme s'ex-

(1) J'ai vu dans les journaux de médecine que des praticiens ont donné du seigle avec succès pour le cas de mauvaise position qui s'est arrangée sous son influence. Je ne leur conseille pas de s'y fier à l'avenir, et je crois que c'est une témérité bien coupable qu'ils ont commise, bien qu'avec succès.

plique tout seul, *intelligenti pauca*, et je m'abstiens de récapituler pour ne pas devenir fastidieux.

J'ajouterai seulement que certaines anomalies, comme l'antéversion et la rétroversion de la matrice, comme aussi la déviation anormale de son orifice, ne peuvent être expliquées que par une turgescence inégalement répartie; que ses contractions irrégulières pendant l'accouchement et celle dont résulte l'enastrement du placenta après la sortie du fœtus ne peuvent être que l'effet d'un décongestionnement irrégulier de la matrice, car aucun appareil musculaire ne nous offre un exemple d'une irrégularité bizarre de contractions semblables. Mais nous avons bien des exemples d'un pareil effet d'irrégularité de turgescence et de retrait dans l'iritis syphilitique et l'iritis arthritique, où la pupille est déviée à cause du manque d'uniformité de turgescence et de retrait dans les segments de cette membrane, d'où suit la déviation de la pupille qui constitue le diagnostic de ces deux formes d'iritis spécifique. J'ajouterai encore que les moyens qu'on oppose avec succès à l'hémorrhagie interne après l'accouchement, qui sont la titillation à l'intérieur conjointement et simultanément avec la friction à l'extérieur, l'injection de l'eau à la glace dans la matrice et l'application de la glace sur la région hypogastrique, la compression de l'aorte, etc., ne sont que des décongestionnements artificiels par mulction, compression, massage et refoulement, ce qui détermine le retrait de la matrice sur elle-même; car dans aucun muscle, qu'il soit dépendant de la vie organique ou de la vie animale, on ne peut exciter ou augmenter la contraction par la compression ou le massage; au contraire ce sont justement les moyens qu'on emploie avec efficacité dans les fractures, les spasmes et les crampes pour enchaîner et pour suspendre la myotilité quand elle importune ou fait souffrir.

Je ferai observer aussi qu'il ne faut pas s'étonner de ce que la turgescence et le retrait de la matrice offrent une grande différence avec l'érection et le retrait dans la plupart des organes érectiles: 1° dans ce que la disproportion entre sa grandeur à l'état de turgescence en comparaison de sa petitesse à l'état de retrait est considérable; 2° dans ce qu'elle est à l'état de turgescence beaucoup plus molle et souple qu'à l'état de retrait, tandis que le contraire a lieu chez la plupart des autres organes érectiles. Il est aisé de comprendre que chaque organe a une manière d'être propre à sa destination: 1° la matrice met neuf mois pour arriver à l'apogée de sa turgescence et atteindre ce degré considérable d'augmentation de volume nécessaire; son retrait s'effectue, non comme chez les autres par un simple refoulement de la turgescence, mais aussi à l'aide d'un dégorgement auquel concourent la perte du sang et l'écoulement des lochies; 2° si la matrice devenait dure, à l'état de turgescence, elle resterait bien loin de sa destination. Elle devient dure quand elle a atteint le maximum de son retrait, justement parce que d'un volume très-considérable elle doit se réduire par le décongestionnement et le dégorgement à un petit volume qui pourtant doit renfermer le rudiment de son gros volume, ce qui ne peut arriver que par une grande cohésion de son tissu fondamental.

Je me dispense de parler de la part synergique que prennent au mécanisme de l'accouchement les muscles de l'abdomen et le diaphragme, parce qu'ils font autant pour la défécation et la mixtion pénible, et parce que cette action n'est pas essentielle pour l'accomplissement de l'accouchement, puisque les femmes accouchent aussi très-bien dans l'état d'anesthésie et dans l'état d'agonie où cette action synergique est nulle, comme je l'ai déjà fait remarquer ci-dessus. Ensuite je me dispense de mentionner les changements des positions de la tête pour faire concorder ses dimensions différentes avec les diamètres inégaux du bassin, dont on parle tant, et ce qui cependant ne s'opère que tout simplement d'après une loi physique très-vulgaire; chaque fois qu'un corps est poussé en avant dans un conduit, il faut qu'il fasse concorder ses diamètres à celui du conduit qui rend possible son passage. Il y a certains fusils qui font parcourir à la balle un tour de spirale dans leur canon, qu'elle ne pourrait franchir autrement. La même chose a lieu quand un corps étranger est rendu par l'anus ou par la narine, un gravier qui passe par l'urètre, etc., à plus forte raison ici où l'objet qui passe (la tête) comme le conduit (le bassin) dans lequel il passe, sont tous deux élastiques, lubréfiés et glissants. Enfin je me dispense de dire que le vagin, la vulve et le périnée subissent une tension, doivent céder, etc., circonstances qui toutes peuvent, par leur disproportion ou leur résistance, offrir des obstacles, etc.; choses banales et utiles tout au plus à être traitées dans un livre élémentaire.

En finissant, je ferai remarquer que je sais bien que Henle a trouvé des fibres et des fibrilles musculaires dans la matrice à l'état de gestation, et Kilian des faisceaux musculaires entrelacés qui forment réseau pour lier la couche musculaire moyenne avec la couche musculaire externe, bien entendu tout cela par le microscope. J'observe d'abord qu'il faut plus que la force de muscles microscopiques pour chasser le fœtus à travers les détroits; ensuite je demanderai encore ce que deviennent les muscles une demi-heure après l'accouchement, qu'on ne retrouve plus même avec le microscope. Mais ce qui prouve évidemment que ce tissu microscopique n'est pas un muscle, c'est qu'il n'en a pas le caractère physiologique qui est de suspendre sa contractilité par la friction et le massage durant la vie, et qui peut après la mort encore être provoquée par l'influence électro-galvanique, bien qu'à l'opposé de l'utérus l'influence galvanique ne provoque point directement des contractions dans les muscles durant la vie. Dans la matrice, au contraire, la friction et la compression, loin de suspendre sa contraction, la provoquent, et l'électro-galvanisme, qui, par sa puissance résolutive décongestionnante, détermine directement des contractions dans la matrice la vie durant, n'y provoque pas la moindre contraction de suite après la mort. J'avais soumis à cette expérience une matrice de femme, morte en état de gestation, ainsi que des matrices de lapines et de chattes dans le même état, et quoique le tissu utérin restât tout à fait insensible à cette expérience, le cœur et le muscle pectoral, dans le même cadavre, ont montré des contractions excitées par le même appareil; ce qui prouve aussi jusqu'à l'évidence que les fibres trouvées à l'œil nu par madame Boivin, M. Deville et par beaucoup d'autres, dans la matrice à l'état de grossesse, après avoir subi la macération, que ces fibres, dis-je, ne sont point des muscles, puisqu'il leur manque le caractère physiologique et le signe physique des muscles. Ces fibres ne sont donc que la charpente du tissu vasculaire de l'utérus, qui sont à l'état de *feutre* hors de la gestation et développées par la grossesse.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE SUR UN CAS DE PLAIE A DOUBLE OUVERTURE INTÉRESSANT TOUTE L'ÉPAISSEUR DE L'AISSELLE DROITE; ABSENCE D'HÉMORRHAGIE PRIMITIVE ET D'HÉMORRHAGIE SECONDAIRE; INTÉGRITÉ DES MOUVEMENTS ET DE LA SENSIBILITÉ DU MEMBRE; GUÉRISON PROMPTE SANS COMPLICATION; observation recueillie dans les salles de M. VELPEAU, par M. LOUIS AUDAIN, externe du service.

OBS. — Au n° 10 de la salle Sainte-Vierge se trouve un malade recueilli par des passants, sur la route de Neuilly. Il a été porté à l'hôpital à deux heures du matin.

État actuel: Surface du corps moite, pouls médiocrement développé; pas d'apparence d'une très-grande déperdition de forces; conservation de la connaissance, bien que l'intelligence et la parole ne soient pas tout à fait nettes; mais le malade exhale une forte odeur d'ivresse; vêtements ensanglantés; plaie.

Plaie à double ouverture, fournissant une quantité de sang modérée et traversée par une pièce de bois volumineuse, qui la déborde en haut et en bas. On essaye de la retirer en exécutant quelques tractions avec la main; mais on ne la ramène au dehors que dans une certaine étendue; on sent qu'elle est arrêtée par un obstacle. Soupçonnant alors un défaut d'uniformité dans la surface de ce corps, on conduit un bistouri dans la plaie, et on opère quelques débridements pour dégager les tissus. On arrive de cette manière à obtenir le corps étranger tout entier.

Après l'opération, il s'écoule une certaine quantité de sang, laquelle n'a rien d'alarmant. La plaie est matelassée d'un pansement simple, et on recommande de surveiller le malade.

Le même jour, à la visite. Le reste de la nuit le malade a été agité; il « s'est senti la tête vide. »

Actuellement, réaction fébrile assez intense; pouls plein, peau chaude; pas de céphalalgie. Aucune lésion dans les fonctions du membre; mouvement et sensibilité intactes.

Mise à découvert et examinée de près, voici ce que présente la blessure:

Elle est constituée par une double plaie, faite de bas en haut, d'arrière en avant, et un peu de dehors en dedans.

L'une d'elles est postérieure et inférieure, relativement à l'autre qui est antérieure et supérieure.

La première, longue de 5 centim., oblique en haut et en dedans, est située dans la direction du bord antérieur du grand dorsal, et de telle façon qu'elle paraît avoir traversé la partie supérieure de ce muscle.

Elle est parallèle au pli de l'aisselle, dont elle est distante d'un centimètre et demi.

La deuxième, placée un peu en avant de la paroi thoracique de l'aisselle, à trois travers de doigt au-dessous de la clavicule, dans un endroit correspondant à la partie moyenne de cet os, en dedans du plexus brachial, sur la partie supérieure du grand pectoral, a un centimètre de moins que la précé-

dente, et offre une direction presque transversale. Toutes deux sont mâchées à leur entrée, présentent des tissus fortement contus.

Le corps étranger est, comme nous l'avons dit, une pièce de bois énorme, un échalas, tel qu'on en voit dans les grillages de clôture, au-dessus des murs de jardins.

Il a une longueur totale de 28 centim. Rappelons ici qu'il dépassait la plaie de 2 centim. supérieurement, et de 5 inférieurement, mesure qui nous est donnée par une ligne de sang limitée, marquée sur chacune de ses extrémités, dont l'une se termine en fer de lance mousse. Il a 3 centim. de largeur dans sa partie moyenne, et 1 centim. d'épaisseur. A ce niveau se trouve implanté un clou à crochet dont la concavité regarde le plus gros bout.

La manière dont a eu lieu l'accident reste pour nous un mystère, le malade soutenant contre toute probabilité qu'il aurait été saisi par des voleurs qui, après l'avoir dévalisé, l'auraient jeté par-dessus un mur. Ceci, du reste, importe peu.

Le linge du pansement a été trouvé imbibé de sang.

Nouveau pansement. Applications hémostatiques (perchlorure de fer); prescription de tenir le bras rapproché du tronc au moyen d'un bandage *ad hoc*. Diète.

Le 16 juin, nuit assez bonne. Le pouls est plein, à 92, la peau chaude.

Autour de la plaie, inflammation modérée : rougeur, chaleur, tuméfaction dans une sphère d'un rayon de 8 centimètres ; douleur très-peu vive.

L'appareil est humecté par le sang, mais pas assez pour nécessiter de nouvelles applications hémostatiques. Pansement simple.

Le 19 juin, la suppuration est établie, mélangée à une certaine proportion de sang. Pouls moins résistant, à 88. Le malade demande à manger. Il dort parfaitement, ne souffre en aucun endroit : intégrité des fonctions.

Le 23 juin, les nuits ont continué d'être calmes.

Le pouls, qui s'est tenu tous ces jours entre 88 et 92, conserve un certain degré de plénitude.

L'appétit est vif; le malade n'éprouve aucune souffrance; le bon état des fonctions se maintient.

Dans la plaie et autour d'elle, l'inflammation est notablement tombée; quelques bourgeons charnus se font voir dans le fond, à travers les deux ouvertures. De l'inférieure s'écoule une assez abondante quantité de pus; à peine en sort-il par la supérieure.

Injections détersives (eau de quinquina), une portion.

A compter de là, l'état général s'améliore chaque jour; le pus continue de s'échapper librement par la plaie postérieure; la quantité de ce liquide diminue graduellement, en même temps qu'il acquiert plus de consistance.

Depuis deux jours le malade mange deux portions.

Le 20 juillet, l'état du malade lui permettait de quitter l'hôpital sans danger, sa plaie suppurant à peine, et l'état général étant assez satisfaisant; mais il obtient d'y rester quelques jours de plus.

Le 25, la guérison est achevée. Les plaies, complétement desséchées, sont réduites à deux cicatrices roses déprimées, presque linéaires, autour desquelles les tissus sont parfaitement raffermis; les mouvements du membre s'exécutent en toute liberté, à peine existe-t-il un peu de roideur dans l'articulation de l'épaule.

Exemple peu commun d'un cas de nature et d'apparence graves, à marche bénigne et à terminaison heureuse, cette observation a réveillé en nous les quelques réflexions qui vont suivre :

L'absence d'hémorrhagie primitive et de tout écoulement secondaire de même nature, dans une blessure où, à raison de son siége, ces accidents pouvaient à bon droit être attendus, est bien faite pour étonner et il y a tout lieu d'en être surpris *à priori*. Il en est de même de l'absence de toute paralysie et de toute lésion quelconque dans les fonctions de la partie. On se demande, en effet, comment un corps étranger, du volume et de la forme de celui que nous avons décrit, a pu traverser impunément toute l'épaisseur de l'aisselle, dans la direction d'organes importants, sans en blesser aucun; et tout d'abord on est assez naturellement porté à attribuer ce fait à un simple hasard.

En y réfléchissant un peu, il est cependant possible, je crois, de l'expliquer autrement.

On peut en trouver la raison dans l'agent vulnérant lui-même qui, bien que terminé en pointe à l'une de ses extrémités, y présentait une petite surface aplatie qui lui a permis de repousser au devant de lui, et d'écarter sans les diviser, les gros nerfs et les gros vaisseaux de la région; peut-être aussi faut-il ajouter que cette fuite a été favorisée par le peu d'étendue en largeur de ces organes et leur forme en cordons.

Mais, dira-t-on, dans quel but l'explication, et qu'importe de quelle manière la chose est arrivée? Il suffit simplement de constater le fait.

Et d'abord, s'il en était ainsi, où en seraient les sciences et comment progresseraient-elles?

En second lieu, cette façon de voir, si elle est exacte, peut être de quelque utilité au point de vue du diagnostic, et par suite du pronostic.

L'inspection d'un corps étranger qui a traversé une région pourvue de vaisseaux d'un gros calibre et de nerfs considérables, pourra quelque fois faire présumer comment les choses ont eu lieu.

Voilà pour le manque d'hémorrhagie et le défaut complet de paralysie dans le membre.

Maintenant, comment une plaie de cette nature, produite par un instrument volumineux armé d'un crochet, dans une région si riche en muscles épais et en tissu cellulo-graisseux, n'a-t-elle point donné lieu à une inflammation des plus violentes, à une suppuration prolongée, et comment la guérison s'est-elle faite si vite, si bénignement? Ici nous croyons la chose toute simple.

Elle s'explique par la nature même de la blessure et ses conditions physiques :

C'est parce qu'il y a un double orifice que l'un d'eux s'est trouvé dans une situation déclive, qu'il était suffisamment grand, et que le trajet intra-axillaire qui unissait les deux solutions de continuité, présentait une certaine ampleur.

En effet, la deuxième plaie située inférieurement et en arrière, et plus considérable que la supérieure, a fait exactement l'office d'une *contre-ouverture naturelle*, laquelle, par sa déclivité, a permis le libre écoulement du pus au dehors, écoulement d'ailleurs favorisé par les deux dernières circonstances que nous avons signalées. On voit tout ce que peut amener le séjour prolongé de ce liquide au milieu de nos tissus, et notamment dans l'excavation axillaire, à cause de son voisinage avec le cou et la poitrine et la continuité établie entre ces parties par le tissu cellulaire.

Nous trouvons dans cette explication une nouvelle raison de la tendance habituelle qu'ont les abcès du creux axillaire à suppurer longtemps et à se convertir en fistules.

Ils suppurent beaucoup parce que la région leur fournit de quoi suppurer; mais ils tarissent difficilement, eu ce qu'ils n'ont généralement qu'une seule issue, et que cette issue est défavorablement placée : peut-être cette idée touche-t-elle de loin à quelque point de la thérapeutique de ces tumeurs.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX BELGES.

I. ARCHIVES BELGES DE MÉDECINE MILITAIRE.

Les numéros de septembre, octobre, novembre et décembre 1853 contiennent les mémoires originaux suivants : 1° *Du sulfate de quinine dans la fièvre typhoïde;* par M. Binard. 2° *Emploi d'un mélange de sulfate de fer et de quinine dans un cas d'hydropisie suite de fièvre intermittente;* par M. Buys. 3° *Névralgie sciatique guérie par la cautérisation de l'oreille;* par le même. 4° *De la conjonctivite granuleuse;* par M. Meyne. 5° *De l'appareil plâtré de M. Mathyssens dans le traitement des fractures et des amputations*, par M. Decondé. 6° *Attelles modelées en carton*; par M. Meschie. (On ramollit le carton en le mouillant; on l'applique sur le membre que l'on veut mouler et on le fait sécher en l'exposant au soleil. Cette opération simple permet de faire d'avance des moules en carton applicables aux différentes fractures comme pièces principales de l'appareil.) 7° *Traitement de l'ophthalmie granuleuse d'après la méthode de M. Buys;* par M. Quinart. (Cette méthode consiste à enduire les paupières d'une couche d'acétate de plomb neutre. Lorsque cette couche se fendille, on applique de nouveau la poudre médicamenteuse sur le point fendillé. On ne renouvelle complétement l'opération que quand la couche primitive s'est entièrement détachée. Cette méthode est adoptée, avec quelques modifications, par M. Meynne et par la plupart des oculistes belges.) 8° *Sur une nouvelle forme de gale;* par M. Bock (de Christiana).

DE L'APPAREIL PLATRÉ DE M. MATHYSSENS DANS LE TRAITEMENT DES FRACTURES ET DES AMPUTATIONS; par M. DECONDÉ, médecin de régiment à Liége.

Il existe aujourd'hui toute une série d'appareils inamovibles ou amovo-inamovibles dont le plâtre fait la base. Tels sont les moules en plâtre de M. Lacroix, tel est aussi l'appareil de M. Lafargue, où le plâtre et l'amidon sont mélangés à parties égales. On peut faire à ces appareils plus d'un reproche; mais nous croyons que celui de M. Mathyssens, dont il est question ici, présente assez d'avantages pour qu'on puisse hardiment le mettre en parallèle avec ceux qui ont pour base la dextrine ou l'amidon.

Voici en quoi il consiste.

On fait subir au linge dont l'appareil sera confectionné une première opération qui a pour base de le *plâtrer*.

Le plâtrage se fait de la manière suivante : On étend sur une table un tissu de coton, de linge à demi usé ou de flanelle, de la longueur d'un mètre et demi sur un demi-mètre de largeur ; sur ce morceau d'étoffe, on répand au moins un demi-kilogramme de plâtre en poudre sèche qu'on y fait pénétrer autant que possible en frottant à pleine main ; puis, après avoir enlevé le superflu, on renverse la pièce et on agit de la même manière sur le côté opposé. Les deux côtés de l'étoffe étant bien imprégnés de plâtre, on la coupe en autant de bandelettes qu'il est besoin, et on roule celles-ci sous forme de bandes. Ce sont ces bandes qui servent à former les différents appareils. Pour donner une idée de la manière dont ces appareils sont confectionnés, l'auteur décrit celui que M. Mathyssens applique aux fractures de jambe et qu'il appelle l'appareil *plâtré bivalve*. Il laisse à chacun le soin d'imaginer les modifications nécessitées par les différents cas.

Pour construire cet appareil, on coupe six bandelettes plâtrées de la largeur de 6 à 7 centimètres, et assez longues pour s'étendre de la partie supérieure de l'appareil jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de la plante du pied. On en coupe en outre 25 à 30 également larges de 6 à 7 centimètres, et dont les plus longues doivent être de 26, et les plus courtes de 16 centimètres.

Ces dernières bandelettes sont arrangées séparément sur un coussin revêtu d'une alèze. Des bandelettes ordinaires, non plâtrées, leur sont superposées.

La jambe fracturée est placée sur l'appareil. On applique d'abord les bandelettes non plâtrées; ensuite on prend une des six bandelettes, que l'on mouille bien et qu'on applique sur le côté externe, depuis la partie supérieure de l'appareil jusqu'au-dessous de la plante du pied ; une seconde bandelette semblable est étendue sur le côté interne. Un intervalle d'un ou de deux travers de doigt est laissé entre deux. Ceci fait, on mouille et on applique les vingt-cinq ou trente petites bandelettes plâtrées, et on achève le bandage en mouillant et appliquant successivement les quatre grandes bandelettes restantes, savoir : deux du côté externe et deux du côté interne, en ayant soin de couvrir les deux premières.

Pour le rendre inamovible, on applique trois ou quatre bandelettes transversalement sur l'intervalle du bandage, ou bien une ou deux, suivant la longueur de l'intervalle, qu'on recouvre entièrement. On rend de nouveau le bandage amovible en enlevant ces bandelettes.

Comme on le voit, l'appareil du chirurgien belge est d'une application facile et se compose d'éléments qu'on peut se procurer partout à très-bas prix. Il n'est pas lourd comme les moules de M. Lacroix ; il n'est pas compliqué comme le bandage gypso-amylacé de M. Lafargue; sous le rapport de la légèreté et de la simplicité, il a donc tous les avantages des appareils amidonnés. Mais ce qui, à nos yeux, fait son principal mérite et sa supériorité, c'est qu'il se dessèche pour ainsi dire instantanément, puisque vingt-cinq à trente minutes suffisen pour le disposer, l'appliquer et en obtenir la complète dessiccation.

SUR UNE NOUVELLE FORME DE GALE ; par M. BOCK (de Christiana).

OBS. — M. le docteur Bock eut l'occasion d'observer, en 1851, chez une jeune fille de 15 ans non encore réglée et très-maigre, une maladie de la peau fort singulière, qui n'était autre chose qu'une forme particulière de gale.

Dans la paume des mains et à la face dorsale des doigts, on rencontrait des croûtes d'une teinte sale, d'un blanc grisâtre, d'une épaisseur de 2 à 3 lignes qui adhéraient fortement à la peau et étaient d'une consistance telle, qu'on pouvait les couper comme l'écorce d'un arbre. Les doigts étaient à demi fléchis, et on y déterminait de la douleur quand on voulait les étendre; les ongles étaient aussi dégénérés, épais et rugueux; on observait les mêmes altérations à la plante du pied et aux orteils. La marche déterminait beaucoup de douleurs; elle était aussi embarrassée. Les coudes, les fesses, la partie postérieure des lombes et quelques points du dos, la partie chevelue de la nuque, les parties latérales du cou étaient recouvertes de croûtes semblables de la même épaisseur.

Après que celles-ci eurent été enlevées, on vit que la peau était d'un rouge humide et offrait des inégalités. La peau des autres parties du corps présentait aussi une rougeur érythémateuse; sur les jambes, on rencontrait des taches arrondies, brunâtres, sans élévation au-dessus de la peau et çà et là aux extrémités apparaissaient quelques vésicules et des pustules. D'après les renseignements qu'on put obtenir, la maladie datait de deux ans et avait commencé aux mains et aux pieds, où la peau avait semblé s'être crevassée. Au bout de quelque temps, les croûtes avaient apparu d'abord aux extrémités, plus tard aux fesses et en dernier lieu, depuis l'hiver, à la tête. Les bains chauds détachaient toujours facilement les croûtes, et à leur place la peau se montrait rouge et enflammée. De nouvelles croûtes ne tardaient pas d'ailleurs à y reparaître.

M. Bock eut recours au microscope pour examiner ces croûtes, et ce ne fut pas sans un grand étonnement qu'il vit qu'elles étaient constituées pour ainsi dire totalement par des sarcoptes de la gale.

« L'animal en entier, des œufs, leur enveloppe et les excréments constituaient le tout. Tous les cirons qui se trouvaient au milieu des croûtes étaient morts; on n'en rencontra qu'une seule fois un vivant; mais il fut impossible de découvrir les sillons véritables. Il est remarquable que, peu de temps après l'entrée de la malade à l'hôpital, l'infirmière et peu à peu toutes les malades qui se trouvaient dans la même salle, soit qu'elles eussent eu ou non des relations avec la malade, furent attaquées de la forme ordinaire de la gale, que l'on guérit en peu de temps au moyen de la pommade de Vienne.

» La malade avait aussi communiqué la gale à toutes les personnes qui avaient été en contact avec elle dans ses foyers. On prescrivit d'abord des bains tièdes, et plus tard on fit des frictions générales avec la pommade de Vienne, ce qui amena la chute des croûtes. Après un nombre de douze frictions, on fit prendre un bain chaud, et il ne resta plus alors que quelques petites croûtes à la paume des mains, à la plante des pieds et à la nuque. Autour des bords de ces croûtes, il s'en forma de nouvelles que le microscope fit reconnaître comme constituées par deux couches : une superficielle, transparente, qui dépendait des cellules épidermiques, et une autre, placée plus profondément, qui était distincte de la précédente par la présence des sarcoptes et présentait tout à fait les mêmes caractères que les anciennes croûtes, de sorte que celles-ci étaient aussi formées sous l'épiderme. Après de nouvelles frictions, la guérison de la malade fut complète ; sa constitution éprouva aussi une grande amélioration. »

On ne peut pas nier que ce ne soit là, en effet, une nouvelle forme de gale ; jamais jusqu'à ce jour on n'a observé des sarcoptes en aussi grand nombre et à l'état de croûtes parasitiques. Mais cette multiplicité, cette énorme pullulation de l'animal est-elle de nature à faire admettre, comme l'a prétendu dans un autre journal M. Devergie, qu'il y a eu ici, et qu'en thèse générale il y a souvent dans les cas de gale, développement d'une éruption cutanée au milieu de laquelle l'acarus apparait spontanément comme produit morbide? Nous ne le pensons pas.

C'est à peine si la question de la génération spontanée est discutable aujourd'hui lorsqu'il s'agit d'infusoires ou d'entozoaires dont les sexes sont indéterminés et dont les germes ne sont pas connus; à plus forte raison ne peut-elle plus être posée en face d'un insecte à sexe distinct et dont les œufs sont facilement appréciables à la loupe. Mais ne tiendrait-on pas compte de cette considération toute-puissante et se bornerait-on à apprécier en lui-même le fait que nous venons de rapporter, qu'il serait impossible, sans parti pris, d'y voir autre chose qu'une gale remarquable, non pas par son développement qui a suivi les lois ordinaires, mais par le degré avancé où diverses circonstances lui ont permis de parvenir.

Parmi ces circonstances, nous trouvons en premier lieu le jeune âge de la malade et surtout sa constitution affaiblie. Ce sont là, en effet, d'excellentes conditions pour le parasitisme. Tout le monde est d'accord sur ce point que c'est dans les organismes jeunes et débilités que les épizoaires, les sarcoptes, comme les poux, trouvent le milieu le plus favorable à leur multiplication. En second lieu la maladie était ancienne; elle datait de deux ans. Or deux années passées sans traitement, sans soins aucuns, ne suffisent-elles pas pour permettre aux sarcoptes de multiplier à l'infini? Ceux-ci, en fin de compte, ont formé de véritables croûtes parasitiques. A-t-on lieu de s'en étonner lorsqu'on voit des effets presque identiques dans quelques cas de maladie pédiculaire et surtout dans les éruptions où le parasite est un végétal?

Voyez d'ailleurs si, sous tous les autres rapports, la maladie n'a pas suivi sa marche la plus habituelle : elle a débuté par les mains; c'est là qu'elle a toujours eu le plus de confluence ; elle s'est transmise aux personnes qui se sont trouvées en contact avec la malade ; enfin elle a cédé au traitement local insecticide ; car nous ne voyons pas qu'aucun médicament intérieur ait été dirigé contre cette prétendue diathèse parisitique.

II. JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACOLOGIE.

Les numéros d'octobre et décembre 1853 contiennent les mémoires originaux suivants : 1° *De l'anévrisme de l'aorte*; par M. Putégnat. 2° *Sur la part qui revient aux médecins espagnols dans la découverte de la circulation;* traduit d'Antoine Moreson. (L'auteur revendique à tort les droits de quelques savants espagnols, des quinzième et seizième siècles, qui n'en savaient même pas autant que Galien sur la circulation. Il est plus heureux lorsqu'il réclame une part pour l'Espagnol Michel Servet, à qui, du reste, on n'a jamais contesté le mérite d'avoir décrit la circulation pulmonaire.) 3° *De l'emploi du jus de citron dans le traitement du rhumatisme articulaire*; par M. Perkins. 4° *Des maladies des verriers et des tailleurs de cristal*; par M. Putégnat. 5° *Observation de danse de Saint-Guy guérie par les bains sulfureux;* par M. Martin. 6° *Fracture compliquée de la rotule en travers*; par M. Pierrard. (La complication fut consécutive et consista dans

l'inflammation suppurative de l'articulation. On donna issue au pus; on fit quelques injections chlorurées, et le malade guérit avec consolidation très-imparfaite de la fracture.)

III. PRESSE MÉDICALE BELGE.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1853 contiennent les mémoires originaux suivants : 1° *Nouvel agent hémostatique et hémoplastique pour le traitement des hémorrhagies, des anévrismes et des varices*. (Extrait du mémoire de M. Pétrequin publié dans le numéro du 1er octobre 1853 de la GAZETTE MÉDICALE.) 2° *Traitement de quelques maladies chroniques de la peau*; par M. Borié. (L'auteur a obtenu des effets remarquables avec la solution de sublimé en applications locales dans différents cas de prurigo, de lichen, d'eczéma chronique, etc.) 3° *Du siége et des causes les plus ordinaires des maladies du cœur*; par M. Graux. 4° *De la nature des affections blennorrhagiques*; par M. Thiry. 5° *Des effets du traitement iodé dans la phthisie pulmonaire*; par M. Anciaux. 6° *Du collodion saturnin*; par M. Hannon.

DE LA NATURE DES AFFECTIONS BLENNORRHAGIQUES; par M. THIRY.

La GAZETTE MÉDICALE (numéro du 27 novembre 1852) a déjà rendu compte de la première partie de ces recherches comprenant la blennorrhagie simple, la blennorrhagie spécifique et celle qui est symptomatique d'un chancre. La seconde partie est consacrée aux blennorrhagies syphilitiques : nous devons en dire quelques mots.

M. Thiry commence par établir la distinction qu'il fait entre le chancre et les affections syphilitiques. Pour lui, il y a un *virus chancreux* pouvant donner lieu et donnant lieu en effet à différentes formes d'ulcérations locales; mais il n'y a pas de *virus syphilitique*.

Parmi les ulcérations locales produites par le virus chancreux, quelques-unes se cicatrisent régulièrement; dès lors la maladie cesse d'exister dans tous ses éléments. D'autres, au contraire, passent à l'état d'induration; or l'induration atteste, selon M. Thiry, l'anéantissement de tout virus; dès que le chancre s'est induré, il cesse d'exister en tant que maladie locale, virulente; mais à la place du virus qu'elle anéantit l'induration crée un élément morbide nouveau, diffusible, que l'auteur appelle le principe syphilitique.

C'est le principe syphilitique qui en se généralisant donne lieu à la vérole constitutionnelle; syphilides, altérations diverses des muqueuses, parmi lesquelles il faut placer la blennorrhagie dont il est ici question.

La blennorrhagie syphilitique suppose fatalement l'existence d'un chancre induré, soit patent, soit larvé. Si le chancre larvé siége dans le canal de l'urètre, on comprend que la blennorrhagie qui en résulte soit un accident syphilitique éminemment précoce. Dans d'autres circonstances l'écoulement syphilitique est au contraire une manifestation tardive de la vérole; enfin le plus souvent il est contemporain des accidents secondaires.

La blennorrhagie syphilitique peut exister isolément, sans être accompagnée d'aucune autre manifestation spécifique; elle n'est souvent caractérisée par aucune altération de la muqueuse urétrale, vaginale ou utérine, et peut dépendre uniquement d'un état général cachectique. Enfin elle peut être le résultat d'une syphilis constitutionnelle entée sur une blennorrhagie simple, spécifique ou chancreuse : lorsqu'un individu, par exemple, atteint d'une de ces formes de la maladie locale, contracte un chancre induré, celui-ci a pour effet de la transformer en maladie générale, d'en faire une blennorrhagie syphilitique.

M. Thiry n'invoque pas seulement sa propre expérience, il cite les observations plus ou moins analogues aux siennes faites par Bertrandi, Swediaur, Lagneau, Marjolin et Lallemand. Nous croyons qu'il aurait pu beaucoup allonger cette liste, car l'opinion qu'il défend est celle de tous les syphiligraphes anciens. Cette opinion, M. Thiry l'a développée avec beaucoup de talent, il a su la rajeunir en se mettant autant que possible en harmonie avec la doctrine de Ricord sur le chancre induré à l'évolution générale de la syphilis; mais tous ses efforts ne nous paraissent pas devoir suffire pour la faire prévaloir définitivement.

Il y a dans son travail des propositions qui, en réalité, ne sont que des hypothèses plus ou moins ingénieuses; celle, par exemple, qui est relative à l'induration comme agent destructeur du virus chancreux auquel elle substituerait un prétendu principe syphilitique.

D'autres, qui forment en quelque sorte le fond de sa doctrine, auraient besoin d'être établies sur des faits longuement détaillés, susceptibles d'être discutés, appréciés. Peut-être ces faits, dont l'auteur s'autorise sans même les mentionner en particulier, se prêteraient-ils à une interprétation différente de celle qu'il leur a donnée. Pour nous, une blennorrhagie syphilitique, non symptomatique de chancre induré, de plaque muqueuse, ou d'altération constitutionnelle, en un mot indépendante de toute espèce de lésion du canal; une blennorrhagie survenant sous l'influence générale de la vérole, comme unique manifestation de celle-ci, ou même accompagnée d'autres accidents secondaires ou tertiaires, nous paraît sinon une impossibilité, au moins un de ces faits qui, niés par les syphiligraphes actuels les plus expérimentés, ne peuvent pas être acceptés sans examen, de quelque part qu'ils arrivent.

Quant à la transformation des blennorrhagies non syphilitiques en blennorrhagies syphilitiques par le fait d'une infection constitutionnelle intercurrente, c'est là, il faut le dire, une hérésie grave, contre laquelle nous ne craignons pas de protester hautement. Quoi! la vérole constitutionnelle aurait pour effet de rendre syphilitiques les maladies qui l'ont précédée et qui coïncident avec elle dans l'économie! Si vous l'admettez pour la blenorrhagie, vous n'avez aucune raison de ne pas l'admettre lorsqu'il s'agit de coryza, de catarrhe pulmonaire, de phthisie, d'affections du foie, etc.; dès lors la vérole cesse d'exister en tant qu'individualité morbide, et toutes les maladies les plus diverses peuvent être syphilitiques : il suffit qu'elles aient pour sujet des vérolés.

DU COLLODION SATURNIN; par M. HANNON.

Voici comment se prépare ce collodion : 30 grammes de cette substance sont versés goutte à goutte dans une solution concentrée d'acétate plombique neutre faite à chaud dans l'alcool. On agite constamment le mélange pendant la mixtion des deux liquides. On obtient ainsi un liquide trouble, opalin, qui se répand en deux couches au bout de quelques jours, mais que l'agitation du flocon rend instantanément homogène.

Ce mélange appliqué sur la peau y forme une couche mince, transparente d'abord, opaque ensuite, bien plus résistante qu'une couche de collodion ordinaire et surtout plus élastique.

Ce collodion possède toutes les propriétés de l'acétate de plomb; on peut donc l'employer comme astringent, résolutif et répercussif, dans tous les cas où ces effets peuvent être utiles. L'auteur dit s'en être bien trouvé dans des cas de varices nouvellement développées. Il a soin de recouvrir cette préparation composée d'une couche de collodion ordinaire.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 24 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

NOUVELLES RECHERCHES SUR L'ARSENIC DIT NORMAL.

M. FILHOL communique sur ce sujet un travail dans lequel il s'est proposé principalement de lever les doutes qu'auraient pu faire naître dans l'esprit de quelques personnes des expériences publiées par un chimiste étranger à une époque où la question semblait définitivement jugée. Nous avons à peine besoin de dire que les recherches de M. Filhol le conduisent aux résultats annoncés par MM. Danger et Flandin, et confirmés par le grand travail fait d'ordre de l'Académie, c'est-à-dire à nier une nouvelle fois l'existence de l'arsenic dit *normal*. (Renvoyé à l'examen de la commission nommée pour le précédent mémoire.)

SÉANCE DU 31 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la perte douloureuse qu'elle vient de faire dans la personne d'un de ses membres, M. Lallemand, décédé le 23 de ce mois.

TABLES TOURNANTES ET FRAPPANTES.

M. CHEVREUL lit un mémoire sur les tables tournantes et frappantes, dont l'objet est de montrer les analogies qu'elles ont avec la *baguette divinatoire* et le *pendule explorateur*.

Le mémoire est terminé par quelques applications du principe du pendule explorateur avec plusieurs actes de la vie de l'homme et des animaux.

Ce mémoire est le troisième que M. Chevreul a lu sur le pendule explorateur, la baguette divinatoire et les tables tournantes.

CARTE MÉTÉOROLOGIQUE.

M. BOUDIN fait hommage à l'Académie d'un exemplaire de la seconde édition de sa CARTE PHYSIQUE ET MÉTÉOROLOGIQUE DU GLOBE TERRESTRE.

Cette carte, dit l'auteur dans la lettre jointe à son envoi, a pour objet de représenter les principales données météorologiques concernant la distribution de la température, des vents, des pluies, des neiges et des orages, à la surface du globe. Pour cette nouvelle édition, j'ai mis à profit un grand nombre de documents récents et notamment des données dont je suis redevable aux conseils éclairés de M. A. de Humboldt. Ma carte physique résume, à elle seule, six à huit cartes des atlas de Bergbaus et de Johnston, en même temps qu'elle évite plusieurs erreurs échappées à ces savants étrangers.

Occupé de réunir les matériaux d'une troisième édition, je serais heureux de pouvoir profiter des remarques que voudrait bien faire l'Académie sur celle que j'ai l'honneur de lui soumettre aujourd'hui.

Une commission, composée de MM. Elie de Beaumont, Dufrénoy et Duperrey, est invitée à prendre connaissance de cette carte et à en faire, s'il y a lieu, l'objet d'un rapport à l'Académie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 8 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Le rapport final de M. le docteur Degen, médecin cantonal à Forhach (Moselle) sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans le village de Singling, arrondissement de Grosrederching;

2° Le rapport final de M. le docteur Demonchaux, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Saint-Quentin, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Vendhuile;

3° Un rapport de M. le docteur Billot, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Poligny, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Foisses depuis le mois de septembre 1853 jusqu'au mois de mars dernier;

4° Deux rapports des médecins des épidémies de l'arrondissement de Château-Salins, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Couthil (Meurthe).

Le même ministre transmet :

1° Un mémoire rédigé par M. le docteur Buissard, médecin inspecteur des eaux minérales de la Motte (Isère), et contenant des observations sur les maladies au traitement desquelles il a appliqué ces eaux avec succès;

2° Une lettre et plusieurs brochures dans lesquelles M. le docteur Sentein, médecin inspecteur des eaux d'Audinac (Ariége), traite des effets de ces eaux appliquées à diverses maladies;

3° Des échantillons avec demande d'analyse d'une source sise à Wildegg (Suisse).

CHOLÉRA.

M. BONNAFONT, à l'occasion de la question relative au nouveau mode de traitement du choléra par la strychnine, rappelle les résultats qu'il a obtenus de l'emploi de cet agent pendant que l'épidémie cholérique sévissait à Alger en 1835. M. Bonnafont indique sommairement les résultats qu'il a obtenus à cette époque, et desquels il conclut que le sulfate de strychnine, bien qu'il puisse être classé parmi les médicaments utiles contre le choléra, est loin de posséder des propriétés spécifiques analogues à celles dont jouit le sulfate de quinine contre la fièvre d'accès. La réaction subite qu'il provoque n'est souvent qu'une réaction factice purement nerveuse, pouvant provoquer des effets contraires à ceux qu'on désire obtenir.

— M. MACLOUGHLIN annonce que le choléra vient de se déclarer à Londres, à Liverpool, à Durham, à Belfast, en Irlande et en Ecosse d'une manière brusque sur tous ces points. Il y a près de trois semaines les premiers cas de décès ont été signalés à l'autorité, et jusqu'au 22 de ce mois il y en avait 31. Il n'y a pas en de cas de choléra foudroyant constatés : tous on été précédés de diarrhée pour un temps plus ou moins long.

— M. JULES ROUX, correspondant à Toulon, informe l'Académie de l'apparition du choléra dans cette ville. Le 28 juillet le chiffre des décès était de 18. Il se borne à signaler la gravité des cas et l'existence jusqu'ici constante de la diarrhée prémonitoire.

— M. VERGNE, en mission dans la Haute-Marne, écrit de Chaumont que l'épidémie qui, pour la troisième fois, vient sévir sur cette population, présente quelques particularités qui lui semblent dignes de remarque. Il signale en particulier cette coexistence de la suette, qui prend aussi la forme épidémique et semble précéder, accompagner et suivre l'épidémie cholérique.

— M. DUVAL, pharmacien, soumet à l'Académie une formule contre la diarrhée et le choléra, venant des missionnaires de l'Inde.

— M. le docteur B. DANVIN, médecin des épidémies de l'arrondissement de Saint-Pol (Pas-de-Calais), soumet à l'Académie quelques observations sur le service et les rapports des médecins des épidémies. Le but de l'auteur est d'appeler l'attention de l'Académie sur l'impossibilité, dans l'état actuel de l'organisation médicale, d'obtenir des travaux conformes au modèle et aux instructions qui ont été tracées. (Comm. des épidémies.)

— M. PONS (de Bez, près le Vigan et Cauvalet-les-Bains) adresse un travail sur la nature et le traitement de la fièvre typhoïde. (Même comm.)

— M. RANCURE, chirurgien de l'hôpital civil de Douéra (Algérie), réclame la priorité au sujet des faits d'empoisonnement par *l'atractylis gummifera* que M. Commaille a fait connaître dans un mémoire qu'il a adressé récemment à l'Académie. (Comm. : MM. Adelon, Caventou, Chatin.)

— M. DELFRAYSSÉ présente un mémoire sur les morts apparentes. (Comm. : M. Poiseuille.)

— M. FALCONI présente une note sur un appareil qu'il vient d'imaginer pour faciliter les injections anatomiques ou cadavériques. (Comm. : M. Poiseuille.)

— M. le président informe l'Académie qu'à cause de la fête du 15 août la séance n'aura pas lieu mardi, elle sera remise à mercredi.

EAUX MINÉRALES.

M. O. HENRY, au nom de la commission des eaux minérales, lit les rapports suivants :

1° Sur une eau minérale de Desaigne, canton de Lamotte (Ardèche), (eau minérale acidule gazeuse bicarbonatée alcaline). Conclusion : Rien ne s'oppose à ce que l'autorisation d'exploiter cette source au point de vue thérapeutique soit accordée. (Adopté.)

2° Sur l'eau minérale des sources d'Euset on Geuget (Gard), (eaux bitumino-sulfureuses). Il y a lieu d'accorder l'autorisation d'exploiter.

3° Sur une eau découverte à Sotteville-les-Rouen (Seine-Inférieure), (eaux salées assimilables soit à l'eau de mer, soit à celles des sources des Eaux-Bonnes de Manheim, de Hambourg). Même conclusion. (Adopté.)

4° Sur une eau minérale sulfureuse (sulfhydratée et sulfhydrique calcaire) des Fumades (Gard). Même conclusion. (Adopté.)

— M. ROBINET lit une série de rapports sur des demandes d'application des décrets relatifs aux remèdes secrets. Les conclusions uniformément négatives sont adoptées.

— M. LONDE lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Bayran (de Constantinople), ayant pour titre : LA TURQUIE MÉDICALE; CLIMATOLOGIE, PATHOLOGIE, HYGIÈNE, etc. (Nous avons publié un extrait étendu de ce travail dans le numéro du 3 juin dernier.)

M. le rapporteur conclut en proposant d'envoyer une copie dumémoire de M. Bayran au ministre de la guerre, d'adresser des remerciments à l'auteur et d'inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de correspondant. Ces conclusions sont adoptées.

APPLICATION DE LA MÉTHODE DE MORCELLEMENT A L'EXTIRPATION DES TUMEURS FIBREUSES PROFONDES DU COU.

M. MAISONNEUVE présente une malade à laquelle il a pratiqué l'extirpation de tumeurs fibreuses du cou par sa méthode de morcellement. Cette méthode, qu'il eut l'idée d'appliquer, en 1849, à l'extirpation des tumeurs fibreuses interstitielles de l'utérus, consiste à diviser en plusieurs portions les tumeurs que leur volume rend d'une extraction impossible ou trop difficile.

La malade qui fait le sujet de cette observation est une jeune femme de 35 ans. Elle s'aperçut, au mois de janvier 1852, d'une petite tumeur développée vers le milieu de la lésion latérale gauche du cou. Cette tumeur, dure et adhérente aux parties osseuses, n'occasionnait alors qu'une gêne assez légère; aussi la malade se borna-t-elle, pendant plusieurs mois, à l'application de quelques emplâtres fondants. Ces moyens n'eurent aucun résultat, et la tumeur, continuant à grossir, acquit bientôt un développement qui amena des troubles inquiétants du côté de la respiration.

Justement effrayée des progrès de son mal et surtout des phénomènes de suffocation qui commençaient à se produire, la malade vint, dans les premiers jours de mai 1854, à Paris, où, après avoir consulté plusieurs chirurgiens, elle vint à la consultation de l'hôpital Cochin. C'était le 18 juin 1854.

La tumeur occupait alors toute la moitié latérale gauche du cou, verticalement depuis l'apophyse mastoïde jusqu'au-dessous de la clavicule, et transversalement depuis les apophyses épineuses jusque derrière le larynx et la trachée, qui se trouvaient fortement refoulés à droite. Il était facile de reconnaître, sur sa face externe, l'artère carotide et la veine jugulaire interne, ainsi que les muscles sterno-mastoïdiens et trapèze. Légèrement bosselée à sa surface, elle était d'une consistance dure et rénitente comme le tissu fibreux. Il était impossible de lui imprimer le moindre mouvement sur les parties profondes, mais la peau, parfaitement intacte, glissait sur elle avec facilité. Bien que la malade accusât des douleurs assez vives, la pression n'y développait aucune sensibilité. Le bras n'était le siége d'aucune douleur, d'aucun engourdissement; il avait conservé toute la liberté de ses mouvements.

En présence de ces phénomènes, joints aux renseignements fournis par la malade sur l'évolution de la tumeur, M. Maisonneuve diagnostiqua une tumeur fibreuse adhérente aux apophyses transverses des vertèbres.

Une grande question restait à résoudre. Dans cette région existent un grand nombre d'organes essentiels à la vie, l'artère carotide, la veine jugulaire interne, le nerf pneumogastrique, le pharynx, l'œsophage, le larynx, la trachée, les nerfs du plexus brachial et cervical, les artères sous-clavière et vertébrale, le grand sympathique. La tumeur n'avait-elle pas contracté avec l'un ou l'autre de ces organes des adhérences intimes, ou même n'en englobait-elle pas quelques-uns dans son épaisseur?

Se fondant sur ses recherches anatomo-pathologiques, qui lui on démontré depuis longtemps que ces sortes de tumeurs, d'origine périostique, restent constamment isolées des parties molles au milieu desquelles elles se développent, qu'elles les refoulent sans les englober, et qu'avec un peu de patience il est toujours possible de les en séparer, et après une exploration attentive qui lui donna la conviction qu'il devait en être ainsi dans ce cas, M. Maisonneuve pensa qu'à l'aide d'une dissection prudente et minutieuse, il ne serait pas impossible d'extirper cette tumeur en conservant intact les organes importants et nombreux qui l'environnent.

L'opération fut pratiquée le 28 juin 1854.

La malade étant couchée sur le côté droit et préalablement soumise au

chloroforme, M. Maisonneuve fit d'abord une incision verticale étendue de l'apophyse mastoïde à la clavicule, puis une autre incision transversale depuis le larynx jusqu'au delà des apophyses épineuses des vertèbres. Les quatre lambeaux de cette incision cruciale furent disséqués avec un soin extrême, surtout en avant où se trouvaient l'artère carotide primitive, la veine jugulaire interne, le nerf pneumogastrique. Cette dissection fut longue et laborieuse à cause de l'extrême densité du tissu cellulaire qui adhérait à la tumeur par de nombreux tractus fibreux et se refusait absolument à toute tentative d'énucléation. Après avoir ainsi mis la tumeur à découvert dans presque toute l'étendue de sa face extérieure, jugeant qu'en raison de sa consistance extrême et surtout des adhérences intimes qui l'unissaient aux parties sous-jacentes, il serait impossible de l'extraire d'un seul bloc, il résolut de la diviser d'abord en deux parties égales par une incision transversale. Concentrant ainsi tous ses efforts sur cette moitié inférieure, il parvint, après vingt minutes environ de dissections pénibles et délicates, combinées avec des tractions énergiques, à l'isoler complètement des nerfs du plexus brachial, de l'artère et de la veine sous-clavière et de la première côte.

Cette première partie de l'opération avait donné déjà un résultat considérable. On était désormais fixé sur la nature de la tumeur, sur ses connexions exactes avec les parties profondes, et surtout les nombreux et importants organes dont la moindre lésion aurait pu compromettre immédiatement la vie de la malade, avaient été évités avec un bonheur extrême.

Sans perdre de temps néanmoins, l'autre moitié de la tumeur fut attaquée. Cette deuxième moitié était plus intimement fixée que la précédente aux apophyses transverses des vertèbres. C'était là surtout que la dissection devait être opérée avec prudence, à cause des nerfs du plexus brachial dont l'origine était englobée par le pédicule de la tumeur. Pour éviter tout accident de ce côté, l'opérateur divisa encore cette moitié supérieure par une incision verticale qui lui permit de mettre à découvert le point même où elle adhérait aux vertèbres. De cette manière, il put sculpter pour ainsi dire les nerfs dans l'espèce de gouttière fibreuse que leur formait la production morbide. Ceci terminé, l'extirpation ne présenta plus que des difficultés de second ordre et fut achevée en quelques minutes.

Pendant cette opération terrible qui n'avait pas duré moins de trois quarts d'heure, la malade n'avait pas un instant cessé d'être soumise au chloroforme. Elle n'avait perdu qu'une petite quantité de sang, grâce aux précautions prises pour éviter la lésion des vaisseaux; aussi le pouls n'avait-il pas un instant cessé de battre avec régularité.

Dans le but de restreindre autant que possible le champ de la suppuration, on rapprocha les tissus par première intention, au moyen des bandelettes agglutinatives, des serre-fines et d'une compression méthodique.

A cet égard le succès dépassa toute espérance. Dès le troisième jour, cette immense solution de continuité se trouvait cicatrisée dans les 4 cinquièmes de son étendue, et ce qui restait béant se recouvrit bientôt de bourgeons charnus de bonne nature.

Un mois suffit pour compléter la guérison, et aujourd'hui tous les organes ont repris leur position normale, le bras a conservé toute l'intégrité de ses mouvements et de sa sensibilité; la voix est pure, la déglutition comme en pleine santé, et de cette grave opération, la malade ne conserve plus d'autre trace qu'une cicatrice régulière et sans aucune difformité.

— M. Houel communique au nom de MM. Saussier et Paul Carteron, docteurs en médecine à Troyes (Aube), une observation de fistule œsophago-trachéale.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

Du traitement rationnel de la congestion et de l'apoplexie par les alcalins, et en particulier par le bicarbonate de soude; par M le docteur Ed. Carrière. — Broch. in-8°. — Paris 1854, chez J. B. Baillière.

L'histoire symptomatique et anatomo-pathologique de la congestion et de l'apoplexie cérébrale laisse peu de chose à désirer. C'est peut-être une des maladies les mieux connues dans ses conditions organo-pathiques et dans les phénomènes qui en dépendent d'une manière immédiate. Mais on n'en saurait dire autant des conditions étiologiques qui préparent de longue main et qui finissent par déterminer l'apoplexie. De là, le caractère presque exclusivement répressif, qu'on nous passe le mot, de la thérapeutique. M. le docteur Carrière s'est proposé, dans la petite brochure dont nous venons d'inscrire le titre en tête de ces lignes, d'étudier quelques-unes de ces conditions étiologiques à peine entrevues jusqu'ici et vaguement énoncées dans les auteurs, et d'en déduire une thérapeutique préventive plus rationnelle et surtout plus efficace que les traitements usités en pareil cas.

Par la limite à laquelle on s'est arrêté en étiologie, dit M. Carrière, on peut juger des moyens d'action qui composent le traitement. L'attention étant fixée sur l'effort du sang dans l'organe cérébral où il arrive en proportion élevée et tend à s'échapper des vaisseaux dont il distend les parois, la thérapeutique devait placer en première ligne la saignée déplétive. M. Carrière ne prétend pas condamner la saignée dont l'expérience a prouvé l'efficacité contre la congestion et l'apoplexie; elle fait cesser immédiatement les désordres dans les cas les plus heureux, elle modère la force de l'événement quand elle ne la conjure pas. Mais il se demande si elle suffit à tout, si elle s'attaque au mal dans son origine, si elle agit enfin comme un moyen thérapeutique qui s'adresserait directement à la cause et non pas à un de ses effets. On devine assez sa réponse. « La saignée, dit-il, est une soupape de sûreté qu'on ouvre au moment de l'explosion et qui sauve quelquefois la machine. Cependant la soupape n'est qu'un moyen secondaire, et qui serait bien impuissant, réduit à lui seul, si l'on ne savait pas régler le degré d'élasticité de la vapeur, comme la force de résistance de la chaudière. »

Pourquoi donc s'est-on borné à peu près exclusivement jusqu'ici à l'emploi de ce moyen? C'est parce qu'on ne connait pas assez encore l'étiologie de la congestion et de l'apoplexie, ou que cette étiologie est au moins incomplète. On connaît le rôle important que l'on a fait jouer au tempérament sanguin et à certaines dispositions constitutionnelles, comme cause prédisposante de l'apoplexie. M. Carrière, sans contester entièrement la valeur de cet élément étiologique, pense qu'on l'a considérablement exagérée. Il y a, suivant lui, une cause que l'on doit placer à côté, et peut-être même au-dessus de la prédisposition originelle du tempérament; cette cause qu'il faut chercher plus loin que dans le cerveau, siége de la congestion ou de l'épanchement apoplectique, c'est la constitution du sang. Les données nouvelles de la chimie physiologique et de l'humorisme régénéré sur cette base scientifique lui ont paru pouvoir fournir une interprétation des phénomènes qui précèdent et préparent la congestion. Voici en peu de mots par quel enchaînement de faits et de déductions il arrive à constituer une théorie de la congestion sanguine du cerveau.

Le sang doit être alcalin pour circuler librement dans les vaisseaux. L'alcalinité ne se conservant pas au degré qu'elle doit avoir pour l'entretien de l'équilibre physiologique, la fluidité du sang diminue; il arriverait même, s'il perdait absolument ses qualités alcalines pour devenir acide, que sa marche serait impossible dans les rameaux multipliés de l'arbre de la circulation.... Les effets de l'alcalinisation sur le sang lui paraissent démontrés par les résultats produits dans les traitements par les eaux de Vichy, dont l'usage abusif donne lieu à des hémorrhagies passives. Or si le sang peut être assez fluidifié par les alcalis pour s'échapper en hémorrhagies passives, ne peut-il pas arriver, par contre, que la condition inverse épaississe le sang au point qu'il ne progresse plus que difficilement dans les vaisseaux et qu'il en résulte des stases sanguines, et par suite des épanchements apoplectiques? On sait qu'une alimentation trop substantielle a ordinairement pour effet de développer l'acidité des humeurs et de produire cet épaississement du sang qui ralentit sa marche dans les vaisseaux et son inégale répartition dans les viscères, suivant les difficultés plus ou moins grandes qu'il éprouve à traverser les ramuscules capillaires. Qu'un semblable défaut d'équilibre ait lieu dans le cerveau, organe plus exposé que tout autre à un tel inconvénient par sa structure, ses fonctions et sa richesse vasculaire, il ne faudra plus qu'une cause stimulante quelconque, si légère qu'elle soit, qui porte son action sur le cerveau, pour provoquer la congestion et l'apoplexie. On se rend compte ainsi de ces cas assez nombreux d'apoplexie chez des sujets qui ne présentent rien moins que le tempérament à prédominance sanguine et la constitution apoplectique, dont M. Carrière cite dans sa brochure quelques exemples.

La déduction naturelle de cette manière de voir sur l'une des causes les plus communes de la prédisposition apoplectique devait être l'idée de recourir à l'usage des alcalins comme moyen tout à la fois prophylactique et curatif. L'idée de cette médication n'est pas tout à fait sans précédent, mais nulle part elle n'a été formulée d'une manière aussi générale et aussi précise tout en même temps. Bornons-nous à dire que le bicarbonate de soude, les eaux minérales alcalines, l'ammoniaque, sont les agents qui forment la base de la médication que l'auteur propose dans les cas d'imminence de congestion cérébrale, ou même dans la congestion confirmée, sauf à s'aider au besoin de la saignée, dont il n'exclut nullement l'usage. Dans les cas d'imminence simple, c'est au bicarbonate de soude ou à l'eau de Vichy qu'il donne la préférence. L'ammoniaque lui paraît mieux indiquée lorsque les choses sont plus avancées, c'est-à-dire au moment où se manifestent les premiers symptômes de la congestion. Nous renvoyons pour les détails à la brochure même où l'on trouvera un énoncé plus circonstancié des indications de la méthode et des modifications que peuvent réclamer les divers degrés de la maladie.

Tel est en substance le contenu de la petite brochure de M. Carrière,

écrite, comme tout ce qu'écrit notre ancien collaborateur, avec cette élégance et cette distinction de style que les lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE ont eu plus d'une fois l'occasion d'apprécier. L'idée qu'elle renferme est un peu hypothétique sans doute, et elle ne serait peut-être pas de tous points à l'abri de quelques objections. Mais si elle ne se présente pas avec ce caractère de preuve et de démonstration rigoureuse que l'on doit s'efforcer de plus en plus d'imprimer aux œuvres scientifiques, on ne peut méconnaître du moins qu'elle est développée d'une manière ingénieuse, et qu'elle explique avec assez de satisfaction pour l'esprit un certain nombre de faits qui avaient échappé jusque-là à toute interprétation rationnelle. C'est, dans tous les cas, une tentative digne d'encouragement dans cette voie de la médecine étiologique qui cherche au delà de la lésion matérielle le principe des maladies et la base des indications.

H. BROCHIN.

VARIÉTÉS.

MOUVEMENT DU CHOLERA DANS PARIS.

	Août... 4	5	6	7	8	9	10
Admissions aux hôpitaux	45	47	50	40	42	34	19
Cas déclarés à l'intérieur	25	21	20	22	14	13	22
Totaux	70	68	70	62	56	47	41
Décès : Dans les hôpitaux civils	22	27	24	32	25	19	22
— militaires	8	7	8	7	5	3	6
A domicile : 1er arrond.	0	6	4	2	5	3	6
2e —	5	1	3	5	6	3	3
3e —	4	5	3	12	0	1	1
4e —	1	2	0	6	1	1	1
5e —	12	8	8	7	11	6	3
6e —	7	9	3	5	1	5	9
7e —	5	6	8	6	3	2	3
8e —	8	10	10	8	4	6	9
9e —	5	1	3	2	0	1	7
10e —	8	8	4	2	3	3	3
11e —	3	3	0	6	2	1	5
12e —	12	16	15	8	10	7	10
Communes rurales	6	0	16	0	8	4	5

RÉCAPITULATION DES DÉCÈS CHOLÉRIQUES.

Dans les hôp. civils et militaires	30	34	32	39	30	22	28
A domicile et dans les comm. rurales	76	75	77	69	54	43	65
Totaux généraux des décès	106	109	109	108	84	65	93

On peut constater, par le tableau qui précède :

1° Que la mortalité augmente à domicile en même temps qu'elle semble décroître dans les hôpitaux ;

2° Que les quartiers les plus atteints sont toujours les plus populeux et les moins favorisés sous le rapport de la salubrité;

3° Que l'épidémie semble avoir subi un nouveau temps d'arrêt.

Ajoutons cependant qu'il résulte de nos informations que l'influence épidémique se propage et se généralise de plus en plus dans toutes les classes de la population, sans cependant que la maladie paraisse augmenter de gravité.

RÉCAPITULATION DEPUIS LA DECREDESCENCE JUSQU'AU 10 INCLUSIVEMENT.

Admissions dans les hôpitaux civils	2,406	3,583
Cas déclarés à l'intérieur	1,177	
Décès dans les hôpitaux civils	1,868	4,661
— — militaires	351	
— à domicile	2,253	
— dans les communes rurales	189	

BULLETIN DE CHOLÉRA DU MIDI.

Les chiffres suivants indiquent la marche de l'épidémie à Marseille du 3 juillet au 7 août :

Le 3 juillet il y a eu 15 décès ; le 4, 8; le 5, 14; le 6, 19; le 7, 19; le 8, 26; le 9, 21; le 10, 58; le 11, 62; le 12, 78; le 13, 62; le 14, 70; le 15, 92; le 16, 106; le 17, 115; le 18, 102 ; le 19, 105; le 20, 89; le 21, 121; le 22, 130; le 23, 124; le 24, 125; le 25, 86; le 26, 78; le 27, 75; le 28, 79; le 29, 57; le 30, 42; le 31, 56 ; le 1er août il y a eu 43 décès ; le 2, 45; le 3, 33; le 4, 29; le 5, 27; le 6, 15; le 7, 15.

— TOULON. — L'invasion de l'épidémie dans cette ville remonterait au 13 juillet. Le 6 août, on a cru observer une décroissance dans le chiffre des décès, qui s'élevait, les jours précédents, de 60 à 70.

— ARLES. — La maladie continue ses ravages.

— AVIGNON. — Le chiffre des décès cholériques est très-peu considérable et tend à diminuer de jour en jour.

— Gray est une des villes de la Haute-Saône qui ont eu le plus à souffrir de l'épidémie régnante ; mais là, comme sur beaucoup d'autres points, il y a un heureux changement. Nous lisons dans le journal de cette ville :

» L'amélioration dans la santé publique, que nous signalions dans notre dernier numéro, s'est maintenue pendant la semaine, et c'est avec une bien vive satisfaction que nous annonçons à nos lecteurs que l'épidémie est en pleine décroissance. Encore quelques jours, et nous serons débarrassés du fléau qui afflige notre ville depuis le 14. »

— Le choléra vient de faire son apparition à Aix.

— On écrit de Saint-Quentin :

« Le 4 août, le relevé des cas de choléra fait à la mairie donnait l'état suivant :

Décès	41
Cholériques guéris	24
En traitement	17
Total	82

» On comptait, en outre, 31 cholérines. »

— On lit dans L'UNION MÉDICALE :

« Le tableau suivant, dont nous garantissons l'exactitude, indique l'état sanitaire des 86 départements, à la date du 3 août. Les départements marqués d'une * sont ceux où le choléra règne avec plus ou moins d'intensité :

» Ain; * Aisne; Allier; Alpes (Basses-); Alpes (Hautes-); Ardèche; Ardennes; Arriége; * Aube; Aude; Aveyron; * Bouches-du-Rhône; Calvados; Cantal; Charente; Charente-Inférieure; Cher; Corrèze; * Corse; * Côte-d'Or; Côtes-du-Nord; Creuse; Dordogne; * Doubs; * Drôme; * Eure; * Eure-et-Loir; * Finistère; Gard; Garonne (Haute-); Gers; * Gironde; * Hérault; Ille-et-Vilaine; * Indre; * Indre-et-Loire; * Isère; * Jura; Landes; * Loir-et-Cher; Loire; Loire (Haute-); * Loire-Inférieure; * Loiret; Lot; Lozère; Maine-et-Loire; * Manche; * Marne; * Marne (Haute-); Mayenne; * Meurthe; * Meuse; Morbihan; * Moselle; * Nièvre; * Nord; * Oise; Orne; Pas-de-Calais; Puy-de-Dôme; Pyrénées (Basses-); Pyrénées (Hautes-); Pyrénées-Orientales; * Rhin (Bas-); Rhin (Haut-); * Rhône; * Saône (Haute-); Saône-et-Loire; Sarthe; * Seine; * Seine-Inférieure; * Seine-et-Marne; * Seine-et-Oise); * Deux-Sèvres; * Somme; Tarn; Tarn-et-Garonne; * Var; * Vaucluse; * Vendée; Vienne; Vienne (Haute-); * Vosges; * Yonne.

» La mortalité générale par le choléra, en France, peut être évaluée à environ 800 décès par jour dans le moment actuel. Elle n'était que de 500 décès la semaine précédente.

» Le chiffre total des décès, pour toute la France, depuis la réapparition du choléra en novembre 1853, est d'environ 20,000. »

— On lit dans le MONITEUR TOSCAN du 2 août :

« Quoique dans la dernière quinzaine de juillet il se soit manifesté, dans quelques localités du grand-duché, quelques cas de choléra asiatique, nous annonçons avec plaisir que, dans la journée d'hier et aujourd'hui jusqu'à neuf heures du matin, on n'a eu, ni à Livourne, ni ailleurs, aucun cas de choléra. On a compté en tout 51 cas de choléra, dont 41 à Livourne, 32 morts, 13 malades en traitement et 6 guéris. »

— L'émigration de Gênes, dit le CORRIERE MERCANTILE, paraît être arrivée à son extrême limite : en dix-huit jours, elle a atteint le chiffre élevé da 30,584 âmes.

— Lundi dernier, M. Flourens a annoncé à l'Académie des sciences que M. Lallemand a fait un legs de la somme de 50,000 fr., destinée à fonder un prix à décerner au travail que l'Académie jugerait avoir fait faire le plus de progrès, ou à l'anatomie, ou à la physiologie, ou à la pathologie du système nerveux.

— Ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur les médecins militaires dont les noms suivent :

Officier, M. Bertherand, médecin principal de 2e classe aux hôpitaux de la division d'Alger.

Chevaliers, M. Michelet, médecin aide-major aux hôpitaux de la division d'Alger; M. Pouziet, aide-major.

— Le corps médical d'Angers vient de perdre en peu de temps deux de ses membres : M. le docteur Dreheret et M. le docteur Legeay.

ERRATA. — Dans le dernier numéro de la GAZETTE, page 474, 17e ligne, au lieu de 2,000 habitants, lisez : 20,000 habitants.

— ERRATUM. — Dans notre numéro du 5 août, au sujet des communications faites à l'Académie de médecine par M. Abeille, il s'est glissé une omission que nous nous empressons de réparer. Après ces mots : « La contre-expérimentation a fourni des résultats à peu près identiques à ceux de la première expérimentation (dans le traitement du choléra par la strychnine), 10 guérisons sur 22, et production de la réaction 19 fois sur 22; » ajoutez : *dans le choléra cyanique algide ou choléra bleu.*

Le rédacteur en chef, JULES GUERIN.

REVUE GÉNÉRALE.

INSTRUCTION MÉDICALE POUR L'ARMÉE D'ORIENT, ÉTABLIE OFFICIELLEMENT PAR LE CONSEIL DE SANTÉ DES ARMÉES DE TERRE.

(Deuxième article. — Voir le n° 24.)

Si la répartition des fièvres de malaria, selon les pays, est assez facile à prévoir en consultant l'élévation de la chaleur, l'intensité de l'humidité, la topographie, et surtout les conditions palustres des différentes régions, il n'en est plus toujours de même relativement aux dyssenteries et aux affections du foie On peut dire *à priori* qu'il existe des fièvres intermittentes sur les bords du Danube comme dans les marais Pontins, dans la Mitidja algérienne comme sur certaines plages de la Morée, etc., parce que dans toutes ces localités on rencontre des surfaces palustres et une température suffisamment élevée; mais on ne saurait se livrer aux mêmes inductions quant aux flux intestinaux sanglants ni quant aux affections de l'organe secréteur de la bile.

Si nous avons retrouvé à Rome les fièvres palustres que l'occupation de l'Algérie nous avait rendues familières, nous n'y avons pas rencontré ces dyssenteries qui, revenant à peu près régulièrement en Afrique, en été et en automne, surtout dans la province d'Oran, font plus de victimes que les fièvres de marais. Voici quelques citations, prises au hasard, qui appuient cette proposition : le corps d'occupation des États pontificaux n'a perdu qu'un homme de flux intestinal en 1851, que 3 en 1852, que 5 en 1853. Non-seulement ces affections sont bénignes, mais elles se montrent rares, car, pendant le troisième trimestre de 1853, je n'en compte que 45, reçues dans cinq services d'environ 100 lits chacun.

La dyssenterie, dont on a voulu faire à tort une simple forme de la manifestation palustre, une sœur de la fièvre intermittente, semble favorisée par les conditions météorologiques et topographiques qu'on rencontre dans les pays chauds palustres; mais les effluves marematiques n'en sont pas la cause spécifique déterminante. Je n'en veux pour preuve que ces épidémies de dyssenterie qui se sont déclarées éventuellement dans des pays ne présentait point de conditions palustres, et qui ont même ravagé des continents entiers, comme celle de 1538, qui, au rapport de Fernel, n'épargna en Europe ni villes, ni villages, ni campagnes. La dyssenterie a paru passagèrement ou a régné endémiquement en Islande, au Kamtchatka, en Laponie, etc., sur des steppes glacées où la fièvre intermittente est impossible. Enfin, dans certains pays équinoxiaux, au Sénégal, par exemple, la dyssenterie règne pendant la saison sèche, alors que les pyrexies intermittentes ont disparu, et que les effluves ne peuvent plus se dégager des marécages réduits à l'impuissance par le complet dessèchement, par la momification de leur fond vaseux.

Il était donc fort difficile de décider *à priori* si la dyssenterie est grave et endémique dans les provinces danubiennes comme en Algérie, ou si ces contrées jouissent comme Rome d'une certaine immunité. Or d'après les documents compulsés par le conseil de santé des armées, notamment d'après le JOURNAL DE MÉDECINE MILITAIRE RUSSE qu'il a fait traduire, les dyssenteries règnent dans les provinces danubiennes comme en Afrique, et se prolongent jusqu'en octobre et novembre; seulement, loin d'avoir une intensité toujours pareille, elles constituent des épidémies variables selon les années.

La thérapeutique des dyssenteries semble définitivement arrêtée en Algérie : les évacuants gastro-intestinaux, surtout l'émétique, l'ipécacuanha et le calomel, en constituent le moyen principal; les déplétions sanguines locales sont d'une indication restreinte, et l'on recourt très-rarement aux saignées. Ce traitement a été suivi avec le même succès aux hôpitaux militaires français de Rome. Mais les documents consultés relativement aux provinces danubiennes porteraient à croire que ce système doit être modifié dans ce pays, et que les antiphlogistiques interviennent fructueusement pour une plus large part. C'est qu'en effet le génie inflammatoire y est beaucoup plus prononcé que dans l'Agro-Romano et qu'en Algérie. Ici chaque hiver ramène plutôt la constitution médicale rhumatique et catarrhale que franchement phlegmasique, de sorte que les fonctions végétatives accablées par les influences estivo-automnales si débilitantes, ne peuvent se retremper aux influences toniques de l'hiver; il en résulte que la diathèse inflammatoire ne saurait s'établir dans l'économie d'individus vivant sous un tel climat. Il n'en est plus de même dans les provinces danubiennes dont le climat, vraiment excessif, présente tour à tour des étés africains et des hivers très-rigoureux. L'élément phlegmasique doit s'immiscer à beaucoup de maladies, dans de pareilles conditions climatologiques, et l'organisme conserve encore pendant l'été un reste d'activité plastique résultat des froids toniques de l'hiver. Il n'est donc pas étonnant que des affections qui se passent presque toujours d'évacuations sanguines en Algérie, en réclament au contraire quelquefois dans les provinces danubiennes.

Un coup d'œil maintenant sur les affections du foie. Leur fréquence en Algérie, notamment dans la province d'Oran, a été établie par les médecins militaires, en particulier par MM. Haspel et Catteloup, bien connus des lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE, et par M. Cambay dont l'ouvrage a aussi été analysé dans ces colonnes. On a également insisté sur le fait curieux et aujourd'hui acquis à la science, de leur coïncidence avec la dyssenterie, et l'on a recherché l'influence que ces deux sortes d'affections peuvent exercer l'une sur l'autre.

Si l'Algérie n'est que trop fertile en abcès du foie, dernier terme de la phlegmasie de cet organe, Rome et les marais Pontins ne les connaissent presque pas. Le corps d'occupation n'a perdu, par suite d'affection du foie, que 3 hommes en 1849, 4 en 1850, 0 en 1851, 1 en 1852, 2 en 1853, et notre savant ami le docteur Minzi, médecin de l'hôpital central des marais Pontins, nous a assuré n'avoir jamais rencontré d'abcès du foie dans les nombreuses autopsies qu'il pratique depuis tant d'années. Le même observateur ajoute que la rate et même le foie des animaux se présentent le plus souvent altérés dans la plaine pontine, mais que ces viscères indurés, hypertrophiés, au tissu ramolli ou mamelonné, etc., ne sont pas le siége de lésions poussées jusqu'à la suppuration. Au contraire, en Algérie, les recherches de M. Toré, vétérinaire, ont montré que les abcès du foie sont extrêmement fréquents chez les races ovine et bovine, beaucoup moins chez le cheval barde.

On se rappelle que, sous le rapport de la dyssenterie, nous avons

FEUILLETON.

LETTRES SUR VICHY.

(Cinquième lettre.)

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE MÉDICALE.

Monsieur et très-honoré confrère,

Dans notre précédente lettre, laquelle remonte à une époque un peu éloignée, nous avons parlé de l'usage des eaux de Vichy en boisson, et nous avons exposé les points les plus essentiels de leur mode d'administration sous cette forme. Nous nous occuperons dans celle-ci du traitement thermal externe, c'est-à-dire de l'administration des bains et des douches.

Nous ne saurions trop insister, en commençant, sur l'importance de cette partie du traitement thermal, importance qui n'a peut-être pas encore été suffisamment saisie, en particulier dans la pratique locale de Vichy. C'est ici que nous verrons quelles ressources la thérapeutique peut tirer du maniement intelligent et méthodique d'un agent qui, comme tant d'autres, doit surtout ses vertus à la manière dont on l'emploie.

« Ce qui s'est pratiqué autrefois et aujourd'hui à Carlsbad, Tœplitz, etc., dit un auteur dont nous ne saurions trop recommander la lecture aux médecins des eaux minérales, fournit à tout instant un exemple frappant des modifications que produisent, dans les effets des mêmes eaux, la méthode de leur emploi, les appareils et le plus ou moins de perfection des établissements, nous prouvant de plus que, pour connaître les eaux d'un endroit et savoir l'effet qu'on peut en attendre sur un malade, il ne suffit pas d'étudier les propriétés des sources, mais qu'il est encore quelquefois d'une importance majeure de voir de près et d'en approcher les établissements (1). » Ce passage, dont personne assurément ne contestera la justesse, s'applique parfaitement à la publication que nous avons commencée, et en caractérise l'utilité exactement comme nous l'avions comprise.

On a trop exclusivement considéré jusqu'ici les eaux de Vichy comme un médicament doué de propriétés spécifiques, et qu'il s'agissait simplement d'introduire dans l'économie, pour modifier celle-ci d'une manière particulière. Dans cette vue, l'usage interne des eaux devrait à peu près suffire, sauf à suppléer au moyen des bains et par l'absorption cutanée, à ce que la proportion, toujours limitée, de ce qu'il est possible d'introduire par l'estomac, pourrait laisser d'insuffisant. Mais si l'on reconnaît que la médication thermale, à Vichy comme ailleurs, est une médication complexe, qui s'adresse à des organes et à des fonctions multiples, et non pas à un état organique toujours identique, pour remplir des indications variées, on comprendra que rien ne

(1) A. Vogler, conseiller supérieur de médecine à Bad-Ems, DE L'USAGE DES EAUX MINÉRALES, ET EN PARTICULIER DE CELLES D'EMS, Francfort-sur-le-Mein, 1841.

trouvé les provinces danubiennes analogues à l'Algérie et différentes de l'Agro-Romano. Les rapprochements sont tout opposés pour l'hépatite : cette affection y semble rare comme dans l'Italie moyenne, car le conseil de santé ne l'a pas trouvée mentionnée dans les divers et nombreux documents qu'il a si bien interrogés.

Et pourtant nous lisons dans le VOYAGE MÉDICAL DANS LES PROVINCES DANUBIENNES, inséré dans L'UNION MÉDICALE par M. Caillat, que les lésions abdominales consécutives aux fièvres résident bien plutôt dans le foie que dans la rate; de sorte qu'il n'y a point observé ces énormes hyperspléнotrophies si communes dans les autres pays à malaria. Une telle assertion demandait un contrôle; nous n'avons pas manqué de le chercher : or nous l'avons trouvé dans Joseph Frank, qui a constaté à peu près les mêmes faits. Reste donc une contradiction : point ou peu d'abcès du foie sur le Danube, quoique le foie y soit plus souvent affecté qu'en Algérie, où ces abcès sont pourtant communs.

Mais cette contradiction n'est qu'apparente.

Toutes les lésions, les hypérémies, les augmentations de volume du foie, ne sont point des phlegmasies; elles peuvent être poussées fort loin sans se terminer par suppuration. Les abcès ne sont point le dernier degré de leur développement. Le foie, engorgé à la suite de plusieurs récidives de fièvres intermittentes, ne semble guère s'abcéder plus souvent que la rate dans les mêmes conditions; seulement, quand un molimen inflammatoire se développe fortuitement et localise son action sur le foie, il exerce probablement ses ravages avec plus de promptitude et d'activité, à cause des conditions pathologiques qu'il y rencontre.

Ces distinctions entre les engorgements non inflammatoires et les hypérémies phlegmasiques de l'organe hépatique, nous semblent devoir être poussées plus loin encore. Si les abcès du foie sont très-rares à Rome et sur le Danube, l'état gastro-bilieux, qui complique si souvent les fièvres intermittentes et rémittentes, est au contraire très-commun et s'accompagne d'une hypersécrétion de la bile, de l'augmentation de volume du foie, de tension et de pesanteur, voire même de douleur à l'hypocondre droit et à l'épigastre. Eh bien! quoique cet état bilieux ait acquis un haut degré de fréquence et d'intensité à Rome en 1850 et en 1851, les autopsies n'ont fait découvrir la suppuration de l'organe hépatique que quatre fois dans la première, et deux fois dans la seconde de ces deux années. C'est que la lésion dont ce viscère est le siége dans ces cas, n'est pas non plus une phlegmasie, mais consiste plutôt, sans nier l'hypérémie sanguine, dans une pléthore bilieuse, avec modification assez probable de la crase du liquide sécrété. L'état appelé gastro-bilieux et la fièvre bilieuse des pays chauds ne sont certainement pas des hépatites allumant consécutivement la fièvre dans toute l'économie; la bile y a plus de part que son organe sécréteur.

C'est seulement dans ces derniers temps, sous le règne de la période analytique de la pyrétologie des pays chauds, depuis que la doctrine des éléments morbides y est appliquée dans de justes limites et dans une acception commandée par le règne pathologique du pays, qu'on a bien compris les états pathologiques qui résultent de l'existence contemporaine des fièvres palustres, des affections du foie, des dyssenteries et de diverses affections fortuites intercurrentes. Les uns ne prononcent point le nom de sulfate de quinine dans ces affections, et les autres, comme notre ami le docteur Armand, vont jusqu'à dire que la dyssenterie et la pneumonie ne sont que des fièvres pernicieuses et réclament impérieusement le spécifique. Les plus sages établissent des catégories, traitent sans sulfate de quinine les hépatites, les dyssenteries, les pneumonies simples, mais se hâtent de recourir au remède héroïque, soit quand une fièvre pernicieuse emprunte le masque trompeur d'une affection étrangère, soit quand celle-ci vient à se combiner (1) à une pyrexie palustre, pour constituer ainsi une résultante complexe, une proportionnée, qui réclame un double traitement. Ces principes sont si simples, ces vérités si évidentes, la thérapeutique en acquiert un si haut degré de facilite et de certitude, qu'on ne comprend vraiment pas qu'un petit nombre de bons esprits puisse marcher encore aujourd'hui d'après d'autres idées. Il est à souhaiter que les médecins de l'armée d'Orient entrent franchement dans cette phase de progrès, et mettent de côté toutes les exagérations antérieures conçues dans un sens ou dans l'autre.

Les nouvelles doctrines nous semblent pouvoir encore être appliquées avec fruit à l'étude des fièvres rémittentes. On a d'abord professé en Algérie que le type rémittent n'était autre chose qu'une intermittente pure, compliquée d'une phlegmasie qui, par sa continuité, entretenait un certain mouvement fébrile dans les espaces intercalaires aux accès; puis, dans la période de synthèse de la pyrétologie des pays chauds, lorsque la fièvre palustre absorbait et monopolisait tout le règne pathologique, on a nié les complications, et la persistance de la fièvre dans les intervalles des accès a été attribuée uniquement à une intoxication plus intense. Cette opinion, vraie dans certaines limites seulement, a entraîné des conséquences quelquefois dangereuses. Devant les fièvres rémittentes, subcontinues, pseudocontinues, on agit un peu lestement; on croit qu'en dosant le sulfate de quinine avec une largesse d'autant plus grande que le type est plus voisin de la continuité, on satisfait à tout. C'est une imprudente sécurité, par suite de laquelle on ne traite ainsi trop souvent que la moitié de la maladie. Le type intermittent quitte cette allure pour la rémittence, en raison composée de la dose du toxique et de la coexistence d'un élément continu, soit fièvre, soit affection locale. Aussi, appelé près d'un individu atteint de fièvre rémittente, le médecin devra-t-il, tout en administrant le sulfate de quinine, s'enquérir avec soin s'il n'existe pas une autre affection qui exige un traitement spécial. A ce prix seulement, la thérapeutique sera complète et vraiment efficace.

On voit que nous revenons de nouveau aux *proportionnées* de Torti, en donnant à ce fait et à cette idée une bien plus large extension, puisque nous voudrions les ériger en principe propre à porter la lumière sur ces endémo-épidémies à retour annuel régulier, dont l'étude est encore pleine d'obscurités aujourd'hui. La multiplicité des éléments morbides, la distinction des fièvres palustres et climatiques, l'existence isolée de ces éléments ou plutôt de ces maladies simples, leur union si fréquente, le jeu alternatif de leur dédoublement ou de leur fusion, la préexistence ou la survivance de l'un d'eux, rendent parfaitement compte de ces changements de type et de caractères qui,

(1) M. Caillat fait observer qu'il n'y pas seulement juxtaposition des deux genres de maladies, mais fusion, combinaison intime, comme nous l'avions nous-même établi pour l'Algérie et plus encore pour Rome.

doit être négligé pour approprier cette même médication à chacune de ces indications, c'est-à-dire à chacun des états morbides auxquels on veut l'opposer. « Sur dix cas, dit Wetter, dans lesquels les guérisons dépendent des propriétés spécifiques ou de la constitution physico-chimique des sources minérales, il y en a cent autres dans lesquels les effets généraux des bains, les influences du changement et l'usage méthodique de l'eau à l'intérieur constituent tout l'ensemble de l'action médicale (1). »

C'est donc surtout l'étude des indications qui apprend ce que l'on peut attendre du traitement thermal externe, ou plutôt ce qu'on a à lui demander. C'est sous ce rapport que le lecteur suivra sans doute avec intérêt l'exposition des différentes formes dans lesquelles les eaux de Vichy peuvent être employées. Nous passerons successivement en revue les bains et les douches, et nous ne nous contenterons pas d'exposer ce qui se fait actuellement à Vichy. Nous ne remplirions qu'une partie de notre but, si nous n'entrions dans quelques détails sur le développement que doivent prendre certains modes d'administration de nos eaux, dans l'immense réorganisation de cet établissement normal, que nous proposons une direction intelligente et éclairée.

Nous avons déjà dit quelques mots, dans la lettre précédente, de l'usage général que l'on fait des bains à Vichy et des contre-indications qui se présentent quelquefois à leur usage. Le complément habituel d'un traitement à Vichy est, en effet, un bain quotidien d'une heure, à température moyenne, de 31 à 34° c., avec l'eau minérale mélangée par moitié à l'eau douce; l'eau minérale usitée pour les bains étant à 45°, on la mêle avec une proportion convenable d'eau douce froide ou chaude, amenée dans les baignoires par des robinets spéciaux.

L'usage journalier de ces bains est en rapport avec deux indications communes : faire pénétrer dans l'économie les principes minéralisateurs contenus dans l'eau de Vichy; exercer une action stimulante sur la peau.

La pénétration rapide des principes minéralisateurs ou médicamenteux, circonstance particulièrement importante chez les malades qui ne prennent pas ou prennent à peine d'eau en boisson, est prouvée par la neutralisation ou l'alcalisation de l'urine, qui se peut constater dès le premier bain, et quelquefois après vingt minutes à peine passées dans l'eau.

Ces bains déterminent en général un sentiment de bien-être et de force qui les fait vivement apprécier par la plupart des malades. Mais il faut souvent passer d'abord par un état de fatigue ou de courbature qui accompagne les premiers bains, pour se reproduire plus tard, après vingt, trente, quarante, suivant les cas, et qui rend nécessaire alors de les suspendre, ou indique la convenance de cesser le traitement. Cette action positivement *tonique* des bains de Vichy est fort digne de remarque, chez des individus dont aucun ne supporterait huit ou dix bains d'eau douce de suite sans tomber dans un état profond de faiblesse et de langueur, dont quelques-uns même ne peuvent tolérer ces derniers en aucune façon.

Les deux points importants de la pratique du bain de Vichy sont : la composition et la durée du bain.

(1) A. Wetter, HANDBUCH DER HEILQUELLENLEHRE. Berlin, 1838.

survenant dans le cours d'une maladie, ont fait admettre à l'École de Rome le principe de la *dégénérescence* d'une affection en une autre. Enfin la suffisance d'un seul moyen thérapeutique ou l'exigence d'une double médication s'expliquent également bien à l'aide de cette doctrine. Quant aux fièvres climatiques, définitivement admises mais mal déterminées à Rome, nous essayerons de les démontrer ailleurs, avec la méthode rigoureuse et précise de l'École de Paris. La fusion si fréquente des fièvres climatiques et palustres n'a rien, du reste, qui doive étonner : on sait que les maladies intercurrentes sont puissamment influencées par une épidémie régnante ; deux épidémies contemporaines ne peuvent guère non plus rester parallèles et indépendantes ; elles se pénètrent et s'influencent réciproquement. C'est ce qui arrive pour les fièvres palustres ou intermittentes et climatiques ou continues. Ici nous n'inventons, nous ne supposons donc rien ; nous appliquons simplement les lois pathologiques en vigueur et les principes qui ont cours dans la science.

FÉLIX JACQUOT.

(*Le troisième et dernier article prochainement.*)

CHIMIE PATHOLOGIQUE.

ANALYSE CHIMIQUE DE L'URINE D'UN HOMME ATTEINT DE POLYDIPSIE ; note présentée à l'Académie de médecine le 16 août, par M. POGGIALE.

La polydipsie est considérée par les uns comme une perversion du sentiment de la soif, comme un acte physiologique exagéré, sans lésion organique, et par les autres comme une maladie dans laquelle l'eau, en traversant l'économie, entraîne une plus grande quantité de matériaux solides de l'urine qu'à l'état normal, et affaiblit ainsi peu à peu les individus atteints de cette affection. J'ai pensé qu'il était important d'être fixé, par l'analyse chimique, sur la nature de cette maladie ; aussi ai-je saisi avec empressement l'occasion qui s'est offerte de vérifier ce fait dans le service de M. le professeur Godelier, au Val-de-Grâce. Ce médecin distingué a bien voulu me communiquer la note suivante, que je transcris textuellement avant de faire connaître les résultats de l'analyse chimique.

OBS. — Mazel (Auguste), âgé de 25 ans, caporal au 11e de ligne, entré au Val-de-Grâce le 2 août 1853, est d'une constitution moyenne, brun et d'un embonpoint médiocre. Il a toujours joui d'une bonne santé ; on ne peut constater chez lui aucune lésion organique.

Mais il se plaint depuis deux mois d'une soif ardente, presque insatiable, et de sécheresse constante de la gorge ; sa salive est plus rare et lui semble plus épaisse. L'appétence exagérée des boissons s'est rapidement développée chez lui ; quinze jours après qu'elle eut commencé, il n'ingérait pas moins de 25 à 30 litres d'eau dans les vingt-quatre heures. S'il ne se fût retenu, il en aurait bu davantage. La soif le réveillait fréquemment pendant la nuit, et s'il ne pouvait se procurer assez d'eau, il buvait son urine.

Il a un peu maigri depuis deux mois ; l'appétit est bien conservé, et il ne recherche aucun aliment particulier. Les digestions sont parfaites, les fonctions de la peau normales, et s'il n'était pas toujours forcé de boire et souvent d'uriner, il serait, comme d'ordinaire, en parfaite santé. Il avoue s'être un peu adonné au vin : C'est là peut-être, dit-il, la cause de ma maladie.

Son urine est très-abondante et en rapport avec la quantité de boisson absorbée ; elle ne contient ni glucose ni albumine. C'est donc un cas de polydipsie parfaitement constaté ; c'est une simple névrose, une lésion de fonction sans lésion appréciable d'organe.

On essaya d'abord de modifier la sensibilité spéciale de l'estomac et des premières voies par des vomitifs répétés (ipécacuanha et tartre stibié). La soif diminua de moitié ; puis l'intestin se fatigua, et dès qu'on eut cessé les vomitifs, la soif se rencontra presque aussi intense.

Des vésicatoires volants cantharidés, placés aux environs des glandes salivaires et à l'épigastre, firent cesser la sécheresse du gosier et une légère douleur épigastrique qui s'était montrée ; puis l'appétit du malade devint énergique, et comme il avait été un peu amaigri par la médication évacuante, on lui prescrivit le régime réparateur et tonique qu'il a suivi généralement pendant le reste de son séjour à l'hôpital, et qui n'a pas tardé à lui rendre un embonpoint qu'il a toujours conservé depuis. Ce régime était composé de trois quarts de pain et de viande le matin ; trois quarts de pain, un quart de viande et une demi-portion de légumes le soir ; trois quarts de vin matin et soir ; eau vineuse, 8, 10, 12 ou 15 litres ; vin de quinquina, de 125 à 250 grammes.

Ainsi se passa le premier mois de séjour de Mazel à l'hôpital, pendant lequel il buvait en moyenne de 12 à 15 litres dans les vingt-quatre heures ; mais quelquefois il en ingérait une vingtaine. Pendant ce laps de temps et à plusieurs reprises, M. le professeur Poggiale a fait des analyses d'urine dont les résultats font l'objet principal de cette communication.

On tenta successivement chez Mazel l'emploi de différentes médications :

1° L'opium à doses croissantes, poussées jusqu'au narcotisme ;

2° Les infusions amères et de valériane ; en même temps le malade mâchait de la rhubarbe et avalait sa salive ; bains généraux tous les deux jours ;

3° L'usage d'une solution d'iodhydrargyrate de potasse, à doses progressives et portées très-haut ;

4° Des boissons alcalines (bicarbonate de soude) qui augmentèrent beaucoup la soif ;

5° Des boissons acides (limonade sulfurique) qui la diminuèrent un peu, mais qui irritèrent bientôt les organes digestifs ;

6° Enfin le calomel à doses réfractées, dans le but d'exciter un ptyalisme qui ne put être obtenu.

Au bout de quatre mois et demi de ces essais infructueux, Mazel, qui était libéré du service, sort de l'hôpital avec une amélioration insignifiante.

Chacun des moyens successivement employés procurait pendant les deux ou trois premiers jours une diminution assez notable de la soif, qui malheureusement ne se maintenait pas plus longtemps. Mazel, qui désirait vivement guérir et qui prenait ses remèdes avec conscience, a plusieurs fois conçu l'espoir d'une guérison qui ne s'est pas soutenue. Ce qu'il y a de plus remarquable encore à noter chez ce malade, c'est la persistance de la bonne santé générale, qui supportait sans s'émouvoir ces diverses médications ; c'est la conservation de l'appétit, de l'embonpoint et des forces, malgré le flux immodéré d'urine et l'emploi des médicaments, dès qu'on eut mis Mazel à un régime substantiel et tonique et qu'on eut cessé l'emploi des vomitifs.

Il a donc paru évident que la polydipsie n'est pas par elle-même une cause notable d'affaiblissement, pourvu que le malade puisse faire usage d'une alimentation substantielle.

L'urine de ce malade est sans odeur, parfaitement transparente et d'une teinte légèrement verdâtre. Elle devient un peu louche au bout de quelques heures. Chauffée à 100°, elle laisse précipiter quelques flocons grisâtres ; elle

---

La composition ordinaire des bains est de moitié d'eau minérale et moitié d'eau douce. Cette proportion, considérée comme terme moyen, est certainement la plus convenable. Il est difficile, quand on ne l'a pas observé soi-même, de se faire une idée des inconvénients qu'il peut y avoir à la dépasser, c'est-à-dire à ne pas soumettre à une direction méthodique la composition de ces bains.

L'eau minérale n'est pas laissée à la disposition des baigneurs ; le robinet qui la répand dans la baignoire ne s'ouvre qu'au moyen d'une clef. Mais la plupart des malades étant convaincus que plus on prend d'eau, par quelque voie que ce soit, et mieux on se guérit, il n'est sorte de moyens qu'ils n'emploient pour s'en procurer une plus grande quantité. La chose leur est assez facile, au commencement et à la fin de la saison, quand, vu le petit nombre de malades, le service se relâche un peu de sa rigueur. Quelques personnes plus avisées que les autres se procurent même le moyen d'ouvrir à volonté le précieux robinet. Eh bien ! nous avons presque toujours vu ce genre d'excès déterminer quelques accidents. Insomnie, agitation insupportable, phénomènes nerveux, céphalalgie et accidents de congestion cérébrale, mouvement fébrile quelquefois, et surtout aggravation des symptômes, particulièrement des symptômes douloureux ; telles en sont les conséquences ordinaires. Cela n'arrive pas toujours pour un ou deux bains trop concentrés, mais ne manque presque jamais pour une série de bains semblables. Que de fois n'avons-nous pas eu ainsi à combattre des accidents dont la cause nous échappait, jusqu'à ce que l'aveu, souvent provoqué des malades, vînt à nous les révéler !

Il est utile d'insister sur ce sujet, qui donne une idée de l'activité toute particulière d'un traitement, et surtout d'une des pratiques de ce traitement, que les malades, et quelquefois les médecins eux-mêmes, sont disposés à considérer trop légèrement. Nous ne saurions trop le regretter, et il est singulier que nous ayons besoin de le dire. Les eaux minérales réellement efficaces, les eaux de Vichy par-dessus toutes, sont un médicament qui doit se doser et s'administrer comme tous les autres, avec la même circonspection et la même méthode ; la seule différence est que l'un se dose par verres ou par litres, un autre par gouttes ou par grammes. Mais les principes de leur administration n'en doivent pas moins être scrupuleusement suivis.

Cependant cette proportion de moitié d'eau minérale n'est pas absolue. Elle est trop considérable pour un petit nombre de malades ; elle ne l'est pas assez pour quelques-uns, et il est bon quelquefois de la dépasser. Il serait donc utile que l'on pût doser dans les baignoires la proportion d'eau minérale ; cela peut se faire en graduant la baignoire elle-même, comme l'a proposé, nous le croyons, M. le docteur Am. Dubois, ou même en y introduisant un tube gradué.

L'action stimulante des bains, dont nous venons de voir les effets se développer, quand ils contiennent une trop forte proportion d'eau minérale, est ressentie par quelques personnes, quelle que soit cette proportion, d'une manière très-vive et qui en rend quelquefois l'administration fort difficile. Cependant un moyen très-simple, l'addition de son au bain lui-même, suffit souvent pour parer à cet inconvénient. Quelquefois les bains ne doivent être pris que tous les deux jours, ou interrompus à de plus longs intervalles.

n'exerce aucune action sur le papier bleu de tournesol ou sur le papier rougi par un acide. Sa densité est très-faible.

Voici quelques-unes des déterminations qui ont été faites à 15° centigrades, à plusieurs jours d'intervalle, depuis le 6 août jusqu'au 15 novembre 1853 :

1re expérience. — Densité. . . .		1,00152
2e *id.*	*Id.*	1,00149
3e *id.*	*Id.*	1,00151
4e *id.*	*Id.*	1,00146

Cette urine ne réduit pas à la température de l'ébullition la liqueur de Frommersh. Elle ne donne aucun précipité par l'ammoniaque, par les acides azotique, sulfurique et chlorhydrique; elle précipite, au contraire, en blanc par le bichlorure de mercure, les sels de baryte, l'azotate d'argent et l'oxalate d'ammoniaque.

Pour la détermination de l'urée, des matières organiques et inorganiques, on a recueilli l'urine rendue dans l'espace de vingt-quatre heures et on a analysé le mélange. La totalité de l'urine rendue par le malade du 5 au 6 septembre, et qui a fait l'objet d'une analyse complète, a été de 17k,425; mais ce chiffre a souvent varié, particulièrement sous l'influence des médications auxquelles le malade a été soumis.

On a fait évaporer au bain-marie jusqu'à siccité 1,000 grammes d'urine, et on a obtenu un résidu pesant 1,942. On a calciné cet extrait dans un creuset, en y ajoutant de l'acide azotique et en chauffant la masse au rouge, afin de détruire complétement les matières organiques et d'obtenir un résidu salin parfaitement blanc; le poids des sels fixes s'est élevé à 0,680. On a ensuite procédé à l'analyse des divers éléments contenus dans la masse saline, en suivant les procédés usités pour le dosage du chlore, de l'acide sulfurique, de l'acide phosphorique, de la potasse, de la soude, de la magnésie, etc.

D'un autre côté, on a également évaporé au bain-marie 1,000 grammes d'urine jusqu'à consistance sirupeuse, et on a traité le résidu par l'alcool à 90° cent. pour dissoudre l'urée. La liqueur alcoolique filtrée a été évaporée également jusqu'à consistance sirupeuse, et on y a ajouté un poids égal d'acide nitrique pur à une basse température. Le nitrate d'urée obtenu pesait 1,314.

Le résidu insoluble dans l'alcool a été traité par l'eau distillée afin de séparer le mucus, l'acide urique, l'acide silicique et les phosphates de chaux et de magnésie. On a pu doser l'acide silicique et les phosphates terreux en les calcinant dans un creuset de platine, et au moyen de l'eau aiguisée d'acide chlorhydrique, on a dissous ces sels et on a laissé l'acide silicique à l'état insoluble.

J'ai reconnu la proportion d'acide urique par le procédé de M. le Canu en opérant sur une nouvelle quantité d'urine. J'ai obtenu une poudre amorphe, offrant tous les caractères chimiques et microscopiques de l'acide urique et pesant, pour l'urine des vingt-quatre heures, 0,624.

J'ai déterminé la proportion des matières azotées contenues dans cette urine par la méthode de M. Péligot. On sait qu'elle consiste à doser l'azote, en faisant arriver l'ammoniaque qui provient de la combustion de la matière azotée, dans l'appareil condensateur à boules de M. Liebig, contenant un volume connu d'acide sulfurique titré. On reconnaît ensuite, par une dissolution mesurée d'hydrate de potasse, la quantité d'ammoniaque et par conséquent celle de l'azote. 100 centimètres cubes d'acide sulfurique normal (formé de 61,250 d'acide pur et d'eau pour faire un litre) équivalent à 2gr,120 d'ammoniaque ou à 1gr,750 d'azote. Le titre de la liqueur alcaline doit être déterminé d'une manière exacte avec l'acide sulfurique titré.

On a opéré ainsi sur le résidu provenant de 100 grammes d'urine, et on a trouvé que l'urine des vingt-quatre heures contenait 6gr,204 d'azote.

Enfin j'ai employé les procédés que M. Liebig a publiés dans ces derniers temps pour le dosage du chlorure de sodium et de l'urée contenus dans l'urine, et j'ai obtenu approximativement les résultats que je viens d'indiquer. Pour doser le chlorure de sodium, M. Liebig mêle un volume d'une solution de nitrate de baryte et d'eau de baryte avec deux volumes d'urine; il prend à l'aide d'une pipette 15 centimètres cubes de cette liqueur, et il les introduit dans un petit vase à précipiter. Il y verse ensuite peu à peu une solution titrée de nitrate de mercure. L'opération est terminée dès qu'il se forme dans la liqueur un précipité permanent. Chaque centimètre cube de la liqueur employée correspond à 10 milligrammes de sel marin.

La méthode de M. Liebig pour doser l'urée est basée sur l'action que le nitrate de mercure exerce sur ce corps. Ils donnent lieu en effet par leur mélange à un dépôt blanc. Mais si, après avoir neutralisé la liqueur par le carbonate de soude, on continue à ajouter une solution titrée de nitrate de mercure, on obtient une coloration jaune, dès que toute l'urée a été précipitée. On peut donc calculer la quantité d'urée par le nitrate de mercure employé.

En rapprochant les résultats fournis par ces divers essais, on trouve que l'urine des vingt-quatre heures est formée de :

Eau.	17k,391gr	,142
Urée.	11	204
Acide urique.	0	624
Acide lactique. . . . . Lactate d'ammoniaque. . . . . Sels ammoniacaux. . . . . Matières extractives et colorantes. . .	9	465
Sulfates de potasse et de soude. . . .	4	825
Phosphate de soude.	0	234
Chlorure de sodium.	6	521
Phosphate de chaux et de magnésie. .	0	951
Acide silicique.	0	036
	17k,425gr	,000

Cette analyse a été répétée plusieurs fois dans l'espace de quatre mois, et elle a donné, dans toutes les épreuves, approximativement, les mêmes résultats.

Si l'on rapporte ces chiffres à 1,000 grammes d'urine, on obtient les résultats suivants ;

Eau.	998,056
Urée.	0,642
Acide urique.	0,035
Matières organiques.	0,543
Sulfates de potasse et de soude. .	0,276
Phosphate de soude.	0,013
Chlorure de sodium.	0,370
Phosphate de chaux.	0,054
Acide silicique.	0,002
	999,991

Si l'on compare les résultats consignés dans ce tableau avec ceux que différents chimistes ont obtenus en opérant sur l'urine normale de l'homme, on remarque :

1° Que la totalité de l'urine rendue dans l'espace de vingt-quatre heures est 17 fois plus considérable que dans l'état normal;

2° Que la densité de cette urine est sensiblement 17 fois plus faible que l'urine normale;

3° Que pour 1,000 grammes d'urine la proportion d'urée n'est que de 0,642, tandis qu'elle s'élève à 12 grammes environ en état de bonne santé;

4° Que la quantité d'acide urique est représentée par 0,035, au lieu de 0,600;

5° Que le chiffre des matières fixes n'est que de 0,715, au lieu de 12 grammes en moyenne;

En résumé, les bains de Vichy, tout mitigés qu'ils sont administrés, jouissent d'un degré d'activité très-remarquable. Lorsque les malades en traitement se sentent prématurément *fatigués* par les eaux, c'est-à-dire qu'ils cessent de les tolérer facilement, c'est presque toujours, et avec raison, les bains qu'ils en accusent. En effet, il suffit ordinairement, pour ramener l'équilibre, de les suspendre quelques jours sans interrompre la boisson.

Du reste, les bains de Vichy sont fournis par deux sources différentes, dans deux établissements distincts; le *puits carré*, qui fournit aux cent baignoires du grand établissement, et que nous avons en particulièrement en vue jusqu'ici, et la source de l'*hôpital*, qui fournit à l'établissement secondaire de l'*hôpital*, lequel ne contient que vingt baignoires et une petite piscine.

L'eau de l'*hôpital* n'a que 30° centigrades. Il faut donc y ajouter de l'eau chaude. Elle est sensiblement moins stimulante que celle du *puits carré*. Cela tient-il à la plus grande proportion de barégine qu'elle renferme? C'est au moins la seule différence sensible de composition que nous y puissions signaler. Dans tous les cas, nous rencontrons tous les ans des malades qui ne supportent pas les bains du *grand établissement*, tandis qu'ils tolèrent parfaitement ceux de l'*hôpital*. C'est là un fait d'observation acquis pour nous, mais dont l'importance ne dépasse pas le cercle de la pratique de Vichy.

Quelques baignoires du *grand établissement* sont alimentées par une source spéciale, la source *Lucas*, dont nous avons signalé précédemment la nature un peu sulfureuse. Nous avons souvent prescrit ces bains dans des cas où les sulfureux se trouvaient indiqués. Prunelle leur attribuait même une certaine valeur dans ce sens. Mais les résultats n'ont pas répondu à notre attente. Cependant nous avons été conduit, par ces essais mêmes, à tenter si l'addition artificielle de sulfure de potasse aux bains de Vichy ne pourrait pas ajouter à ces derniers une efficacité toute particulière dans certains cas faciles à prévoir, et plusieurs essais heureux nous ont porté à donner quelque extension à cette pratique. Mais nous devons développer ailleurs cette idée que nous avons l'intention d'étendre à l'administration des bains de Vichy iodés, et nous nous contenterons ici de cette simple indication.

Si la manière dont on prépare les bains à Vichy, l'eau minérale dont on fait choix, la proportion d'eau douce dont on la mélange, l'addition que l'on y peut faire, ou de son pour la mitiger, ou d'agents médicamenteux particuliers, tels que le soufre et l'iode, présentent une importance quelquefois capitale pour l'issue d'un traitement thermal, il est une autre circonstance de l'administration de ces bains qui mérite également une grande attention, nous voulons parler de la durée qu'on leur donne.

La durée commune des bains à Vichy est d'une heure; c'est la durée réglementaire. Quelquefois cependant il faut la réduire, comme nous l'avons indiqué plus haut. Mais c'est fort rare. Les malades restent en général volontiers une heure dans leurs bains. Le bien-être qui suit ordinairement ces derniers se ressent pendant leur durée, et comme ces bains se renouvellent quotidiennement pendant vingt ou trente jours, il serait la plupart du temps superflu, il y aurait même des inconvénients à les prolonger davantage.

Cependant il est un bon nombre de cas où les bains prolongés se trouvent indiqués. Lorsque le bain est forcément l'unique moyen de traitement, lorsqu'on a à agir sur des lésions matérielles considérables, lorsqu'on a affaire à

6° Que la quantité des matières solides contenues dans l'urine des vingt-quatre heures est sensiblement la même que celle qui est fournie par l'urine normale.

Il résulte de ce fait remarquable que lorsqu'on introduit dans l'économie une grande quantité d'eau, 25 ou 30 litres, par exemple, l'économie se débarrasse rapidement de ce liquide; mais l'urine n'entraîne pas une proportion plus considérable de matières organiques et inorganiques. S'il en était autrement, les hommes atteints de polydipsie prendraient une quantité beaucoup plus grande d'aliments azotés pour réparer leurs pertes, ou ne tarderaient pas à succomber. On sait, au contraire, que les personnes attaquées de cette maladie, quoique affaiblies, vivent longtemps, et c'est avec raison, je crois, que quelques pathologistes ont considéré cette affection comme un acte physiologique exagéré, accompagné de névrose.

M. Bischoff a admis, dans une note adressée à l'Académie des sciences, que les quantités d'eau et d'azote contenues dans l'urine gardent toujours des proportions très-exactes, et que la quantité totale d'urée est dans un rapport intime avec celle de l'eau. Cette observation, qui est peut-être vraie dans les conditions physiologiques, n'est pas confirmée par l'analyse dont je viens de rapporter les résultats.

CHIRURGIE PRATIQUE.

MÉMOIRE SUR L'OSTÉO-MYÉLITE (lu à l'Académie des sciences le 21 novembre 1853); par M. CHASSAIGNAC, chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

Parmi les affections chirurgicales qui sévissent particulièrement sur les membres, il en est qui, par l'ensemble de leurs symptômes, l'étendue et la gravité des désordres qu'elles produisent, le caractère en quelque sorte fatal et irrésistible qu'elles présentent dès leur début, semblent émaner d'une cause constitutionnelle. Cet ordre de faits pourrait être considéré comme représentant les expressions diverses d'une même entité pathologique que nous qualifierions volontiers du nom de *typhus des membres*. Toutefois une pareille innovation dans le langage ne pourrait être acceptée qu'en faveur d'un rapprochement utile et d'une liaison à établir entre des affections isolément décrites jusqu'ici, mais qui ont une certaine consanguinité.

Ces trois affections sont : le phlegmon diffus, les abcès sous-périostiques aigus, l'ostéo-myélite. Le cours de nos études sur ces trois affections nous a conduit à établir entre elles des rapprochements qui reposent sur la nature de leur cause, sur leur gravité, sur leur marche, sur leur mode de production l'une par l'autre, sur leur existence simultanée dans certains cas. Et pour n'en donner qu'un exemple, il nous suffira de rappeler que l'ostéo-myélite, expression la plus profonde et la plus centrale du typhus purulent des membres, entraîne forcément l'existence de l'abcès sous-périostique aigu et du phlegmon diffus. L'abcès sous-périostique aigu peut entraîner le phlegmon diffus, et quant au phlegmon diffus il peut, par réciprocité, amener une périostite suppurative; mais, d'une manière générale, on doit dire que la loi de propagation se réalise beaucoup plus du centre à la circonférence que de la circonférence au centre.

Les considérations qui précèdent ont pour objet de marquer la place et d'indiquer les grandes relations d'une maladie peu connue, très-mal étudiée jusqu'ici, et qui mérite de la part du clinicien une attention d'autant plus sérieuse qu'elle peut devenir pour lui l'occasion de résultats remarquables au point de vue de la science diagnostique et de l'art chirurgical dans le traitement : nous voulons parler de l'ostéo-myélite. Ce mot *d'ostéo-myélite* réveille à son simple énoncé des souvenirs qui semblent peu en harmonie avec l'idée d'une affection nouvelle à décrire. Le nom est connu depuis longtemps, il a depuis longtemps cours dans la science, il rappelle un travail plein d'intérêt dû à l'un des élèves distingués de l'École de Paris, M. Reynaud. Mais quand on l'applique à la lésion que nous allons étudier, on reconnaît qu'il désigne un ordre de faits pathologiques très-distincts et qui n'a point été décrit. En effet, M. Reynaud n'a traité de l'inflammation du système médullaire des os longs que dans les cas où une cause traumatique a développé cette inflammation, que dans ceux où cette cause a revêtu la même forme, celle d'une amputation du membre entraînant l'ouverture chirurgicale du canal médullaire. Enfin, sa description n'est prise qu'au milieu de circonstances capables d'égarer par leur nature l'exactitude de l'analyse, le fait de l'amputation, établissant des coïncidences susceptibles de troubler la pureté ou, si l'on veut, l'unicité de l'acte pathologique. Ainsi, quand, à la suite d'une amputation, le malade succombe au milieu des phénomènes de l'infection purulente, comment pourrait-on faire la part bien claire et bien définie de ce qui revient aux symptômes et aux accidents de l'ostéo-myélite et des phénomènes qui ressortissent à l'infection purulente? Nous sommes conduit à tenir ce langage quand nous voyons un observateur aussi distingué que M. Reynaud assigner comme caractère à l'ostéo-myélite une coloration jaune de la peau qui n'est pour nous qu'une des expressions symptomatiques de l'infection purulente. Si le travail de M. Reynaud a été considéré par quelques pathologistes comme étant à peu près le seul qui renfermât une histoire de l'ostéo-myélite, il faut convenir cependant que des observations relatives à cette maladie avaient été déjà publiées par Duhreuil, et qu'on ne saurait, sans injustice, omettre de citer, comme fournissant des renseignements utiles sur cette question, la thèse de Macdonald DE CALLO ET NECROSI, les travaux du docteur Thomson sur l'inflammation, les éléments de pathologie anatomique du docteur Craigée, chap. 18, sect. 2, p. 564, et enfin les travaux d'Howship. Mais dans presque toutes ces recherches, les phénomènes propres à l'ostéo-myélite se dégagent difficilement à raison de leur mélange avec ceux des affections concomitantes de l'ostéo-myélite, ou bien aussi à cause du but que se proposait chacun de ces auteurs et de la direction qu'il a donnée à ses recherches. En un mot, les cas d'ostéo-myélite essentielle et aiguë y sont excessivement rares.

Il faut donc prendre l'histoire de la maladie dans ses types en quelque sorte purs et natifs et non dans des formes obscures et mélangées. Car ces conditions imposées au pathologiste qui décrit une affection nouvelle ne sont plus les mêmes pour celui qui s'occupe d'une affection déjà connue et dont les caractères sont bien définis. Ici la confusion n'est plus à craindre, parce que, au milieu de lésions qui se com-

ce qu'on appelle la propriété *dissolvante* des eaux de Vichy (expression mauvaise en ce sens qu'elle paraît exprimer le mode d'action propre aux eaux, tandis qu'elle n'a trait qu'au résultat définitif), lorsqu'on veut obtenir une modification aussi profonde que possible de l'organisme, on a besoin alors de prolonger la durée du bain.

Mais les bains de baignoire ne s'y prêtent pas : l'immobilité, l'ennui, l'engourdissement et la céphalalgie qu'y déterminent presque toujours un trop long séjour, les vapeurs chargées d'acide carbonique qui s'en exhalent, l'espace restreint où l'on se trouve enfermé, tout cela fait qu'il est difficile de dépasser sans inconvénient ou sans danger une heure ou une heure et demie, au plus deux heures, dans un bain de baignoire.

C'est le cas alors de recourir aux bains de piscine, et l'une des nombreuses qualités de ces derniers est de permettre en effet de prendre des bains prolongés.

Les piscines sont le complément naturel de tout établissement thermal. Seulement, suivant la nature du traitement qu'on y fait, suivant la qualité de l'eau médicamenteuse elle-même et l'espèce des maladies qu'on y traite, elles forment le principal ou l'accessoire du système balnéatoire.

Il y a bien des manières d'entendre les piscines : ce sont ou de vastes bassins dans lesquels on peut se livrer à la natation, ou d'étroits réduits où deux ou trois personnes seulement peuvent se mouvoir; tantôt elles sont alimentées par un courant continu d'eau minérale, tantôt remplies et vidées alternativement comme une baignoire, tantôt isolées, tantôt réunies dans un bassin commun, divisé par des cloisons en compartiments séparés.

Ce qui caractérise la piscine, en résumé, c'est un espace assez considérable pour que plusieurs personnes puissent s'y baigner en commun, s'y tenir debout, s'y mouvoir à volonté.

Ses avantages sont de permettre, par la distraction qu'y procure la société, par la possibilité d'y changer de place, de se livrer à un certain exercice, de prolonger l'action du bain presque indéfiniment.

Ses propriétés thérapeutiques sont de permettre, par la durée du bain, à une plus grande proportion de principes médicamenteux, d'être absorbés par la peau, de procurer, par le mouvement incessant de l'eau, une action beaucoup plus vive sur cette membrane, de combiner enfin, avec tout cela, un certain degré d'exercice actif, qui vient apporter un élément nouveau à l'action propre du bain lui-même.

Ces principes sont élémentaires en fait de balnéologie minérale, et on aura peine à croire que jusqu'ici l'établissement thermal de Vichy ait été à peu près dépourvu de piscines; cet à peu près même, comme on va le voir, équivaut à une négation complète pour la plupart des malades qui fréquentent cet établissement.

Il y a à Vichy deux piscines pouvant contenir chacune de trente à quarante personnes, mais qui sont exclusivement réservées aux indigents reçus à l'hôpital civil et aux soldats de l'hôpital militaire, lesquels s'y baignent chaque jour successivement, mais sans y demeurer plus d'une heure. En outre, Prunelle avait, il y a quelques années, obtenu de l'administration, la construction d'une petite piscine, uniquement consacrée aux dames et alimentée par

pliquent l'une l'autre, les caractères propres à chacune d'elles se rattachent facilement à des descriptions déjà connues, et la part de chacune est facile à faire dans l'ensemble commun.

Ce n'est donc que sur des types bien nets et bien tranchés qu'il s'agit aujourd'hui pour nous d'édifier à nouveau l'histoire de l'ostéo-myélite. Dans tous les cas, il nous importe de ne point laisser l'esprit du lecteur s'arrêter à des analogies que le titre de ce travail aurait pu lui suggérer. Ce titre, nous avons cru devoir le respecter pour ne point multiplier, sans une utilité manifeste, les dénominations scientifiques, et surtout pour ne point écarter celles qui ont reçu la sanction d'un usage déjà établi.

La différence qui existe entre l'étude de l'ostéo-myélite sur des membres amputés et celle qui se fait sur un os dont le canal médullaire existe encore tout entier a été parfaitement comprise pour la première fois par M. Flourens dans son beau travail sur le développement des os, lu à l'Académie des sciences le 4 octobre 1841. Que faisaient avant lui tous ceux qui avaient répété les expériences de Troja et notamment Alexandre Macdonald? Que faisait Troja lui-même pour étudier les altérations du système médullaire des os? Il commençait par scier l'os en travers, c'est-à-dire par pratiquer l'amputation du membre; puis portant un stylet dans le canal médullaire de cet os, il en déduisait toute la membrane interne.

M. Flourens, au contraire, a voulu conserver l'os entier; il s'est borné à pratiquer une ouverture sur un os long, le radius par exemple, et c'est par ce trou qu'il a fait pénétrer dans le canal médullaire les agents de destruction. C'est en agissant ainsi qu'il lui a été donné de constater des faits passés inaperçus par ceux qui l'avaient précédé dans ce genre d'études, et de s'élever à une conception beaucoup plus exacte de la régénération des os après la mortification de leur membrane médullaire. En prenant pour base de notre description les cas d'ostéo-myélite complétement étrangers aux amputations, nous avons cherché à faire pour la pathologie humaine ce qu'avait fait dans ses recherches de pathologie expérimentale le savant professeur que nous venons de citer.

SYMPTÔMES.

Afin de présenter un tableau aussi fidèle que possible de cette maladie, nous en décrirons d'abord les symptômes, et immédiatement après les lésions cadavériques.

Le premier phénomène par lequel s'annonce l'ostéo-myélite, c'est une douleur locale vive. Chez tous les sujets, cette douleur existait dès le début. Dans une seule de nos observations, nous avons conservé quelques doutes sur la question de savoir si la douleur locale n'a pas été précédée d'un mouvement fébrile. Dans tous les cas, nous sommes certain que le sentiment de fatigue générale, d'accablement accompagné de fièvre n'aurait précédé que de vingt-quatre heures l'apparition de la douleur locale. Et encore croyons-nous que, dans ce seul cas, si le malade n'a point accusé cette douleur comme phénomène initial, ce n'est pas la preuve qu'elle n'eût point existé seulement. Comme elle n'a pris toute son intensité qu'au bout des premières vingt-quatre heures, il est très-possible que, dans les souvenirs du malade, elle n'ait daté que de ce moment. Cette douleur est constamment très-vive. Son intensité semble s'accroître encore à mesure que le mouvement fébrile se prononce davantage. La moindre pression exercée sur le membre malade est intolérable et les mêmes phénomènes douloureux subsistent avec une égale intensité jusqu'à l'amputation ou jusqu'à la mort. Très-différente en cela de la douleur qui accompagne le phlegmon diffus ou l'abcès sous-périostique aigu et qui s'amende notablement après les incisions évacuatives, de telle sorte que quand, après ces incisions faites sur un membre reconnu atteint de phlegmon diffus et de péritonite suppurative aiguë, on ne voit pas survenir une amélioration notable dans l'intensité de la douleur, il y a lieu de se demander si, indépendamment des deux lésions précédentes, il n'existe pas une suppuration plus profonde encore dans le tissu osseux lui-même. Cette douleur offre des caractères particuliers. Nous ne parlerons pas d'une sensation pulsative et lancinante qui u'a été bien nettement accusée que chez un des malades, mais nous nous arrêterons un instant sur cette sensation singulière par suite de laquelle les malades croient qu'on leur fracture le membre. C'est une sensation que nous avons retrouvée presque sans exception chez tous les sujets atteints soit d'ostéo-myélite, soit d'abcès sous-périostique aigu. On ne peut pas soulever le membre pour le poser sur un coussin ou sur une alèze sans que le malade ne s'écrie aussitôt: Vous me cassez la jambe! Si la lésion siége au membre inférieur, c'est donc une particularité à noter que cette sensation de fracture sans fracture dans quelques-unes des formes les plus graves des affections aiguës du système osseux.

Le siége précis de cette douleur et de sa plus grande intensité se trouve généralement dans le lieu où l'on rencontre à l'autopsie les lésions osseuses à leur maximum d'intensité; mais, dans certains cas, elle retentit à son début dans la totalité du membre sur l'un des os duquel siége l'affection; puis, après ce premier envahissement général, elle va se circonscrivant dans le point qui est spécialement affecté. Nous avons recherché si la douleur locale, dans cette maladie, n'avait pas quelque retentissement plus ou moins éloigné sur d'autres régions du corps. Nous avons bien vu, il est vrai, des douleurs dans la fosse sus-épineuse se montrer chez un individu chez lequel l'ostéo-myélite n'avait point envahi les os de l'épaule; nous avons vu chez le même sujet des douleurs postéro-cervicales, mais, en somme, les douleurs vives et continues dans d'autres parties que celles qui étaient primitivement affectées n'ont jamais existé que là où la même affection se produisait sur d'autres os, en sorte que, dans cette maladie, on peut considérer la douleur comme étant fortement localisée sur le point même où existe l'altération osseuse.

Il importait de savoir si quelque douleur remontant à une époque antérieure plus ou moins éloignée et d'un caractère plus ou moins vague n'aurait point indiqué une prédisposition dans l'os affecté. Nos recherches à cet égard ont eu un résultat négatif, et le caractère des douleurs qui, à cinq, sept et huit jours de date avaient précédé l'entrée des malades à l'hôpital ne nous a pas permis de douter qu'elles n'appartinssent à l'invasion directe du mal et non à un état prodromique. Dans un seul cas, des violences avaient été exercées deux mois auparavant sur un membre qui fut atteint d'ostéo-myélite.

Quant à la loi de propagation de la douleur, elle se règle sur la marche même de la maladie qui a une tendance constante à remonter de l'extrémité des membres à leur racine.

Dans l'ostéo-myélite, la douleur précède tous les autres symptômes,

---

l'eau de l'hôpital, dans laquelle de douze à quinze personnes étaient admises à la fois.

Voilà tout ce que Vichy possède à l'heure qu'il est, en fait de piscines. Les indigents et les soldats y sont, à vrai dire, mieux traités que les autres personnes, et il suffirait cependant qu'ils le fussent aussi bien. Les malades du sexe féminin trouvent bien quelques places, fort insuffisantes, dans la petite piscine de l'hôpital. Quant aux autres, il ne leur est possible, à aucun prix, de prendre un bain de piscine, ni par conséquent un bain de plus de deux heures de durée.

Nous insistons d'autant plus volontiers sur ces circonstances que le développement qui va être donné à l'établissement de Vichy et les masses d'eau minérale que l'on sera prochainement en mesure d'y réunir, permettront de remédier à ce fâcheux état de choses: nous ne pouvions d'ailleurs négliger cette occasion d'indiquer ce qu'il convient aujourd'hui de faire à ce sujet.

Nous avons dit plus haut qu'il était des établissements thermaux dont les piscines formaient l'élément principal. Il n'en est pas de même à Vichy: les bains de baignoire peuvent suffire à la majorité des malades qu'on y traite; mais il est une minorité importante pour laquelle ils sont nécessaires, quelques-uns pour lesquels ils sont indispensables.

La piscine de l'hôpital, tout insuffisante qu'elle soit, nous a permis de faire à ce sujet des observations très-intéressantes et très-concluantes, en particulier pour les maladies du système utérin. Nous avons eu beaucoup de femmes atteintes d'affection de ce genre, pour qui les bains de baignoire semblaient sans action, et qui, dès qu'elles prenaient des bains de piscine, ressentaient dans les organes malades une amélioration immédiate et importante. Les points sur lesquels porte habituellement cette amélioration en indiquent la valeur aux yeux des médecins habitués à observer ces sortes de malades. C'est une sensation de tonicité succédant au relâchement des organes du bassin, la diminution ou la disparition des douleurs lombaires, la disparition de l'irritation vulvaire. Et ce n'est pas à la nature spéciale de l'eau, provenant de la source de l'*hôpital*, qu'il faut attribuer ces résultats, mais à la nature du bain, et surtout à sa prolongation pendant plusieurs heures.

S'il est possible d'obtenir quelque chose des bains de Vichy dans les engorgements utérins, dans les tumeurs de l'utérus et de ses annexes, et on en obtient effectivement quelque chose, ce n'est qu'à l'aide de bains prolongés. Ces derniers ne sont pas moins indiqués pour les individus des deux sexes, portant des engorgements du foie, de la rate, des tumeurs abdominales, etc. Nous ne voulons pas faire ici l'énumération des cas où les bains prolongés se trouvent indiqués: c'est une affaire de pratique locale et actuelle, c'est-à-dire dans laquelle les conditions individuelles ne tiennent pas moins de place que la nature de la maladie elle-même. Nous voulons seulement citer des exemples.

Il faut donc des piscines à Vichy. Mais les indications médicales les plus formelles sont soumises aux possibilités matérielles; il ne faut d'ailleurs rien exagérer.

Il ne sera sans doute jamais possible d'établir à Vichy de ces vastes piscines que traverse un courant incessant d'eau minérale, comme il a été permis de

mais elle ne tarde pas à s'accompagoer d'un empâtement dur, œdémateux, qui hientôt lui-même offre toutes les apparences du phlegmon diffus, à une seule différenee près, mais hien importante, car elle peut suffire dans les cas où elle est bien caractérisée pour constituer un signe tout à fait décisif. Elle consiste en ce qu'il se forme à la limite précise de la suppuration osseuse un rehord ahrupte au niveau duquel l'empâtement dur et douloureux cesse tout à coup.

Les différences relatives à la coloration de la peau ne nous ont pas paru assez importantes pour être signalées; elles suivent à peu près dans leurs variations ce qui s'observe pour le phlegmon diffus. Toutefois, dans la plupart des cas, il y avait rougeur et chaleur vive.

Les malades éprouvent, dans le membre atteint d'ostéo-myélite, un sentiment d'impuissance et de pesanteur qui ne se rencontre pas au même degré, même dans les suppurations les plus vastes des memhres tant qu'elles n'intéressent pas le centre du système osseux. Dans ce dernier cas, le malade n'a même pas la force de mouvoir son membre pour fuir les douleurs de l'exploration ou des incisions, tandis que nous avons été plus d'une fois frappé de la facilité avec laquelle, surtout dans certaines variétés du phlegmon diffus, les malades déplaçaient un membre tout couvert d'incisions et énormément tuméfié.

Les symptômes de l'ostéo-myélite s'observent dans deux conditions très-diverses, suivant qu'on examine le membre encore intact ou qu'on l'étudie après des divisions plus ou moins profondes de ses enveloppes. De plus, comme nous n'avons jamais observé cette maladie sans qu'elle intéressât d'emblée ou par ses progrès successifs une ou plusieurs des articulations du membre malade, nous avons à faire la part des phénomènes qui se rencontrent dans la continuité du membre et de ceux qui se passent du côté des articulations.

Des phénomènes qui se présentent après des incisions plus ou moins nombreuses sur un membre atteint d'ostéo-myélite sont ceux du phlegmon diffus et de la périostite suppurative aiguë. Cela est tout simple, car l'ostéo-myélite aiguë ne peut pas exister depuis quarante-huit ou soixante heures sans s'adjoindre, comme concomitance inévitable, la suppuration sous-périostique et le phlegmon diffus. L'expérience a démontré, et les observations de M. Reynaud l'établissent surahondamment, que la suppuration médullaire n'existe jamais sans que le périoste, ou, ce qui est plus exaet, la surface externe de l'os ne répète sur-le-champ, et d'après un calque rigoureusement fidèle, les lésions intérieures de celui-ci.

Nous n'avons jamais eu l'occasion d'inciser les parties avant l'époque où la production purulente s'était établie dans le tissu cellulaire souscutané, sous l'aponévrose et sous le périoste.

Or si le lecteur veut bien remarquer que nous avons incisé d'aussi bonne heure qu'on pouvait le faire d'après l'époque à laquelle le malade nous était amené, s'il veut noter que nous avons observé des cas datant du cinquième, du septième, du huitième jour de la maladie, cette circonstance de la production purulente partout établie lui donnera une idée de la rapidité avec laquelle la suppuration centrale de l'os à l'état aigu retentit sur tous les tissus qui l'enveloppent.

Nous avons donc trouvé, en pratiquant les incisions dans le cas où nous avons été appelé, aux époques les plus rapprochées du déhut de la maladie, sous la peau du pus demi-concret, sous l'aponévrose du pus liquide, ou, pour mieux dire, du pus délayé dans une sérosité abondante et présentant un caractère particulier sur lequel nous devons nous arrêter un instant. Il faut, en effet, dans l'étude du pus qui s'écoule après chaque incision, bien distinguer celui qui s'échappe avant l'incision de l'aponévrose de celui qui sort de dessous cette membrane; car, dans tous les cas d'ostéo-myélite, sans exception, nous avons toujours trouvé le pus sous-aponévrotique notablement parsemé de globules huileux. Ces globules ont été examinés avec toute l'attention désirable par notre honorable collègue M. Follin, qui y a retrouvé d'une manière non douteuse les caractères du corps gras désigné par les auteurs sous le nom de *suc huileux des os*. Cette présence des globules huileux a été également retrouvée par nous dans tous les cas d'abcès sous-périostique aigu, tandis que dans le phlegmon diffus, même celui qui est sous-aponévrotique, nous n'avons point retrouvé la même substance. Il y a donc là un signe commun et différentiel à la fois; commun, en ce qu'il existe dans l'ostéo-myélite, aussi hien que dans la périostite aiguë; différentiel à l'égard du phlegmon diffus comparé aux deux lésions qui viennent d'être indiquées.

Ailleurs et dans nos études sur le phlegmon diffus, nous avons établi comme un principe fondamental, dans la thérapeutique de cette affection, de ne jamais abandonner les incisions tégumentaires avant de les avoir conduites jusqu'à la mise à nu de l'aponévrose. Ajoutons que si la coloration de l'aponévrose est tant soit peu altérée, cette dernière doit être incisée sur-le-champ. Ce précepte est d'une plus grande importance peut-être, dans une ostéo-myélite dont on ne fait encore que soupçonner l'existence, puisque, grâce au caractère qui vient d'être signalé comme propre à la suppuration sous-périostique dans cette maladie, le chirurgien, qui pouvait croire à la simple existence du phlegmon diffus, sait à l'instant même qu'il a affaire à une lésion osseuse grave, savoir : l'ostéo-myélite, ou tout au moins l'abcès sous-périostique aigu. Eh hien! dans ces cas d'ostéo-myélite que nous avons observés, nous avons constamment trouvé l'aponévrose d'enveloppe teinte, tantôt par places, tantôt dans toute son étendue, par une coloration verdâtre qui nous a conduit à l'inciser et à constater la présenee d'un pus sous-aponévrotique, à globules huileux, très-caractéristique de l'altératioo osseuse, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur de l'os affecté. Du reste, le pus sous-aponévrotique n'offre pas toujours pour seuls caractères l'abondance de la sérosité qu'il délaye et la présence des glohules huileux; il offre quelquefois une teinte roussâtre très-prononcée.

Aussitôt que l'aponévrose ouverte a laissé s'écouler le pus à globules huileux, on doit prendre la sonde métallique et s'assurer de l'état de l'os qui, dans tous les cas sans exception, nous a donné le hruit sec et retentissant d'une nécrose parfaitement établie.

(La suite au prochain numéro.)

---

le faire dans quelques établissements thermaux des Pyrénées et des bords du Rhin. Mais ceci, considéré au point de vue des besoins réels de la thérapentique, serait plutôt ici une affaire de luxe qu'une nécessité. Ce qu'il faut seulement à Vichy, ce sont des bains où plusieurs personnes puissent se réunir, où l'on puisse s'asseoir, se lever, se déplacer, autour desquels l'air puisse circuler et se renouveler, ainsi que les vapeurs du bain, l'acide carbonique qui s'en exhale, l'air respiré par les malades. Telles sont en résumé les principales conditions matérielles exigibles pour que le but que nous indiquons soit convenablement rempli.

Maintenant, que l'on établisse de grandes piscines où trente à quarante malades puissent se baigner simultanément, ou que l'on se contente d'espaces plus restreints dits *bains de famille*, destinés à recevoir seulement de six à huit personnes, nous n'y attachons pas une grande importance. Ces derniers sont même peut-être préférables, en ce qu'ils permettent aux malades de se réunir par groupes, suivant les diverses sources d'affinité, qui font qu'on se recherche ou qu'on s'éloigne. Les habitudes de la vie des eaux rendraient faciles ces réunions qui, par l'attrait qu'elles ajouteraient au bain, ne seraient pas étrangères aux bons effets qu'on en pourrait retirer.

Nous voulons encore, avant de terminer, car il nous faut bien remettre à la lettre suivante l'étude si importante des douches, dire quelques mots des ressources matérielles de l'établissement thermal de Vichy et du développement qu'on se propose d'y donner.

On a vu plus haut que l'établissement de Vichy ne renfermait que 120 baignoires, tant au *grand établissement* qu'à *l'hôpital*, et une petite piscine pour les dames, sans parler des piscines consacrées aux indigents. Cette organisation, qui n'avait fait aucun progrès depuis vingt ans, était devenue tout à fait insuffisante pour l'accroissement incessant des malades, qui se rendent chaque année en plus grand nombre à Vichy. L'encombrement qui en est le résultat, pendant une grande partie de la saison, ne permettait d'aborder les bains, on de les prendre avec régularité, qu'avec des peines infinies, hien qu'on s'y prît dès deux heures du matin. En outre, l'aménagement vicieux des eaux, l'insuffisante quantité de celles qu'il permettait de réunir et de tenir à la disposition des bains, entravait chaque jour le service et légitimait les plaintes les plus vives de la part de ceux qui venaient de si loin chercher la santé à Vichy.

La compagnie à l'habile direction de laquelle a été confié l'établissement thermal de Vichy s'est engagée à porter le nombre des baignoires à 300; des bains à différents prix donneront satisfaction à la vanité du luxe et au plus grand amour du confort; les intérêts des pauvres ont été surtout soigneusement sauvegardés. Le service des bains ne pourra commencer avant cinq heures du matin. Enfin un établissement de bains, construit par les soins de l'administration de la guerre dans l'intérieur de l'hôpital militaire, isolera complétement ce service tout spécial, et débarrassera aussi l'établissement thermal d'une cause fâcheuse de complication et d'embarras.

Pour suffire à cet accroissement considérable et au développement qui doit être donné au service des douches, sujet dont nous entretiendrons prochainement le lecteur; on a commencé de grand travaux relatifs à l'aménagement des eaux. La source si abondante et si riche d'Hauterive et la source des Dames

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX BELGES.

(Suite.)

III. ANNALES D'OCULISTIQUE.

Les numéros de mai à décembre 1853 contiennent les mémoires originaux suivants : 1° *Des parties intéressées dans les opérations qu'on pratique sur l'œil;* par M. W. Bowmann. (L'auteur n'est pas encore entré dans le cœur de son sujet; il n'a fait qu'exposer, avec un certain luxe de détails, quelques points spéciaux d'anatomie normale et pathologique.) 2° *De la paralysie du moteur oculaire commun;* par M. J. Struthers. 3° *Du pannus;* par M. Van Roesbroeck. 4° *D'une propriété peu connue de la belladone en instillations dans l'œil*, par M. Warlomont. 5° *La mélanose est-elle un cancer?* par M. Tavignot. (L'auteur se prononce affirmativement et rapporte différents cas où la nature cancéreuse du mal a été reconnue au microscope ou jugée telle à cause de la récidive.) 6° *Des blennorrhées oculaires;* par M. Van Roosbroeck. 7° *Des cataractes de naissance;* par M. Guépin. (L'auteur, qui a eu l'occasion d'opérer 35 cataractes de naissance, cherche à justifier la préférence qu'il donne à la kératonixis.) 8° *De la fausse appréciation des couleurs;* par M. Tyndall. 9° *Revue ophthalmologique du service de M. Pétrequin à l'Hôtel-Dieu de Lyon;* par M. Herviez. (Observations remarquables de staphylômes, d'obstruction du sac lacrymal, de descemité ponctuée, d'inflammation iodique et de cataracte noire.) 10° *Du degré d'utilité des évacuations sanguines dans l'ophthalmie gonorrhéique;* par M. Gouzée. 11° *Blépharite dartreuse compliquée de psoriasis capitis;* par M. Escolar. (Guérison au moyen de l'iodure de soufre à l'intérieur et en onction sur les paupières.) 12° *Remarques sur les granulations palpébrales;* par M. Van Kempers. 13° *De l'opacité de la capsule cristalline;* par M. Bosch. 15° *Nouveau kystitôme;* par M. Alessi. 16° *De la nature cancéreuse de la mélanose de l'œil;* par M. Stœber. (Observations analogues à celles de M. Tavignot.) 17° *De la chromatopseudopsie;* par M. G. Wilson. (Travail intéressant non terminé.) 18° *Sur une forme particulière de la choroïdite partielle;* par M. Ryba.

OBSERVATION DE PARALYSIE DU MOTEUR OCULAIRE COMMUN; par M. JOHN STRUTHERS.

OBS. — Le malade était un homme de 73 ans. Vu pour la première fois le 16 septembre 1852, il présentait les symptômes suivants :

La paupière gauche était incomplètement abaissée et privée de mouvement. L'œil ne pouvait être dirigé ni en haut ni en bas ni en dedans, mais il pouvait être porté très-librement en dehors. En engageant le malade à regarder en bas, on voyait très-distinctement un mouvement de rotation du sommet de l'œil en dedans et un peu en avant. (Ce mouvement, selon M. Struthers, est produit par l'oblique supérieur, dont l'action n'est plus contre-balancée par celle de l'oblique inférieur paralysé comme les autres muscles auxquels se distribue le moteur oculaire commun.) En soulevant la paupière, on voyait l'œil un peu proéminent et légèrement tourné en haut. La dilatation de la pupille est double de celle du côté opposé. La vision est bonne, la sensibilité générale intacte.

Le malade s'était aperçu de la chute de la paupière un matin, après être resté assis en plein air la veille au soir.

Le traitement consista en vésicatoires à la nuque, dans l'usage modéré du mercure et en quelques laxatifs. Sous l'influence de ces moyens, les symptômes de paralysie s'amendèrent graduellement.

Vers la fin d'octobre, la paupière se levait jusqu'au tiers, l'œil pouvait se porter en dedans et s'abaisser.

Vers le milieu de novembre, les deux pupilles étaient redevenues semblables et également contractiles. La paupière se relevait de manière à montrer la moitié de la cornée. Le muscle droit inférieur avait repris presque toute sa puissance, le droit interne un peu moins, et le droit inférieur le moins de tous. Le mouvement rotatoire n'était plus perceptible.

Les symptômes du côté des yeux continuèrent à aller s'améliorant jusqu'au 5 décembre, jour où le malade fut pris d'une attaque d'apoplexie. La mort survint le lendemain, trente heures environ après l'attaque.

Le malade avait eu dix ans auparavant une attaque d'hémiplégie à droite. Cette hémiplégie au bout de quelques semaines s'était assez améliorée pour lui permettre de marcher. Vers la fin de sa vie il était presque en enfance, bien qu'il eût été antérieurement remarquable par son intelligence.

AUTOPSIE quarante-huit heures après la mort.

4 onces de sérosité s'écoulent en enlevant le cerveau.

Les ventricules latéraux sont distendus par une sérosité claire; leur capacité est triplée à droite, doublée à gauche. On coupe soigneusement par tranches la masse des hémisphères cérébraux et du cervelet sans y découvrir la moindre trace d'affection ancienne ou récente.

Excepté le moteur oculaire commun, tous les nerfs encéphaliques, y compris les deux autres moteurs de l'œil, sont sains. Le moteur oculaire commun gauche est d'un grand tiers plus petit que le droit et d'une couleur jaune brun, tandis que les autres sont d'un blanc pur.

Il n'existe aucune altération apparente ni dans le pédoncule du cerveau, ni dans le pont de Varole, ni dans les tubercules quadrijumeaux.

Sous le microscope, les tubes nerveux qui entrent dans la composition du nerf moteur oculaire commun gauche paraissent d'un volume moitié moindre que ceux du côté droit; ils semblent aussi moins distincts et mélangés à une plus forte proportion de tissu filamenteux.

Les muscles auxquels se rendait le nerf paralysé sont évidemment diminués de volume, et en pesant leur portion charnue on reconnaît que le poids est moindre que celui des mêmes parties du côté opposé. L'élévateur de la paupière supérieure pèse 1 grain; le droit supérieur et le droit interne un demi-grain, et le droit inférieur 2 grains et demi de moins que leurs congénères du côté droit. Chacun des muscles obliques offre le même poids des deux côtés; mais le droit inférieur gauche pèse 1 grain de plus que celui du côté droit.

Cette observation est digne de fixer l'attention à plus d'un point de vue. Il est rare, en effet, qu'on ait l'occasion de vérifier sur le cadavre les lésions qu'on suppose accompagner les paralysies partielles des nerfs encéphaliques.

Elle prouve, de manière à ne laisser aucun doute, que le moteur oculaire commun de même que le facial peut éprouver, surtout sous l'influence d'une cause rhumatismale, du froid par exemple, une modification susceptible d'entraver ses fonctions, alors que le système nerveux central d'où il émerge est intact.

Dans le cas qui nous occupe l'illusion était facile : le malade avait eu antérieurement une hémiplégie, et il était mort d'apoplexie. Cepen-

---

seront amenées à Vichy même; des travaux de captage, confiés à la direction expérimentée de M. l'ingénieur François, augmenteront la proportion d'eau fournie par les sources dites de l'*État*, et surtout remédieront à des déperditions considérables d'eau minérale (1).

En attendant que ces importants travaux soient achevés, 80 baignoires, disposées provisoirement dans les cours du grand établissement, permettront, dès l'année prochaine, d'améliorer le service, de mettre un terme aux nombreux inconvénients dont malades et médecins se plaignaient depuis si longtemps, et de subvenir à toutes les éventualités relatives à l'accroissement prochain du nombre des malades. Tout nous permet donc d'espérer que d'ici à peu de temps l'installation matérielle de l'établissement de Vichy sera digne et du grand renom de ces eaux, et de leur valeur thérapeutique.

Dr DURAND-FARDEL,
Médecin inspecteur des sources d'Hauterive à Vichy.

(1) Nous venons d'apprendre que les premiers travaux exécutés au grand puits (*puits carré*) ont fourni une quantité d'eau assez considérable pour qu'il soit probablement permis de renoncer au transport des eaux d'Hauterive à Vichy.

SOUVENIRS.

Nous nous attendions à trouver dans les journaux quelque résumé sérieux de la discussion qui vient d'occuper l'Académie pendant plusieurs semaines, mais les savants se taisent; il peut donc être permis à un ignorant de communiquer au public ses impressions personnelles sans y attacher d'ailleurs aucune importance.

Les débats de l'Académie ont eu la forme d'une grande tragédie : exposition lugubre par MM. Cruveilhier et Broca, discours nombreux, péripéties, puis dénoûment. Les orateurs ont obéi aux convenances qu'imposait la majesté du lieu; ces allures nobles, modérées, n'ont point d'ailleurs empêché les individualités de se produire avec leur physionomie particulière.

Le docteur H... donne aux moindres vices de l'utérus un corps et un visage, un caractère et un symptôme; son adoration se partageant entre un grand nombre de dieux, sa pathologie est polythéiste.

M. G... est un Achille académique; nous aimons ses grands coups et sa manière de trancher dans le vif; il a eu vers la fin un certain argument fourchu qui a produit beaucoup d'effet.

L'éloquence, l'aménité cicéronienne sont représentées par M. D... *Vir bonus dicendi et faciendi peritus.*

Un Aristophane se lève, passant au crible les choses et les personnes, censurant les faits, fauchant les sentences, ministre inflexible de la vérité. Mais cet homme sévère a aussi sa théorie, qui franchement n'est pas des meilleures.

dant ni le pédoncule cérébral, ni le pont de Varole, ni les tubercules quadrijumeaux n'étaient ramollis, désorganisés par quelque foyer sanguin ou comprimés, etc. Le cordon nerveux était seul altéré; car il faut évidemment mettre de côté l'épanchement séreux dont l'action sur la totalité du cerveau a causé la mort sans qu'il fût susceptible de donner lieu à une paralysie localisée, comme celle qui existait dans l'œil gauche.

Eh bien! cette paralysie rhumatismale qui n'était pas très-ancienne, qui s'était améliorée sous l'influence d'un traitement méthodique, n'en était pas moins caractérisée anatomiquement par des altérations très-sensibles, survenues soit dans le tissu du nerf, soit dans celui des muscles auxquels les filets du moteur oculaire commun se distribuent. Il est inutile de revenir ici sur la description de ces désordres anatomiques. Si nous les rappelons, c'est pour louer l'auteur des soins qu'il a mis à examiner comparativement les organes malades du côté gauche et les mêmes organes non malades du côté droit; à se rendre compte, à l'aide du microscope, des altérations survenues dans les tubes nerveux; à peser chaque muscle; en un mot à donner à son examen nécroscopique une précision qu'on ne rencontre pas toujours dans les observations de ce genre,

DU PANNUS; par M. VAN ROOSBROECK.

L'auteur décrit deux formes principales de pannus: la première désignée sous le nom de pannus membraneux et qu'il appelle *pannus vasculaire*, la seconde appelée pannus charnu et qu'il propose de nommer *pannus fibrineux*.

Dans la *première espèce*, il existe un léger ramollissement, une sorte de nuage de la cornée devenue d'un blanc grisâtre, plus ou moins terne, et recevant un grand nombre de vaisseaux variqueux ramifiés. On aperçoit encore la papille à travers ce nuage; quelquefois même l'altération est partielle; dans tous les cas, la maladie peut durer fort longtemps sans éprouver de changement ni en mieux ni en pire.

Dans la *seconde espèce*, le feuillet conjonctival de la cornée a subi une altération plus profonde. Le nombre des vaisseaux qui s'y distribuent est souvent si considérable qu'on ne peut plus les distinguer isolément. L'aspect de la cornée peut être comparé à celui d'une masse charnue ressemblant pour la couleur à un morceau de drap rouge brunâtre.

L'auteur ne pense pas que ce soient là deux degrés de la même maladie. Pour lui le pannus fibrineux débute d'emblée sous cette forme sans passer par la première.

Parmi les causes du pannus vient en première ligne la présence de granulations à la face interne des paupières; viennent ensuite les inflammations conjonctivales lorsqu'elles atteignent des sujets lymphatiques, scrofuleux, hémorrhoïdaires ou rhumatisants, ou bien des femmes mal réglées. Quelquefois la présence des cils retournés sous les paupières ou d'un corps étranger quelconque suffit pour donner lieu à la maladie.

Telle est la doctrine du chirurgien belge et de la plupart des oculistes allemands sur le pannus. Elle s'éloigne, comme on le voit, sans toutefois s'en séparer complétement, de celle des chirurgiens français, tels que Mirault (d'Angers), par exemple, et A. Bérard, qui ont décrit cette altération de l'œil comme une forme spéciale de l'inflammation de la cornée sous le nom de kératite vasculaire chronique.

Mais ce n'est pas sous ce double rapport de l'état anatomique et des causes de la maladie que le travail de M. Van Roosbroeck nous paraît le plus remarquable et le plus propre à faire impression sur les esprits; c'est surtout sous le rapport du traitement.

Après avoir passé en revue les différentes médications, collyres astringents, cautérisations, scarifications, excisions des vaisseaux, etc., et en avoir constaté l'insuccès complet ou l'insuffisance dans la plupart des cas, l'auteur arrive au moyen thérapeutique proposé par Jæger, dont il a déjà été question dans la GAZETTE MÉDICALE, mais que M. Van Roesbroeck a appliqué dans des cas nombreux et avec une étonnante hardiesse: nous voulons parler de l'inoculation du pus d'une blennorrhagie oculaire ou urétrale faite à l'œil affecté de pannus.

Dans le principe, l'auteur inoculait toujours du pus provenant d'une ophthalmie des nouveau-nés, comme le conseille Jæger; mais plus tard il s'avisa de faire l'inoculation avec le pus des autres ophthalmies contagieuses, ophthalmies militaire ou blennorrhagique et le résultat fut le même. Enfin, à défaut de pus provenant d'une affection catarrhale de l'œil, il en vint à inoculer la blennorrhagie urétrale elle-même.

Après avoir recueilli l'une ou l'autre espèce de pus contaminant, on le porte, au moyen d'un pinceau, sur les conjonctives palpébrales. Quelques heures après, l'œil s'injecte, devient larmoyant, etc.; et dès le lendemain on reconnaît déjà tous les symptômes de l'ophthalmie purulente. Celle-ci, quelle que soit son intensité, doit être abandonnée paisiblement à sa marche régulière, en se bornant aux soins de propreté. Pendant la période la plus aiguë de la maladie, la cornée devient quelquefois tout à fait opaque; mais à mesure quelle approche de la terminaison, on voit le pannus se dissiper et la cornée reprendre sa transparence normale. Plus la blennorrhée qu'on provoque offre des symptômes aigus et plus est certaine la disparition du pannus. Dans ce cas, une seule inoculation suffit.

Lorsque la blennorrhée qu'on a provoquée ne se développe que sous la forme subaiguë, il est souvent nécessaire de recourir à une nouvelle inoculation en ayant soin d'employer du pus sécrété pendant la période la plus aiguë de la blennorrhagie urétrale.

Chez quelques individus la tolérance de la conjonctive est tellement grande qu'il faut recourir à dix et douze inoculations successives pour provoquer une blennorrhée curative. Bien plus, l'auteur a vu des malades à qui on inoculait trois fois par jour, pendant six semaines consécutives, du pus d'une blennorrhagie très-aiguë, et chez lesquels o ne produisait tout au plus qu'une légère irritation de l'œil.

Enfin, pour compléter cet exposé si précis de cette méthode, M. Van Roosbroeck affirme avoir pratiqué l'inoculation *à plus de* 100 *malades, sans avoir eu un seul accident grave à déplorer*. Tous ont éprouvé une très-grande amélioration, et chez la plupart la guérison a été si complète que, quoiqu'ils eussent été aveugles pendant cinq, six années et plus, il eût été impossible à l'observateur le plus exercé de découvrir dans leurs yeux aucune trace de maladie antérieure. Concluons, avec lui, qu'un traitement qui donne d'aussi beaux résultats dans une maladie qui résiste ou à peu près à toutes les autres médications, est

---

Ah! célèbre critique, c'est donc ainsi que vous voyez une paille dans l'œil de vos voisins.

Le héros de la discussion nous apparaît, semblable au grand *Ajax* opposant aux Troyens son bouclier grand comme une tour; rien ne lui résiste, il reste maître du champ de bataille.

Nous voyons encore des guerriers connus par leurs victoires descendre dans l'arène avec l'ardeur d'un jeune chevalier qui a ses éperons à gagner.

Nous avançons vers la fin, les victimes de l'opération sont immenses, on invoque leurs mânes, et l'illustre compagnie termine le combat en prononçant son arrêt. Si nous avions quelque créance d'être écouté par l'Académie, — ce n'est pas toujours très-facile, — si nous pouvions seulement être introduit dans le sanctuaire, voire même être lu par le portier, qui doit être un fort savant homme, puisqu'il se nourrit une fois la semaine de ces beaux discours, nous ferions hommage de notre approbation à la Société. Elle s'est prononcée nettement sur les points qui étaient éclaircis par la discussion: elle s'est abstenue dans les choses qui étaient restées aussi obscures pour elle qu'elles le sont encore aujourd'hui pour tout le monde.

Voilà, me direz-vous, un éloge bien distingué: cela signifie tout simplement que l'Académie a du bon sens. Quoi! feuilletoniste irrévérencieux, vous n'avez rien de mieux à dire de cette compagnie? Qu'on ne nous soupçonne pas à nous chétif vermisseau, l'outrecuidance de louer ou de blâmer l'Académie: elle fait toujours bien, et dans cette circonstance elle a fait très-bien. *Semper bene, sed nunc optime.*

Que faisait cependant la bonne GAZETTE MÉDICALE? Nous la louerions de sa conduite prudente, quand même elle ne serait pas propriétaire de ce bas étage qu'occupe notre modeste article. Cette respectable douairière ne veut pas se compromettre, elle a des principes certains, des règles de conduite, elle n'aime pas à s'en écarter; elle suit la mode, mais comme une personne grave, dont les actions font autorité. Dans cette grande affaire, elle pourrait peut-être se flatter un peu d'avoir prévu le résultat.

Un drame intéressant s'est joué en dehors de l'Académie. Épris du célèbre instrument, un grand journal l'a protégé de son épée et de trente colonnes de cicéro; pendant la durée de la bataille, il n'a ménagé ni sa personne ni son encre. Sa tendresse paternelle s'est épanchée en dix lettres adressées à un confrère très-éclairé sans doute, mais très-réservé aussi, car il n'a rien répondu aux instantes sollicitations de son ami. Ce confrère plein de prudence est Normand, il aura pensé que la cause était entre bonnes mains, habilement défendue, et qu'il n'était point opportun de faire venir les réserves de province. Peut-être s'est-il trouvé embarrassé pour savoir quelle était l'opinion définitive du journal sur les mérites de son instrument favori et sur les *vertus de ce remède*. Imitons sa sagesse et ne nous commettons point avec ce *Chaix-d'Est-Ange* de la presse: adversaire dangereux dans ses attaques, dont l'urbanité d'ailleurs et la parfaite convenance sont incontestables.

Notre feuilleton s'imaginait, dans la simplicité de son cœur, que les conclusions adoptées par l'Académie pourraient, non pas surprendre, non pas affliger, la chose n'est pas assez grave, mais quelque peu contrarier le zélé défenseur de la doctrine des embrochements, comme dirait l'honorable

bien digne d'être regardée comme une des belles conquêtes de l'ophthalmiatrie moderne.

D'UNE PROPRIÉTÉ PEU CONNUE DE LA BELLADONE EN INSTILLATIONS DANS L'ŒIL; par M. WARLOMONT.

OBS. — Malade de 40 ans, tourmenté depuis quelque temps par des mouches volantes qui l'inquiètent. Pour faciliter l'exploration de l'œil, quelques gouttes d'une solution de belladone sont instillées, le soir, dans les deux yeux. Le malade passe une bonne nuit; mais à son réveil il est fort étonné de voir les objets extérieurs sous un aspect nouveau.

Le journal qui est sur sa table de nuit lui paraît composé en caractères microscopiques. Le malade sonne, et sa domestique qui entre ne lui semble pas plus grande qu'une petite fille de 10 ans. Il se lève de plus en plus surpris; les vêtements qu'il saisit lui paraissent des vêtements d'enfant. Il descend à la salle à manger, et au lieu de sa femme et de ses enfants rangés autour de la table, il n'aperçoit qu'une naine et des poupées. Il va chez son médecin; les chevaux qu'il rencontre lui semblent des chiens, les chiens des rats, en un mot tous les êtres qui l'entourent lui paraissent empruntés au monde lilliputien de Gulliver.

A ce moment, l'examen de l'œil ne dénote qu'une dilatation assez considérable de la pupille. Des lotions d'eau froide sont appliquées, et dès le lendemain tout rentre dans l'ordre, sauf les mouches volantes qui persistent.

Dans un autre numéro du journal, M. Warlomont rappelle que le docteur Donders a décrit une altération semblable de la vision, survenue également après des instillations de belladone, sous le nom de *micropie*. C'est là, en effet, la dénomination qui convient le mieux à cette singulière aberration de la vue.

Du reste, ces deux faits ne sont pas les seuls qui aient été observés. M. Sichel, consulté par M. Warlomont, lui a dit avoir été plusieurs fois témoin de cette particularité, soit après les instillations belladonées, soit après l'emploi extérieur de la jusquiame ou du datura. M. Van Roesbroeck lui a également affirmé que, dans deux cas, il avait vu le même phénomène se produire, mais d'une façon moins prononcée.

L'auteur, jusqu'à plus ample informé, regarde cet effet comme le résultat de l'action de la belladone sur les centres nerveux. M. Donders croit au contraire que le médicament agit sur les milieux de l'œil, dont il diminue la force réfringente.

DES BLENNORRHÉES OCULAIRES; par M. VAN ROESBROECK.

Deux longs articles sont consacrés à l'étude de cette affection, qui est toujours d'une extrême fréquence en Belgique. Nous en extrayons ce qui a trait à la contagion, car c'est sur ce point que l'auteur a émis le plus de considérations nouvelles, fruit de ses nombreuses expériences sur l'inoculation dans les cas de pannus.

M. Van Roesbroeck admet la contagion indirecte, c'est-à-dire la transmission miasmatique de la maladie; mais il fait quelques réserves : pour lui ce mode de transmission n'a lieu que chez les sujets prédisposés. Dans les cas d'ophthalmie des nouveau-nés, la prédisposition c'est l'âge des individus; les adultes, au milieu des salles où règne la maladie, sont incapables de la contracter par voie indirecte. Il en est de même pour l'ophthalmie militaire, plus particulièrement connue sous le nom d'*ophthalmie belge*; on ne la contracte par voie indirecte que dans certaines conditions de régime, d'habitudes, d'habitation en commun, etc., conditions réalisées dans la vie militaire. Il en est de même encore pour les blennophthalmies survenant dans les hospices d'orphelins, tous soumis au même genre de vie.

Quant à la contagion directe, elle a lieu chez tous les sujets indistinctement dont les conjonctives ont été mises en contact immédiat avec le principe contagieux blennophthalmique.

Mais en quoi consiste ce principe contagieux?

Il résulte des expériences de l'auteur que ce principe réside uniquement dans le pus sécrété par la conjonctive, et qu'il est d'autant plus actif que la conjonctivite à laquelle on l'emprunte est plus aiguë.

C'est bien le globule purulent qui est le véritable et le seul principe contagieux; car dans les liquides sécrétés par l'œil malade, la propriété contagieuse n'existe qu'à partir du moment où le microscope y fait découvrir des globules de pus. Cette propriété contagieuse du liquide devient d'autant plus énergique que le nombre des globules purulents y est plus considérable; elle s'affaiblit insensiblement à mesure que le nombre des globules de pus diminue, et elle cesse d'exister dès qu'aucun globule ne s'y laisse plus reconnaître.

Voilà ce que démontre l'inspection microscopique, et quant à nous, la démonstration nous paraît complète; mais M. Van Roesbroeck a voulu aller plus loin. Il a recueilli de l'eau où des malades atteints d'ophthalmie purulente s'étaient lavé les yeux pendant toute une journée, et ayant divisé cette eau en trois parts, il en a soumis une à l'action de la chaleur, la seconde à l'action du chlorure de chaux, tandis que la troisième a été hermétiquement fermée dans une bouteille.

Les deux premiers liquides inoculés ont été tout à fait inoffensifs. Le troisième, au contraire, a montré au plus haut degré sa propriété contagieuse; car, chez les malades auxquels on l'inoculait, il survenait dès le lendemain une ophthalmie purulente des mieux caractérisées. Ce même liquide perdait sa propriété contagieuse dès que, par l'odeur, on s'apercevait que la putréfaction s'en était emparée.

Le pus contagieux n'a du reste rien qui le distingue et le caractérise objectivement. A quoi tient donc sa propriété contagieuse?

Du pus de bonne nature provenant d'un abcès de la cuisse a été inoculé à un œil affecté de pannus, sans amener la moindre irritation dans la conjonctive. La même expérience répétée avec du pus provenant de la glande mammaire a été également sans résultat. Bien plus, du pus recueilli dans un petit foyer sous-conjonctival n'a pas été suivi de la moindre inflammation de l'œil où il a été déposé.

Au contraire, toutes les fois que le pus provient de la conjonctive, que ce soit à la suite d'une ophthalmie blennorrhagique inoculée, d'une ophthalmie militaire aiguë ou chronique, ou d'une ophthalmie purulente spontanée, c'est-à-dire survenue sans que le malade ait été en contact avec un individu atteint de la même maladie, ce pus est contagieux; il jouit de la propriété de provoquer toujours une maladie identique à celle dont il est le produit, quoique non toujours au même degré d'intensité. Toutefois il est bon de savoir, comme correctif à cette dernière proposition, que l'intensité de la maladie inoculée est toujours, sinon égale, au moins proportionnelle à celle de la maladie qui a servi à l'inoculation; c'est-à-dire que si on veut exciter une blennophthalmie aiguë, on doit nécessairement employer du pus provenant d'un œil atteint de la maladie à l'état aigu, et que le pus produit par une con-

---

M. Hervez. Eh bien! pas du tout, et voyez les ressources inattendues d'un esprit distingué :

Il triomphait encor sur cette maladie.

Vous dites, s'écrie-t-il, que nous en avons envoyé plusieurs *in meliorem mundum*; cela est vrai, mais n'a point d'importance; nous ne demandons d'ailleurs ni les honneurs, ni la couronne civique, ni un panégyrique quelconque; qu'on éloigne seulement cette foule d'assaillants qui nous enveloppent comme un essaim d'abeilles irritées. Qu'on nous laisse vaquer dans le repos et la solitude à la recherche du grand œuvre. De tout ce qui s'est passé nous sommes très-contents, la conscience de nos bonnes actions nous suffit.

Nous félicitons notre confrère de son heureux caractère.

Fit-il pas mieux que de se plaindre?

GAILLARD.

Au Rédacteur.

Caen, le 13 août 1854.

Monsieur,

Je viens de lire dans le PILOTE DU CALVADOS (numéro du 10 courant) le nom d'un médecin de Caen, qui revendique sur un médecin de Paris la découverte de l'emploi de la strychnine dans le traitement du choléra. Je crois devoir faire observer que cet agent a été employé dès 1831 par un médecin polonais; qu'à cette époque plusieurs journaux en ont fait mention. On lit également dans l'ouvrage de M. Brière de Boismont sur le choléra de Pologne, p. 215, l. 8 : *Dans certains cas désespérés, nous avons vu employer l'extrait ou la poudre de noix vomique*; et p. 242, l. 23 : *Pratique de M. Kaczkowski, médecin en chef des armées polonaises.* « On a tiré de bons effets, dans quelques cas, de la potion suivante : extrait de noix vomique, 3 grains; eau distillée, 4 onces; mélange de gomme arabique, demi-once; sucre blanc, 2 dragmes, à prendre toutes les demi-heures par cuillerées à bouche. » Ce médecin n'aurait perdu que le sixième de ses malades. Il est donc bien évident que tout le mérite de cette découverte, si découverte il y a, appartient à M. Kaczkowski, médecin polonais, et MM. Lecœur et Abeille n'auraient fait que suivre la route qui leur était indiquée.

Agréez, etc.

A. RULLIER.

ERRATA. — Dans le dernier numéro, il s'est glissé quelques erreurs qu'il faut ainsi rectifier :

P. 494, l. 32, au lieu de « mouvement et sensibilité intactes, » lisez : mouvement et sensibilité intacts. — P. 495, l. 93, 2e c., au lieu de « c'est parce qu'il y a *un* double orifice, » lisez : c'est parce qu'il y a *eu*, etc. — Même p., même col., l. 101, au lieu de « on *voit*, etc., » lisez : on sait, etc.

jonctive atteinte de blennorrhée chronique ne produit que des blennorrhées chroniques.

M. Van Roesbroeck conclut, de ces expériences, que la propriété contagieuse du pus ne dépend pas de la *spécificité* de sa cause qui donne lieu à la sécrétion purulente, puisque cette sécrétion est contagieuse aussi bien dans la conjonctivite catarrhale simple que dans celles qu'on pourrait, avec quelque apparence de raison, regarder comme spécifiques, mais de l'*élément anatomique* d'où provient le pus, puisque celui-ci n'est pas contagieux lorsqu'il provient du tissu cellulaire, des glandes, ou même du revers de la conjonctive, tandis qu'il l'est toujours lorsqu'il a été sécrété par des *cryptes muqueux*, soit de l'œil, soit de l'urètre.

On ne contestera pas que ce soit là une opinion neuve, originale et surtout posée avec une netteté et une précision qui ne lui permettront pas de rester longtemps incertaine. Suffit-il que du pus soit sécrété par une membrane muqueuse, ou bien par l'une des deux membranes oculaire ou urétrale pour qu'il soit contagieux? Voilà la question. M. Van Roesbroeck la résout affirmativement. Il se fonde sur des expériences multipliées; mais nous devons dire que parmi ces expériences, celles qui ont le plus d'importance au point de vue qui nous occupe, c'est-à-dire les essais d'inoculation du pus provenant de conjonctivites simples sont en grande minorité; la solution de l'auteur ne nous semble donc pas encore tout à fait sans appel.

Quoi qu'il en soit, voilà une voie nouvelle ouverte à l'expérimentation. Les virus-vaccin, variolique et syphilitique ont depuis longtemps trouvé le terrain où il est permis d'étudier expérimentalement leurs effets : les contagions blennophthalmique et gonorrhéique viennent d'en trouver un tout aussi propice, puisque l'inoculation peut s'y faire à la fois comme expérience probante et comme moyen thérapeutique efficace.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 7 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

M. Moquin-Tandon lit une note sur une nouvelle paire de ganglions, observée dans le système nerveux des mollusques acéphales. Cette nouvelle paire de ganglions (la quatrième), que l'auteur propose de désigner sous le nom de *ganglions médians*, se trouve sur le trajet des grands nerfs qui unissent les ganglions buccaux aux ganglions postérieurs, dans le voisinage et un peu en avant des orifices de la glande génitale et de l'organe précordial.

— M. Maisonneuve lit une note sur l'extirpation des tumeurs fibreuses profondes par la méthode dite de morcellement. (Voir le numéro dernier.)

NOUVEL APPAREIL POUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES DU CORPS ET DU COL DU FÉMUR.

M. Baudens lit un mémoire sur les fractures du corps et du col du fémur, traitées à l'aide d'un nouvel appareil.

L'idée mère de l'appareil de M. Baudens, c'est l'extension, la contre-extension, la coaptation d'une manière permanente.

Cet appareil consiste en une sorte de boîte ou caisse en chêne, formée par quatre parois, une inférieure, deux latérales et une terminale ou digitale.

La paroi inférieure ou plancher a 24 centim. de largeur sur 1 mètre 25 cent. de longueur. Dans sa portion pelvienne, elle est réduite à la largeur de la main, afin d'éviter le siége du malade. Son rebord libre doit être échancré pour le passage des lacs de la contre-extension.

Des deux parois latérales, l'externe a la longueur du plancher et 26 cent. de hauteur. L'interne a la même hauteur et 90 cent. seulement de longueur, parce qu'elle s'arrête à deux travers de doigt du périnée, tandis que la paroi externe arrive à la hauteur de la crête iliaque.

La paroi digitale ferme la boîte en bas, représentée par une planchette verticale, haute de 26 cent., de la largeur du plancher, articulée avec celui-ci, et fixée quand elle est relevée par des crochets aux parois latérales. Ces diverses parois sont percées de trois rangées parallèles de trous pour donner passage aux liens de l'extension, de la contre-extension, de la coaptation.

On garnit le plancher de cette boîte d'un matelas étroit, de crin très-souple et assez épais pour que le membre puisse s'y creuser, par sa face postérieure, une gouttière. Deux ou trois petits coussins posés en pyramide sont disposés sous le jarret, afin de fléchir légèrement l'articulation tibio-fémorale et d'avoir le bénéfice du double plan incliné et de l'extension. Le membre étant placé sur cet appareil on s'occupe des moyens d'opérer l'extension, la contre-extension et la coaptation.

La *contre-extension* se fait à l'aide d'un anneau soit de caoutchouc solide, soit de crin recouvert en peau de daim, engagé jusqu'à la racine du membre fracturé, et assez ouvert pour dégager complétement le grand trochanter. On a soin de le faire porter en plein sur le périnée, en le tirant en arrière et en haut, par un point de sa circonférence. On remplace ensuite les doigts par une longue corde flexible qu'on fait passer sur l'échancrure du plancher, et on la ramène au verso de celui-ci pour l'attacher à la paroi digitale de la boîte.

Les lacs de l'*extension* de tissu élastique s'insèrent de chaque côté du genou et à la plante du pied. On a bien soin d'envelopper le genou et le cou-de-pied d'une épaisse couche protectrice de ouate. On applique ensuite depuis les orteils jusqu'au-dessus de la rotule un bandage inamovible qui durcit une épaisse solution de gomme, et sur cette cuirasse on fixe, par quelques tours de bande également gommés, les lacs de l'extension. Ceux de genou comme ceux de pied sont solidement noués à la paroi digitale après avoir demandé à l'extension une action suffisante.

Reste la *coaptation*. L'affrontement des fragments obtenu par le chirurgien cesserait bientôt, si les doigts n'étaient remplacés par une puissance équivalente. Cette puissance, se sont de larges rubans élastiques repliés en forme d'anses pour embrasser le membre à l'endroit de la fracture, dans toutes les directions voulues : d'arrière en avant, d'avant en arrière, à gauche on à droite et toujours opposés d'action, afin de se faire équilibre. On les attache ensuite aux trous des parois de la boîte pour les faire fonctionner en permanence.

Ce n'est pas tout. Il fallait immobiliser le bassin, l'empêcher de descendre pour éviter le chevauchement du fragment supérieur sur l'inférieur.

Pour cela, il a suffi de passer autour des hanches une large serviette, pliée en cravate, et d'en fixer les bouts dans un des trous de la paroi externe de notre boîte qui remonte jusqu'à la crête iliaque.

Cet appareil a, en outre, pour principaux avantages :

1° D'être applicable à toutes les fractures du corps et du col du fémur.

2° De permettre au chirurgien, pendant tout le traitement, de se passer d'aides.

3° De laisser à la cuisse, presque complétement à découvert, la salutaire influence de l'air et de la lumière. On peut même recourir aux topiques et panser les plaies aussi facilement qu'un simple vésicatoire.

4° De conserver au membre sa conformation normale sans le déformer, sans l'atrophier, ni retarder la consolidation, comme les appareils à attelles.

5° De faciliter le transport des blessés, surtout aux armées.

6° D'étendre le cercle de la chirurgie conservatrice, et de prévenir souvent ainsi l'amputation, surtout si l'on fait usage de la glace, que nous ne saurions trop préconiser.

7° De pouvoir guérir sans raccourcissement les fractures obliques.

On sait que l'absence de raccourcissement dans les fractures obliques du fémur, est si rare que la guérison avec raccourcissement est regardée par des chirurgiens éminents comme étant la règle.

Des faits assez nombreux de fractures obliques du fémur, consignés en partie dans ce mémoire, autorisent à penser qu'à l'aide de cet appareil on pourra dire : le raccourcissement, c'est l'exception.

SUR LES EXPANSIONS DES RACINES CÉRÉBRALES DU NERF OPTIQUE ET SUR LEUR TERMINAISON DANS UNE RÉGION DÉTERMINÉE DE L'ÉCORCE DES HÉMISPHÈRES.

M. Gratiolet lit sur ce sujet une note dont nous extrayons les passages suivants qui en font suffisamment connaître l'objet.

« On donne aux racines du nerf optique deux sources principales : les unes proviennent des tubercules quadrijumaux antérieurs, les autres de l'écorce blanche des couches optiques.

» Cette deuxième racine est, dans les Mammifères, la plus importante, et peut être considérée comme un prolongement direct des bandelettes optiques. On la voit très-nettement s'enrouler autour du noyau de la couche optique, et se prolonger dans ce sens jusqu'à l'extrémité antérieure de la ligne qui sépare la couche optique du corps strié en suivant le bord du *centrum semicirculaire* de Vieussens.

» Jusqu'ici les faits étaient connus, mais on n'a point parlé des rayons fibreux dont cette bande enroulée est le point de départ, et dont la disposition dans l'intérieur de l'hémisphère est à coup sûr l'un des faits les plus intéressants que puisse nous découvrir l'anatomie du cerveau.

» Ces rayons se détachent successivement du bord externe de la bandelette enroulée, à partir du renflement connu sous le nom de *corpus geniculatum externum*. Il y a en ce point un amas assez apparent de substance grise où ces fibres paraissent se multiplier beaucoup : quoi qu'il en soit ; elles s'épanouissent, leurs pinceaux se dilatent et rayonnent en un large éventail qui s'étale en dehors de la corne postérieure du ventricule latéral, et vient s'unir par son limbe aux couches corticales de l'hémisphère dans toute la longueur de son bord supérieur, depuis l'extrémité supérieure du lobe occipital jusqu'au sommet du lobe pariétal.

» Jusque-là, ce rayonnement fibreux s'épanouit de la manière la plus évidente ; mais déjà vers les divisions antérieures de l'éventail, on aperçoit entre elles de petits intervalles dans lesquels s'engagent des fibres qui, nées en dehors de ce plan du nerf optique, le traversent pour se porter dans le corps calleux, au côté opposé du cerveau.

» D'abord ces fibres sont fort grêles, fort rares, et laissent dominer les fibres de l'expansion du nerf optique, en sorte qu'on peut suivre encore celles-ci avec la plus grande précision ; mais plus on s'avance, plus les faisceaux radiculaires du corps calleux s'épaississent : ils augmentent de plus en

plus, et il faut user de précautions toujours croissantes, pour suivre dans leurs intervalles les racines grêles et infiniment délicates du nerf optique; enfin, vers les parties antérieures du cervean, cette recherche devient par degrés absolument impossible. Toutefois, en passant des choses évidentes à celles qui le sont moins, on arrive à cette présomption, que, de toute l'étendue du bord externe de la lame qui s'enroule autour de la couche optique, naissent des fibres cérébrales; que ces fibres passent entre celles du corps calleux, et vont successivement se terminer dans toute la longueur du bord supérieur de l'hémisphère. Mais cette vaste expansion ne peut être nettement démontrée que vers les parties de ce bord qui sont en arrière du corps calleux: aussi, dans les animaux quadrupèdes où ces parties le dépassent à peine, est-elle fort difficile à démontrer. Elle existe néanmoins, mais extrêmement réduite, ainsi que j'ai pu m'en convaincre par une dissection fort attentive de cerveaux de chiens, de chats et de moutons.

» Voici, je crois, le premier exemple bien avéré de la terminaison d'un nerf non-seulement dans le *centrum ovale* de Vieussens, mais dans une région déterminée de l'écorce du cerveau. Si maintenant nous rappelons que cette longue bande de circonvolutions où le nerf optique se termine, prédomine dans le cerveau humain qu'elle caractérise par son développement excessif, nous ne pourrons nous empêcher de soupçonner ici un rapport de la plus haute importance, et nous dirons avec Willis, mais avec plus de raison: *Hinc ratio patet.... cur inter visionem et imaginationem communicatio citissima habetur.*

» Un semblable rapport existe-t-il entre le cerveau et le nerf acoustique? Cette question est en ce moment l'objet de mon attention la plus assidue; mais la marche des fibres est soumise à un si grand nombre de déviations au milieu des entre-croisements multipliés des fibres médullaires dans le cerveau, que je n'ose encore espérer de la résoudre avec une certitude suffisante. » (Commissaires: MM. Serres, Flourens, Duvernoy.)

ÉTUDES SUR LE PUS.

M. Bergeret présente sous ce titre un mémoire qu'il résume dans les propositions suivantes:

« Le pus est composé: 1° par un liquide; 2° par des animalcules que je désigne sous le nom de *Pyozoaires*.

» Les Pyozoaires ont deux manières d'être dans le pus:

» On bien, ils nagent en liberté dans le liquide;

» Ou bien, ils sont renfermés dans une vésicule membraneuse (globules).

» Les Pyozoaires libres s'agitent environ trois à quatre jours, et, après leur mort, ils se trouvent réunis en petits amas par une matière amorphe.

» Les animalcules des globules ne vivent, en général, que vingt-quatre heures; cette durée est, comme nous l'avons montré dans notre Mémoire, sujette à varier sous certaines influences.

» Quand les Pyozoaires des globules ont cessé de s'agiter, ils forment les noyaux des globules en s'enroulant en spirales, très-souvent du moins, liés les uns et les autres au moyen d'une matière amorphe.

» L'eau augmente la durée de leur agitation et l'on voit, sous son influence, les Pyozoaires, qui formaient déjà un noyau, entrer de nouveau en mouvement et rompre la membrane qui les emprisonne.

» L'acide acétique, au contraire, fait cesser tout à coup les mouvements des Pyozoaires contenus dans les globules; mais son action est plus lente sur les animalcules libres.

» La membrane enveloppante des globules me semble produite par le mucus tenu en suspension dans le liquide. » (Commissaires: MM. Andral, de Quatrefages, Montagne.)

CHORÉE CHEZ UNE POULE.

M. Leclerc communique les résultats des observations qu'il a faites sur une poule atteinte d'une affection spasmodique. Cette maladie, qu'on ne trouve pas signalée par les agronomes qui se sont occupés des maladies des oiseaux de basse-cour, pourrait, si l'on voulait emprunter une dénomination à la nomenclature nosologique de l'espèce humaine, être désignée assez convenablement sous le nom de *chorée*. Diverses circonstances ont concouru à appeler sur ce cas l'attention de M. Leclerc. D'abord le fait se reproduisait pour la seconde fois parmi des poules provenant d'un même petit troupeau, de sorte qu'on pouvait soupçonner ou que l'affection était héréditaire, ou qu'elle était plus particulière à la race conchinchinoise à laquelle appartenaient ces deux animaux. La seconde circonstance à remarquer, c'est que les accès qui se montraient souvent sans cause connue, pouvaient être aussi déterminés par des circonstances extérieures, des impressions morales, s'il est permis de s'exprimer ainsi: la peur ou la surprise les faisaient naître infailliblement.

La première poule atteinte de chorée ne fut pas l'objet d'observations suivies. Maltraitée par les autres habitantes de la basse-cour, elle mourut d'inanition peu de temps après en avoir été séparée; elle ne fut pas disséquée. Pour la seconde, qu'on avait eu soin de mettre à l'abri des persécutions des autres poules, elle put être longtemps observée: lorsqu'on la tua, afin d'examiner l'état des centres nerveux, l'autopsie faite par un habile anatomiste ne fit reconnaître, dans les organes intra-craniens, aucune altération qui pût rendre compte des troubles fonctionnels: c'est encore un trait de ressemblance de plus avec la chorée.

—M. Jaussaud, notaire à Paris, annonce, en sa qualité de dépositaire du testament de feu M. Lallemand, membre de la section de Médecine et de Chirurgie, que ce savant a légué à l'Académie une somme de cinquante mille francs, destinée à récompenser ou à encourager des travaux relatifs au système nerveux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 16 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. JOBERT (DE LAMBALLE).

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre du commerce transmet:

Une lettre dans laquelle M. le docteur Noirot, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Dijon, signale comme un remède héroïque contre les accidents nerveux de la suette l'emploi des perles d'éther du docteur Clertan. (Comm. des épid.)

Le même ministre transmet:

Des formules de traitement anticholérique proposées par MM. les docteurs Remy (de Châtillon-sur-Marne), Perrussel (de Marseille), Jacquinot (de Leroncourt) (Vosges).

CHOLÉRA.

M. Wittmach (de Œdesloe, près Hambourg), propose une méthode pour guérir le choléra; elle consiste dans l'usage du bon café et du bon vin rouge.

M. Giraud (de Marseille) présente une nouvelle formule pour le choléra.

M. Girard (d'Eyguières) (Bouches-du-Rhône) adresse une note sur la marche du choléra dans ce pays.

M. Abeille adresse un travail manuscrit sur le traitement du choléra par le sulfate de strychnine.

L'auteur, dans sa lettre d'envoi, formule en ces termes les conclusions de son mémoire:

1° La méthode de traitement par le sulfate de strychnine nous a donné, dans les plus mauvais moments de l'épidémie et dans des cas exceptionnels très-graves, 9 et 10 guérisons sur 22, soit 19 sur 44, là où les autres traitements échouent 12 et 13 fois sur 14.

2° Dans les cas de moyenne intensité, elle guérit au moins 12 fois sur 13.

3° Toutes les cholérines, au nombre de plus de 30 aujourd'hui, ont guéri sans que les accidents soient passés à un degré plus sérieux, et cela dans l'espace de vingt-quatre à quarante-huit heures.

4° Le sulfate de strychnine est, dans tous ces cas, d'une innocuité bien constatée quand il est administré d'après nos principes, et il constitue le spécifique du choléra.

Je dois ajouter que M. le ministre du commerce a délégué auprès de moi M. le docteur Bourdon, membre de l'Académie et médecin en chef des épidémies du département de la Seine, pour suivre l'application de ma méthode et s'assurer des résultats que j'obtiens. M. le médecin en chef des épidémies a pu voir quelques malades de tous degrés en traitement et s'assurer par lui-même de la réalité des propositions par moi émises au sujet du sulfate de strychnine.

Je me suis mis à la disposition de M. le ministre du commerce, comme je me mets aujourd'hui à celle de l'Académie pour traiter, sous la surveillance de telle commission qu'on voudra, tel chiffre de malades qu'on désirera me fixer.

— M. Poggiale adresse l'analyse chimique de l'urine d'un homme atteint de polydipsie, et une observation sommaire de cette affection rédigée par M. le professeur Godelier. (Voir plus haut.) (Comm.: MM. Soubeiran, Henry et Bouchardat.)

— M. Levrat-Perroton (de Lyon) adresse un mémoire sur différents sujets de chirurgie et de médecine. (Comm.: MM. Grisolle et Barth.)

— M. Putégnat (de Lunéville) adresse un travail intitulé: Recherches sur la valeur thérapeutique de l'huile dite proto-iodure de fer. (Comm.: MM. Caventou, Bouchardat, Gibert.)

— M. Merier (de Saint-Dizier) adresse une observation d'affection cancéreuse de l'abdomen avec anomalie très-singulière des reins. (Commissaire: M. Barth.)

— M. Chassaignac rappelle, au sujet de la communication récente de M. Maisonneuve, que la méthode du morcellement des tumeurs fibreuses qu'il s'attribue a été mise en pratique il y a plus de vingt ans à l'hôpital de la Pitié par M. Velpeau, et depuis par plusieurs autres chirurgiens.

— M. Charrière père adresse une lettre pour faire connaître à l'Académie que l'appareil à injection présenté et décrit dans la dernière séance comme étant imaginé par M. Falconi, a figuré au nombre des articles de la première exposition, en 1834, et mentionné dans sa notice de la même époque, puis publié et décrit dans ses catalogues, notamment en 1844 et 1852.

—M. Guillon adresse une observation ayant pour titre: Excroissances polypiformes; granulations de l'urètre; tumeur développée dans le verumontanum; rétrécissements urétraux durs et anciens; guérison.

— M. Guiraud, pharmacien à Châlons-sur-Saône, adresse une note sur l'analyse des eaux de la Saône et celle des eaux des villages de Culles, de Saules, de Bissey-sous-Cruchaut, sous le point de vue de leur action sur l'économie. (Commission de l'Annuaire.)

OPÉRATION CÉSARIENNE.

M. Lebleu, chirurgien en chef de l'hospice civil de Dunkerque, lit un mémoire sur l'opportunité et la simplification de l'opération césarienne, à l'occasion d'un double fait d'opération césarienne pratiquée à dix ans d'intervalle sur la même personne.

L'auteur résume son mémoire dans les propositions suivantes :

1° L'opération césarienne peut être simplifiée et rendue moins grave par une incision plus exactement fixée, réduite à 0,13 cent., et surtout par sa substitution à la gastroraphie d'un appareil simple, facile et sûr, dont la possibilité avait depuis longtemps été entrevue, mais qui n'avait jamais jusqu'ici été préeisée, ni formulée, ni pratiquée.

Cet appareil est également applicable aux cas de gastrotomie pour extraire l'enfant après une rupture de matrice ou à l'occasion d'une grossesse extra-utérine, comme aussi à toutes les éventrations accidentelles,

2° Faite de la sorte et dans les conditions voulues exposées plus haut; participant, comme toutes les opérations, aux progrès chirurgicaux et à la précision de plus en plus grande des procédés opératoires; rendue plus sûre par une étude et une appréciation approfondie des causes qui l'ont fait échouer; secondée et adoucie qu'elle peut être maintenant par le chloroforme, cette opération devrait être moins redoutée, moins tardivement et moins rarement pratiquée. Et ainsi réhabilitée, elle donnera des résultats, non pas rétrogrades, comme l'insinuaient certaines statistiques, mais au contraire de plus en plus satisfaisants, et d'autant plus heureux que, dans la plupart des cas, on n'a, pour éviter sur ces ruines, que des procédés destructeurs de l'enfant et dangereux pour la mère.

3° L'accouchement prématuré artificiel, qui ne peut être tenté que dans les limites étroites de 67 millimètres à 9 centimètres, tout en étant une doctrine acceptable à tous égards, ne paraît pas donner des résultats équivalents à ceux de l'opération césarienne.

4° L'opération césarienne, faite dans les mêmes conditions voulues, et, autant que possible aussi, sans manœuvres préalables compromettantes, doit être toujours préférée à la céphalotomie sur l'enfant vivant.

5° L'avortement provoqué dans la prévision d'un accouchement naturel impossible par étroitesse du bassin, ne doit jamais être conseillé ni pratiqué.

La pratique exprimée par ces conclusions aura l'avantage, en même temps qu'elle donnera des résultats utiles à l'humanité, de rester en parfaite concordance avec les grands principes qui régissent toutes les consciences. (Comm. : MM. P. Dubois, Danyau, Depaul, Moreau.)

EFFETS THÉRAPEUTIQUES DE L'IODE.

M. Chatin lit, en son nom et celui de M. Gibert, un rapport sur des expériences et des considérations nouvelles pour servir à l'histoire thérapeutique de l'iode, par M. Duroy, pharmacien à Paris.

Les expériences rapportées par M. Duroy mettent hors de doute que l'iode s'unit au pus, qu'il le préserve de la putréfaction, et que son affinité pour lui est plus forte que pour l'amidon.

M. Duroy a vu aussi que l'action de l'iode sur le pus, si importante au point de vue thérapeutique, s'étendait à d'autres produits animaux, tels que le lait, le sang et l'albumine. Tous les faits s'accordent en un mot pour affirmer les qualités septiques de l'iode.

En résumé, les observations contenues dans le mémoire de M. Duroy tendent à établir :

1° Que l'iode est un puissant antiseptique;

2° Que ce corps a plus d'affinité pour l'albumine, le gluten, etc., que pour l'amidon lui-même;

3° Qu'il ne coagule ni ne décompose en apparence l'albumine et les autres matériaux de l'organisme avec lesquels on le met en contact; que par conséquent la coagulation de l'albumine qu'on a vue être déterminée par la teinture d'iode est l'œuvre de l'alcool et non celle de l'iode.

Après les faits sont exposées, toutefois avec une réserve pour laquelle l'auteur doit être loué, quelques hypothèses. Etant données les propriétés antiseptiques de l'iode, ne pourrait-ou pas, demande M. Duroy, tenter l'emploi de cet agent pour combattre l'action des venins et virus, ainsi que les empoisonnements miasmatiques? Déjà pour un point de ces hypothèses les expériences faites par MM. Brainard et Greene sur le poison de crotale et le curare justifient les prévisions et les raisonnements de M. Duroy. Nous ne saurions trop faire remarquer, ajoute M. le rapporteur, que les déductions tirées par ce savant de ses propres recherches ont précédé l'expérimentation de MM. Brainard et Greene.

M. le rapporteur conclut en proposant :

1° D'adresser des remerciments à l'auteur;

2° De l'engager à poursuivre ses recherches en les dirigeant, autant que possible, vers la détermination exacte des phénomènes de combinaison qui se produisent au contact de l'iode avec les matières protéiques;

3° D'ordonner que son mémoire soit renvoyé au comité de publication. (Adopté.)

— M. Bouchardat commence la lecture d'un rapport sur un mémoire de M. Quevenne relatif à la médication ferrugineuse.

L'étendue de ce rapport ne permettant pas à M. Bouchardat d'en terminer la lecture, la suite est remise à la séance prochaine.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

BIBLIOGRAPHIE.

De la mort et de ses caractères. — Nécessité d'une révision de la législation des décès pour prévenir les inhumations et les délaissements anticipés; par M. le docteur Josat. (Ouvrage entrepris et exécuté sous les auspices du gouvernement, et couronné par l'Institut.) — Paris, Germer Baillière. — 1854.

Il y a bientôt cinq ans, nous rendions compte dans ces colonnes d'un ouvrage sur le même sujet qui fit à cette époque une certaine sensation, autant à cause de sa valeur réelle que par le retentissement que lui donna le jugement de l'Académie des sciences : nous voulons parler du Traité des signes de la mort de M. Boucbut. On se rappelle quelle était la conclusion principale de cet ouvrage, savoir qu'il existe des signes immédiats certains de la mort se rattachant tous plus ou moins directement à la mort particulière du cœur, et que de tous ces signes le plus important est l'absence des battements du cœur à l'auscultation pendant un intervalle d'une à deux minutes. On se rappelle encore que cette conclusion du travail de M. Bouchut a été sanctionnée par les recherches des membres de la commission. Cependant, malgré toute la confiance inspirée par l'esprit observateur de M. Bouchut, malgré la haute et juste autorité des commissaires, il a été élevé depuis quelques doutes sur la certitude de ce signe, et la crainte de voir se renouveler les lamentables histoires d'inhumations anticipées a trouvé encore des esprits disposés à l'accueillir. Ces doutes et cette crainte constituent le fond du livre que nous annonçons aujourd'hui.

Chargé d'une mission spéciale dont l'objet était d'étudier les institutions mortuaires de l'Allemagne et tout ce qui a rapport à la législation des décès, M. Josat y a consacré dix années de recherches et d'observations. Il a visité tous les lieux où il pouvait espérer découvrir quelques données propres à faciliter la solution du problème qu'il poursuivait : prévenir les enterrements avant décès. Il a consulté tous les hommes compétents, étudié tous les réglements, observé, analysé tout ce qui rentrait dans ce sujet; il s'est livré, en un mot, à une enquête complète sur la question. Ce sont les résultats de ces recherches qu'il a réunis d'abord dans un rapport adressé au ministre de qui il tenait sa mission, puis dans un travail plus considérable qui a reçu un encouragement de l'Académie des sciences, au concours de 1852. L'ouvrage, imprimé, complété par plusieurs additions importantes, se compose d'une introduction historique sur les funérailles chez les différents peuples, au point de vue de la mort incertaine; d'une première partie, dans laquelle l'auteur fait l'exposé historique et l'appréciation critique des signes de la mort réelle; d'une deuxième partie, qui a pour objet les caractères de la mort apparente et l'exposé des moyens propres à prévenir l'inhumation dans les cas de mort apparente; d'une troisième partie, enfin, qui traite du délaissement des malades avant la mort consommée, et des moyens de le prévenir.

L'examen critique des divers caractères alternativement réputés comme signes certains de la mort réelle, a conduit M. Josat à en nier successivement la valeur. Non-seulement il récuse, par voie d'exclusion, tous les signes ou moyens de constater la mort, auxquels on a accordé ou l'on accorde encore aujourd'hui un caractère de certitude, y compris le signe emprunté à l'absence prolongée des battements du cœur, mais il regarde même leur ensemble comme insuffisant, dans certains cas, pour prémunir contre l'erreur.

Avant d'exposer les conséquences pratiques que l'auteur déduit de l'insuffisance de ces signes, nous ne pouvons nous dispenser de dire un mot de la manière dont il a traité et examiné cette importante question, qui est le point capital évidemment, le point sur lequel roule tout l'ouvrage. Non que nous ayons l'intention d'élever une discussion qui demanderait d'autres développements que ceux qui nous sont permis ici; mais il est tout au moins de notre devoir de dire quelle a été l'impression qui est résultée dans notre esprit de la lecture attentive des faits invoqués par M. Josat à l'appui de ses infirmations.

Pour ce qui concerne chacun de ces signes en particulier, considérés isolément, tels que le refroidissement du corps, la rigidité cadavérique, l'opacité des doigts, la lividité des parties déclives, le relâchement des sphincters, l'absence absolue de sensibilité générale, l'insensibilité et la dilatation de la pupille, la toile glaireuse du globe oculaire, l'absence de contractilité électrique, etc., ainsi que les signes fournis par les diverses expériences de Thiery, de M. Van Heugel, de M. Legrand et autres, l'analyse qu'en fait M. Josat ne laisse aucun doute sur leur insuffisance et sur la compatibilité de chacun d'eux avec la persistance de la vie dans certains états pathologiques déterminés. Il n'y a, du reste, à cet égard aucune contestation sérieuse;

mais il n'en est pas de même pour ce qui est relatif au signe déduit de l'absence prolongée des battements du cœur, surtout lorsque ce signe se trouve réuni avec plusieurs ou la plupart de ceux dont il vient d'être question. De la lecture des observations rapportées ou citées dans cette partie de l'ouvrage de M. Josat, il ne résulte pas pour nous la conviction que la loi formulée par M. Bouchut et sanctionnée par la commission de l'Académie des sciences soit infirmée. Nous croyons que les faits observés avant que l'attention des médecins ait été appelée sur ce mode d'exploration et sur les conditions qui en peuvent assurer le résultat, sont d'avance frappées, pour la plupart au moins, de nullité. Resterait donc à tenir compte principalement des faits publiés ou observés depuis la publication du rapport de l'Académie. Parmi ces derniers, il en est quelques-uns qui pourront paraître de nature à soulever des doutes, tels, par exemple, que le fait de M. Girbal (de Montpellier), ceux de M. Ripault (de Dijon), ceux que dit avoir observés M. Depaul sur des nouveau-nés, et qui n'ont point été publiés, que nous sachions. Mais dans ces cas-là mêmes, l'absence des battements du cœur a-t-elle été constatée comme le veut la commission, pour que le fait soit probant, c'est-à-dire sur tous les points où ils peuvent être naturellement ou accidentellement entendus et sur chacun, pendant l'intervalle de cinq minutes? Nous n'avons trouvé ces conditions nettement spécifiées dans aucune de ces relations; nous ne contestons point que toutes les précautions et toutes les garanties n'aient été prises par les observateurs contre toute cause d'erreur; mais l'absence même de cette indication permet aussi à son tour le doute sur l'exactitude du fait.

Revenons aux déductions que M. Josat tire de l'incertitude dont sont entachés, à ses yeux, tous les signes immédiats de la mort. La décomposition cadavérique *seule* pourrait dès lors garantir sûrement de l'erreur. Partant de ce principe, qui est la conclusion de tout ce qui précède, M. Josat fait voir non-seulement la possibilité de l'inhumation en cet état, mais encore la fréquence des cas où des personnes auraient été, suivant lui, sur le point d'être enterrées vivantes. Le seul moyen de prévenir les inhumations avant décès serait de n'enterrer les corps qu'après y avoir constaté les premiers signes de la décomposition putride. Cela ne tendrait à rien moins, comme on le voit, qu'à une réforme complète de la législation mortuaire actuelle. C'est, en effet, ce que demande M. Josat. Voici, en peu de mots, le système qu'il propose :

Aucune inhumation ne serait faite que soixante-douze heures après la déclaration du décès.

Il serait construit près de chaque cimetière un établissement destiné à l'exposition des corps, jusqu'à l'expiration de ce délai.

Cette exposition serait facultative.

Dans le cas où les familles déclareraient vouloir garder le corps dans le domicile mortuaire, la vérification du délai aurait lieu avant les soixante-douze heures, et l'inhumation après ce terme.

Si la famille exprimait l'intention de livrer le corps à l'exposition, il pourrait être procédé à la vérification du décès douze heures après la déclaration, et aux funérailles dans les vingt-quatre heures, etc.

Suivent des dispositions secondaires, complémentaires ou exécutoires de celles qui précèdent.

C'est, comme on le voit, une application du système des *obitoires* ou maisons mortuaires en vigueur dans quelques parties de l'Allemagne.

La réforme proposée par M. Josat est-elle nécessaire? est-elle utile? serait-elle sans inconvénients? Si elle était utile, si elle était reconnue indispensable, comme la seule garantie possible contre les chances de l'inhumation anticipée, il y aurait lieu sans doute de passer outre sur les inconvénients d'un pareil système, inconvénients qui ne seraient cependant pas sans gravité; mais pour que cette utilité fût bien constatée, et elle ne le serait pas encore en supposant infirmées les observations et les expériences de M. Bouchut et de la commission académique, il faudrait des faits plus précis, plus réels et mieux observés que tous ceux qui ont été invoqués jusqu'ici en faveur de la thèse de M. Josat.

Mais si la réforme réclamée par ce médecin ne paraît ni urgente ni nécessaire dans son ensemble, il est quelques mesures secondaires parmi celles qu'il a proposées, qui méritent d'être prises en sérieuse considération : telles sont celles qui ont trait à l'organisation d'asiles ou de dépôts mortuaires destinés, dans les grandes villes et dans les grands centres de populations pauvres, à recevoir les corps que, dans l'état actuel des choses, on est obligé de conserver au sein des familles dans d'étroits réduits communs. Il y aurait là tout à la fois une satisfaction donnée à la morale, à l'hygiène publique et au sentiment de respect dû à toute dépouille humaine. Il va sans dire aussi que si la législation mortuaire actuelle nous paraît offrir des garanties suffisantes, c'est sous la condition qu'elle soit rigoureusement exécutée et généralisée, autant que faire se peut, dans toutes les localités, comme elle l'est à Paris et dans les principales villes de France.

Si nous n'avons été convaincu ni par les faits ni par les raisonnements dont l'auteur a étayé sa thèse, et si nous ne partageons pas l'opinion qu'il a cherché à faire prévaloir sur l'utilité d'une réforme de la législation mortuaire, nous n'en devons pas moins proclamer bien haut combien est louable et méritante en soi l'œuvre à laquelle il a voué dix années de travaux et de recherches pénibles, et signaler à l'attention de nos lecteurs un livre qui renferme des documents historiques intéressants et des appréciations utiles à consulter sur une foule de points qui se rattachent au sujet.

H. BROCHIN.

VARIÉTÉS.

MOUVEMENT DU CHOLÉRA DANS PARIS ET DANS LA BANLIEUE.

Août. . .	11	12	13	14	15	16	17
Admissions aux hôpitaux	31	39	40	46	35	42	58
Cas déclarés à l'intérieur	13	09	21	14	12	07	16
Totaux.	44	48	6t	60	47	49	74
Décès : Dans les hôpitaux civils . .	21	38	24	3t	24	26	36
— militaires. .	6	11	7	4	9	2	7
A domicile : 1er arrond.. .	3	4	5	3	7	5	5
2e —	4	8	0	6	9	6	11
3e —	3	0	7	5	3	3	3
4e —	0	0	0	3	0	1	3
5e —	8	11	9	2	8	7	4
6e —	10	5	5	14	5	7	6
7e —	3	5	1	6	6	2	3
8e —	5	10	4	7	7	6	6
9e —	2	4	4	2	3	1	3
10e —	3	3	4	2	4	6	6
11e —	4	1	2	2	3	2	2
12e —	5	4	12	11	13	17	11
Communes rurales	0	3	0	3	0	0	0

RÉCAPITULATION DES DÉCÈS CHOLÉRIQUES.

Dans les hôp. civils et militaires . . .	27	49	31	35	33	28	43
A domicile et dans les comm. rurales.	50	58	53	66	68	63	63
Totaux généraux des décès. . .	77	107	84	101	101	91	106

L'état sanitaire de la capitale ne s'améliore pas. Notre bulletin hebdomadaire témoigne au contraire un certain progrès dans l'infinence épidémique. Les cas déclarés et les décès se sont accrus à pen près de la même proportion : ajoutons que les symptômes intestinaux tendent de plus en plus à se généraliser. Ces diverses circonstances s'accordent pour commander la plus grande réserve et engager nos confrères à user de toute leur influence pour empêcher un plus grand développement de l'épidémie.

RÉCAPITULATION DEPUIS LA RECRUDESCENCE JUSQU'AU 17 INCLUSIVEMENT.

Admissions dans les hôpitaux civils. .	2,697	3,966
Cas déclarés à l'intérieur	1,269	
Décès dans les hôpitaux civils.	2,068	4,928
— — militaires . .	397	
— à domicite.	2,268	
— dans les communes rurales.	195	

—MARSEILLE. — Le chiffre total des décès qui s'était abaissé à 25 dans la journée du 13 août s'est élevé à 41 le 14 et à 35 le 15. Ces chiffres comprennent une assez forte proportion d'enfants. La garnison fournit nn contingent proportionnellement considérabte, vu un assez grand nombre de cas déclarés dans l'intérieur de l'hôpital militaire. La maladie sévit par cas isolés dans la banlieue; les cas sont toujours très-graves. La mort survient le plus souvent dans la période algide.

— TOULON. — La maladie continue ses progrès; on a compté jusqu'à 90 décès par jour.

— AIX. — La maladie règne toujours, quoique les cas soient moins nombreux.

— ARLES. — Cette malheureuse ville n'est point encore délivrée du fléau; elle a offert les cas les plus graves.

— AVIGNON. — Quelques cas isolés.

— SALON. — Quelques cas.

— LYON. — Un certain nombre de cas graves ont été observés. On sait que cette grande cité avait joui d'une immunité complète dans les épidémies de 1832 et 1849.

— PIRÉE. — La maladie sévit actuellement sur la garnison anglaise.

— GALLIPOLI. — On a compté environ 800 décès sur une garnison de 8,000 hommes. La maladie y a commencé par le 5e léger.

— ALGER, ORAN, PHILIPPEVILLE. — Quelques cas isolés jusqu'ici.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

CONSTITUTION MÉDICALE.

DES MALADIES RÉGNANTES DANS LE MIDI DE LA FRANCE ET A MARSEILLE, ET DE LEUR RAPPORT AVEC LE CHOLÉRA. — GÉNÉRALISATION DE LA DIARRHÉE.

Marseille, le 22 août.

Jusqu'ici nous n'avons signalé de l'influence cholérique que les effets les plus marqués, et nous n'avons envisagé l'épidémie qui désole le midi de la France que sous le côté le plus grave. La question spéciale des maladies qui règnent actuellement, en même temps que le choléra, mérite d'être posée à son tour. Elle comprend la détermination des actes morbides divers qui se développent parallèlement au choléra. La GAZETTE MÉDICALE a trop souvent insisté sur la nécessité de préciser ces données pour que nous ayons besoin de revenir d'une manière générale sur leur importance au point de vue de l'épidémiologie. Nous dirons seulement qu'elles forment le complément indispensable aujourd'hui de toute étude des maladies épidémiques.

Les affections épidémiques ou endémiques sont rarement isolées; à moins qu'elles n'aient une très-grande intensité, elles permettent le plus souvent le développement d'autres maladies. C'est ce qu'on reconnait à Paris et c'est ce que nous observons actuellement dans le Midi. Il nous a été permis, dans la période culminante de l'épidémie, de constater l'existence d'un certain nombre de fièvres typhoïdes et de varioles; dès que l'épidémie a diminué, il y a eu une proportion considérable de fièvres typhoïdes. Ces affections, par leur gravité, par leur nombre, par les phénomènes insolites qui les accompagnent, méritent d'être signalées en première ligne. La fièvre typhoïde peut, à juste titre, être considérée ici comme la plus grave des maladies endémiques; elle prélève un tribut considérable sur la population adulte, et, dans les circonstances ordinaires, elle est, de toutes les maladies fébriles aiguës, celle qui enlève la proportion la plus considérable des personnes de 20 à 40 ans, étrangères au pays. C'est à cette époque de l'année et dans les mois des plus fortes chaleurs que son action est plus grande. Sur les militaires, sur les marins du Nord, sur tous les individus non acclimatés, elle exerce une action puissante qui se traduit par le développement des phénomènes propres aux fièvres typhoïdes graves : intensité de la fièvre, de la prostration, de la céphalalgie dès le début, acuité du délire, agitation, fuliginosités, persistance de la diarrhée dans la seconde période; adynamie profonde, amaigrissement, gangrène à la fin. Voilà les caractères des affections qu'on observait à l'Hôtel-Dieu de Marseille en 1839, 1840, 1844. Ces caractères sont les mêmes aujourd'hui, nous les avons retrouvés tels à quinze ans de distance. Ce sont les mêmes symptomes principaux et les mêmes altérations anatomiques. Parmi celles-ci, nous mettrons en première ligne, comme appartenant spécialement aux fièvres typhoïdes de ce pays, la présence presque constante des lésions du gros intestin : ulcérations, gonflement des follicules, ramollissement et injections de la muqueuse.

A ces symptômes généraux que nous venons de décrire, il faut ajouter, pour caractériser les fièvres typhoïdes qui règnent en ce moment la tendance aux éruptions. Il n'est pas rare de voir des malades, et nous en avons plusieurs sous les yeux en écrivant ces lignes, qui présentent une éruption presque confluente de taches lenticulaires sur toute la face antérieure du tronc, sur le cou et les membres supérieurs. Ces taches, simplement papuleuses dans un bon nombre de cas, sont quelquefois acuminées et terminées par une très-petite vésicule miliaire. Deux fois, à côté de l'éruption papuleuse ordinaire, on trouvait une éruption abondante de miliaire rosée qui semblait superposée à l'éruption papuleuse. Les sudamina sont très-nombreux et très-fréquents, les sueurs se montrent plus souvent et sont plus abondantes que de coutume, l'ecthyma des fesses, simple ou furonculeux, a été observé chez deux malades; il a excité des abcès multiples dans deux cas. Il faut dire que ces données sont fournies par l'examen jour par jour, et pendant vingt jours, des malades d'un service considérable de fiévreux (de 150 à 180 malades).

Mais nous n'avons ainsi encore indiqué que les caractères propres à la fièvre typhoïde. Cette affection en a d'autres en ce moment qui révèlent l'influence épidémique et méritent peut-être d'être cités, parce qu'ils sont à peine signalés dans les ouvrages didactiques. Nous voulons parler du ralentissement du pouls (de 90 à 40), de la diminution de la chaleur de la peau au toucher survenant tout à coup pendant la période active de la fièvre. C'est, quand il existe, un signe excellent pour reconnaître la première atteinte de l'influence cholérique chez les typhoïques. Deux fois il s'est montré avant la diarrhée prodromique, qui est du reste quelquefois difficile à distinguer de la diarrhée particulière à la maladie. Cette observation a été faite dans des salles infectées de choléra, qui ne pouvaient être évacuées, et où plusieurs malades étaient journellement enlevés par l'épidémie.

Le plus souvent il arrivait que l'influence cholérique ne débutait point d'une manière aussi lente. Le ralentissement de la circulation, le refroidissement, ne s'observaient qu'après des selles liquides très-abondantes et quelquefois incoercibles; l'altération des forces était alors très-rapide, et l'état algide avec ou sans cyanose survenait en douze, dix-huit, vingt-quatre heures au plus. Quand le malade résistait à cette première atteinte, il n'était point sujet à la réaction plus ou moins grave que présentent presque tous les cholériques. Alors, à la fin de cette période d'algidité, ou pendant sa durée, quelquefois même à son début, on pouvait observer que le choléra, en touchant fortement ces typhoïques, avait complétement arrêté le cours de la maladie primitive, la circulation restait calme après l'attaque, et l'intelligence des sujets atteints de délire et de stupeur, revenue au rhythme normal dès les premières heures de l'algidité, se maintenait ainsi jusqu'à la convalescence.

Après les fièvres typhoïdes graves dont nous parlons, et nous en avons compté environ 40 sur 250 malades qu'il nous a été donné d'examiner, nous signalerons un nombre à peu près égal de malades qui présentaient au début des signes assez caractéristiques de la dothinentérite : céphalalgie, vertiges, insomnie, rêvasseries, courbature, épistaxis, taches rosées, fièvre intense, et chez lesquels, avant le dixième jour, la fièvre cessait tout à coup, et par une suspension brusque de la maladie, la convalescence était immédiatement établie.

Il ne sera point question, dans ce résumé, en ce moment déjà, d'affections des voies respiratoires; il n'en a pas existé et il ne s'en développe aucune en ce moment; on dirait que les seules formes morbides

---

FEUILLETON.

L'ALGÉRIE MÉDICALE (1).

L'Afrique, patrie des prodiges pour les anciens, est un pays d'enseignements pour les modernes. Pline disait : *Semper aliquid novi Africam afferre* (lib. VIII, cap. XVI), et ce dicton n'était pas neuf, car il datait des Grecs. Aujourd'hui on peut répéter la même parole, mais dans un sens plus grave : ce ne sont plus les merveilles mythologiques et les fictions poétiques qui déroulent à nos yeux leur tableau changeant; ce sont des faits nouveaux à moissonner, des questions à replacer à l'ordre du jour, des principes à soumettre à un examen plus approfondi; c'est en un mot un champ fertile pour l'explorateur, le penseur et le savant, comme c'était jadis une source inépuisable pour l'imagination du rêveur et du poëte.

Mais avant d'entrer dans cet austère domaine du présent, permettez-nous de jeter un regard en arrière sur les parterres diaprés des temps antiques; c'est un privilége de feuilleton de pouvoir ainsi semer quelques fleurs sur les chemins arides. Que de merveilles nous apercevons sur la terre algérienne en entr'ouvrant le voile du passé! Les jardins des Hespérides peuplés de belles filles qu'Atlas élevait mystérieusement sous des orangers aux fleurs moins blanches et moins fraîches qu'elles pour les soustraire aux brûlants appétits d'Osiris, roi d'Égypte; le temple cruel bâti par Antée avec les crânes de ses victimes, monument dont la perte est bien faite pour désoler les Gall et les Spurzeim de nos jours; les colonnes d'Hercule, limites du monde; les îles Fortunées, paradis terrestre des anciens; les Gorgones aux cheveux de serpents et aux mains de fer; l'étrange communisme des Grées, horribles sœurs qui ne se servaient qu'un seul œil et d'une seule dent; les Monocoles, qui n'avaient qu'une jambe; les Hémantopodes, hommes serpents; les Cynocéphales, hommes chiens, et ces Stéganopodes dont les larges pieds, quand ces êtres bizarres les élevaient sur leur tête, s'étalaient commodément en ombrelles et en parapluies. A tous ces fantastiques habitants rêvés par la Fable, par Pomponius Méla, par Hérodote, par Strabon et Pline, ajoutons ces gens que le grand saint Augustin a rencontrés en Éthiopie, et qui *duos grossos habebant oculos in pectore fixos*. Si le grave évêque d'Hippone a vu cela de son temps, nous concevons que de nos jours on ait trouvé des peuples d'albinos que les nègres traquent et tuent comme des lapins, et que tout der-

(1) A propos du livre de M. Armand, intitulé : L'ALGÉRIE MÉDICALE, TOPOGRAPHIE, CLIMATOLOGIE, PATHOGÉNIE, PATHOLOGIE, PROPHYLAXIE, HYGIÈNE, ACCLIMATEMENT ET COLONISATION.

possibles sont celles qui relèvent de localisations gastro-intestinales. Tels sont les ictères, qui se montrent actuellement en grand nombre; 50 cas environ sur une garnison de 4 à 5,000 hommes; sans compter les ictères légers, sans dérangement fonctionnel ou organique bien sensible, en nombre souvent plus considérable que les ictères précédés de céphalalgie, de fièvre ou d'embarras gastrique qui seuls sont hospitalisés. On ne sera point surpris de ce grand nombre de jaunisses. Avant, pendant et surtout après les épidémies cholériques, on a maintes fois observé, parmi les maladies régnantes, un grand nombre d'ictères. Ces affections, bien qu'indépendantes généralement du choléra, sont alors quasi-liées à la maladie épidémique; elles trouvent probablement leur cause prédisposante dans cet état des voies gastro-intestinales qu'il est si fréquent de rencontrer en temps de choléra, comme avant et après ces épidémies. Les sujets atteints d'ictère, dans les circonstances où nous nous trouvons, c'est-à-dire au milieu même de l'influence épidémique, présentent cela de particulier qu'ils sont plus sujets à la diarrhée que dans l'ictère sporadique; ils sont aussi plus fréquemment atteints, au début, d'un mouvement fébrile accompagné de céphalalgie, de signes d'embarras gastrique, et souvent de douleur et de pesanteur à l'épigastre. Il suffit d'énoncer ces caractères pour faire pressentir qu'un état morbide ainsi constitué ne pourra que prédisposer fortement au choléra les individus qui en seront atteints. Nous avons observé, en effet, deux fois l'invasion du choléra dans ces circonstances.

Déduction faite des fièvres typhoïdes, des ictères, il reste encore un grand nombre de malades atteints de lésion fonctionnelle ou organique de la muqueuse gastro-intestinale. Ces lésions consistent, dans la presque totalité des cas, en diarrhées ou flux intestinaux de diverse nature; nous n'avons rencontré que 2 ou 3 cas d'embarras gastrique exempts de diarrhée. Il y a là donc un nombre considérable de malades chez lesquels la muqueuse intestinale est dans cet état d'hypersécrétion qui est la prédisposition, le signe pathognomonique et le degré initial du choléra. Mais les relevés des hôpitaux ne fournissent à ce sujet que des indications peu exactes. Nous avons fait appel à l'expérience de plusieurs médecins de la ville et des médecins de la garnison. Toutes les personnes qu'il nous a été donné d'interroger à cet égard ont reconnu le grand nombre d'affections diarrhéiques qui ont régné avant et pendant l'épidémie cholérique. Actuellement encore ces affections sont très-communes. Dans un régiment, le 4e léger, qui a payé un ample tribut à la maladie, presque tous les hommes ont été atteints de diarrhée et ont été successivement et souvent à plusieurs reprises traités pour ce symptôme dans les infirmeries. Dans la population civile, le même fait s'est présenté sur une grande échelle, à tous les âges, mais surtout sur les enfants qui ont fourni une proportion considérable de décès cholériques. Hors de la ville, dans la banlieue, on a rencontré grand nombre de cholérines dans les localités infectées et en dehors de ces localités. Des localités exemptes de l'épidémie, au voisinage de Marseille, il en est très-peu qui n'aient présenté au moment de l'émigration ou quelque temps avant, ou qui ne présentent aujourd'hui ces cholérines, ces diarrhées prodromiques ou prémonitoires. Là est la question essentielle de la constitution médicale. Quel a été le caractère de ces diarrhées? sont-ce, par exemple, des diarrhées cholériques ou dyssentériques? Ce n'est point ici le lieu de chercher à résoudre complétement cette question au point de vue pathologique. Nous dirons seulement qu'à côté des affections que nous avons déjà signalées nous avons observé plusieurs cas de dyssenterie graves avec selles sanguinolentes et ténesme; que plusieurs diarrhées étaient précédées ou suivies de selles sanguinolentes glaireuses, et que les dyssenteries qui n'ont point été enrayées d'emblée par un traitement actif ont eu des selles liquides très-abondantes et ont tourné en choléra. Il y a donc là, si ce n'est affinité de nature dans tous les cas, au moins des lésions fonctionnelles qui prédisposent singulièrement au choléra. Du reste, les diarrhées étaient en grande majorité indolores et se composaient de selles très-liquides plus ou moins colorées par la bile. Il n'y a d'exception à ce fait que pour les enfants dont la diarrhée présente en ce pays quelque chose de spécifique. Nous reviendrons à ce sujet en étudiant les conditions qui ont fait les lois de la mortalité cholérique suivant les âges, et qui ont rendu les décès si nombreux chez les enfants.

THOLOZAN.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

NOTE SUR UN CAS DE DILATATION VARIQUEUSE DU RÉSEAU LYMPHATIQUE SUPERFICIEL DU DERME; ÉMISSION VOLONTAIRE DE LYMPHE; par M. CAMILLE DESJARDINS (de l'île Maurice); lue à la Société de biologie de Paris, par le docteur GUBLER, dans la séance du 13 mai 1854. — ANALYSE DE CETTE LYMPHE ET RÉFLEXIONS; par le docteur GUBLER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc., etc., et M. QUÉVENNE, pharmacien en chef de l'hôpital de la Charité.

(Suite et fin. — Voir les nos 24, 27 et 30.)

ANALOGIES DE LA LYMPHE AVEC LE CHYLE, LE LAIT ET LE SANG.

Entre le chyle et la lymphe, la similitude est si grande qu'elle constitue une quasi-identité: la seule distinction sérieuse que l'on puisse établir entre ces deux humeurs est fondée sur les proportions inverses d'éléments du caillot et de matières grasses qu'elles renferment. D'un autre côté, Müller et M. Dumas ont fait ressortir, par d'ingénieuses considérations, les liens étroits qui unissent la lymphe au sang lui-même. Après la description que nous venons de tracer, ces rapports paraîtront plus intimes encore. En effet si, comme nous l'admettons, la lymphe renferme normalement au nombre de ses principes les globules sanguins, on peut dire qu'elle ne diffère du sang que par les quantités absolues et relatives des éléments qui lui sont presque tous communs avec ce dernier. Il est inutile d'insister davantage sur ce point si bien mis en lumière par les éminents physiologistes que nous venons de citer. Mais nous voulons fixer un moment l'attention sur les analogies moins appréciées qui existent entre le lait et le sérum, ou mieux la *liqueur de la lymphe*.

A part les globules blancs et rouges qui ont échappé à l'action coercitive du caillot fibrineux, le sérum de la lymphe est, comme le lait,

---

nièrement encore le colonel Ducouret ait rencontré les Ghilanes, hommes qui ont une queue!

Mais tous ces nuages roses et chatoyants qui enveloppaient l'Afrique dans l'antiquité se dissipent aujourd'hui au souffle de la rigide observation et de l'esprit positif du siècle. Ce magique pays aux horizons grandioses, au ciel étincelant, aux vents de feu, aux blancs minarets, aux vertes oasis, aux femmes mystérieuses, ne paraît même guère inspirer les imaginations modernes du peintre, du poëte et du conteur: les ORIENTALES n'ont point été dictées en Algérie; une mille et deuxième nuit n'a point complété, sous une plume française, les aimables et fantastiques récits de Dinarzade; peu de pinceaux ont chauffé leur coloris aux ardeurs de ce ciel de feu, aux éclats de cette nature étincelante; personne n'a rêvé en voyant le grand désert, la mer immense et les profondeurs du ciel bleu; quelle imagination s'est égarée à la suite de l'Arabe dans les champs sans limites de ses pâturages, dans ce pays des mœurs sans contrainte, où la tribu a encore ses Labau et ses Rachel?

La nature africaine serait-elle donc changée depuis les temps antiques? Ne serait-ce plus ce pays fécond en toutes choses, bonnes et mauvaises, où l'on trouve le lion à côté de la gazelle, la source sur le sable brûlant, les champs fertiles de la Libye qui nourrissaient Rome non loin des mers de sable de l'Égypte qui engloutirent les armées de Cambyse? Ce continent déshérité n'aurait-il conservé que ses férocités et serait-il veuf de toutes ses douceurs? Notre confrère M. Bodichon, dont la GAZETTE MÉDICALE a analysé les travaux, semble être de cet avis: pour lui, en Afrique une modification climatique porte fatalement l'homme à la cruauté et à la détérioration morale; ses autochthones et les immigrants y deviennent cruels et barbares, parce que la nature africaine est elle-même âpre et féroce, et qu'en général chaque région du globe finit par s'assimiler les êtres qu'elle nourrit.

Sommes-nous donc destinés, nous Français et colonisateurs, à dégénérer sur cette terre étrangère, à dépérir au physique, et à voir se changer notre caractère communicatif en morose taciturnité, notre doux et facile commerce en instincts barbares? M. Bodichon ne le pense pas. La France, grâce à son génie particulier, a pour mission de modifier profondément la rude nature africaine qui, à son tour, adoucira l'humeur cruelle de ses enfants. Quant à la nation arabe qui vole, pille, sodomise, ment, matérialise tout, méconnaît le beau idéal, accable la femme, a des esclaves, croupit dans la fainéantise, méprise l'agriculture, fait un dieu des sens... sa vie est un outrage à la création; elle périra; précipiter sa perte est même un acte d'humanité, car sa présence gêne, entrave le progrès de la civilisation et la marche de la race humaine vers le bon et le bien. Telles sont du moins la pensée et presque les paroles de M. Bodichon. Quant à nous, nous croyons qu'elle s'assimilera comme la race américaine dans certaines contrées de l'Amérique méridionale, ou sinon qu'elle périra, usée au frottement de la civilisation, comme les peuplades de l'Amérique du Nord.

Non, la nature africaine n'a pas changé depuis les temps antiques; c'est l'esprit des siècles qui la considèrent successivement, qui a changé du tout au tout. Le panorama du monde passe et repasse, toujours le même, devant l'œil de l'homme, mais cet œil est tour à tour armé de verres noirs, blancs, bleus ou rouges, qui lui font croire que tout est changé quand lui seul

un liquide émulsif qui doit son aspect à de la matière grasse en suspension sous forme de granules ou de gouttelettes extrêmement fines. Comme le lait aussi, il tient en dissolution une double matière albuminoïde. L'une n'est autre que de l'albumine proprement dite; l'autre, plus abondante, est assez semblable au caséum, dont elle a les principales réactions, mais il lui manque une certaine proportion de phosphates terreux. Quant aux sels, ils sont les mêmes dans les deux cas. Pour compléter ce parallèle, il ne manquait donc qu'une seule chose, c'était de trouver dans la lymphe une matière sucrée analogue au sucre de lait; notre analyse tend à combler cette lacune.

En présence d'une si parfaite analogie, la distinction parait bien difficile à établir entre les deux liquides lorsqu'on n'agit que sur de petites quantités. Aussi pensons-nous que la dénomination de *galactocèles*, imposée à des collections d'un liquide lactescent dans certaines cavités normales ou accidentelles, n'est pas suffisamment justifiée.

Quand on avait constaté, dans ces liquides plus ou moins opaques, de la matière grasse émulsionnée, plus une substance albuminoïde précipitant seulement par la chaleur aidée d'un acide et une matière réduisant l'oxyde de cuivre, on croyait avoir affaire à du lait. Cependant ces caractères conviennent également au sérum de la lymphe. et comme celle-ci se trouve normalement dans toutes les régions du corps, tandis que le lait ne se rencontre que dans un seul organe, il est beaucoup plus naturel de supposer que c'est de la lymphe épanchée qui constitue les collections dont il s'agit. Telle était probablement la nature des deux tumeurs scrotales décrites, la première par Lœvig (1) et la dernière par M. Vidal (de Cassis), lesquelles seraient par conséquent mieux désignées sous le nom de *lymphatocèles*. Pour établir sans réplique qu'une tumeur morbide, placée à une grande distance des mamelles et sans communication appréciable avec ces glandes, renferme du lait proprement dit, il faudrait qu'on se fût assuré particulièrement que la matière grasse à laquelle elle doit son opacité est réellement du heurre, que la matière réduisant l'oxyde de cuivre est bien du sucre de lait, et que la substance albuminoïde est du véritable caséum accompagné de sa proportion normale de phosphates terreux.

Or M. Grassi, qui a fait l'analyse du liquide laiteux retiré des bourses par M. Vidal, note précisément que ce liquide ne renfermait pas de phosphate de chaux, ce qui éloigne l'idée qu'on avait réellement affaire à du caséum (2).

D'autres faits, plus ou moins analogues, consignés dans les recueils scientifiques, sont passibles des mêmes objections.

Tel est le cas d'un *écoulement de lait de la cuisse d'une femme*, dont le produit recueilli par le docteur Zamini (de Savone) a été analysé par le professeur Cannobio (de Gênes), qui croit pouvoir admettre l'existence du heurre, du caséum et de la lactine ou sucre de lait, en s'appuyant sur des expériences non suffisamment démonstratives (3). D'ailleurs, par l'aspect et la composition chimique, le liquide dont parle le chimiste génois se rapproche beaucoup de notre lymphe; l'écoulement avait également lieu par la région de la cuisse; mais l'absence de détails nous empêche de savoir si, dans ce cas comme dans celui de M. C. Desjardins, il s'agissait aussi d'une lésion des vaisseaux lymphatiques.

Nous n'entreprendrons pas la revue critique de toutes les observations du même genre; cette discussion nous entrainerait trop loin.

(1) Cité par Henle, ENCYCLOP. ANAT., t. VI, p. 45.
(2) Grassi, JOURN. DE CHIM. ET DE PHARM., t. XIV, 1848, p. 364.
(3) Cannobio, JOURN. DE PHARM. ET DE CHIMIE, t. VIII, 1845, p. 123.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

RÉSUMÉ D'UN MÉMOIRE SUR LA MÉDICATION FERRUGINEUSE; par T.-A. QUEVENNE. (Présenté à l'Académie de médecine).

Entrant dans une voie nouvelle, par une suite d'expériences exécutées à l'aide de chiens à fistules stomacales, j'ai tâché d'élucider les problèmes les plus importants qui se rattachent à l'administration des préparations ferrugineuses associées aux aliments usuels.

J'ai expérimenté sur plusieurs chiens à fistule; les résultats ont toujours été dans le même sens.

Sauf les cas qui nécessitaient une nourriture particulière, la ration d'aliments pour chaque expérience se composait de :

	Quantité de matière sèche correspondante.
100 grammes bouilli maigre, coupé menu.	41,40
40 grammes pain blanc de 2e qualité, coupé menu. . .	26,24
150 grammes bouillon.	» »
	67,64

C'est ce que j'appelerai la *ration mixte ordinaire*.

La durée de la digestion, pour cette quantité d'aliments, était de cinq heures.

Mon but principal a été celui-ci : une préparation martiale étant ingérée avec les aliments, combien introduit-elle de fer à l'état de dissolution dans le suc gastrique?

J'ai aussi apprécié par la voie de l'expérience l'influence du produit martial sur le degré d'acidité du suc gastrique, celle de la nature des aliments ingérés simultanément, l'addition de divers médicaments aux ferrugineux, etc.

Beaucoup d'autres points ont encore été examinés, comme le poids des matières alimentaires dissoutes par le suc gastrique, le passage des différents composés de fer dans les urines, la cause de la couleur noire des selles, le dosage du fer dans la bile, les cheveux; les propriétés comparatives du suc gastrique chez l'homme, le bœuf, le lapin, les poules; l'état d'oxydation du fer dans le suc gastrique, la fonction physiologique qu'il remplit dans l'économie après qu'il s'est localisé dans le globule sanguin, etc.

Si l'on faisait le dénombrement de toutes ces expériences, on arriverait au chiffre énorme de 2,000, ou à très-peu près.

RÉSULTATS OBTENUS.

Les résultats des expériences dont il s'agit ont été consignés dans une suite de tableaux qui permettent d'en embrasser rapidement l'ensemble, et dont les chiffres indiquent souvent d'eux-mêmes les conséquences à tirer.

---

change. L'esprit du siècle est positif et exact; il voit, mesure, pèse, sonde et compte avec la raison; il considère l'Afrique à travers un verre blanc, derrière lequel le paysage semble un peu froid, un peu pâle, mais nettement dessiné, bien arrêté dans ses lignes principales et dans ses détails. L'antiquité regardait par un verre de chatoyant opale, dont les reflets répandaient la couleur et la poésie, mais faisaient trembler les vagues et vaporeux contours des objets et paraient la réalité de trop de fantasmagories.

Voyons comme on voit aujourd'hui, autant que nous le permet, du moins, l'esprit toujours un peu léger du feuilleton.

La conquête de l'Algérie, en ouvrant un vaste champ à l'exploitation coloniale, agricole et politique, a aussi fourni un large contingent aux sciences et livré des matériaux tout neufs à l'activité intellectuelle. La topographie a relevé en tous sens ce pays vierge et presque inconnu, a groupé en chaînes ce fantastique Atlas que nous apercevions encore à travers le prisme de l'antiquité, a tracé ses rivières, mesuré ses montagnes et limité ses bassins; la minéralogie a fouillé son sein; la botanique a interrogé ses plaines, ses plateaux, ses bois et ses déserts; pour l'histoire naturelle, le filet a puisé au fond des mers, le plomb a poursuivi l'animal terrestre, ou a devancé le vol de l'oiseau dans les airs; l'archéologie a débarrassé les inscriptions de la mousse des temps; l'histoire a découvert, traduit et commenté les vieilles archives; la géographie a changé en lignes exactes et précises le vague miroitement des anciens contours; l'anthropologie et l'ethnographie sont remontées à l'origine des races et les ont suivies dans la succession des temps, à travers les révolutions politiques, les croisements, les migrations; l'économie politique a appliqué divers systèmes de colonisation; l'agriculture a tenté, souvent avec succès, la culture des produits que nous avions jusqu'ici demandés aux régions tropicales; l'art de la guerre s'est enrichi d'un système de campement, de marches et d'opérations léger et prompt qui surprendra plus d'une fois l'ennemi que nous allons chercher en Orient; la chirurgie a trouvé, au sein de la paix générale, une sanglante arène où la souffrance et les blessures ont au moins profité en quelque chose à l'humanité; enfin la médecine est l'une des sciences qui ont fait la plus large et la plus utile moisson sur la terre algérienne.

La question de l'acclimatement en général et de la perpétuation de la race européenne en Algérie en particulier a été remise de nouveau à l'ordre du jour. Jusqu'alors on ne l'avait pas autant approfondie, parce que jamais un intérêt aussi prochain et aussi majeur n'y avait été attaché. Nos colonies lointaines ne sont guère en effet que des entrepôts pour le commerce, des ports pour nos flottes, des fermes pour les planteurs; mais l'Algérie a un tout autre caractère, une tout autre destination; c'est une grande province ajoutée à nos vieilles provinces trop étroites pour la croissante population; il fallait donc s'enquérir si les boutures françaises pouvaient prendre sur ce tronc étranger, y donner des fleurs et des fruits, et devenir à leur tour des mères fécondes aptes à perpétuer l'espèce. L'impossibilité de l'acclimatement a été soutenue avec un talent assez élevé, à l'aide de documents assez nombreux pour secouer un instant la tranquillité bien assise de la doctrine de l'acclimatement. La vigueur de cette attaque malheureuse a eu au moins un bon résultat, elle a forcé le vieux dogme de l'acclimatement à déployer

Par exemple, l'un de ceux-ci a montré que pour la digestion d'une ration mixte ordinaire, à laquelle on avait mêlé chaque fois 0,50 de la préparation ferrugineuse à examiner, l'on a obtenu :

	Fer supposé à l'état métallique pour 100 gr. suc gastrique.
Avec fer réduit	0,051,2
— protosulfate de fer	0,028,4
— tartrate de potassium et de fer	0,011,0
— safran de mars	0,008,2

Le fer réduit avait donc introduit beaucoup plus de métal à l'état de dissolution dans le suc gastrique que les trois autres produits; circonstance qui ne s'accorde guère avec l'idée admise d'une manière absolue, que les préparations de fer insolubles par elles-mêmes (safran de mars, éthiops, protocarbonate, limaille, etc.) sont moins actives que celles qui sont naturellement solubles.

Mais les chiffres ci-dessus tendent à faire penser que cette proportion est vraie pour certains composés insolubles, le safran de mars, par exemple.

Un autre tableau explique ce résultat, on y voit qu'une solution de sel de fer (l'expérience a été faite avec le tartrate ferrico-potassique), mise en contact avec les aliments, laisse précipiter la presque totalité du métal. Ce précipité n'étant pas insoluble dans les acides, comme l'avaient déjà constaté, chacun de son côté, MM. Leras, Mialhe, C. E. Mitscherlich, une certaine quantité se redissout dans le suc gastrique.

Il suit de là que dans le cas d'administration des ferrugineux *avec les aliments*, soit que l'on mêle à ces derniers une préparation de fer insoluble, soit qu'on y ajoute un sel soluble du même métal, le suc acide de l'estomac est appelé à réagir sur une matière insoluble; dans le premier cas l'insolubilité est inhérente au produit, dans le deuxième elle résulte de la réaction des aliments. Dans ces deux circonstances la quantité de métal dissoute dépend et de la proportion de substance active (fer) existant réellement dans le produit ingéré, et du degré de solubilité de ce produit ou du précipité qu'il forme dans le suc gastrique.

Un autre tableau présente la quantité de métal dissoute correspondant à chaque dose de fer réduit administrée.

Les chiffres de ce tableau montrent que la quantité de fer dissoute par le suc gastrique, sans être proportionnelle à la dose ingérée, augmente cependant beaucoup avec celle-ci. Par exemple, 0,05 fer réduit ont introduit dans le liquide dont nous parlons 0,013,8 (13 milligr. et 8 dixièmes) de métal (il s'agit toujours dans ces estimations de 100 gr. de suc gastrique), tandis que 0,50 y en ont introduit 0,051,2.

On voit donc là encore un résultat qui ne s'accorde point avec les idées jusqu'ici admises et qui étaient :

Qu'en fait de préparations insolubles, la dose administrée n'avait qu'une faible importance, attendu que le suc gastrique, une fois saturé par le médicament, l'excès de celui-ci restait inattaqué et continuait de parcourir le canal alimentaire à la manière d'un corps inerte. On avait oublié en faisant cette objection théorique qu'il s'agit, non pas d'une quantité donnée de liquide acide contenue dans un verre à expérience, mais d'un phénomène s'accomplissant au milieu d'un espace circonscrit par des parois vivantes, absorbant au fur et à mesure le liquide déjà chargé du principe médicamenteux, et sécrétant simultanément des quantités nouvelles d'acide qui viennent réagir à leur tour.

Lorsqu'il s'agit d'une préparation ferrugineuse difficilement attaquable par les acides faibles, comme le safran de mars, le suc gastrique s'en charge d'une si petite quantité, que, même en élevant fortement les doses, l'augmentation dans la proportion de fer dissoute est peu sensible.

Ainsi, 0,50 de safran de mars ayant introduit, comme nous l'avons déjà dit, 0,008,2 de fer à l'état de dissolution dans le liquide en question, 5 gr. ou dix fois plus n'y en ont introduit que 0,015,0, et 20 gr. ou quarante fois plus qui 0,030,4.

INFLUENCE DE LA PRÉPARATION DE FER ADMINISTRÉE SUR LE DEGRÉ D'ACIDITÉ DU SUC GASTRIQUE.

Le fer réduit, le safran de mars, deux préparations insolubles par elles-mêmes, et jouant le rôle de base à l'égard du suc gastrique, employées à doses thérapeutiques, n'ont que légèrement diminué l'acidité du liquide.

Pour le fer réduit, qui, sous ce rapport, offre l'effet le plus marqué, la moyenne de diminution s'est montrée seulement de 5 p. 100 chez un chien, et de 8 p. 100 chez un autre. (*Chalyb.*)

Avec le lactate, le tartrate double, administrés pareillement à doses thérapeutiques, le degré d'acidité est resté sensiblement le même qu'à l'état normal, ou n'a subi qu'une très-légère augmentation.

Mais lorsque, au lieu de doses thérapeutiques, on élève fortement les quantités de médicament administrées, la diminution d'acidité signalée pour les préparations insolubles est très-marquée, et, chose assez singulière, elle peut aussi se montrer d'une manière aussi prononcée avec les sels.

Il est supposable que, dans ces cas, la diminution d'acidité n'est pas un effet direct du fer sur le liquide même, mais bien le résultat d'une action réflexe de l'organisme influencé par le médicament.

INFLUENCE DU GENRE D'ALIMENTATION ET DE QUELQUES SUBSTANCES MÉDICAMENTEUSES SUR LA QUANTITÉ DE FER DISSOUTE PAR LE SUC GASTRIQUE, LORSQU'ON ADMINISTRE SIMULTANÉMENT LE FER RÉDUIT.

Lorsqu'au lieu de la ration mixte ordinaire, on a donné au chien de la viande seule avec du bouillon, en quantité équivalente (estimée en matière sèche) (1), il y a eu une diminution sensible dans la proportion de fer introduite à l'état de dissolution dans le suc gastrique (0,042,8 au lieu de 0,051,2).

Au contraire, avec le pain seul et le bouillon, la proportion de fer introduite dans le même liquide a été fortement augmentée (0,072,2).

Avec le pain seul et du lait au lieu de bouillon, la proportion de fer a encore éprouvé une augmentation bien plus considérable (0,101,2).

L'addition de chocolat à la ration mixte ordinaire a eu pour effet d'abaisser le chiffre du fer dissous à 0,047,5, c'est-à-dire un peu au-dessous de celui qui correspond, avons-nous vu, à cette ration (0,051,2).

(1) Avec addition de 0,50 de fer réduit, comme dans toutes les expériences qui vont suivre dans cet article.

toutes ses forces, à dresser toutes ses batteries, à arborer tous ses étendards, et à montrer enfin toute sa force et sa puissance. Cette attaque a consolidé à jamais sa victoire; l'opinion est faite aujourd'hui; la science a définitivement prononcé.

Parmi les affections dont l'histoire a été élucidée par l'expérience médicale en Algérie figurent la dyssenterie, l'hépatite, la fièvre intermittente. Jamais on n'avait étudié avec un pareil soin les caractères généraux, les périodes d'évolution, les causes de ses endémo-épidémies qui reparaissent régulièrement chaque année à époque fixe, comme ces oiseaux migrateurs qui, pour me servir de la comparaison de Pringle, se montrent tous les ans vers les mêmes jours. Enfin, il n'est peut-être pas de contrée en France où l'on se soit appliqué avec une pareille persévérance à l'étude de la topographie médicale. L'activité de la médecine militaire en Algérie a vraiment été remarquable : au milieu des balles, sous le souffle pestilentiel des marais, au sein des plus dures privations, nos confrères de l'armée ont observé, médité, recueilli des faits intéressants.

Un des spectacles les plus dignes d'attention, c'est celui des phases et des vicissitudes de la pyrétologie en Afrique. Dans nos pays tempérés où les maladies locales sont la détermination morbide la plus fréquente, la pyrétologie est réduite à se partager l'attention avec ces affections si fréquentes; mais, dans les contrées plus chaudes où les pyrexies exercent une incontestable prépondérance comme nombre et comme gravité, où les maladies locales ne sont le plus souvent que des localisations consécutives, la pyrétologie a une tout autre importance et constitue presque toute la pathologie.

Pendant qu'en France nos efforts s'exerçaient sur ces deux points : 1° distinguer les maladies dans lesquelles la fièvre est primitive et les localisations consécutives, et celles où la fièvre n'est que la réaction allumée par une lésion locale qui l'a précédée; 2° réunir en corps, en unités, ces tronçons épars qu'on avait considérés jusqu'alors comme des êtres complets, tandis qu'ils ne sont que des fragments, et constituer ainsi la fièvre typhoïde avec la fièvre muqueuse, putride, adynamique, nerveuse, etc., etc.; pendant qu'en France on était absorbé par ces graves questions qu'on croyait d'une application universelle, en Algérie, on se livrait à des études différentes sur la pyrétologie, en discutant d'autres principes.

Le règne pathologique n'étant pas le même dans l'une et l'autre contrée, la science devait en effet procéder différemment et se mettre à la recherche d'autres problèmes; ce qui est capital chez nous n'est souvent qu'accessoire ailleurs, et ce qui préoccupe justement dans nos colonies peut fréquemment être négligé dans la mère patrie.

Nous avons toujours pensé que le maintien des doctrines de Montpellier à travers les siècles et malgré l'envahissante et tyrannique centralisation de Paris est dû non-seulement à la transmission des glorieuses traditions du passé, mais qu'il repose en partie sur un fait réel et permanent, sur la nature des affections de la zone française méditerranéenne, où les localisations perdent déjà de leur importance, où les pyrexies, les maladies *totius substantiæ* acquièrent déjà une prépondérance marquée. Abstraction de certains principes fondamentaux qui dominent la science de l'homme et qui demeurent les mêmes partout, la majeure partie des doctrines médicales, surtout rela-

Il en a été de même pour les additions de quinine et de cannelle. Le vin, substitué au bouillon dans la ration mixte, n'a pas influé sensiblement sur la proportion de fer dissoute.

Le beurre frais ou roussi n'a point paru non plus exercer d'influence qui mérite d'être signalée.

L'addition d'acide citrique a produit une *très-légère* augmentation dans la quantité de fer dissoute (0,035,1).

Celle de bicarbonate de soude et de sulfate de quinine ont été sans influence sensible sur le phénomène dont il s'agit.

Quant à l'acidité, elle s'est montrée, dans la majorité des expériences, un peu au-dessous du chiffre normal.

L'addition qui a le plus diminué cette acidité est celle de sulfate de quinine.

Aucune des additions ou modifications de régime n'a porté le degré d'acidité au-dessus du chiffre normal, pas même celle d'acide citrique.

Si l'on ne considérait que les chiffres que nous venons de rapporter, beaucoup de résultats sembleraient en contradiction avec ce que l'on observe chaque jour au lit du malade.

C'est ainsi que, en ne se laissant guider que par la quantité de fer introduit dans le suc gastrique, on serait conduit à regarder comme une circonstance favorable à la médication ferrugineuse de donner la préparation martiale conjointement avec une alimentation composée de pain et de lait.

Avec cette déduction on ferait évidemment fausse route; jamais un praticien n'a eu la pensée de mettre un anémique, une chlorotique (les maladies supposées dans leur état franc et sans complication) au régime lacté en même temps qu'il leur prescrivait du fer.

Il est une autre circonstance qu'il faut prendre en considération: c'est la proportion de matières protéiques introduites dans l'économie en même temps que le fer.

En effet, si l'on tient compte de la quantité de précipité qui se forme dans le suc gastrique par suite de la neutralisation au moyen du carbonate de soude, d'un alcali caustique ou même du sérum de sang, il se trouve que l'abondance de ce précipité est subordonné, non-seulement à la condition de la présence du fer dans les aliments, mais encore à la richesse du suc gastrique en matières animales ou protéiques et à diverses autres circonstances de l'alimentation.

Par exemple:

Lorsqu'on neutralise le suc gastrique provenant de la digestion d'une ration mixte ordinaire, sans fer, on a un précipité assez peu abondant.

Avec la même ration additionnée de 0,50 fer réduit, le précipité est plus abondant.

Avec la viande seule et le bouillon, plus 0,50 de fer réduit, le précipité est encore un peu plus abondant.

Avec le pain seul et le bouillon (toujours 0,50 fer), le précipité est, au contraire, très-peu abondant.

Lorsqu'on ajoute à la ration mixte ordinaire et aux 0,50 de fer des substances analeptiques, corroborantes ou toniques, comme le chocolat, le quinquina gris, la cannelle, l'abondance du précipité s'accroît relativement par le fait de ces additions.

Mais il est une addition surtout qui fait augmenter ce précipité d'une manière considérable, c'est celle du vin.

Ainsi, il y a coïncidence entre l'abondance du précipité formé par suite de la neutralisation du suc gastrique et les meilleures conditions d'alimentation des chlorotiques.

Or si l'effet du traitement de ces malades et la condition de leur guérison consistent dans la régénération des globules de leur sang, si l'absorption des matières protéiques ou albuminoïdes se fait directement par les radicules veineuses au pourtour des organes digestifs, comme cela est admis d'après les expériences nombreuses concluantes, et non par les chylifères, comme on le croyait autrefois;

Si ces faits sont bien établis, le suc gastrique, chargé en même temps de matières alimentaires et de fer, au moment de son entrée dans les veines, ne va-t-il pas se trouver en contact avec un liquide alcalin (le sérum du sang), et ne doit-on pas croire alors que celui-ci va y produire un précipité de la nature de ceux que nous venons d'indiquer?

Eh bien! si en effet les choses se passent ainsi, voilà l'origine probable des globules sanguins, l'acte précurseur que la nature emploie pour former ceux-ci. Ce serait une précipitation, dans la veine même, de matières albuminoïdes unies au fer (celui-ci provenant naturellement des aliments ou y ayant été ajouté): le précipité sous forme de granulations très-fines (1/500 de millimètre environ) constituerait l'élément principal avec lequel la nature doit ensuite façonner le globule sanguin, c'est-à-dire la particule organisée et symétrique dont elle a besoin pour accomplir l'ensemble harmonieux des actes qui constituent la vie.

Il est vrai que pour donner un caractère de certitude à cette manière d'envisager le mode d'action des martiaux, il faudrait doser comparativement le fer dans le sang de la veine porte après l'introduction des ferrugineux dans l'estomac, chose que je n'ai pu faire jusqu'ici.

Tiedemann et Gmelin, Brück, disent bien avoir constaté que le fer entre effectivement d'une manière directe dans la masse du sang; mais il y a d'autant plus de raisons de désirer que ce fait soit vérifié, qu'il s'agit là d'expériences très-délicates; que les différences à constater ne doivent être que très-légères, car les préparations de fer ne semblent susceptibles d'être absorbées qu'en très-petites quantités; données à fortes doses, si elles sont naturellement solubles ou susceptibles de le devenir, elles ne pénètrent point dans l'économie, mais elles exercent une action locale et irritante sur les organes digestifs et provoquent alors des selles ou le vomissement. L'action locale, si la dose est encore plus élevée, peut même aller, du moins pour certains sels de fer, jusqu'à attaquer les parois de l'estomac et des intestins. (C. G. Mitscherlich.)

Du reste, que l'on accorde l'importance qu'on voudra aux idées théoriques que je viens d'exposer, toujours est-il qu'il y a relation directe entre l'abondance du précipité formé par la neutralisation du suc gastrique et la richesse de celui-ci en matières nutritives albuminoïdes.

Ainsi:

Une nourriture végétale, qui, comme on le sait, est très-peu favorable à la reproduction des globules du sang, fournit un suc gastrique qui ne donne presque pas de précipité lorsqu'on le neutralise par le carbonate de soude.

---

tivement à la pathologie, n'est que la généralisation des faits; or comme ceux-ci varient dans les diverses zones terrestres, les idées médicales ne peuvent être partout concordantes. Si cette rencontre complète s'opérait, ce serait la suite d'un monopole factice et funeste; si, par exemple, Paris et Naples, Londres et le Caire venaient à concorder parfaitement sur tous ces points, l'une ou l'autre de ces écoles ferait abstraction des faits qui se passent chez elle, méconnaîtrait la nature du règne pathologique au milieu duquel elle vit, et ne verrait plus que par les yeux des autres.

Les médecins militaires appelés à exercer leur art, à la suite de nos armées, en Afrique et en Italie, se sont conséquemment trouvés dans des milieux pathologiques assez différents de ceux de la mère patrie, pour sentir que la direction scientifique et doctrinale de Paris ne pouvait leur suffire, pour comprendre qu'ils devaient travailler eux-mêmes à l'élucidation des problèmes qui se présentaient en foule sur cette terre vierge, et à l'édification d'un corps doctrinal, d'un ensemble de principes propres à la fois à éclairer l'esprit sur les caractères généraux et la nature du règne pathologique de ces contrées, et à dicter les indications capitales au praticien qui hésite au lit du malade.

La médecine militaire n'a jamais songé à refaire une doctrine médicale complète; une pareille tâche ne peut être entreprise que dans une école où les échanges scientifiques entre les professeurs, et la proclamation des idées du haut d'une chaire publique, fortifient la pensée, amènent la discussion et propagent au loin les leçons des maîtres. Nos confrères de l'armée ont simplement cherché à comprendre les maladies des contrées où ils exercent; c'est la resultante de ces efforts que nous avons cherché à formuler dans la partie historique d'une lecture académique qui date de près d'un an déjà (1).

Le livre de M. Armand, le plus récent sur l'Algérie, n'occupe point, quant à ses doctrines, la place chronologique que semblerait lui donner le millésime de sa publication. Mis au jour pendant une période caractérisée par l'analyse, il appartient à la période passée qu'une synthèse anticipée avait poussée à des généralisations factices et dangereuses. Aujourd'hui l'on ne dit plus: Toute maladie qui se manifeste en Afrique pendant l'époque endémo-épidémique ou estivo-automnale, est une fièvre de nature intermittente, réclame le sulfate de quinine, remonte à une cause unique. Un examen plus approfondi a fait établir une dichotomie fondamentale dans le bloc endémo-épidémique jusqu'ici indivis et confus; on y dégage des maladies *palustres ou miasmatiques et à quinquina*, et des affections *amiasmatiques dues au climat et dont le sulfate de quinine n'est point le spécifique*; on a en outre aperçu le fait capital de la combinaison si fréquente de ces deux genres d'affections si différentes, et leur fusion est une résultante pathologique complexe; féconde découverte qui débrouille le chaos de la pathologie et de l'étiologie de ces

(1) Félix Jacquot, DE LA DUALITÉ DES AFFECTIONS ENDÉMO-ÉPIDÉMIQUES DES PAYS CHAUDS ET PALUSTRES, ETC.

M. Lasserre nous a suivi de très-près, à Rome, dans l'établissement de cette dichotomie. — V. Lasserre, ESSAI SUR LA PYRÉTOLOGIE ROMAINE. Rome, 1853.

Une nourriture animale, qui est bien plus favorable à la reproduction des globules, fournit un suc gastrique précipitant plus abondamment par le carbonate de soude.

Si l'on ajoute des ferrugineux à cette nourriture animale, la reproduction des globules de sang est par là facilitée, et le précipité par neutralisation devient plus abondant.

Si, à la nourriture animale, on ajoute non-seulement des ferrugineux, mais en outre des substances analeptiques ou corroborantes, et surtout du vin, le développement de la richesse du sang en globules s'accroît de plus en plus, en même temps que l'abondance du précipité formé par saturation du suc gastrique suit un accroissement parallèle.

Et maintenant, si en effet la régénération ou le développement des globules de sang se lie d'une manière aussi directe à la précipitation d'un composé de fer et de matière albuminoïde, la conclusion pratique à tirer serait celle-ci : introduire dans l'économie des *quantités modérées de fer*, et en même temps donner aux malades une nourriture où prédominent les matières animales et le vin. Les faits observés tendent à faire penser que les corroborants, tels que le quinquina, le chocolat, sont des adjuvants utiles.

Or ce sont là les principes enseignés depuis longtemps par la pratique, seulement les expériences physiologiques expliquent et motivent ces préceptes, auxquels ils donnent un caractère plus assuré.

PASSAGE DU FER ET DE L'IODE DANS LES URINES.

M. Cl. Bernard a constaté que lorsqu'on injecte de l'iodure ferreux dans les veines, chez les lapins, l'iode apparaît très-promptement dans la salive et dans l'urine; on y trouve aussi du fer. Mais en quelle proportion ce métal passe-t-il par les reins? Ayant pris moi-même 1 gr. de protoïodure de fer le matin dans une tasse de chocolat, et l'urine ayant été examinée, à partir du moment de l'ingestion, de cinq en cinq minutes, on a vu l'iode apparaître dans le liquide après quinze minutes d'intervalle. (Dans une expérience où le sel avait été ingéré à jeun, l'iode s'est montré plus vite encore dans les urines, après dix minutes.)

Après vingt, vingt-cinq et trente minutes, le métalloïde abondait dans l'urine; il en a été de même le reste de la journée; le lendemain la proportion d'iode décroissait d'une manière manifeste, et après quarante-huit heures le liquide n'en indiquait plus que des traces. La totalité de l'urine rendue depuis le commencement de l'expérience ayant été recueillie, on a pu constater qu'il était ressorti par cette voie environ les trois quarts de l'iode ingéré, tandis que la quantité de fer entraînée avec le métalloïde ne pouvait se représenter que pour quelques milligrammes pour toute la masse de liquide.

Ainsi, lorsqu'on administre l'iodure de fer, il se fait aussitôt un départ entre les deux éléments du composé dans l'économie; au bout de dix à quinze minutes, l'iode apparaît dans les urines, et il y passe si abondamment que quarante-huit heures après les trois quarts environ de la quantité d'iode ingéré sont déjà ressortis par cette voie, tandis qu'il n'est parvenu dans la vessie qu'une trace de fer.

EXPÉRIENCES SUR LES MATIÈRES INTESTINALES.

J'ai voulu constater par moi-même quelles réactions offriraient les matières intestinales d'un chien soumis à un genre d'alimentation analogue à celui qui avait été employé pour les expériences sur la digestion stomacale, alimentation qui sert d'ailleurs de base au régime des chlorotiques.

En conséquence, un chien d'assez forte taille, pouvant peser environ 15 kilos, a été nourri matin et soir, pendant huit jours, avec une pâtée composée de :

110 gr. bouilli maigre coupé menu;
110 pain blanc, de 2e qualité, coupé menu;
300 bouillon.

Le neuvième jour, on a donné au chien une ration double pour son déjeuner, et quatre heures et demie après il a été sacrifié.

Le contenu du canal alimentaire a été recueilli par fractions correspondantes aux principaux points de l'organe, et le contenu examiné avec détails. Les résultats les plus importants ont été consignés sur un tableau. On y voit que l'acidité du chyme se conserve, à un certain degré, dans le premiers tiers de l'intestin grêle, que la bouillie alimentaire devient neutre dans le deuxième tiers de celui-ci et alcaline dans la dernière portion; dans le cœcum, elle est redevenue franchement acide, et neutre dans le reste du gros intestin.

Voici les conclusions qui ressortent de ces expériences :

1° La partie liquide de la bouillie alimentaire qui n'a point disparu dans l'estomac et qui franchit le pylore, paraît être rapidement absorbée dans le premier tiers de l'intestin grêle, comme tend à le prouver la grande augmentation de consistance de cette bouillie observée en cet endroit.

Le liquide absorbé dans cette portion du canal digestif ne semble pas avoir subi jusque-là de grands changements, et son absorption paraît se faire à peu près comme dans l'estomac, puisqu'il n'a point encore perdu entièrement la condition fondamentale d'acidité.

2° Mais bientôt les nouveaux liquides complexes venus du foie, du pancréas, etc., le rendent d'abord neutre, puis plus tard alcalin, et placent dès lors la partie non encore absorbée du composé ferrugineux dans des conditions tout à fait inconnues pour nous jusqu'à ce moment.

3° Quant à ce qui peut concerner le tartrate de potasse et de fer, pour lequel on a invoqué comme une circonstance favorable d'absorption, l'alcalinité du suc intestinal, il faut remarquer d'abord qu'il est aujourd'hui reconnu que ce sel, parmi les autres composés de fer, est celui qui précipite le plus abondamment par le suc gastrique, que le précipité additionné de potasse caustique ne se redissout complétement qu'à la faveur d'un excès marqué de cet alcali, et que par conséquent la condition de neutralité ne suffit pas.

Il semble donc, d'après cela, qu'une seule partie du canal digestif ici examiné eût été apte à produire ce résultat (redissolution), la troisième portion de l'intestin grêle, où l'on a constaté une réaction alcaline très-prononcée

Du reste, aucune expérience physiologique directe n'ayant été faite jusqu'ici a ce sujet, il serait fort difficile de dire ce qui se passe dans les intestins après l'ingestion de ce sel de fer, comme d'ailleurs de tous les autres.

---

contrées, et donne à la thérapeutique une précieuse certitude dont elle avait manqué jusqu'à présent.

M. Armand, disons-nous, appartient à la période passée, période de synthèse prématurée, car elle a précédé l'analyse; période dangereuse, puisqu'elle érige un seul médicament en remède universel et laisse le médecin s'endormir dans une trompeuse sécurité. On peut même considérer notre confrère et ami comme ayant porté le dernier coup à cette période, en poussant son exagération à un point inouï qui la met hors de la discussion. On trouvait hardis ceux qui, englobant l'hépatite et la dyssenterie avec les fièvres intermittentes, leur attribuaient la même origine, le miasme palustre, et le même spécifique, le sulfate de quinine. De plus sages rejetaient cette identification, conservaient les individualités distinctes, mais admettaient la coexistence fréquente des deux éléments, et, dans ces cas, la double origine et la double indication thérapeutique. M. Armand laisse bien loin cette synthèse réputée hardie par l'opinion, mais beaucoup trop timide pour lui : il ne voit que des fièvres intermittentes graves ou pernicieuses dont la cure réclame le spécifique quinquina, dans toutes les fièvres appelées tour à tour *continues*, *pseudo-continues*, *gastro-céphalites*, *fièvres gastriques*, *fièvres gastriques bilieuses*; dans la *dyssenterie*, qu'il veut délivrer de cette appellation fausse et désastreuse, pour l'appeler *fièvre dyssentérique*; dans les *hépatites*; dans la *fièvre jaune* et la *peste*; dans l'*ophthalmie purulente* algérienne; dans la *suette miliaire*; dans le *choléra confirmé*; dans notre vraie *fièvre typhoïde* avec lésions intestinales; dans la *méningite cérébro-spinale épidémique* de France et d'Afrique; enfin dans la *pneumonie* même (nous pensons que notre excellent ami a voulu parler de la pneumonie d'Afrique seulement). On guérirait mieux le choléra, la suette, la dothinentérie, la méningite cérébro-spinale, la pneumonie, etc., et tant d'autres fièvres pernicieuses dont la nature est méconnue, si on administrait le sulfate de quinine avec hardiesse et dès les commencements. Mais ce n'est pas tout : ce précieux médicament est héroïque contre tout état fébrile, n'importe sa provenance. De sorte que, dans les fièvres éruptives, il détruit l'élément fièvre et ne laisse substituer que l'éruption cutanée. Cet amour excessif de la quinine a été appelé la *quininomanie*, perversion du sens thérapeutique poussée si loin, que certains ont voulu guérir la blennorrhagie en injectant le remède universel dans le canal de l'urètre. Le *conseil de santé des armées*, qui veille à la fois à la santé du soldat et aux intérêts du trésor, a été obligé de se mettre en croisade contre les débordements de la *quininomanie*, tout comme autrefois on l'avait vu opposer une barrière à l'abus des sangsues, que les médecins militaires faisaient trop souvent manœuvrer par larges bataillons sur le corps des patients.

Le mot de *quininomanie* ne siérait point à l'égard d'un homme de la valeur de M. Armand. Les égarements partiels d'un esprit solide demandent des égards auxquels nous manquerons d'autant moins, que si la justice ne nous les ordonnait pas, l'estime et l'amitié nous les commanderaient. Va donc pour *panthéisme de la quinine* au lieu de *quininomanie*; le sens est le même, dans un ordre plus relevé.

Du livre de M. Armand, si plein de faits, si riche d'observations, si consciencieux, si recommandable à beaucoup de titres, si instructif et si attrayant à la fois, nous n'avons dû extraire que le point doctrinal qui le domine, afin

VALEUR DU FER RÉDUIT COMME MÉDICAMENT.

Quelle est, en définitive, la valeur du fer réduit dans le traitement des maladies?

C'était une chose très-importante que d'avoir déterminé la proportion de fer introduite à l'état de dissolution dans le suc gastrique par chaque préparation de fer, et cette circonstance est probablement celle qui influe le plus sur l'absorption du composé par l'économie.

Toutefois, cette notion ne pouvait suffire à elle seule pour établir d'une manière certaine la valeur thérapeutique de chaque préparation ferrugineuse.

Nous ne possédons qu'une idée imparfaite des modifications que ces agents peuvent subir au delà des premières portions de l'intestin et des conditions de leur absorption dans ces parties; nous connaissons encore moins ce qui a lieu une fois que le médicament a pénétré dans les radicules veineuses qui environnent les organes digestifs, et par suite a été entraîné jusque dans les parties les plus profondes de l'économie. Ce n'est que par voie d'induction que l'on a pu établir quelques vues théoriques à ce sujet.

Le fait de l'appréciation de la valeur du fer réduit comme médicament, d'après sa facilité à être attaqué par le suc gastrique, pouvait donc constituer un renseignement plus ou moins fautif.

Il n'y avait qu'une voie qui pût lever le doute dont il s'agit: c'était l'observation au lit du malade.

RÉSUMÉ SYNOPTIQUE PAR ORDRE DE FAITS DES OBSERVATIONS CLINIQUES RECUEILLIES DANS LE SERVICE DE DIFFÉRENTS MÉDECINS DES HÔPITAUX.

Il s'agit de huit femmes chez lesquelles les caractères de la chlorose ont été authentiquement constatés par les chefs de service au moment de l'entrée. Deux de ces malades avaient en même temps des affections matérielles des organes de la circulation, et ont dû être traitées par la digitaline concurremment avec le fer.

1° Doses — Les doses de fer réduit administrées ont été, en général, de 0,20 à 0,30; au-dessous de 0,20, la guérison a paru marcher lentement. D'un autre côté, en s'élevant à 0,40 et 0,50, il n'a pas semblé que l'amélioration marchât plus vite qu'avec 0,30.

2° Manière dont le médicament a été supporté. — Les malades ont généralement bien supporté le médicament; le plus grand nombre n'en a ressenti aucune espèce d'inconvénient.

Chez une, il y a eu pendant plusieurs jours des crampes d'estomac, de la gastralgie et même des vomissements; chez une autre, il y a eu, à un certain moment, des douleurs d'estomac; mais comme chacune de ces malades était sujette à ces inconvénients, que c'était là l'un des symptômes de leur maladie, il ne semble pas que l'on puisse rapporter au fer ces accidents, qui n'ont d'ailleurs été que momentanés.

3° On n'a remarqué, chez ces 8 malades, nulle tendance du médicament à constiper ou à relâcher.

4° Durée du traitement. — Elle a été variable chez ces 8 malades. Parmi les malades qui ont éprouvé promptement une amélioration marquée, il en est deux qui, se trouvant ainsi beaucoup mieux (après dix et douze jours), ont voulu sortir avant l'entière guérison; en conséquence la durée du traitement est ici sans valeur.

Chez une autre, la guérison complète n'a demandé que seize jours. (Un traitement antérieur par le safran de mars avait exigé cinq semaines.)

Dans un autre cas, le traitement a duré un mois. (Un premier traitement par le safran de mars n'avait point guéri la malade.)

Enfin, pour les deux malades où il y avait en même temps affection matérielle des organes de la circulation, que l'on a dû traiter conjointement par la digitaline, et chez lesquelles des traitements antérieurs avaient assez mal réussi, on est cependant parvenu à la guérison de la chlorose; mais il a fallu prolonger l'emploi des moyens curatifs assez longtemps (soixante et onze jours dans le cas le plus long).

RÉSUMÉ, COROLLAIRES ET CONCLUSIONS.

1° Le fer réduit par l'hydrogène, parmi les préparations examinées, est celle qui a introduit le plus de fer dans le suc gastrique pour un poids donné.

2° Ce qui distingue cette préparation entre les martiaux, c'est son degré d'activité relatif.

La dose de 0,20 à 0,30 (moy. 0,25) paraît suffisante en général pour produire la guérison aussi promptement et aussi complétement qu'avec les composés ferrugineux réputés jusqu'ici les plus actifs, quoique dans bien des cas on puisse aller sans inconvénient à 0,40 et 0,50.

3° Les faits observés détruisent cette proposition formulée jusqu'ici d'une manière générale, à savoir: que les préparations de fer insolubles par elles-mêmes sont moins actives que les sels solubles de ce métal. Si cette proposition est vraie relativement au safran de mars, elle ne l'est nullement pour d'autres préparations insolubles, le fer réduit, par exemple.

4° Il n'est pas plus exact de présenter les préparations de fer insolubles comme offrant le grave inconvénient de neutraliser le suc gastrique et de nuire ainsi à la digestion (objection théorique). L'expérience a démontré qu'il n'y avait dans ce cas qu'une diminution d'acidité *très-légère*, et rien ne prouve que celle-ci soit nuisible. Peut-être même est-elle quelquefois utile.

5° Lorsqu'on administre de l'iodure de fer, il se fait *aussitôt* un départ entre les deux éléments du composé: l'iode passe avec une grande rapidité dans les urines, où il apparaît dix à quinze minutes après l'ingestion, tandis que le fer est retenu dans l'économie, qui n'en laisse passer qu'une trace dans la vessie.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE SUR DEUX OBSERVATIONS DE RAMOLLISSEMENT DU BULBE RACHIDIEN; par M. le docteur Max. Durand-Fardel, médecin inspecteur des sources d'Hauterive à Vichy, membre correspondant de l'Académie de médecine.

Rien n'est plus commun et plus conforme aux notions que nous avons pu nous faire des relations qui existent entre les fonctions des organes et leur conformation apparente, que d'observer des symptômes cérébraux sans lésion apparente des centres nerveux. Mais il est rare

---

de marquer la place qu'il occupe dans l'histoire de la pyrétologie algérienne. Son analyse complète appartient aux colonnes supérieures de ce journal.

En seconde ligne d'importance doctrinale vient la négation absolue de ce miasme palustre *cru par tous les siècles*, mais que M. Armand appelle une *superstitieuse croyance*. Or c'est précisément un des grands bienfaits de la période analytique actuelle de diviser les affections endémo-épidémiques en deux grandes classes, dont l'une est sous la dépendance de l'étiologie miasmatique, tandis que l'autre reconnaît pour causes les influences mêmes du climat et les diverses conditions hygiéniques. Voir partout le miasme ou le nier toujours; reconnaître en toute circonstance des fièvres intermittentes et rémittentes, ou les méconnaître comme du temps de Broussais; administrer le sulfate de quinine pour toute affection, comme M. Armand, ou renoncer à cette héroïque ressource, sont des extrêmes heureusement impossibles, des excès dans lesquels on ne peut plus tomber, aujourd'hui que la dichotomie des affections endémo-épidémiques régulières et annuelles des pays chauds palustres, a catégorisé les faits, a groupé les maladies en deux grandes familles naturelles, différentes par leur origine, leur nature, leurs exigences thérapeutiques; aujourd'hui qu'une sage application de la doctrine des éléments, ou, si l'on préfère, que la synthèse succédant à l'analyse, a montré ces éléments divers se réunissant pour former des maladies complexes, des *proportionnées* comme disait Torti, dans lesquelles la nature est double, l'origine double, et l'indication thérapeutique complexe et multiple.

Félix Jacquot.

— Nous croyons pouvoir donner comme certaine la nomination de M. le docteur Donné, aujourd'hui recteur à Strasbourg, à la place de recteur de la nouvelle Académie de Montpellier, qui comprendra quatre départements. Nous savons d'une manière positive que cette haute position a été offerte à l'honorable doyen de notre Faculté, M. Bérard; nous savons aussi que l'habile professeur de chimie, désireux de se livrer tout entier, comme par le passé, aux travaux de l'enseignement, n'a pas hésité à refuser cette offre. (Revue thér. du Midi.)

— Le docteur Juan-Christian-Auguste Clarus, qui pendant trente-neuf ans professa la médecine à l'Université de Leipsick, vient de mourir à l'âge de 80 ans. Clarus passait pour le plus habile professeur de clinique de l'Allemagne. On a de lui d'importants travaux sur l'anatomie, la pathologie, l'aliénation mentale et la médecine légale. C'est lui qui le premier fit connaître à l'Allemagne les œuvres de Bichat.

— Le concours pour les prix annuels vient d'avoir lieu à la Faculté de Montpellier; on nous assure que ces résultats ont été très-brillants, et que les juges ont regretté de ne pouvoir récompenser un plus grand nombre de candidats. Voici quels sont les lauréats du concours:

1re *année*. Prix: MM. Forni et Planchon, *ex æquo*; première mention honorable à M. Romain; deuxième mention à M. Fontan. — 2e *année*. Prix: M. Chabrier; mention honorable à M. Sabatier. — 3e *année*. Prix: M. Vignal; mention honorable, *ex æquo* à MM. Labayles et Bonne. — 4e *année*. Prix: M. Villars; mention honorable à M. Delluc.

qu'il en soit ainsi pour cet ensemble de symptômes que l'on désigne sous le nom d'*apoplexie*. Sous ce rapport, la plus grande différence existe entre les formes symptomatiques délirante et convulsive, dont toutes les variétés s'observent si souvent sans qu'il soit possible de les rattacher à une lésion appréciable, et la forme apoplectique. L'anéantissement des fonctions cérébrales et surtout la paralysie révèlent presque sûrement une lésion organique patente et déterminée.

Cependant on paraît avoir rencontré des exemples d'apoplexie sans lésion appréciable des centres nerveux, et on leur a donné le nom d'*apoplexie nerveuse*. Sans vouloir contester l'exactitude des faits de ce genre, on nous permettra de supposer qu'un examen anatomique plus attentif ou plus éclairé eût pu, dans plus d'une circonstance, faire distinguer des altérations faciles à méconnaître au premier abord. Nous en citerons pour exemples deux cas où nous avons rencontré, pour toute explication de symptômes apoplectiques tranchés et promptement mortels, un ramollissement superficiel de la moelle allongée, que nous n'eussions certainement pas reconnu sans un examen un peu attentif.

Obs. I. — Une femme âgée de 72 ans, d'une mauvaise santé, atteinte de catarrhe depuis longtemps, fut prise le 14 février de vomissements, de diarrhée et de frissons, sans cause connue. On la porta le lendemain à l'infirmerie de la Salpêtrière.

Le teint était jaunâtre, les lèvres décolorées, la physionomie un peu hébétée; la malade ne savait que répondre à la plupart des questions et disait qu'elle avait perdu la tête. La langue était recouverte d'un enduit sale, un peu sec au milieu. La peau était sèche et chaude, le pouls dur, assez fréquent, avec des intermittences répétées. Il n'y avait point de dyspnée. Le cœur présentait une impulsion un peu forte, des bruits sourds et des battements intermittents. La partie inférieure du thorax, à droite et en arrière, offrait une diminution notable de sonorité, avec affaiblissement du bruit respiratoire. Il y avait partout un peu de râle sonore, prononcé surtout à gauche. L'abdomen était souple, généralement un peu sensible à la pression, surtout à l'hypocondre droit; le foie paraissait un peu augmenté de volume dans toute son étendue et dépassait de deux travers de doigt le rebord des côtes.

On prescrivit une saignée. Au moment où la piqûre de la veine venait d'être pratiquée, à dix heures du matin, la malade tomba tout à coup dans un état de syncope tellement prononcé qu'on la crut morte; le pouls et les battements du cœur étaient devenus imperceptibles, le sang ne coulait pas; il n'y eut du reste ni roideur des muscles ni mouvements convulsifs. Dix minutes après, la respiration reparut, la face se colora très-vivement, le pouls se fit sentir comme auparavant, et le sang de la saignée s'écoula par un jet. Mais on s'aperçut en même temps que la bouche était déviée à gauche, et la joue droite gonflée par l'air expiré.

Voici dans quel état se trouvait cette femme vingt minutes après le début de ces accidents:

Décubitus sur le dos; la face est redevenue très-pâle; il n'y a aucun signe de connaissance. Les paupières sont entr'ouvertes, la droite plus abaissée que l'autre; l'œil droit un peu porté en haut. La bouche est légèrement déviée à gauche et en haut; la joue droite fume la pipe. Il n'y a pas d'affaissement des narines; les mâchoires sont un peu contractées, la langue paraît droite au fond de la bouche. Les pupilles sont plus étroites qu'avant ces accidents; elles se contractent cependant encore un peu; la vue paraît complétement abolie. Il n'y a pas de mouvements spontanés, mais les membres soulevés retombent lourdement; ils ne sont pas flasques, et résistent un peu aux mouvements qu'on leur fait subir; la sensibilité paraît bien conservée. La respiration est égale, paisible et peu fréquente; le pouls paraît tel que nous l'avions trouvé le matin.

Quarante sangsues furent posées derrière les oreilles. Mais pendant qu'elles coulaient, à deux heures de l'après-midi, les membres supérieurs présentèrent une contracture très-énergique; les avant-bras étaient fléchis sur les bras avec une telle force qu'il était impossible de les étendre, et présentaient en outre de temps à autre un léger tremblement. Les pupilles étaient beaucoup plus dilatées, toujours égales et mobiles. A part cela, la malade était exactement dans le même état; la circulation et la respiration ne présentaient aucune modification apparente.

La mort survint à cinq heures du soir, sept heures après le début.

Autopsie quarante heures après la mort.

Le cadavre ne présente aucune trace de putréfaction. Les sinus de la dure-mère contiennent peu de sang, les vaisseaux de la base du crâne offrent quelques plaques jaunâtres. La pie-mère était fort peu injectée, infiltrée d'une assez grande quantité de sérosité limpide, pénétrant jusqu'au fond des anfractuosités; elle se détache aisément de la superficie du cerveau. Les hémisphères cérébraux et le cervelet, étudiés avec un soin minutieux, ne présentent aucune altération appréciable. Les ventricules contiennent un peu de sérosité; la consistance générale de l'encéphale n'est pas très-prononcée.

Les membranes qui recouvrent la protubérance annulaire et le bulbe rachidien sont, comme à l'ordinaire, fines et sans aucune infiltration; elles ne présentent ni plus ni moins d'injection que le reste des membranes. Lorsqu'on détache celles qui recouvrent la partie antérieure du bulbe, bien qu'on agisse avec beaucoup de précaution, elles entraînent avec elles toute la couche superficielle des pyramides antérieures. La même chose se remarque, mais à un moindre degré, sur la protubérance annulaire, surtout sur les pédoncules du cerveau et sur les pédoncules cérébelleux inférieurs. La surface des olives demeure à peu près intacte. Un courant d'eau projeté sur ces parties pénètre très-légèrement celles qui ont été entamées en enlevant les membranes et n'altère en rien les autres. Des coupes en divers sens étant pratiquées sur la protubérance et sur le bulbe, on en trouve la substance un peu moins ferme qu'à l'ordinaire, et un filet d'eau détache en forme de franges le bord de toutes ces coupes: il n'y a du reste aucune altération de couleur. La surface du quatrième ventricule ne présente point de granulation ni rien d'anormal.

Les méninges rachidiennes paraissent tout à fait normales; les vaisseaux de la partie inférieure du rachis sont volumineux et injectés de sang, comme on les trouve généralement chez les personnes âgées. La moelle est volumineuse et semble parfaitement saine. Sa consistance est remarquablement prononcée dans toute son étendue.

Le poumon droit est enveloppé d'une fausse membrane molle et réduite; tout le lobe inférieur est le siége d'une hépatisation rouge, le reste du poumon infiltré de sérosité spumeuse. Le poumon gauche est parfaitement sain; les bronches rouges et contenant des mucosités.

Le cœur présente l'apparence habituelle au cœur des vieillards; le ventricule gauche un peu volumineux; les valvules un peu épaissies; un peu de sang demi-liquide était renfermé dans le ventricule droit; un caillot très-volumineux, mou, jaunâtre au centre, dans le ventricule gauche.

Le foie est très-volumineux, s'étendant au-dessous des côtes et recouvrant l'épigastre jusque dans l'hypocondre gauche. Le lobe gauche est d'une épaisseur remarquable et d'une densité telle qu'il évide un peu sous le scalpel. Il est d'une couleur rouge livide, à peu près uniforme, difficile à déchirer; ses granulations ne paraissaient pas plus volumineuses qu'à l'ordinaire.

Le reste de l'autopsie ne mérite pas de nous arrêter.

Obs. II. — Une femme, âgée de 76 ans, présentait les signes d'une vieillesse avancée. Elle laissait habituellement aller sous elle, ce que l'on attribuait à la paresse, mais elle n'avait jamais offert le moindre signe de paralysie.

Le 25 août, après avoir passé la journée comme à l'ordinaire, elle s'était couchée vers quatre heures du soir, lorsqu'on s'aperçut qu'elle était sans connaissance. Nous la vîmes à neuf heures du soir; elle était dans l'état suivant:

Coma profond, paupières abaissées, pupilles très-contractées, égales, immobiles, sans déviation de la face. La respiration est fréquente et un peu soufflante. Les quatre membres sont dans un état de résolution complète et d'insensibilité absolue; il n'y a nulle part la moindre roideur. La peau est sèche et brûlante, le pouls fort et fréquent, un peu irrégulier. On avait constaté dès huit heures, en pratiquant une saignée du bras, l'état de résolution et d'insensibilité générales.

La mort arriva le lendemain matin, à cinq heures, au bout de douze heures à peu près.

Autopsie trente heures après la mort.

La pie-mère est peu injectée, infiltrée d'une assez grande quantité de sérosité limpide, égale des deux côtés, pénétrant profondément dans quelques anfractuosités; elle se détache aisément de la superficie du cerveau. Les artères les plus volumineuses de la base du crâne présentent quelques plaques épaisses et jaunâtres sur leurs parois.

Quatre des circonvolutions de la convexité du lobe postérieur de l'hémisphère droit présentent un peu de ramollissement superficiel. Ce ramollissement, d'une teinte un peu jaunâtre, a sur une d'elles la largeur d'une pièce de 2 francs; sur les autres celle d'une lentille et d'une pièce de 20 centimes. Il occupe toute l'épaisseur de la substance corticale; la couche la plus arrosée de substance blanche paraît avoir perdu un peu de sa consistance. Les bords de ses ramollissements paraissent assez brusquement tranchés.

Les ventricules latéraux contiennent plusieurs cuillerées de sérosité limpide; ils n'offrent du reste rien à noter, non plus que les ventricules médians.

Lorsque l'on cherche à détacher la pie-mère du bulbe rachidien, on voit que celle-ci entraîne avec elle toute la couche la plus superficielle des pyramides antérieures, qui sont ramollies sans changement de couleur; un courant d'eau projeté sur ce point pénètre un peu la surface éraillée, mais nullement les surfaces voisines. Les protubérances et les pédoncules du cerveau et du cervelet, ainsi que les éminences olivaires ont leur consistance normale.

Rien à noter au cervelet ni au reste de l'encéphale.

La moelle épinière paraît saine et peu consistante; ses enveloppes sont vivement injectées.

Il y a un engouement rouge prononcé à un égal degré dans le lobe inférieur des deux poumons, mais sans aucune friabilité. Le tissu des poumons est partout imprégné d'air.

Le cœur ne présente rien à noter. L'oreillette droite contient une certaine quantité de sang liquide; les autres cavités sont presque vides de sang.

Il n'y a rien à noter dans l'abdomen qu'un degré assez prononcé de congestion sanguine.

Chacune de ces deux malades présentait une altération à laquelle on pourrait être tenté, au premier abord, d'attribuer les accidents auxquels elles ont si rapidement succombé, l'une une pneumonie, l'autre

un ramollissement superficiel et très-peu étendu de quelques circonvolutions; mais une telle supposition ne saurait être soutenue avec quelque fondement.

Il est certain que l'on voit quelquefois, chez les vieillards, se développer, sous l'influence manifeste d'une pneumonie, des accidents cérébraux de formes variées, et qui ne laissent pas toujours d'altération appréciable sur le cadavre. Mais, chez notre première malade, la manière foudroyante dont l'attaque était survenue, la promptitude avec laquelle la mort avait eu lieu, tout annonçait l'existence d'une lésion encéphalique grave par son étendue ou par son siége. Quant au ramollissement superficiel des circonvolutions, que nous avons rencontré dans l'autre observation, la part qu'il a pu prendre aux derniers accidents est encore moins douteuse. Nous pensons, d'après la coloration jaune et l'absence de toute injection, et d'après l'apparence assez tranchée de ses limites, qu'il existait auparavant et n'a pu se former en un aussi court espace de temps. Dans tous les cas, jamais, à notre connaissance au moins, on n'a vu un ramollissement de ce siége et de cette étendue donner lieu à de semblables phénomènes, à moins qu'il ne présentât les signes d'une hypérémie dont la généralisation pût rendre compte de la nature de tels accidents.

Les ramollissements de la moelle allongée que nous avons décrits étaient assurément bien superficiels et bien peu étendus; mais leur siége dans ces parties centrales suffit peut-être pour rendre compte des accidents funestes qu'ils ont si rapidement entraînés. Nous ne chercherons pas quelle peut être la nature et le mode de développement de cette singulière altération, qui ne ressemble pas beaucoup aux ramollissements que l'on a l'habitude de rencontrer dans l'encéphale; mais nous nous contenterons de mettre hors de doute la nature vraiment pathologique d'une altération aussi superficielle, siége sur lequel nous avions hésité à nous prononcer la première fois surtout que nous l'avons rencontrée. Nous allons donc essayer de démontrer que toutes les fois qu'il n'existe point de signes généraux d'une putréfaction avancée, le simple fait que la couche superficielle de la moelle allongée demeure adhérente à la pie-mère, quand on enlève cette membrane, constitue un état pathologique.

Il importe, si l'on veut apprécier avec exactitude les diverses modifications de consistance que peuvent éprouver les centres nerveux, non-seulement d'avoir une connaissance précise du degré qui constitue pour eux l'état normal sous ce rapport, ce qui ne peut s'exprimer que par des termes très-approximatifs, mais encore de savoir quelles sont les nuances relatives qui existent entre les divers points de ces organes, et sur lesquelles il est possible d'établir des données assez précises.

Ainsi, pour ne parler que de la superficie du cerveau, il est certain que les circonvolutions de la face inférieure des lobes antérieur et moyen présentent constamment une consistance beaucoup moindre que celle de la convexité: que cela est surtout prononcé pour les circonvolutions de la *corne sphénoïdale*, dont la mollesse pulpeuse parait souvent, au premier abord, annoncer une altération de texture, et dont la pie-mère entraîne souvent avec elle, quand on la détache, la couche la plus superficielle, sous forme de lamelles minces et aplaties. A la convexité, les circonvolutions de la partie moyenne offrent un peu plus de densité que celles des lobes antérieurs, et les circonvolutions postérieures et comme ratatinées de la pointe occipitale présentent une dureté remarquable qui ne se retrouve sur aucun autre point des hémisphères.

Des observations correspondantes peuvent être faites relativement aux adhérences de la pie-mère aux divers points de la superficie du cerveau. Ainsi partout, dans l'état sain, lorsque la température n'est pas trop élevée et que l'autopsie est faite avant quarante-huit heures, les méninges peuvent être détachées sans érailler la surface des circonvolutions, excepté, comme nous l'avons déjà dit, à la base des lobes moyen et antérieur, d'où elles ne peuvent presque jamais être enlevées par lambeaux un peu étendus. Les circonvolutions de la pointe postérieure des hémisphères sont constamment unies à la pie-mère par des adhérences nombreuses et très-serrées qui les rapprochent, ne permettent jamais à la sérosité de les écarter, et rendent en outre très-difficile d'en détacher les méninges.

Enfin, nous avons trouvé constamment que le bulbe rachidien était un des points du cerveau qui permettaient le plus de dureté, qu'il était toujours plus ferme au toucher que les circonvolutions cérébrales, excepté peut-être celles qui occupent la pointe postérieure des hémisphères, que les méninges s'enlevaient toujours de sa superficie sans s'altérer en aucune façon, qu'elles ne s'infiltraient presque jamais de sérosité et lui adhéraient toujours assez fortement. Nous avons conservé plusieurs fois, après l'avoir retirée du crâne de vingt-quatre à trente heures après la mort, cette portion de l'encéphale (la moelle allongée), enveloppée d'un linge humide à une température de 8 à 15°, et ce n'était que quarante-huit, cinquante, soixante heures après l'ouverture du cadavre, qu'on voyait la pie-mère, lorqu'on l'enlevait avec une pince, entraîner avec elle la couche la plus superficielle du bulbe, bien que les circonstances fussent tellement propres a en hâter le ramollissement. Dans d'autres cas où nous avons trouvé la masse du cerveau tellement ramollie par la putréfaction, qu'en le plaçant sur la main les doigts y pénétraient par son propre poids; le bulbe avait conservé les formes arrêtées et comme sculptées qu'on lui connait.

Il n'y a donc pas à douter que, dans les observations précédentes, il n'ait existé un ramollissement pathologique du bulbe rachidien, ramollissement auquel il faut bien alors rapporter les accidents qui ont précédé la mort.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX BELGES.

(Suite.)

V. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

Les livraisons de septembre à décembre 1853 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *Recherches statistiques faites dans les établissements d'aliénés à Gand*; par M. Guislain. 2° *Statistique du service chirurgical de l'hôpital civil de Gand*, par M. Burgraeve. 3° *Description anatomique d'un monstre acéphale*; par M. Meulewaeter. (Rien qui s'éloigne de l'organisation habituelle de ce genre de monstres.) 4° *Observation de paralysie du muscle deltoïde*; par M. Coppée. 5° *Influence que la suppression des poils sur la face de l'homme exerce pour la santé*; par M. Szokalski. (Des névralgies faciales et dentaires, des coryzas, l'engorgement des ganglions sous-maxillaires, sont notés comme des suites fréquentes de cette suppression.)

OBSERVATION DE PARALYSIE DU DELTOÏDE SURVENUE A LA SUITE D'UNE CHUTE SUR LA MAIN ET L'AVANT-BRAS; par M. le docteur C. COPPÉE.

Ce genre de paralysie s'observe souvent après des contusions directes de l'épaule ou dans les cas de luxations scapulo-humérales; mais il est rare qu'on le voie survenir à la suite d'une chute sur la main, avec simple entorse de l'articulation de l'épaule, comme dans l'observation suivante.

OBS. — M. Pierre M..., âgé de 45 ans, dans un état d'ivresse, tomba d'un escalier. Peu de temps après son accident, il ne pouvait pas mouvoir son bras droit. De prime abord, on voyait qu'il n'y avait pas de luxations, pas plus que de fracture ni du corps, ni du col, ni des tubérosités de l'humérus. La clavicule et les apophyses de l'omoplate étaient intactes. Les téguments de l'épaule et du bras ne portaient aucune trace de contusion ou de toute autre violence; seulement, au coude et à la main, il y avait de légères excoriations.

Le lendemain, le malade apprit que la nuit s'était passée dans l'insomnie, par le fait de douleurs très-vives. Il ne pouvait mouvoir le bras droit qu'en le soulevant avec la main gauche.

Au moment de la chute, M. P... avait étendu instinctivement le bras, et après l'accident, aucune manœuvre de réduction n'avait été faite.

Deux jours après, il y avait un léger gonflement de l'épaule et apparition d'une tache ecchymotique qui, se faisant jour entre l'insertion humérale du pectoral et du deltoïde, descendait jusqu'au milieu du bras.

Une semaine après, l'ecchymose et le gonflement avaient disparu, mais le malade était dans l'impossibilité d'élever le bras en le portant soit en avant, soit en arrière.

Le mouvement inflammatoire de l'articulation étant apaisé, on employa les stimulants: vésicatoires volants et suppurants, liniments divers; tout fut inutile, et pendant trois mois le deltoïde resta paralysé. C'est alors que M. Coppée appliqua à l'épaule quatre raies de feu avec le cautère cuttellaire rougi à blanc.

Cinq jours après cette cautérisation, les mouvements de l'épaule étaient redevenus libres.

VI. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1853 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *Des effets funestes déterminés par la suppression des éruptions cutanées*; par M. Van den Bergh (L'auteur rapporte l'observation d'un enfant devenu amaurotique à la suite de la suppression d'une légère éruption à la tête, qui guérit au moyen de frictions sur le cuir chevelu avec la pommade d'Autenrieth. Il en rappelle d'autres analogues publiées par divers auteurs.) 2° *De la conduite à tenir dans les cas de présentation des pieds et dans ceux de réten-*

tion du placenta; par le même. (Conseils qui n'ont rien de nouveau et que suivent journellement les accoucheurs.) 3° *De la présence de l'albumine dans l'urine des femmes enceintes;* par M. Van Haesendonck. (Travail consacré à soutenir cette thèse, que l'albuminurie chez les femmes enceintes n'est pour rien dans le développement de l'éclampsie.)

VII. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BRUGES.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1853 contiennent les mémoires originaux suivants : 1° *Fracture compliquée de plusieurs côtes;* par M. Beghin. (Observation remarquable par le nombre des lésions thoraciques qui ont toutes cédé au traitement antiphlogistique et à l'application réitérée d'un appareil amidonné ouaté.) 2° *De la formation de la matière tuberculeuse à l'intérieur des synoviales;* par M. J. Crocq. 3° *Des fièvres intermittentes larvées;* par M. le docteur Woets.

DE LA FORMATION DE MATIÈRE TUBERCULEUSE A L'INTÉRIEUR DES SYNOVIALES; par M. le docteur J. CROCQ.

La question d'anatomie pathologique traitée par M. Crocq est une de celles qui laissent le plus à désirer. Aussi ne doutons pas que ses recherches ne soient accueillies avec empressement, en attendant que des travaux ultérieurs viennent les compléter.

La matière tuberculeuse peut arriver ou se former dans les articulations de trois manières différentes :

1° Elle peut s'être formée dans les tissus voisins, soit dans le tissu cellulaire, soit dans les os, et se faire jour dans l'articulation par des perforations de la lame osseuse sous-jacente, du cartilage ou de la séreuse elle-même. Mais ce n'est pas là, à proprement parler, une tuberculose articulaire, puisque le produit anormal ne s'est pas développé dans la jointure, et qu'il n'y est arrivé que consécutivement.

2° La matière tuberculeuse peut se former primitivement dans la synoviale, mais non à l'état de liberté, emprisonnée qu'elle est dans une fausse membrane qui lui sert en quelque sorte de substratum. Une exsudation plastique se fait à la surface articulaire : or, tandis que la masse du coagulum se pénètre de vaisseaux et se transforme en tissu cellulaire de nouvelle formation, certains de ses points peuvent éprouver une métamorphose différente et se constituer en matière tuberculeuse. D'autres fois la fausse membrane existe d'abord seule et les tubercules s'y forment consécutivement aux dépens d'une exsudation secondaire qui s'y produit.

Ce dernier mode est évident dans les cas où l'on trouve de petits tubercules en voie de développement dans d'anciennes fausses membranes fortement organisées. Du reste, ce développement simultané ou successif de fausses membranes et de tubercules, s'il a lieu dans les synoviales, est beaucoup plus fréquent dans la plèvre, l'arachnoïde et le péritoine.

3° Enfin le tubercule développé primitivement dans l'articulation peut s'y montrer à l'état de liberté. M. Crocq cite au long deux observations où cette troisième forme de tuberculose auriculaire a été évidente. Dans ces cas la matière tuberculeuse se montre sous forme de couches recouvrant les parois de la cavité et semblables aux couches pseudo-membraneuses qu'on y rencontre souvent. On tapisse ainsi tantôt la cavité tout entière, tantôt seulement certains de ses points, soit les cartilages, soit la synoviale, ou bien les replis formés par celle-ci. M. Crocq y a constaté, au microscope, les éléments suivants :

A. Des granules moléculaires de 0,001 à 0,0002 millimètres de diamètre ;

B. Des globules foncés, irréguliers, anguleux, sans noyaux, renfermant des granules inattaquables par l'acide acétique, solubles dans les solutions alcalines. Ces globules avaient 0,0046 à 0,0092 millim.;

C. Des globules sanguins, des grumeaux de fibrine, des cellules à noyaux et autres produits étrangers à la matière tuberculeuse.

Chez ses deux malades, c'est dans l'articulation coxo-fémorale qu'avait lieu le dépôt tuberculeux. D'autres organes étaient également envahis, et il y avait manifestement diathèse tuberculeuse.

La formation de la matière tuberculeuse libre au sein des articulations s'explique de la manière suivante : Une exsudation plastique se fait à la surface de la synoviale; dans ce dépôt ne se développent ni vaisseaux ni fibres, mais seulement des granules et des globules tuberculeux. Ce mécanisme est le même que celui par lequel se produit le tubercule dans la forme décrite précédemment; seulement là l'exsudation se transformait en grande partie en fausse membrane englobant le tubercule, tandis qu'ici elle se transforme en masse en matière tuberculeuse.

Cette dernière forme indique donc une tendance plus avancée, plus complète vers la dégénérescence : c'est un signe de diathèse tuberculeuse très-active.

VIII. ANNALES ET ARCHIVES DE MÉDECINE BELGE ET ÉTRANGÈRE.

Les livraisons d'octobre, novembre et décembre 1853 sont presque dépourvues de travaux originaux, et se composent surtout de mémoires et d'articles empruntés aux autres recueils de la médecine belge ou étrangère ; de sorte qu'il serait à peu près impossible d'en faire une analyse sans s'exposer à des répétitions.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 14 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

PALÉONTOLOGIE HUMAINE.

M. SERRES présente le photographie d'un crâne celte, trouvé par M. Dumas, à Bellevue, près Meudon, et dont ce savant académicien a fait hommage au Muséum pour la galerie d'anthropologie.

Cette photographie a été exécutée par M. Rousseau, aide de M. le professeur Valenciennes, et a été faite par le procédé imaginé par ce jeune naturaliste. Rien n'égale, dit M. Serres, la précision avec laquelle sont rendus les caractères qui distinguent les os qui ont longtemps séjourné dans la terre ou qui sont restés longtemps exposés à l'action de l'air.

La décomposition lente qui s'opère dans le tissu osseux détruit d'abord la lame compacte qui revêt extérieurement les os, et met à nu les canalicules osseux qui serpentent dans le diploé; puis les canalicules osseux disparaissent, et la surface de l'os paraît inégale, chagrinée.

Ce second aspect est dû à la présence des ostéoplastes qui ont pour ainsi dire été disséqués par l'usure du temps. Les osteoplastes disparaissent à leur tour et la trame de l'os est alors complétement aréolaire.

Enfin, les parois de ces aréoles sont rongées et le tissu osseux tombe en poussière.

C'est là la marche ordinaire de la décomposition des os par l'action du temps, et, comme nous l'avons déjà dit, elle est accélérée par l'action de l'air et ralentie quand les os sont de toutes parts environnés par la terre.

On sent toute l'importance de ces caractères pour l'étude si difficile de la paléontologie humaine.

Or ces divers caractères de l'âge des os sont rendus, par le procédé photographique de M. Rousseau, avec une précision que la main du dessinateur le plus habile ne pourrait jamais atteindre : il en est de même des lignes qui forment l'épure du crâne de l'homme. Rien n'est plus délicat et plus harmonieux dans le squelette que les contours et la fusion des lignes qui délimitent les diverses régions de la tête humaine ; en les suivant dans tous leurs détails, on ne peut s'empêcher de reconnaître, avec le philosophe Gœthe, qu'un esprit créateur et un être créé se sont réciproquement pénétrés dans ce couronnement des œuvres de la nature.

Or rien encore n'égale la netteté avec laquelle sont nuancées ces lignes par le procédé photographique du Muséum; il en est une particulièrement qui est rendue avec une netteté remarquable, c'est celle qui constitue l'angle métafacial. On sait que cet angle est formé par la fonction de l'apophyse ptérygoïde avec la base du sphénoïde; on sait de plus que l'apophyse ptérygoïde est appuyée, par son extrémité inférieure, contre la grosse tubérosité du maxillaire supérieur, d'où il suit que le prognatisme ou le déprognatisme de la face est la conséquence de l'obliquité ou de la non-obliquité de cette ligne osseuse. De plus, le mouvement de bascule qu'imprime la base de cette apophyse au corps du sphénoïde se communique par la grande aile de ce dernier os à la voûte du crâne, d'où il suit encore que cette voûte est inclinée en arrière ou en avant, selon le déjettement inverse de l'angle métafacial. Le procédé photographique du Muséum exprime les nuances les plus légères de ce déjettement, avec la précision nécessaire pour mesurer ses variations chez les diverses familles de la race caucasique.

Le degré de précision du procédé photographique de M. Rousseau le rend ainsi précieux pour la représentation des crânes humains que l'on rencontre dans les monuments celtiques.

Je me propose d'en faire l'application sur ceux que j'ai recueillis ces jours derniers dans l'intérieur d'un monument de ce genre, situé dans la forêt de l'Isle-Adam, dans un champ nouvellement défriché, au voisinage de l'ancienne abbaye du Val.

Dès à présent nous dirons seulement que ces crânes offrent diverses variétés de types qui n'ont pas été signalées dans les fouilles des monuments celtes.

Il existe entre autres un crâne qui, par la configuration de la face, se rapproche beaucoup du type mongol, et paraît intermédiaire entre le type gaël et le type kimry.

Le type gaël offre, sur certains crânes, une perfection remarquable.

HISTOIRE CHIMIQUE DES EAUX MINÉRALES ET THERMALES DE VICHY, CUSSET, VAISSE, HAUTERIVE ET SAINT-YORRE.

M. BOUQUET lit sous ce titre un mémoire qu'il résume dans un grand nombre de propositions dont nous extrayons celles qui ont plus particulièrement trait aux applications médicales.

Il résulte des expériences que nous avons faites sur les eaux de Vichy qu'elles contiennent les acides carbonique, sulfurique, phosphorique, arsénique, borique, chlorhydrique et, dans quelques cas particuliers, sulfhydrique; elles renferment encore de la silice, du protoxyde de fer, du protoxyde de manganèse, de la chaux, de la strontiane, de la magnésie, de la potasse, de la soude et une matière organique bitumineuse; nous n'y avons pas trouvé le fluor, l'iode, le brome, la lithine et l'alumine.

Les quantités pondérales de quelques-uns de ces principes, tels que la soude et les acides sulfurique et chlorhydrique, identiques dans plusieurs cas, sont toujours très-rapprochées les unes des autres; celles des autres substances sont au contraire assez variables. Les variations de l'acide carbonique paraissent être proportionnelles à la température des eaux; celles des autres principes sont sans aucun doute accidentelles et dépendantes des propriétés incrustantes ou dissolvantes de ces eaux minérales.

Bien que peu élevée, la proportion de l'acide arsénique existant dans les eaux de Vichy n'est cependant pas négligeable; elle est égale à 0g,001 par litre pour les eaux non ferrugineuses, et à 0g,002 pour celles qui admettent dans leur composition des quantités un peu notables de protoxyde de fer.

Très-différents d'aspect et de compositions chimiques, les produits solides spontanément abandonnés par ces eaux minérales peuvent être divisés en trois groupes distincts. Les premiers, amorphes ou présentant la texture aragonitique, sont surtout formés de carbonates de chaux, de magnésie, de strontiane, de manganèse, etc., etc.; ils contiennent peu de fer et, par suite, sont à peine arsenicaux. Les seconds, encore cristallins, présentent la même composition générale que les précédents, mais, de plus, renferment des proportions très-appréciables de sesquioxyde de fer et d'acide arsénique. Enfin, les troisièmes sont pulvérulents; ils sont en outre essentiellement ferrugineux et donnent à l'analyse de 5 à 8 pour 100 d'acide arsénique.

Les eaux minérales de Vichy sont susceptibles d'éprouver deux genres d'altération : l'altération par perte d'acide carbonique, déterminant la précipitation d'une partie de la silice, celle de carbonates neutres de chaux, de magnésie, de strontiane, de manganèse et peut-être de protoxyde de fer, entraînant avec eux des traces de sulfates et de phosphates; l'altération par oxydation, sous l'influence de laquelle une partie de l'arsenic et du principe ferrugineux se sépare de l'eau minérale, à l'état d'arséniate hydraté très-basique de sesquioxyde de fer.

La composition des eaux de Vichy n'a pas éprouvé de variations bien sensibles depuis un tiers de siècle; d'où il est permis de conclure à la permanence relative de leur constitution chimique.

Classées suivant leur richesse en principes salins, les eaux minérales du bassin de Vichy peuvent être divisées en trois groupes.

Le premier, formé des eaux les plus minéralisées, réunit celles de la Grande-Grille, du puits Chomel, du puits Carré, des sources Lucas, de l'Hôpital, des Célestins, des puits forés Brosson, de l'enclos des Célestins et de l'abattoir à Cusset.

Le second comprend les eaux de Saint-Yorre, d'Hauterive, de Sainte-Marie, du puits Élisabeth et de la nouvelle source des Célestins.

Le troisième est formé seulement des deux puits de Vaisse et de Mesdames.

Quelques auteurs ont cherché à expliquer les énergiques propriétés médicatrices des eaux de Vichy par les réactions chimiques qu'elles sont susceptibles de produire dans l'économie, et par suite ont à peu près exclusivement rapporté leur action thérapeutique au sol prédominant en quantité pondérale, c'est-à-dire au bicarbonate de soude. L'exactitude de cette manière de voir est loin d'être démontrée; car, outre le bicarbonate de soude, ces eaux renferment plusieurs autres sels, notamment des arséniates, qui doivent nécessairement participer à la médication par les eaux de Vichy; de plus, comme il est impossible de prévoir et de suivre avec quelque certitude les réactions complexes qui peuvent prendre naissance sous les influences multiples de l'organisme, nous croyons que, dans l'étude des effets thérapeutiques de ces eaux, il est encore préférable de s'en tenir à l'observation médicale pratique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 22 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Six rapports de M. Dehée, médecin des épidémies pour l'arrondissement d'Arras, sur des épidémies de fièvre typhoïde, scarlatine et variole qui ont régné dans plusieurs communes de l'arrondissement (Comm. des épid.);

2° Le rapport final de M. le docteur Gondinet, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Saint-Yriex, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Glanges, du 26 mars au 8 juin 1854;

3° Un paquet cacheté contenant la description d'un nouveau système de traitement du choléra.

UTILITÉ DES MESURES PRÉVENTIVES ET PROPHYLACTIQUES CONTRE LE CHOLÉRA.

M. P. DE PIETRA SANTA adresse sur ce sujet la lettre suivante :

Je viens appeler quelques instants l'attention de l'Académie sur un fait d'observation qui me paraît militer en faveur de l'utilité des mesures préventives et prophylactiques contre le choléra-morbus, et confirmer les croyances de nos confrères du grand conseil de santé de Londres (*general board of health*).

« Quelque formidable que soit cette affection (le choléra) dans ces dernières manifestations (deuxième et troisième période), il est en notre pouvoir de prendre individuellement ou collectivement des précautions pour l'attaquer de front à ses premiers prodromes, pour éloigner toutes les causes que nous savons être favorables à sa propagation. »

C'est dans la maison d'arrêt des Madelonnettes que j'ai cru constater, grâce au concours intelligent et empressé de l'administration supérieure et locale, l'efficacité d'un système de surveillance établi jusque dans les dortoirs et les ateliers, des soins prophylactiques donnés soit par persuasion, soit par contrainte.

La prison actuelle qui a remplacé l'ancien couvent des Madelonnettes est située au milieu du quartier populeux du 6e arrondissement, entourée de petites rues étroites et mal aérées : son personnel se compose en général de gens de conduite peu régulière (escrocs émérites, voleurs de profession, mendiants ramassés aux coins des bornes).

La population moyenne est de 500 détenus.

Du 1er octobre 1853 au 1er juillet 1854 :

1,832 prisonniers ont été écroués dans la maison. Sur ce nombre, 653 ont été malades (431) ou indisposés (222); 365 d'entre eux, c'est-à-dire plus de la moitié des malades, le cinquième de la population flottante, ont subi l'influence de l'épidémie, mais à des degrés divers que nous avons réunis dans quatre catégories :

1° La première comprend 222 détenus qui nous ont présenté des symptômes d'embarras gastrique et qui ont pu être traités sur la cour. (Diète; repos; 1 gramme d'ipécacuanha.) Soulagement très-prompt.

2° Les 113 de la seconde reçus à l'infirmerie joignaient aux phénomènes de gastricisme de la courbature, un malaise général. (Boissons légèrement stimulantes; ipéca.) Trois à quatre jours à l'infirmerie.

3° La troisième se compose de 20 cas de cholérine et accidents cholériformes. (A l'ipéca et aux boissons stimulantes, nous ajoutions ici l'appareil à air chaud de M. Cadet; quelques opiacés.) Dix jours dans les salles; convalescence franche.

4° Dix cas de choléra asiatique constituent la quatrième catégorie; chez tous, nous avions observé des symptômes prémonitoires, et chez tous aussi par l'ipéca, les potions stimulantes et l'appareil à air chaud, nous avons pu triompher de la période algide; mais alors que la chaleur était revenue, que les pulsations de la radiale commençaient à être perçues, des symptômes de nature essentiellement nerveuse nous ont enlevé 4 de nos malades. Dans la période de réaction, il nous a semblé que l'association du sulfate de quinine à l'extrait thébaïque a été très-utile pour en abréger la durée; toutefois nos observations sur ce sujet ne s'appliquent qu'à un très-petit nombre de cas.

En résumé, sur 1,832 individus, 365 subirent l'influence de l'épidémie.

222 embarras gastrique;
114 gastricisme; malaise;
20 accidents cholériformes; cholérine;
10 choléra confirmé, algide (4 morts 6 guéris).

Cette disproportion entre le nombre des personnes malades et celui où le choléra a parcouru ses fatales périodes ne serait-elle pas de nature à démontrer l'efficacité des mesures préventives et prophylactiques?

L'administration de l'ipécacuanha en poudre et les bains d'air chaud par l'appareil Cadet-Gassicourt nous ont paru, dans l'épidémie actuelle, d'excellents moyens de combattre le mal à sa première manifestation, et arrêter l'évolution successive de la maladie.

Je suivrai cette étude et j'aurai l'honneur de présenter plus tard au jugement de l'Académie un travail aussi complet que possible.

— M. CAZENEUVE, directeur de l'École préparatoire de médecine de Lille, annonce l'apparition du choléra dans cette ville. Il communiquera plus tard des renseignements détaillés.

— M. BEAUMONT (de Saint-Maur-les-Fossés) adresse une note sur l'innocuité des vomitifs et des purgatifs dans le traitement du choléra et des affections cholériques.

L'auteur dit avoir employé les purgatifs et les vomitifs sur 76 malades atteints de l'épidémie à différents degrés (cholérine ou choléra), et sur ces 76 en avoir vu guérir 71.

— M. BALLY, membre de l'Académie, écrit de Villeneuve-sur-Yonne, que dans cette contrée on inhume avant le terme légal les individus qui succombent au choléra. Il pense qu'une discussion établie dans le sein de l'Académie sur ce sujet suffirait pour mettre un terme à un abus qui expose à enterrer des vivants.

— M. LIÉGEY (de Rambervilliers) adresse une note intitulée : LE CHOLÉRA DANS LA RACE OVINE ET L'INFLUENCE CHOLÉRIQUE CHEZ L'HOMME DANS UNE MÊME LOCALITÉ. (Comm. : M. Renault.)

— M. CHAMPMAS, de Nérac (Lot-et-Garonne), soumet au jugement de l'Acadé-

mie des expériences qui prouvent, suivant lui, qu'il y a analogie complète entre le sens de la vision et ceux du goût et de l'odorat. (Commissaire : M. Longet.)

— M. Brun-Séchaud, de Chalus (Haute-Vienne) sollicite le titre de membre correspondant et énumère ses titres à cette distinction.

— M. Wanner réclame la priorité au sujet d'une communication de M. Leroy (de Béthune), relative au traitement de la fièvre typhoïde par la glace.

— M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie, soumet à l'examen de l'Académie un algalimètre qu'il a construit d'après les indications de M. Guérard.

Cet instrument consiste en un double compas dont les branches sont articulées au cinquième de leur longueur totale. Il résulte de cette disposition que l'écartement des grandes branches est quatre fois plus considérable que celui des petites.

Pour se servir de l'instrument, on place la sonde entre les mors qui terminent les petites branches, et l'écart indiqué sur l'arc de cercle correspondant à l'extrémité des grandes branches donne, en le quadruplant, le diamètre exact de la sonde.

On comprend d'ailleurs que celle-ci n'a pas besoin d'être déplacée pour en prendre la mesure, et que les moindres variations de diamètre peuvent aussi bien que la moindre irrégularité de forme être rigoureusement appréciées.

Il peut servir également à mesurer les canules pour la trachéotomie, qui sont de forme un peu aplatie et dont le calibre doit être en proportion de l'âge de l'opéré.

SUR LA MÉDICATION FERRUGINEUSE.

M. Bouchardat lit un rapport sur un mémoire de M. Quevenne (voir plus haut un résumé de ce mémoire) sur ce sujet.

De tout ce que nous venons d'exposer, dit M. le rapporteur, il ressort :

Que M. Quevenne, entrant dans une voie d'investigations nouvelles par une série d'expériences très-bien instituées, exécutées avec une persévérance qu'on ne saurait trop admirer, a éclairé un grand nombre de questions qui se rattachent à l'emploi des préparations ferrugineuses.

Considérant, d'autre part, que les expériences si nombreuses, si précises, relatées avec détail dans le mémoire de l'auteur, les faits cliniques recueillis dans les hôpitaux, démontrent que le fer réduit se range parmi les meilleurs ferrugineux employés en médecine;

Considérant aussi que ce produit, par suite de l'initiative de M. Quevenne, est aujourd'hui généralement usité, et qu'il importe d'en régulariser l'emploi;

Nous avons l'honneur de proposer à l'Académie :

1° D'accorder à ce beau travail sa complète approbation;

2° D'ordonner que la formule du fer réduit par l'hydrogène et des préparations dont il est la base soit inscrite au Bulletin de l'Académie;

3° Nous n'hésiterions pas à vous prier de voter l'impression dans vos mémoires de ce grand ouvrage de M. Quevenne, si l'auteur ne se proposait de le publier prochainement.

FRACTURES DES MEMBRES INFÉRIEURS COMPLIQUÉES DE PLAIES PAR ARMES A FEU.

M. Hutin lit un mémoire sur le résultat des fractures de la moitié supérieure de la cuisse et de la moitié inférieure de la jambe, dont se compliquent les plaies par armes à feu.

En 1831, Ribes avait affirmé que si, dans ce genre de lésion, on ne recourait pas promptement à l'amputation, les malades succombaient toujours; et que, dans une visite minutieuse qu'il avait faite à l'hôtel des Invalides, il n'avait pas trouvé un seul homme qui eût survécu à de semblables blessures, en conservant le membre intéressé, ni un seul cuissart qui eût eu la cuisse coupée par suite de la fracture du milieu du fémur. M. Hutin a repris les recherches de Ribes, et il est arrivé à des résultats tout différents.

Sur 4,370 invalides, il a rencontré d'un côté 143 cuissarts et 230 amputés de la jambe; de l'autre, 63 individus ayant guéri, sans amputation, de fractures de la cuisse par coups de feu, et 76 ayant également guéri sans amputation de fractures analogues de la jambe. Rapprochant ces données les unes des autres, en tenant compte de la hauteur à laquelle ont eu lieu les diverses lésions, M. Hutin établit le tableau comparatif suivant :

1° Fractures par coups de feu *au milieu* de la cuisse :

5 hommes amputés et 20 guéris sans amputation.

Idem *au-dessous du milieu* de la cuisse :

16 amputés et 19 guéris sans amputation.

Idem *au-dessus du milieu :*

Pas d'amputés et 24 guéris sans amputation.

2° Fractures par coups de feu de la jambe *au milieu :*

12 amputés et 22 guéris sans amputation.

Idem *au-dessus du milieu :*

6 amputés et 20 guéris sans amputation

Idem *au-dessous du milieu :*

64 amputés et 34 guéris sans amputation.

M. Hutin ne veut pas qu'on lui suppose la croyance que les fractures dont il s'agit sont moins graves qu'elles le sont en réalité; il les considère, au contraire, comme toujours extrêmement redoutables : « J'ai seulement voulu faire voir, dit-il, qu'elles ne sont pas nécessairement mortelles quand on ne sacrifie pas les membres, ainsi qu'on l'a avancé; et que, sur ce point, l'hôtel des Invalides d'où est partie, il y a plus de vingt ans, une sérieuse accusation contre les ressources d'une chirurgie conservatrice, a offert depuis un ensemble de faits assez nombreux pour la combattre. » (Comm. : MM. Velpeau, Malgaigne, Larrey.)

— M. Heurteloup lit la première partie d'un mémoire sur le traitement des rétentions d'urine et plus particulièrement sur les rétentions causées par les rétrécissements de l'urètre.

La lecture de la seconde partie est renvoyée à la séance prochaine.

La séance est levée à cinq heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE.

DU SEIGLE ERGOTÉ CONSIDÉRÉ SOUS LES RAPPORTS PHYSIOLOGIQUE, OBSTÉTRICAL ET DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE; par M. Aug. Millet, professeur suppléant à l'École secondaire de médecine de Tours. (Mémoire couronné par l'Académie de médecine le 14 décembre 1852.) — Broch. in-4°. — Paris, 1854 Chez J.-B. Baillière.

C'est une curieuse et intéressante histoire que celle de ce champignon, parasite des céréales, qui produit des effets si redoutables sur les individus qui en font accidentellement usage, ainsi que sur les populations soumises au régime exclusif d'aliments altérés par sa présence, et qui a doté en même temps la thérapeutique obstétricale d'un agent précieux. Aussi l'étude de l'ergot de seigle, au double point de vue de l'histoire naturelle et de ses effets physiologiques sur l'économie, a-t-elle beaucoup préoccupé les savants et les médecins depuis un certain nombre d'années. Mais malgré les nombreux travaux et les importantes recherches dont il a été l'objet, son histoire, sous les divers points de vue qui intéressent l'art médical et l'hygiène publique, laisse encore assez de points obscurs et de questions indécises, pour que l'Académie de médecine ait jugé nécessaire, il y a quelques années, de mettre au concours la question du seigle ergoté considérée sous les rapports physiologique, obstétrical et de l'hygiène publique. Telle est l'origine du travail qui fait le sujet de cet article, travail qui a remporté le prix et qui est extrait du tome XVIII des Mémoires de l'Académie de médecine.

Dans une première partie de son travail, M. Millet, conformément au programme formulé par l'Académie, retrace les effets produits, soit sur l'homme sain, soit sur les animaux en bonne santé, par la poudre d'ergot de seigle.

Voici les principaux effets qu'il a constatés :

Cette substance agit de différentes manières selon qu'elle est administrée à faible ou à forte dose et pendant plusieurs jours consécutifs.

Administrée à faible dose (25 à 50 centigr. par jour pendant plusieurs jours consécutifs) la poudre d'ergot n'a produit aucun phénomène remarquable, si ce n'est dans quelques cas seulement un sentiment pénible de sécheresse à la gorge. A la dose de 1 à 2 grammes, les effets produits ont été ceux que les auteurs ont généralement constatés : sécheresse à la gorge, soif vive, céphalalgie frontale, vertiges, bourdonnements d'oreille, nausées et vomissements; courbature, frissons et sensation de froid le long de la colonne vertébrale, dilatation des pupilles, tendance à l'assoupissement, sans altération sensible du pouls.

A dose élevée, de 4 à 5 grammes (cette expérience a été faite par l'auteur sur lui-même), la poudre d'ergot de seigle a produit les mêmes phénomènes, mais à un degré beaucoup plus intense, notamment ceux d'entre eux qui semblent accuser plus particulièrement une action sur l'appareil cérébro spinal, tels que la dilatation des pupilles, la céphalalgie, les vertiges et l'assoupissement. Nous recommandons particulièrement à l'attention des médecins la relation de cette expérience dont les effets décrits avec détails d'heure en heure et presque de minute en minute, offrent d'autant plus d'intérêt qu'on est, en général, assez peu fixé sur la nature des phénomènes que produit cette substance sur l'homme sain.

Enfin, pour compléter cette étude, M. Millet a institué une série d'expériences sur les animaux en élevant graduellement la dose d'ergot jusqu'aux dernières limites de l'effet toxique, c'est-à-dire jusqu'à la mort.

D'après les résultats des nombreux essais toxicologiques exposés dans cette partie de son travail, l'auteur est d'avis que le seigle ergoté doit être classé parmi les poisons narcotiques; il agit en effet sur l'économie à peu près comme les narcotiques.

Après avoir constaté cette première série de faits, M. Millet a cherché à voir, par une autre série d'expériences, à quel principe il fallait attribuer l'action toxique de l'ergot. Il a successivement expérimenté, à

cet effet, l'extrait alcoolique, l'extrait aqueux, l'huile et la résine d'ergot.

L'extrait alcoolique ainsi que l'extrait aqueux, même à des doses considérables administrées d'emblée, n'ont paru jouir d'aucune propriété vénéneuse. L'huile, privée de résine, a été également d'une innocuité parfaite; la résine, au contraire, s'est montrée très-toxique.

Notons que les résultats de ces expériences sont entièrement conformes à ceux qu'avait déjà constatés M. Parola (de Cooi), et qui ont été vérifiés par MM. Rayer et Mageodie.

De cet accord de résultats, il reste donc démontré désormais que le principe toxique de l'ergot de seigle réside daos la résine; et si quelques expérimentateurs ont cru reconnaître que l'huile ergotée recélait comme la résioe le principe toxique, c'est que probablement ils ont agi avec une huile résineuse.

Dans la deuxième partie, l'auteur examioe les questioos relatives à l'usage obstétrical de l'ergot de seigle; il étudie dans autant de chapitres, l'action de l'ergot de seigle: 1° daos l'iocrtie de la matrice; 2° dans la présentation de l'épaule; 3° dans l'éclampsie; 4° dans l'accouchement prématuré artificiel; 5° dans l'accouchement prématuré et dans scs propriétés abortives; 6° dans le cas de rétention du placenta; 7° dans les métrorrhagies puerpérales; 8° dans les tranchées utérines; 9° comme cause de rupture de l'utérus; 10° dans son influence funeste sur la mère; 11° dans son influence funeste sur le fœtus.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans ces nombreux détails très-intéressants d'ailleurs de pratique obstétricale. Il est cependant quelques points sur lesquels nous ne pouvons nous dispenser de faire connaître son opinion.

On sait combien les avis ont été lougtemps et profondémeot partagés sur les avantages et les dangers de l'ergot de seigle comme moyen d'accélérer le travail de l'accouchement, les uns en repoussant systématiquement l'usage à cause des dangers qu'ils lui attribuaient pour la mère et pour l'enfant, les autres y recourant à tout propos et comme à une panacée contre tous les obstacles de l'accouchemeot. L'expérieoce a démontré que les dangers en ce qui concerne la mère sont beaucoup moins grands qu'on oe se l'était imaginé d'abord; mais ce qui était plus difficile et ce qui a demandé plus de temps à constater, c'était le danger que son emploi faiit courir au fœtus. Les étranges abus que l'on a faits de cet agent depuis un certaio nombre d'années et les accidents sans nombre qui en sont résultés ont éveillé à cet égard la sollicitude des praticiens éclairés, des maîtres de l'art et de l'autorité elle-même qui a dû provoquer une sorte d'enquête dont on connaît aujourd'hui les résultats. De là une réaction inspirée par les plus sages motifs, d'ailleurs, et qui tend, sinon à exclure complétement l'usage du seigle ergoté de la pratique obstétricale (en ce qui concerne l'accouchement proprement dit), du moins à le restreindre dans les plus étroites limites possibles. Cette réaction ou, pour parler plus exactement, cet examen rigoureux de la question a eu cet immense avantage de faire bien préciser l'indication du seul cas où il convient d'administrer l'ergot, celui où il n'y a d'autre obstacle à l'accouchement que l'inertie de la matrice. Mais le degré d'inertie qui commande cet emploi, l'appréciation de la durée du travail qui restera à accomplir avant que la matrice excitée par l'action du médicament se débarrasse entièrement de son contenu: voilà autant de points sur lesquels il reste encore assez de latitude pour que des divergences y trouvent place. Ainsi pour quelques accoucheurs la perturbation apportée par le seigle ergoté dans la circulation utéro-placentaire serait telle que, dans les cas même où son usage semble le mieux indiqué, ils reculent devant son emploi par la crainte de produire l'asphyxie du fœtus. Les faits nombreux rapportés par M. Millet, et dans lesquels il s'est strictement renfermé dans l'indication de l'inertie dans la dernière période du travail, et alors que l'orifice est déjà dilaté ou dilatable, ces faits prouvent néanmoins que l'action asphyxique du seigle ergoté sur le fœtus n'est pas aussi prompte ni aussi terrible qu'on l'a dit, puisque, dans quelques-uns de ces cas, l'accouchement n'a eu lieu qu'une heure, une heure et demie et même deux beures après l'administration du seigle, sans que la vie des enfants ait été compromise.

La troisième partie est consacrée à l'étude de l'ergot de seigle sous le rapport de l'hygiène publique. On connaît les désastreux effets que produit sur les populations l'usage du seigle ergoté. Les archives de la science nous ont conservé le souvenir d'épidémies meurtrières qui n'ont point reconnu d'autre cause. Les symptômes de ces épidémies rappellent de point en point la série des phénomènes coostatés chez les animaux soumis aux expériences d'ergotisme. Une des raisons les plus péremptoires, suivant M. Millet, et qui milite le plus en faveur de la cause réelle de ces épidémies d'ergotisme, c'est que presque constamment ce sont des gens pauvres qui en ont été atteints, c'est-à-dire exclusivement ceux qui font un usage habituel du pain de seigle dans leur alimentation. Ce qui a pu faire naître quelque doute à cet égard dans l'esprit de plusieurs médecins qui se sont montrés peu disposés à admettre cette étiologie, c'est que l'usage du pain fait avec du seigle ergoté ne produit son effet pathologique qu'autant que cet aliment reoferme de fortes proportions d'ergot, et qu'on a pu voir des individus, des populations entières même manger impunément du pain de seigle altéré par l'ergot, alors que cette altération n'était ni très-générale ni très-étendue. D'un autre côté, il est une circonstance signalée par plusieurs auteurs, qui a pu contribuer égalemeot à masquer dans quelques circonstances la production du phénomène. Il paraîtrait résulter, en effet, des expériences de MM. Parola et Bonjean, notamment, que la fermentation panaire et la cuisson atténuent les propriétés vénéneuses de l'ergot de seigle, et que du pain qui contient de l'ergot sera d'autant moins vénéneux qu'il aura été plus cuit et plus desséché au four. On comprend dès lors que l'ergotisme n'ait pas toujours été la conséqueoce nécessaire de l'usage de seigle atteint de l'ergot. Mais ces exceptions, qui s'expliquent par l'une ou l'autre des deux circonstances que nous veoons de rappeler, n'infirment en rien une étiologie établie d'ailleurs sur des observations et des témoignages également irrécusables et auxquelles les expériences instituées par M. Millet viennent donner encore une nouvelle confirmation.

M. Millet distingue, avec la généralité des auteurs, deux formes d'ergotisme, l'ergotisme convulsif et l'ergotisme gangréneux; mais en adoptant cette distinction uniquement comme moyen de faciliter la description de la maladie, il n'y attache aucune idée de différenciation nosologique. Il fait voir, en effet, que l'ergotisme convulsif a souvent accompagné l'ergotisme gangréneux, et que la meilleure raison à donner pour expliquer la production de tel ergotisme plutôt que celle de tel autre, c'est que l'ergotisme convulsif a été causé vraisemblablement toutes les fois que le seigle a contenu moins d'ergot; tandis que l'ergotisme gangréneux, véritable empoisonnement, a reconnu pour cause l'ingestion du pain fait avec une farine de seigle fortement ergoté. De sorte que les expressions d'ergotisme convulsif et d'ergotisme gangréneux ne représenteraient en réalité que deux degrés différents, l'un plus faible, l'autre plus intense, d'une maladie parfaitement identique au fond.

Quel serait le moyen de mettre un terme aux épidémies d'ergotisme? Ce moyen serait bien simple, répond M. Millet. Qu'on s'enquière, chaque année, à l'époque où l'on bat les grains, de la quantité proportionnelle d'ergot qui existe dans le seigle surtout, et si cette quantité est considérable, si l'année a été humide, on ferait savoir à tous les habitants, par telles voies dont peut disposer l'autorité, que l'ergot se trouvant exister cette année en notable proportion dans les céréales, il en résulterait les plus grands malbeurs si ce mauvais grain était livré à la consommation et donné en nourriture, soit aux hommes, soit aux animaux; qu'en outre, ce grain ergoté est très-utile en médecine et très-recherché par les pharmaciens. On porterait, dans ce cas, à un prix élevé l'achat de l'ergot par les droguistes et les pharmaciens, afin que l'appât du lucre, sinon la crainte de se nuire, engageât chaque habitant des campagnes a se défaire de son seigle ergoté. Les comités d'hygiène institués dans chaque département trouveraient là une occasion toute naturelle d'intervenir d'une manière utile pour éclairer et assister en même temps l'administration et toutes les parties intéressées.

Si une semblable mesure de sûreté était adoptée en principe et surveillée dans son exécution partout où besoin serait, on pourrait espérer en effet prévenir désormais le retour de ces effroyables épidémies qui frappent de loin en loin sur des contrées entières, et qui sont d'autant plus redoutables que la thérapeutique se trouve entièrement désarmée contre cette affection.

Telles sont, en substance, les diverses questions examinées dans ce travail, digne à tous égards de l'honorable distinction dont il a été l'objet. On regrettera peut-être, et nous le regrettons pour notre compte, que M. Millet, se renfermant trop strictement dans les limites de la question qu'il avait à traiter, n'ait pas cru devoir indiquer quelques-unes des applications utiles que l'on pourrait faire de l'ergot de seigle à la thérapeutique générale. Les annales de la science renferment à cet égard la relation de quelques tentatives dont nous eussions aimé à voir apprécier la valeur par un praticien aussi éclairé et d'un esprit aussi judicieux que nous paraît l'être l'auteur de ce travail. Nous signalons cette lacune aux praticiens en général, et particulièrement à M. Millet, qui, par l'expérience personnelle qu'il a dû acquérir sur cette question, en se livrant à ces intéressantes recherches, doit se trouver mieux à même que tout autre de la combler.

H. Brochin.

VARIÉTÉS.

MOUVEMENT DU CHOLÉRA DANS PARIS ET DANS LES COMMUNES RURALES.

		Août... 18	19	20	21	22	23	24
Admissions aux hôpitaux		64	47	41	42	28	41	27
Cas déclarés à l'intérieur		13	11	2	8	8	5	9
Totaux.		77	58	43	50	36	46	36
Décès :	Dans les hôpitaux civils. .	25	29	23	24	19	22	17
	— militaires. .	5	9	4	8	5	5	4
	A domicile : 1er arrond...	9	4	7	2	8	6	7
	2e —	4	6	2	1	6	3	2
	3e — .	4	3	1	5	5	2	3
	4e —	0	0	2	6	0	0	3
	5e —	4	6	4	5	7	5	7
	6e —	8	3	7	6	1	2	3
	7e —	5	3	7	6	2	6	4
	8e —	7	9	4	3	5	8	2
	9e —	2	4	4	6	0	3	5
	10e —	6	5	2	2	3	7	4
	11e —	7	6	2	2	2	3	1
	12e —	8	7	10	6	8	5	7
	Communes rurales.	0	0	0	97 (1)	44 (2)	42 (3)	48 (4)

RÉCAPITULATION DES DÉCÈS CHOLÉRIQUES.

	18	19	20	21	22	23	24
Dans les hôp. civils et militaires ...	30	38	27	32	24	27	21
A domicile et dans les comm. rurales.	64	56	52	147	91	92	96
Totaux généraux des décès. . .	94	94	79	179	115	119	117

D'après ce relevé, l'épidémie semble en général plutôt tendre à diminuer depuis le précédent bulletin; toutefois le mouvement partiel dans chaque arrondissement exprime plutôt un déplacement de la maladie qu'une modification générale.

RÉCAPITULATION DEPUIS LA RECRUDESCENCE JUSQU'AU 24 AOUT.

Admissions dans les hôpitaux civils. .	2,987	4,312
Cas déclarés à l'intérieur	1,325	
Décès dans les hôpitaux civils.	2,230	7,372
— — militaires . .	437	
— à domicile.	3,035	
— dans les communes rurales.	1,670	

— On lit dans l'Union médicale :

« Le choléra est en décroissance dans tous les départements qui ont été les premiers envahis. Cependant les cas nouveaux sont toujours aussi graves, ce qui fait craindre que l'épidémie ne touche pas encore à sa fin.

» Parmi les nouveaux départements envahis, on cite le département des Pyrénées-Orientales, où plusieurs cas et plusieurs décès auraient eu lieu à Perpignan et dans quelques communes environnantes.

» Le chiffre des victimes en France par le choléra, depuis le mois de février seulement, s'élève aujourd'hui à 44,000.

» A Londres, il est mort, en moyenne, 50 personnes par jour du choléra dans la dernière semaine. »

— On lit dans le Moniteur universel :

« Notre armée d'Orient vient de subir la rude épreuve du choléra ; elle a éprouvé des pertes sensibles et bien douloureuses; mais le moral des troupes est toujours excellent, et nous pouvons annoncer aujourd'hui avec satisfaction que sur tous les points l'état sanitaire s'améliore d'une manière notable.

» Le fléau a débuté à Gallipoli, puis il a envahi le Pirée, et enfin les camps autour de Varna.

» Les rapports de Gallipoli, en date du 10 de ce mois, annoncent que sur ce point on peut se considérer comme à peu près délivré du choléra. Il ne se produit que quelques cas isolés qui n'ont plus la même gravité que précédemment, et tout fait espérer que l'état sanitaire reviendra bientôt à l'état normal.

» La situation de l'hôpital de Nagara continue à être satisfaisante; le choléra a complétement disparu de cet établissement depuis le 25 juillet.

» A Varna, l'épidémie est entrée dans sa période décroissante. De vastes hôpitaux ont été établis sous des tentes doubles, et les malades se sont bien trouvés de ces installations provisoires dans des emplacements salubres, sous le vent de la mer et à une distance suffisante de la ville et des camps. Les bons effets de cette mesure ne sont pas douteux.

» Au milieu des pénibles épreuves que l'armée vient de traverser, le péril commun a fait naître de nombreux actes de dévouement, et rien n'égale la vigueur morale qu'ont montrée, pendant la durée de l'épidémie, ceux qui obéissent et ceux qui commandent. »

— On lit dans le Constitutionnel :

« Le dernier courrier d'Orient nous apporte d'excellentes nouvelles des escadres de la mer Noire. Leur état sanitaire est des meilleurs ; quelques vaisseaux ont été frappés de cas isolés de choléra. *Le Suffren* n'a pas un malade; *le Charlemagne*, depuis très-longtemps, n'a perdu que 2 hommes ; *le Henri IV* est dans le même cas.

» A la date du 9 août, *le Bayard* ne comptait que 3 décès. Nous pouvons donner les mêmes assurances pour *le Jean-Bart*, *l'Iéna*, *l'Alger*, *le Lavoisier* et *le Pluton*. « Le choléra nous traite en ami, » disent toutes les lettres particulières. Cette circonstance a permis à l'escadre de prêter d'autant plus de secours aux malades de l'armée de terre. »

— M. le docteur Billout vient de recevoir de M. le ministre la mission d'aller visiter plusieurs localités du département de l'Yonne, envahies par l'épidémie.

— On écrit de Naples, le 9 août, au Moniteur :

« Le choléra continue à sévir à Naples, et on compte déjà de nombreuses victimes. Il s'en faut cependant que, sous le rapport du caractère pernicieux de la maladie et sous celui de la mortalité, cette invasion ressemble à celle de 1837. C'est donc au souvenir des ravages vraiment effrayants qui ont eu lieu à cette époque, à l'impression qu'ils ont laissée dans l'esprit des Napolitains, qu'il faut surtout attribuer la panique extraordinaire qui s'est manifestée dans cette capitale à l'apparition du choléra, et qui dure encore.

» Dès les premiers jours, les étrangers, les personnes tenant aux classes aisées de la société, tout ce qui pouvait partir pour les pays lointains ou pour les provinces a émigré en masse et avec une précipitation dont on se ferait difficilement une idée exacte. On évalue à 40,000 au moins le nombre des passe-ports délivrés, sans compter les familles qui se sont réfugiées dans les environs. Ceux qui n'ont pu suivre cet exemple restent la plupart renfermés dans leurs maisons, comme s'ils craignaient de respirer dehors un air meurtrier.

» Les transactions et les affaires de tout genre ont en partie cessé; le commerce achève de mourir; les théâtres sont fermés; les cafés et autres lieux de réunion déserts ; la vie publique, en un mot, est pour ainsi dire suspendue, et cette capitale, d'ordinaire si animée, si bruyante, présente l'aspect le plus morne.

» Une des premières conséquences de l'invasion du choléra à Naples a été de faire lever les quarantaines. »

— Le choléra fait d'assez grands ravages à Barcelone.

— Dans l'intérêt de la santé publique, M. le préfet de police vient de prendre des mesures pour que les fruits, si abondants cette année, ne soient livrés au public que dans un état convenable de maturité.

Il a adressé à ce sujet à tous les fonctionnaires de son administration, et notamment aux commissaires de police de Paris et de la banlieue, une circulaire qui dit :

De veiller à ce que les fruits verts destinés à être confits dans le vinaigre ou à être convertis en conserves, après cuisson, ne pourront être vendus qu'en gros sur les marchés ; qu'il importe que cette tolérance ne puisse s'appliquer aux fruits journellement colportés sur la voie publique ou exposés dans les paniers ou les boutiques des étalagistes, où ils pourront être vendus aux ouvriers, aux enfants, et être nuisibles à la population.

Les fruits jugés impropres à la consommation seront saisis et envoyés au commissariat de police de la section des marchés, où ils seront détruits après avoir été examinés par des inspecteurs compétents.

Des procès-verbaux seront en outre dressés contre les marchands qui seraient trouvés détenteurs des fruits dont il s'agit, conformément à la loi du 27 mars 1851, relative à la mise en vente de denrées alimentaires insalubres.

— On lit dans la Presse :

« Dans un petit hameau voisin de Saint-Étienne (Loire) et composé de dix ou douze maisons, une vache est morte du charbon : trente-six habitants ont eu l'imprudence d'en manger; 12 avaient déjà succombé et plusieurs autres étaient à l'agonie. Les autorités, accompagnées de plusieurs médecins, s'y sont rendues immédiatement. »

— La commission municipale de Paris a statué, dans sa séance du 16 août, sur le budget de l'administration de l'assistance publique pour l'exercice 1855.

Ce budget est calculé sur un nombre de lits évalué à 17,205, et présente les résultats ci-après :

Recettes ordinaires, y compris une subvention de 5,827,054 fr. payée par la ville de Paris.	15,163,890
Recettes extraordinaires, y compris la subvention de 1,301,150 fr. à la charge de la ville	2,056,150
Ensemble.	17,220,040

somme représentant également le montant en prévision des dépenses à faire pendant l'exercice.

— Errata. — Il s'est glissé dans notre dernier feuilleton, intitulé Souvenirs, quelques erreurs que le lecteur voudra bien rétablir ainsi qu'il suit : P. 508, 2e col., 13e ligne, au lieu de : *son adoration se partageant*, lisez : *ses adorations se partagent*. Même colonne, avant-dernière ligne, au lieu de : fauchant les *sentences*, lisez : les *systèmes*. Page 509, 4me col., 9e ligne, au lieu de : les victimes de l'opération sont *immenses*, lisez : *énumérées*. Même colonne, 11e ligne, au lieu de : si nous avions quelque *créance* d'être écouté, lisez : *chance*.

(1) Du 17 au 20 août.
(2) Décès signalés du 20 au 22.
(3) Ces décès ne s'appliquent pas tous à cette journée.
(4) Décès signalés depuis la dernière communication.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

CONSTITUTION MÉDICALE.

LE CHOLÉRA DANS L'EST DE LA FRANCE, NOTAMMENT DANS LES VOSGES ET LA HAUTE-MARNE. — SITES AFFECTÉS OU ÉPARGNÉS. — MODE DE DÉVELOPPEMENT ET DE PROPAGATION.

Bourbonne-les-Bains, 28 août.

Après avoir parcouru pendant un mois environ plusieurs départements de l'Est, et avoir séjourné dans certains cantons des plus maltraités des Vosges et de la Haute-Marne, qu'il nous soit permis de présenter en quelques propositions générales le résultat de notre observation et de chercher à catégoriser les faits qui se sont présentés à nous dans ces diverses localités.

Mais un mot d'abord de l'impression que nous avons éprouvée dans ces malheureux pays, siége d'une épidémie dont l'intensité n'a guère d'exemple en France. Les céréales restent sur pied faute de bras pour les moissonner, le deuil est sur tous les habits, la terreur sur tous les visages; on jette les morts dans la fosse deux ou trois heures après le décès, les fossoyeurs manquent, les médecins se multiplient mais sont insuffisants; les prêtres, les sages-femmes, les religieuses reçoivent leurs instructions et donnent les premiers soins dans l'intervalle des visites des hommes de l'art. Pour achever le tableau du spectacle qui nous a attristé dans certaines localités, ajoutons que l'ignorance, le charlatanisme et la spéculation se mettent quelquefois de la partie pour faire la part plus large encore à l'épidémie. Ce sujet, du reste, nous occupera plus tard en particulier. Un nombre notable de médecins succombent, mais nous sommes étonné qu'il n'y ait pas plus de victimes. Du matin au soir, ils parcourent les villages, et la nuit ne leur laisse même pas de repos. Ayant partagé quelques-unes de ces laborieuses journées, nous sommes à même de rendre justice et de reconnaître les mérites de nos confrères de la campagne.

L'émigration est peu considérable malgré ces calamités : le Vosgien tient au sol qui le nourrit; contrairement au Méridional, il attend le mal comme il a toujours su attendre l'ennemi. A quoi d'ailleurs serviraient ici l'émigration et la dissémination qui semblent avoir rendu de réels services dans le Midi, et qui resteront toujours, en thèse générale, une excellente mesure prophylactique et un moyen puissant d'atténuer l'épidémie quand elle existe? Un bien remarquable caractère de l'épidémie de cette région orientale de la France consiste en effet dans une diffusion, dans une généralisation telles, que l'isolement des habitations éparses ne donne pas l'immunité même incomplète, et que les individus semés à longues distances les uns des autres sont autant et plus atteints même parfois que ceux qui s'agglomèrent en groupes compacts. Les villages sont partout plus maltraités que les villes; le choléra s'abat terriblement sur les hameaux, et nous savons des fermes isolées qu'il frappe avec fureur. Strasbourg n'est pas gravement touché; Metz et Nancy ne comptent que des cas rares, isolés, perdus dans la foule; au contraire, le fléau sévit sur les villages disséminés le long de la Moselle et de la Meuse. Cette marche et cette prédilection est bien remarquable dans le département de la Meurthe : le bord de ces cours d'eau est fortement frappé, tandis que les localités distantes des rives sont épargnées ou moins cruellement frappées. Le préfet de la Meurthe ayant eu l'idée de pointer avec des épingles, sur sa carte, les endroits affectés; on lit ainsi d'un coup d'œil la répartition du choléra : une forêt d'épingles longe ces deux rivières, tandis qu'ailleurs les jalons indicateurs sont clair-semés.

Dans les Vosges, les centres de population jouissent de la même immunité relative. Épinal, ville de 10,000 âmes, n'a qu'une douzaine de décès; et Saint-Dié, presque aussi peuplé, n'en déplore pas un et n'a vu qu'un seul cas; mais, comme nous le verrons, cette immunité tient à une autre cause que nous nous réservons d'apprécier. Voici d'autres faits caractéristiques : Neufchâteau a été bien moins maltraité que maintes petites localités de cet arrondissement; nous en dirons autant de Mirecourt qui avait perdu 250 individus sur une population de 5,000, c'est-à-dire 1/20, tandis que Dompaire comptait près de 180 décès sur 1,800 âmes, c'est-à-dire 1/10. Quoique nous n'ayons visité que certaines parties des départements de l'Est, nous avons rencontré un grand nombre de villages qui ont perdu 1/10 de leur population. D'autres ont été plus maltraités encore; ainsi, dans les Vosges, le village de Bouzé dit aussi Dombret-sur-Vair, a eu 100 décès sur une population de 500 habitants, ou 1/5, et l'on vient de nous citer à la mairie de Saint-Dié un village des environs de Pont-à-Mousson qui aurait perdu 49 habitants pour 100, et dans lequel il n'y aurait plus vingt maisons ouvertes!

Nous aurons à rechercher quelles sont les causes probables de cette concentration de la mortalité sur les petites localités : si c'est une circonstance fortuite, un caractère spécial de l'épidémie, une conséquence du manque de secours médicaux et du défaut des mesures prophylactiques dirigées contre les phénomènes prémonitoires, ou enfin le résultat de l'influence combinée de toutes ces causes. Pour le moment, nous nous contentons de constater le fait.

Le choléra de Paris en 1832 et en 1849, et celui de Marseille à diverses époques, a été regardé à juste titre comme une grande calamité et une terrible épidémie; or, à Paris, il a fait environ 30,000 victimes dans chacune de ces apparitions; mais pour qu'il y eût été aussi intense que dans tant de localités dont il a enlevé 1/10 des habitants, il faudrait qu'il eût tué 100,000 victimes. On est effrayé quand on songe que 500,000 décès représenteraient à Paris la mortalité de Dombrot-sur-Vair! Après ces rapprochements, le tableau que nous avons tracé de la terreur et du deuil de certaines localités, paraîtra plutôt au-dessous qu'au-dessus de la vérité.

Si le choléra n'a pas respecté les habitations disséminées sur la partie des Vosges qu'on nomme la Plaine, il a rencontré une autre barrière en 1854 comme en 1832 et en 1849 : il s'est arrêté aux montagnes, et il résulte des renseignements qui nous sont parvenus, que la chaîne jurassique jouit d'une pareille immunité. Cette sauvegarde du massif vosgien paraît plus tranchée et plus remarquable encore, quand on considère que, le choléra commençant à se développer en Alsace, ces montagnes sont vraiment aujourd'hui une île de salubrité battue sur tous ses flancs par la mer de l'épidémie.

On a prétendu que les terrains primitifs ne pouvaient devenir le site du choléra épidémique. Serait-ce donc la constitution géologique des Vosges qui les garantirait du choléra? Non, car la chaîne jurassique qui n'a point le granit pour ossature, mais le calcaire auquel elle a

FEUILLETON.

LETTRES D'UN MÉDECIN MILITAIRE SUR LA CAMPAGNE D'ORIENT.

LETTRE QUATRIÈME.

GALLIPOLI ET SES ENVIRONS.

Au Rédacteur.

Monsieur,

En sortant de Gallipoli, à l'est, on trouve d'abord, sur la droite et du côté de la mer, un monument en forme de dôme, couvert de lierre, et dont l'aspect presque sévère tranche avec celui des constructions environnantes. C'est un mausolée de 8 mètres à peu près de long sur 6 de large. Il renferme deux tombeaux en marbre artistement travaillé, des lampes funéraires. Un garde y veille nuit et jour. Il a été élevé à la mémoire d'un ancien pacha ou gouverneur de la presqu'île.

Nous descendons ensuite une rampe, à gauche de laquelle se voient quelques maisons turques assez bien conservées, et nous arrivons à une fontaine convenablement réparée par les soins du génie, et d'une grande utilité; puis nous montons, pendant dix minutes environ, une pente escarpée, et nous nous trouvons au camp des Fontaines. C'est un ancien cimetière ture. Chaque tombe est constituée par quatre pierres ayant au centre un nombre d'autres pierres correspondant à la quantité de personnes qui y sont inhumées.

Les cimetières de Gallipoli sont exactement les mêmes. Les tombes qui renferment des gens riches ou des hommes importants offrent, au milieu, une pierre taillée et surmontée d'un turban, avec une inscription en lettres turques on une plaque de marbre.

D'autres camps existent, mais ils n'ont pas la même importance au point de vue de l'effectif des troupes qui les occupent que ceux dits des Fontaines et de Boula-Hir.

Le camp des Fontaines est le plus agréable de tous ceux que j'ai vus en habités. On aperçoit au loin Gallipoli, avec ses maisons peintes de différentes couleurs, avec ses minarets élancés comme des flèches, avec ses jardins brillants de verdure, avec ses moulins éparpillés et rappelant les environs de certaines villes du nord de la France. On découvre un côté de sa rade et parfois quelques mâts aux voilures flottantes qu'on cherche à placer sur un bâtiment que l'œil ne parvient presque jamais à saisir complétement.

L'eau y est bonne et l'emplacement sain. Ce camp n'est en quelque sorte qu'un lieu de passage; les troupes ne l'occupent que temporairement et l'évacuent à mesure que d'autres régiments débarquent.

donné une épithète (calcaire jurassique), jouit d'une pareille immunité. Plusieurs vallées des Vosges formées de grès vosgien, et où les roches primitives n'apparaissent point, ou ne se font jour qu'à l'aide de rares pointements, sont épargnées tout comme les vallées granitiques. C'est ainsi qu'à Saint-Dié, au milieu du grès rouge, on ne ressent que des diarrhées et un petit nombre de cholérines légères.

Dans le pays, on attribue généralement l'immunité à l'essence résineuse qui constitue les forêts dont les montagnes sont tapissées; mais il serait plus sage de voir des garanties dans l'ensemble de toutes les conditions qui se rencontrent dans les hautes chaînes de montagnes: vivacité de l'air, grands courants atmosphériques, pureté des eaux, conditions topographiques, météorologiques, géologiques, hygiéniques, etc., etc. C'est là un ensemble complexe dont les divers éléments devront être appréciés plus tard en particulier, dans le but de déterminer la part de chacun d'eux.

L'exacte délimitation de l'épidémie à la chaîne montagneuse est chose fort remarquable. Restera à rechercher si le choléra n'envahissant pas cette zone par extension spontanée de l'influence épidémique, il ne peut y être importé. Or des faits qui viennent de se passer près de nous semblent établir que cette importation est possible, mais que la propagation s'arrête dans d'étroites limites, les conditions ambiantes ne la favorisant pas. C'est ainsi qu'on a vu sur plusieurs points des vallées vosgiennes, des individus arrivant de localités infestées, tomber malades, communiquer le choléra à quelques parents ou voisins, sans propagation ultérieure, sans extension plus considérable de l'épidémie. Nous en avons presque sous les yeux un exemple tout récent à Sénones, près Saint-Dié.

L'influence du site a été bien remarquable dans l'épidémie de Dompaire; de ce centre, la maladie a rayonné dans toutes les directions, excepté vers Épinal (1), ville de 10,000 âmes, où les premiers accidents montagneux semblent s'être opposés à son entier développement; car il n'y a eu qu'une douzaine de décès. Tandis que la maladie avortait ainsi à Épinal, situé à quelques lieues seulement de Dompaire, elle sévissait à Mirecourt, dans la plaine, ville établie à une distance un peu moindre, dans une direction opposée, et y tuait plus de 250 personnes sur une population de 5,000 âmes, c'est-à-dire 1/20e.

Pour que l'immunité soit plus ou moins complète dans les Vosges, il ne suffit pas que le territoire soit accidenté, coupé de vallées et de côtes boisées; car Bourbonne-les-Bains, d'où nous écrivons, et les villages du canton de Lamarche, ont été fortement atteints; si nous ne nous trompons, le choléra ne semble respecter complétement que les endroits situés dans le système même de la grande chaîne, c'est-à-dire entre des accidents de terrains très-marqués et se continuant au loin.

(1) Grès vosgien avec un léger pointement granitique.

Félix Jacquot.

(La suite au prochain numéro.)

NOSOGÉNIE.

De la transformation de la variole en fièvre typhoïde, depuis l'introduction de la vaccine; par le docteur Thore fils, ancien interne des hôpitaux, lauréat de la Faculté de médecine, etc.

Parmi les graves questions soulevées par MM. Carnot, Bayard et Ancelon, dans la croisade qu'ils ont entreprise contre la vaccine, il en est une, la transformation de la variole en fièvre typhoïde, qui a fini par éveiller l'attention des médecins trop longtemps indifférents à leurs nombreuses attaques.

Ces messieurs, comme on le sait, ont prétendu que, depuis l'introduction de la vaccine, la mortalité avait beaucoup augmenté chez les jeunes gens, et qu'il fallait attribuer cette augmentation à la fièvre typhoïde, devenue plus fréquente et plus grave; qu'en un mot, en semant la vaccine, on avait récolté la fièvre typhoïde.

Il suffit de jeter un coup d'œil sur les deux siècles qui ont précédé le nôtre, pour y trouver l'histoire d'épidémies considérables et meurtrières, si bien décrites par d'illustres maîtres. Les fièvres malignes et putrides observées en Angleterre par Sydenham (1661—1685), et par Huxham (1738—1747); la fièvre bilieuse de Lausanne, par Tissot (1755); la fièvre muqueuse de Gœttingue, par Rœderer et Wagler (1761); la fièvre glutineuse de Naples, par Sarcone (1764), ne représentent-elles point les différentes formes de notre fièvre typhoïde, réunies aujourd'hui par des lésions anatomiques inconnues ou à peine soupçonnées alors, mais séparées encore, sous bien des rapports, dans leur expression symptomatique?

Si nous voulons avoir des données plus précises sur la gravité que présentait cette maladie avant la découverte de Jenner, consultons, ainsi que l'a fait M. Roche dans son énergique et savant rapport, les registres de l'hôpital de la Sainte-Trinité à Vienne, et nous trouverons qu'il y a tout juste quatre-vingt-dix ans, Stoll constatait que la proportion moyenne entre les morts de la fièvre maligne pendant douze ans, et ceux qui ont été attaqués dans le même temps, était comme 1 est à 7 1/10, et la proportion entre les morts de la fièvre maligne et tous les morts en général dans le même temps a été comme 1 est à 2 10/19. (Méd. prat. de Max. Stoll, 1re partie.)

Ces chiffres, comparés à nos statistiques actuelles, n'ont point besoin d'être commentés.

Reste à savoir maintenant si les individus variolés doivent se considérer comme jouissant, à l'égard de la dothinentérie, d'une complète immunité, et dans quelles limites cette immunité leur est acquise. Ici tous les praticiens, même ceux qui se trouvent placés dans les conditions les moins favorables, peuvent apporter leur contingent de faits. Les occasions d'observer ces deux maladies à l'état sporadique ou épidémique sont assez fréquentes pour que, dans un court espace de temps, il soit facile de réunir une masse de documents contre lesquels les statistiques et les raisonnements plus ou moins spécieux auront bientôt échoué.

La première observation de l'ouvrage de M. Chomel (Leçons de cli-

Nous allons continuer notre route et nous nous rendrons au camp de Boula-Hir.

Du camp des Fontaines à celui de Boula-Hir, il y a environ quatre lieues. La première partie de la route est formée par un terrain plat, uni; on découvre encore par-ci par-là quelques arbres, quelques maigres jardins; puis on parvient à une montée rude, difficile, creusée dans la montagne. A gauche et dans le lointain on découvre plusieurs fermes jetées sur le penchant d'une colline, et qui font un assez joli coup d'œil. Lorsqu'on l'a dépassée, on touche à un chemin légèrement ondulé. De tous côtés s'étendent des plaines dont la plupart sont incultes, et, après une heure de marche, on aperçoit une masse de tentes blanchâtres. C'est le camp de Boula-Kir, qui a contenu jusqu'à 20,000 hommes rangés par brigades et par divisions.

Sa position a été bien choisie. D'un côté la mer de Marmara roulant ses ondes azurées; de l'autre, le golfe de Faros, avec son miroir limpide et calme, avec ses rives échancrées. Partout des inégalités de terrains, des élévations douces, arrondies, encore verdoyantes, des mamelons au dôme adouci, et, tout à fait dans l'éloignement, le village de Boula-Hir.

L'eau, quoique peut-être un peu pesante, en raison des matières terreuses qu'elle tient en suspension, est cependant facile à digérer et d'un goût agréable. Un inconvénient est à craindre, c'est qu'elle ne pèche bientôt par un défaut de quantité. Près de la mer de Marmara, au bas d'une colline ombragée, existe une source abondante que j'ai visitée et qui pourrait fournir un volume abondant d'eau potable; la petite enceinte qui l'abrite demanderait seulement quelques réparations. La remarque que j'ai faite d'ailleurs n'est que relative, car si, depuis trois semaines, des troupes considérables se sont accumulées à Boula-Hir, selon toutes les probabilités, des divisions partiront sous peu de jours, et les quantités d'eau qu'on recueille aujourd'hui deviendront alors suffisantes pour les corps qui arriveront successivement. Ces conjectures se sont déjà réalisées: la deuxième division s'est mise en marche pour Andrinople, et la première brigade de la première division s'est embarquée pour Varna. Si donc l'armée est portée à 150,000 hommes, les mesures prévoyantes qui ont été prises lui assurent d'avance des emplacements convenables et réunissant les conditions voulues de salubrité.

On a trouvé du bois en quantité suffisante.

Les soldats se livrent à des exercices réguliers, actifs, et travaillent aux fortifications de la presqu'île.

Leur alimentation est bonne, saine. M. le maréchal, aussitôt son arrivée, a eu même l'excellente pensée de porter à 300 grammes la ration de viande, qui n'était que de 250. Mais il est à désirer que les distributions de vivres se fassent, autant que possible, d'une manière régulière, ce qui malheureusement n'a pas toujours eu lieu jusqu'aujourd'hui.

Par sa latitude, Gallipoli offre beaucoup de rapports avec la température de Toulon. Toutefois, des circonstances spéciales empêchent toute comparaison réelle.

La presqu'île est presque déboisée, et l'on trouve à peine quelques arbres d'une certaine taille.

Comme en Afrique, mais cependant d'une manière moins tranchée, les re-

NIQUE MÉDICALE, p. 64) est relative à un jeune homme de 22 ans, qui avait eu la variole et qui succomba le septième jour à une fièvre typhoïde très-intense.

M. Andral (CLINIQUE, t. I, p. 630) a vu une éruption varioliforme se développer pendant la convalescence chez trois malades.

Les auteurs du COMPENDIUM (t. VIII, p. 238) ont observé, sur une de leurs malades, convalescente d'une fièvre typhoïde, une varioloïde dont l'éruption fut accompagnée de symptômes généraux assez sérieux.

A la Société médicale des hôpitaux (24 décembre 1851), M. Horteloup a rapporté l'observation d'une jeune fille, non vaccinée, prise de variole confluente très-grave, et qui fut atteinte, lorsqu'elle était convalescente depuis trois semaines, d'une fièvre typhoïde à laquelle elle faillit succomber.

MM. Becquerel et Bouvier ont vu des individus convalescents de cette maladie contracter une variole confluente.

M. Forget (GAZ. DES HÔPIT., 1852, p. 79), en citant ces exemples, rappelle que son ouvrage (TRAITÉ DE L'ENTÉRITE FOLLICULEUSE) contient plusieurs observations de variole succédant immédiatement à l'entérite folliculeuse; il fait avec le plus grand soin le parallèle de ces maladies et conclut ainsi :

« 1° La comparaison entre ces deux maladies n'est pas soutenable.

» 2° L'entérite folliculeuse ne préserve point de la variole.

» 3° L'une pouvant succéder immédiatement à l'autre, et *vice versâ*, c'est le comble de l'inconséquence que d'établir entre ces deux affections une solidarité que rien ne justifie. »

Tout récemment, M. Barth (GAZ. HEBD., 7 oct. 1853), dans un intéressant travail, a prouvé que les fièvres typhoïdes n'ont de nouveau que le nom; qu'elles ont existé concurremment avec la variole; qu'à toutes les époques elles ont été nombreuses et meurtrières; il fait remarquer que si l'on réunissait tous les décès enregistrés autrefois sous les noms de fièvres *inflammatoires*, *bilieuses*, *muqueuses*, *putrides*, *adynamiques*, *ataxiques*, etc., en y joignant un certain nombre de fièvres cérébrales, on trouverait un chiffre égal à celui des victimes que fait aujourd'hui la fièvre typhoïde.

Dans l'espace de trois semaines et dans une division de 52 lits de l'hôpital Beaujon, il a observé 4 malades non vaccinés et portant les traces de la variole qui ont eu des fièvres typhoïdes plus ou moins graves, 2 ont guéri, une femme était encore dans une position fort sérieuse au moment où il écrivait, un quatrième avait succombé, et c'était celui qui présentait les cicatrices les plus profondes de la variole.

D'autres malades en nombre égal ont été pris dans la convalescence d'une fièvre typhoïde bien caractérisée, d'une éruption varioleuse; 3 ont eu une varioloïde, le dernier une variole confluente.

Pendant une épidémie de fièvre typhoïde dont l'arrondissement de Gannat a été le théâtre, M. Secrétaire (REVUE MÉD.-CHIRURG., nov. 1853, p. 288) a eu à traiter 123 malades; il a constaté que 8 avaient été antérieurement affectés de variole.

Dans une grave épidémie qui a sévi à Vienne, on a vu des individus convalescents d'une varioloïde atteints par le typhus. (Compte rendu de la Société impériale de médecine de Vienne pendant l'année 1852. (ARCHIVES, janv. 1854, p. 104.)

Le rapport que M. Gaultier de Claubry vient de lire à l'Académie de médecine sur les épidémies qui ont régné en France pendant l'année 1852, contient ce passage :

« Vous n'avez point oublié que votre commission a, dans un rapport spécial, combattu les assertions d'un médecin qui voulait expliquer la multiplicité des fièvres typhoïdes de l'époque actuelle par la substitution qui se serait faite de nos jours de cette même affection à la variole jadis si commune, de sorte que l'éruption caractéristique de la variole, ne se faisant plus au dehors par suite de l'inoculation du cow-pox, serait remplacée par l'affection typhoïde, dans laquelle un travail pathologique, appelé improprement exanthème interne, se fait au dedans. La nature, en 1852, s'est empressée de fournir des preuves inattaquables de la fausseté de cette hypothèse, en montrant de nombreux sujets, jadis atteints par la variole confluente, que la fièvre typhoïde n'a pas plus épargnés que les sujets vaccinés. » (GAZ. MÉD., 1854, p. 26.)

A ces faits, dont on ne peut contester la valeur, je viens ajouter ceux qu'il m'a été donné de recueillir pendant deux épidémies de fièvre typhoïde que j'ai observées aux environs de Paris, l'une en 1846, l'autre en 1850.

Je possède deux catégories d'observations : dans la première se trouvent des individus non vaccinés et variolés qui ont été atteints par la fièvre typhoïde; quelques-uns ont reçu mes soins pour les deux maladies; les autres présentaient des cicatrices les plus évidentes, le *timbre* variolique le plus incontestable.

Dans la seconde catégorie se placent des individus ayant eu successivement, ou à une période plus ou moins éloignée, une fièvre typhoïde, puis une variole.

OBS. I. — D... (Émile), âgé de 19 ans, non vacciné, habitant Paris où il est en apprentissage, est ramené à Cachan dans sa famille. Il a de la fièvre, des vomissements bilieux, une douleur vive à la région lombaire.

Le 15 mai 1846, quelques papules paraissent sur la face et les membres; la fièvre diminue un peu.

Le 17, l'éruption s'étend; le 19, elle prend le caractère vésiculeux; le 21, elle augmente encore; les pustules commencent à s'ombiliquer. Elles sont confluentes à la face; celle-ci est fortement gonflée. La fièvre a reparu avec beaucoup d'intensité.

Le 23, elles commencent à se dessécher; la convalescence marche avec assez de régularité.

Le 6 juin 1847, un peu plus d'un an après cette variole, il revient encore de Paris chez ses parents avec la fièvre typhoïde la mieux caractérisée. Fièvre intense, agitation, délire, éruption typhoïde abondante, gargouillement, diarrhée, stupeur et affaissement très-prononcés. Il est traité par les purgatifs et plus tard par les toniques.

La maladie a été assez longue. Il n'est complétement rétabli que le 17 juillet.

OBS. II. — M... (Nicolas), journalier âgé de 41 ans, habitant Arcueil, n'a pas été vacciné; il a eu, étant jeune encore, une variole confluente qui a laissé sur la face des cicatrices profondes et nombreuses. Il tombe malade le 20 décembre 1850. Déjà auparavant, il avait éprouvé des douleurs vagues dans la poitrine et un peu de diarrhée. La diarrhée continue; douleur dans la fosse iliaque droite; pouls à 100. La face est pâle et décolorée.

Le 21, dans la journée, une hémorrhagie intestinale se manifeste. Un pot de nuit tout entier est rempli de sang noir et fétide. (Lavement vinaigré; potion avec l'extrait de ratanhia.)

22. Nouvelle hémorrhagie plus abondante que la première.

23. Il n'y a point eu de nouvelle hémorrhagie. La langue est sèche; délire,

---

liefs du sol, les excavations qu'ils déterminent, l'absence de cultures, le défaut d'obstacles contre les eaux qui descendent des collines, des montagnes, la stagnation et la putréfaction de détritus organiques de toute espèce, dans les bas-fonds qui dépendent de l'inégat niveau des terrains, la fermentation qu'y développent la chaleur et l'humidité, et le dégagement de miasmes qui en résultent, voilà des causes, ce me semble, qui doivent donner naissance à des fièvres paludéennes.

Ce que j'ai observé jusqu'à présent confirme cette manière de voir.

De plus, les travaux de fortifications entrepris à Boula-Hir, consistant dans des remuements considérables de terres négligées depuis longtemps, donneront sans aucun doute à ces influences morbifiques une énergie plus active.

Enfin, et je ne présente cette remarque qu'avec circonspection, les vents de nord-ouest doivent amener jusqu'à Boula-Hir, et descendre même dans toute la presqu'île, les effluves des marais du golfe de Faros.

J'ignore encore si la fièvre typhoïde ou notre dothinentérie de France règne dans ce pays. En Afrique, sauf deux indigènes chez lesquels existaient les lésions anatomiques caractéristiques de cette maladie, jamais je n'ai observé la fièvre typhoïde chez les Arabes; jamais également je n'ai vu des Européens acclimatés en être atteints. Aussi avons-nous cru de notre part à une erreur d'amphithéâtre, dans l'appréciation des désordres anatomo-pathologiques et surtout dans l'étude de leurs relations avec les symptômes manifestés pendant la vie, en ce qui regarde les deux cas dont je viens de parler. J'y crois encore d'autant plus que l'affection n'avait pu être suivie dans toutes ses périodes, avec un examen continu. Quant aux émigrants européens, je soutiens encore qu'en Afrique la fièvre typhoïde ne les attaque que pendant la première année de séjour. Cette époque écoulée, ils s'y montrent réfractaires. Si je partageais les idées de M. Boudin, je dirais qu'il y a antagonisme entre l'intoxication paludéenne et la fièvre typhoïde, mais je préfère m'exprimer en d'autres termes pour signaler un fait général qui n'a qu'une relation apparente avec la loi si hardiment posée par ce médecin distingué et qui n'en présente qu'une confirmation plus que douteuse.

A mon avis, il sera donc curieux et utile de rechercher et de savoir si la fièvre typhoïde existe parmi les indigènes et comment elle sévira parmi nos soldats. Cette double question me paraît difficile à résoudre, pour deux motifs. D'abord si la fièvre typhoïde fait partie du règne pathologique de ce pays, elle doit s'y montrer défigurée, altérée, dans ses principaux symptômes, par le miasme paludéen. Puis il faudra tenir compte, relativement à nos troupes, de l'influence du séjour antérieur et de la spécialité d'action qu'il exercera.

Ces questions sont graves, suivant moi; elles touchent à l'hygiène, elles intéressent à un point extrême la médecine pratique. L'Afrique peut nous offrir plus d'une leçon sous ce rapport.

Les affections pulmonaires aiguës et chroniques doivent être communes; les affections catarrhales, rhumatoïdes, sont également fréquentes. Enfin, les dyssenteries, les diarrhées bilieuses, les affections du foie et des parties supérieures du tube digestif, doivent constituer, avec les fièvres paludéennes, le cadre le plus important du règne pathologique de cette contrée.

Causant à bord pendant la traversée avec un jeune docteur qui arrivait de

surdité complète, exagération de tous les autres symptômes. (Potion avec l'extrait de quinquina et de ratanhia.)

Même état, sans changement notable, jusqu'au 5 janvier. Des escarres commencent à se former au sacrum et aux trochanters. Selles et urines involontaires; le pouls est faible, à 86; délire. (Potion au kina; vésicatoires aux cuisses.)

Le 8, le délire est moins intense; l'abdomen n'est plus météorisé; la peau est humide. Les plaies des escarres se cicatrisent.

16 janvier. Il commence à se lever.

La convalescence a été longue et pénible. Il retourne en Lorraine, son pays natal, le 10 février.

Nous voyons ici, chez un individu qui avait eu une variole très-intense, se développer une fièvre typhoïde, accompagnée d'un cortége d'accidents formidables, auxquels, contre nos prévisions très-fondées, il a heureusement résisté. Nous signalerons, en passant, l'abondante hémorrhagie de l'intestin survenue au début, accident sur l'importance et la fréquence duquel nous nous proposons de revenir plus tard.

Obs. III. — P..., homme âgé de 45 ans, carrier, n'a point été vacciné et a eu dans son enfance une variole confluente. Il a à la face des cicatrices nombreuses et profondes. Il tombe malade le 29 décembre 1850. Céphalalgie intense, fièvre, météorisme, abdomen tendu et douloureux, diarrhée, épistaxis, surdité, langue rouge et sèche. Le soir, exacerbations très-marquées avec délire. (Purgatifs.)

Le 5 janvier 1851, les lèvres et la langue sont couvertes de fuliginosités; persistance des autres phénomènes. (Potion avec extrait de kina; vin de Bordeaux.)

10 janvier. Le pouls est moins fréquent, la langue plus humide, plus de diarrhée. L'intelligence est bonne. (Bouillons.)

Le 18 janvier, il entre en convalescence.

Obs. IV. — S..., fille âgée de 19 ans, blanchisseuse habitant Arcueil, n'a pas été vaccinée; elle a eu la variole à l'âge de 10 ans; elle en porte des traces incontestables.

Le 31 décembre 1850, elle est prise de fièvre avec épistaxis très-abondante; diarrhée, langue rouge et sèche, météorisme, taches typhoïdes, diarrhée, délire pendant la nuit, surdité, stupeur profonde, fuliginosités sur les dents et la langue. Toux et râle sibilant; les urines, ainsi que les selles, deviennent involontaires.

Pendant le deuxième septénaire, apparition d'une pleurésie du côté droit, caractérisée par la matité dans les deux tiers inférieurs de la poitrine et l'absence du murmure respiratoire. (Vésicatoire volant.) Plus tard survient une vulvite intense.

A partir du 1er février 1851, la langue commence à devenir plus humide, le ventre s'assouplit, la diarrhée s'arrête. Elle a encore des épistaxis, mais modérées.

8 février. Elle accuse une vive douleur à l'anus; on découvre une petite fissure, qui est aussitôt cautérisée avec le nitrate d'argent.

Le 13, elle est cicatrisée.

14. Pouls à 76; un peu d'appétit.

16. Elle commence à se lever, et le 2 mars elle sort pour la première fois; elle est faible et très-amaigrie.

Obs. V. — Madame R. B..., femme mariée âgée de 24 ans, blanchisseuse à Arcueil, n'a point été vaccinée et a eu la variole étant jeune. Cicatrices nombreuses à la face. Elle est d'une bonne santé habituelle.

Le 23 février 1851, elle a de la céphalalgie, la langue est rose et sèche, constipation, fièvre avec redoublement le soir, agitation pendant la nuit. (Eau de Sedlitz.)

28 février. Taches rosées assez nombreuses sur le ventre, abdomen ballonné, diarrhée, fuliginosités des dents et des lèvres.

1er mars. Selles liquides et vomissements bilieux.

La diarrhée a cessé le 4. La malade est complétement rétablie vers la fin de mars.

Obs. VI. — M..., fille âgée de 20 ans, blanchisseuse à Arcueil. Elle est forte, brune, d'un teint coloré et d'une excellente santé. Elle n'a point été vaccinée; elle a eu à l'âge de 11 ans une variole dont elle porte encore les traces. Nous ne ferons que signaler les principales circonstances de cette observation, recueillie *in extenso*, mais qu'il serait inutile de reproduire ici en entier.

Début le 2 mars 1851, céphalalgie intense, langue rouge, épistaxis, météorisme, constipation, agitation et rêvasseries pendant la nuit; pouls à 108.

Au bout de quelques jours, taches typhoïdes abondantes, délire intense, fuliginosités, nausées, constipation. (Tartre stibié.) A la suite, vomissements bilieux abondants; la langue est plus humide, mais le délire augmente; gargouillement, diarrhée, râle sibilant, surdité.

11. Selles et urines involontaires, retour fréquent des épistaxis, lèvres et langue encroûtées.

16. Affaissement, délire, stupeur poussée au plus haut point.

19. Pouls à 84, peau fraîche, amélioration apparente.

21. Retour des accidents, météorisme énorme; des escarres se forment aux fesses, puis au sacrum, dans une grande étendue.

9 avril. Diarrhée abondante et jaunâtre; pouls à 84; les escarres se couvrent de bourgeons rosés. La malade demande à manger.

10. Changement subit; pouls à 144; douleur vive dans l'hypocondre droit. Vomissements.

Le 12, convulsions de la face, grincements de dents; elle a quinze selles blanchâtres, comme cholériques, mais très-fétides; la face est profondément altérée; délire, hallucinations de la vue.

La malade succombe le 16.

Cette jeune fille, malgré une variole antérieure qui s'était manifestée neuf ans auparavant, n'a pas moins eu une fièvre typhoïde des plus graves. Elle a été observée, ainsi que les malades précédents, dans une épidémie qui a régné à Arcueil depuis le mois de décembre 1850 jusqu'au mois d'avril 1851, épidémie qui, malgré sa gravité, n'a cependant fait qu'un petit nombre de victimes, puisque sur 76 cas observés, on ne compte que 7 décès, et ajoutons encore que la mort de cette jeune malade a eu lieu tout à fait à la fin de cette épidémie, alors que l'on n'observait plus que des cas légers et qui guérissaient tous. Nous voyons enfin que sur 7 individus variolés, atteints de la maladie typhoïde, 3 avaient éprouvé les accidents les plus terribles et les plus menaçants, et que les 4 autres avaient été très-sérieusement affectés. Ce qui prouve que non-seulement la variole ne procure point l'immunité qu'on lui suppose, mais qu'elle n'atténue en rien la violence des symptômes.

Obs. VII. — S..., femme âgée de 19 ans, non vaccinée, horriblement défigurée par une variole qu'elle a eue dans son enfance, tombe malade le 31 mars 1351. Elle était accouchée depuis trois semaines. Elle est prise de fièvre, de céphalalgie; la langue est rouge et sèche à sa pointe, recouverte d'un enduit jaunâtre; le ventre est météorisé; il existe du gargouillement dans la région iliaque droite; redoublement fébrile du soir très-marqué. (Eau de Sedlitz.)

Au bout de quelques jours, la fièvre prend un caractère rémittent, avec

---

Paris, je l'entendis affirmer que plusieurs médecins de la capitale, dont je tairai les noms, lui avaient assuré, à son départ, que, suivant eux, l'armée d'Orient serait atteinte de la peste, du typhus, enfin de quelque maladie grave, épidémique.

Je ne contesterai pas ouvertement ces conjectures avancées par des praticiens dont je reconnais le mérite et la compétence; mais je me trouve sur les lieux, j'ai pu voir par moi-même, observer les précautions de toute espèce qui sont prises, ainsi que l'activité qu'on déploie chaque jour, pour améliorer notre situation, et j'avoue ne pas croire aux sombres prédictions qui sont annoncées.

L'armée d'Orient a pour médecin en chef un homme jeune, actif, intelligent et qui a fait ses preuves. Ses efforts continus pour établir convenablement le service, sa fermeté vigilante toujours bien inspirée par le sentiment de position lui ont conquis l'estime et la confiance générales.

Nous désirons vivement qu'aucun obstacle ne vienne contrarier le résultat de ses vues prévoyantes et les désirs de son esprit de justice.

Émile Cordier.

Discours prononcé a Varna, le 10 aout 1854, sur la tombe des médecins-majors Lagèze et Pontier, victimes du choléra, par M. Michel Lévy, inspecteur-directeur du service de santé de l'armée d'Orient.

Messieurs,

Hier, dans l'après-midi, j'appris que le médecin-major du 6e régiment de dragons, l'honorable docteur Lagèze, avait été transporté à l'hôpital de Varna par suite d'une atteinte de choléra. Quelques heures après, je m'acheminai vers cet établissement, avec l'espoir de serrer la main à ce digne officier de santé et de constater quelque amélioration dans son état, sous l'influence des soins aussi intelligents que dévoués de M. Haspel... Il n'était plus temps : la mort n'a pas fait trêve d'un seul jour à cette victime choisie parmi ceux qui lui disputent tous les jours sa proie.

Je me dirigeai ensuite vers la demeure de M. Pontier, qui s'exerçait en quelque sorte à lutter à la fois contre la maladie et contre la médecine, et je ne suis arrivé que pour être témoin de la dernière période d'une agonie qui se prolongeait depuis plus de huit jours...

Deux victimes en un seul jour, presque à la même heure! deux médecins de moins sur ce champ de bataille de Varna, où l'armée attend, mais où la médecine a déjà dépensé tant de force et de dévouement : l'un plein de sève et de vie, foudroyé par l'épidémie; l'autre plus que sexagénaire, et n'échappant à la première atteinte du mal que pour tomber dans une adynamie dont nos efforts et nos conseils n'ont pu conjurer le terme prévu!

M. Lagèze (Pierre), né le 2 février 1805 dans le midi de la France, est un élève des anciens hôpitaux d'instruction. Élève en 1826, sous-aide en 1829, aide-major en 1832, il a ensuite attendu assez longtemps les grades d'aide-major de première classe et de médecin-major. Réservé, laborieux, attaché à la famille militaire du régiment, il circonscrivait dans cet horizon ses habitudes, ses espérances. Son ambition, si ce mot peut s'appliquer aux aspirations les plus modestes venait d'être satisfaite par l'obtention du grade de

exacerbation au milieu du jour; puis elle devient franchement intermittente.

Le 10 avril, on administre le sulfate de quinine.

Le 17, la fièvre a tout à fait cessé; la convalescence commence à s'établir; elle est définitive dans les derniers jours du mois.

OBS. VIII. — Gag..., femme âgée de 51 ans, blanchisseuse, n'a pas été vaccinée; elle a eu à l'âge de 12 ans une variole qui a couvert le nez, le front et les joues de profondes cicatrices. Elle tombe malade le 11 avril 1851; elle a été la dernière atteinte par l'épidémie dont nous avons parlé. Céphalalgie, météorisme, surdité, constipation, langue rouge et sèche, agitation pendant la nuit.

18. Elle est moins agitée et toujours constipée. (Eau de Sedlitz.)

22. Diarrhée, persistance de la fièvre et de la céphalalgie, redoublement du soir toujours très-prononcé, langue rouge et collante. La douleur de tête est tellement vive et persistante qu'on est obligé d'appliquer quelques sangsues dans les oreilles.

23. Amélioration, moins de fréquence du pouls et de chaleur à la peau.

27. Elle est convalescente.

En résumé, on voit que sur 8 individus (3 hommes, 5 femmes), on trouve 5 cas de moyenne gravité et 3 cas très-graves, dont un s'est terminé par la mort.

Il est impossible d'établir une relation précise entre l'époque de l'apparition de la variole et celle de l'affection typhoïde. Pour 4 individus, dont on n'a pu obtenir de renseignements positifs, la variole a dû se manifester dans la première enfance et précéder la dothinentérie, de vingt ou de quarante ans; pour les autres, elle l'a précédée une fois d'un an seulement, deux fois de neuf ans, une fois de douze ans.

Dans la seconde catégorie se trouvent les individus atteints de variole soit pendant la convalescence de la fièvre typhoïde, soit après un intervalle de temps beaucoup plus long.

OBS. IX. — Madame E..., journalière, âgée de 20 ans, non vaccinée, non variolée, tombe malade dans les premiers jours de janvier 1851. Appelé auprès d'elle, je constate tous les symptômes qui annoncent une fièvre typhoïde. Cette maladie régnait alors à Arcueil sous forme épidémique et dans toute sa violence. Cette femme n'avait aucune ressource; depuis huit jours son mari, atteint comme elle, avait été obligé de se faire admettre à l'hôpital Cochin; elle l'y suivit. Sa maladie a été longue et grave; elle revint chez elle dans les derniers jours de février.

Le 11 mars, elle éprouve une violente céphalalgie avec une fièvre violente, vomissements opiniâtres d'un vert foncé; elle n'a pas de douleur lombaire; la langue est rouge et pointue. Cet état persiste, sans grande modification, jusqu'au 13. Ce jour-là apparaissent des papules nombreuses à la face, aux membres supérieurs; elles s'étendent au reste du corps. L'éruption variolique suit une marche régulière.

19. Les pustules commencent à se dessécher; il n'y a plus de fièvre, mais les vomissements bilieux persistent avec beaucoup d'opiniâtreté. (Eau de Seltz, boissons froides, sinapismes.)

22. Les vomissements continuent. (Vésicatoire à l'épigastre.)

25. Les vomissements ont cessé; l'appétit reparaît; la malade est tout à fait rétablie dans les premiers jours d'avril.

OBS. X. — L..., fille de 10 ans, vaccinée, tomba malade à Bagneux le 9 janvier 1846. Céphalalgie, fièvre, diarrhée, météorisme, gargouillement, taches typhoïdes. Un peu de délire. La marche a suivi un cours régulier et a été assez bénigne et s'est terminée vers la fin du mois, époque où sa mère, âgée de 49 ans, qui l'avait constamment soignée, est prise à son tour, mais avec beaucoup plus d'intensité, de la même maladie, et guérit également.

Le 13 mai 1853, cette jeune fille éprouve une douleur extrêmement aiguë dans la région lombaire, des vomissements bilieux fréquents; la fièvre est très-intense, l'agitation considérable.

Le 14, les accidents s'exaspèrent, les vomissements persistent, le délire et l'agitation s'accroissent encore; le soir même quelques papules apparaissent à la face.

15. La fièvre a complétement disparu, avec tout cet appareil de symptômes si effrayant; plus de douleur lombaire, plus de vomissements; la malade est fort calme. L'éruption est très-discrète à la face et aux membres.

19. Les boutons sont en pleine suppuration. Il y a un peu de fièvre; quelques pustules rares sur la voûte palatine et le voile du palais.

22. Les croûtes sont formées partout et tombées en grande partie. Appétit. A la fin du mois à peine conserve-t-elle quelques traces de l'éruption.

OBS. XI. — P..., garçon âgé de 9 ans, vacciné, non variolé, est pris, le 19 janvier 1846, d'une fièvre typhoïde bien caractérisée. Fièvre intense, diarrhée, météorisme, gargouillement, taches lenticulaires sur le thorax et l'abdomen, sécheresse de la langue, selles et urines involontaires, délire, etc. Il est très-délicat, émacié; il est traité par les toniques.

Le 5 février, il entre en convalescence, et il s'est bien porté jusqu'au 7 novembre 1852.

Il avait déjà un peu de fièvre depuis trois jours, lorsqu'il accuse une douleur assez vive à la tête, puis dans les membres supérieurs et inférieurs, mais surtout à la région lombaire.

Le 8, quelques rares papules apparaissent à la face et aux membres; elles passent rapidement à l'état vésiculeux, puis pustuleux, se sèchent bientôt, et au bout de huit jours à peine toutes les croûtes sont déjà tombées, et il est complétement rétabli.

OBS. XII. — And..., fille âgée de 10 ans, bien vaccinée, non variolée, tombe malade le 8 septembre 1846; elle a en effet tous les symptômes d'une fièvre typhoïde bien caractérisée et assez grave; elle entre en convalescence le 16 octobre.

Le 6 août 1851, elle va visiter à Paris de petites cousines qui, au nombre de quatre, avaient la variole; un jeune enfant âgé d'un an venait de succomber à cette maladie peu de temps auparavant. Elle revient à Arcueil chez ses parents, et le 17 elle est prise de fièvre, de vomissements, avec douleur à la gorge, céphalalgie sans douleur lombaire.

Le 18 au soir, des papules apparaissent peu abondantes à la face et rares sur le reste du corps; la fièvre cesse.

Le 19, la douleur de gorge persiste; on y trouve aussi quelques boutons sur le voile du palais et la voûte palatine. Les pustules se sèchent rapidement; elles tombent, et la malade entre en peu de temps en pleine guérison.

OBS. XIII. — Jin..., 15 ans, cultivateur, jouissant habituellement d'une bonne santé, dit avoir été été vacciné, mais on ne peut constater sur ses bras l'existence de cicatrices vaccinales. Il a eu, ainsi que son père et son frère, une fièvre typhoïde pendant le mois d'octobre 1846; elle a été assez grave.

Le 12 décembre 1852, il a de la fièvre, de la céphalalgie, douleurs vives dans les membres et dans les lombes, il a des vomissements bilieux.

16. Éruption de variole discrète sur tout le corps, mais confluente au front, sur lequel des compresses d'eau vinaigrée avaient été appliquées au début de la maladie pour combattre la douleur de tête.

17. La fièvre a tout à fait cessé; quelques pustules se montrent disséminées à la face et sur le reste du corps. Il a de l'appétit.

21. La dessiccation est complète.

OBS. XIV. — Son frère, âgé de 14 ans, a également eu une fièvre typhoïde en novembre 1846; elle a été infiniment plus grave; il a eu un délire violent; les selles et les urines ont été involontaires; il y a eu des escarres au sacrum; en un mot tous les accidents les plus sérieux de cette maladie. Il est

---

major de première classe. Il ne lui a pas été donné d'en jouir longtemps. L'aisance modique et l'honorabilité, ce grade et la décoration de la Légion d'honneur qu'il avait déjà, il n'en fallait pas davantage au bonheur de ce serviteur régulier et dévoué; je me trompe: il lui fallait en première ligne la satisfaction de lui-même, la conscience de sa journée dignement remplie, la bénédiction des malades soulagés avec promptitude. Seul médecin présent au régiment, il n'a reculé devant aucune fatigue; plus se multipliaient les exigences d'un service que l'influence épidémique élevait au niveau d'un service hospitalier, plus il redoublait de zèle, jusqu'à ce que ses forces épuisées l'eussent livré à son tour aux atteintes du fléau. Modèle du serviteur résigné, type du praticien éclairé des régiments, M. Lagèze laissera à ses compagnons du 6e dragons un long souvenir d'estime et de gratitude.

M. Pontier (Raymond-François-Denis), né le 9 octobre 1788, est entré au service comme sous-aide-major au 35e régiment de ligne. Aide-major en 1812, il a fait la campagne d'Allemagne en 1809, celle d'Italie en 1810, celle de Russie, où il a été fait prisonnier. De 1839 à 1848, il a servi en Afrique. Deux antécédents fort honorables se détachent dans son passé: une citation à l'ordre du 35e de ligne pour sa conduite, les 5 et 6 juillet 1809, à Wagram, et une autre citation dans le rapport du commandant supérieur de Bougie, le 15 juin 1845. Appelé successivement aux hôpitaux d'Hyères, de Toulon, de Valenciennes et de Cambrai, où je l'ai inspecté en 1852, il a sollicité avec insistance l'honneur d'être envoyé à l'armée d'Orient, malgré son âge avancé qui, à cause de plusieurs interruptions de service, n'était pas encore devenu pour lui l'âge de la retraite.

Les souvenirs de sa jeunesse, mêlée aux brillantes actions de l'empire, se ranimaient en lui devant les préparatifs d'une nouvelle campagne d'Orient, et il puisait dans un zèle toujours jeune l'illusion d'une puissance morale et physique qui, au delà d'une certaine limite d'âge, est le privilége seulement de quelques organisations d'élite. Vous savez d'ailleurs si les trop poétiques perspectives de l'Orient répondent de près aux illusions qu'elles entretiennent. Le médecin surtout n'y trouverait que déception et péril, s'il comptait sur la salubrité là où la civilisation ne va pas encore jusqu'à nettoyer la voie publique des foyers d'infection dont elle est parsemée, à écouler les eaux ménagères, à creuser un égout.

Sans doute M. Pontier a trop présumé de ses forces; mieux conseillé ou plus prévoyant, il aurait abrité sa vieillesse dans l'une des résidences qu'il a occupées en France, ou provoqué sa mise en réforme, à défaut de droits à la retraite.

Mais c'est le trait caractéristique des vieux serviteurs de s'exagérer leur aptitude à l'activité, et n'est-ce point là encore une des formes du dévouement médical et militaire? Quoi de plus touchant que Larrey, le chirurgien en chef de l'armée d'Égypte, en mission d'inspection triomphale en Algérie. Obscur soldat de cette milice médicale dont Larrey et Desgenettes ont été les chefs glorieux, le sous-aide de Wagram a peut-être voulu finir de cette manière; il aurait traîné en France quelques années de plus de sa chétive vieillesse; frappé par le choléra en soignant les cholériques de Varna, Pontier meurt sur la brèche de sa carrière, et quand viendra l'heure des pieuses commémorations, quand revenus en France avec l'auréole de cette lointaine et

douteux qu'il ait été vacciné, du moins il a été impossible de constater la moindre cicatrice vaccinale.

Depuis le 16 décembre 1852, il a de la fièvre, des douleurs dans les membres et dans la région lombaire; sentiment de lassitude profonde, anorexie.

Dans la nuit du 1er au 2 janvier 1853, une éruption variolique paraît, d'abord peu abondante, mais bientôt elle prend beaucoup de développement.

Vers le 7, elle est tout à fait confluente; il existe de nombreuses pustules à la gorge et dans la bouche.

A partir de ce jour, l'éruption commence à s'affaisser, et la desquammation s'établit à partir du 13 janvier.

On voit ici la fièvre typhoïde précéder, à une date plus ou moins éloignée, l'apparition de la variole; on a dû être frappé de la bénignité de la maladie éruptive. Cinq fois sur sept, on n'a constaté qu'une varioloïde, et dans les 2 autres cas l'éruption, quoique confluente, a parcouru ses phases avec assez de rapidité. On serait donc porté à admettre que la première maladie aurait exercé une influence favorable sur la seconde, s'il ne fallait tenir compte de la vaccination à laquelle la plupart de ces individus avaient été soumis.

Nous aurions pu sans doute augmenter le nombre de ces observations. Il nous suffisait de rechercher dans quelle proportion se trouvaient les personnes variolées parmi celles que nous avons soignées de la fièvre typhoïde depuis onze ans. Mais il nous a semblé que dans des questions de ce genre, il importe de ne produire que des documents incontestables et recueillis jour par jour au lit du malade. L'attention des médecins est désormais attirée sur ce point de doctrine, pour la solution duquel de nouveaux faits ne feront pas défaut.

CHIRURGIE PRATIQUE.

MÉMOIRE SUR L'OSTÉO-MYÉLITE (lu à l'Académie des sciences le 21 novembre 1853); par M. CHASSAIGNAC, chirurgien de l'hôpital Lariboissière.

(Suite. — Voir le n° 33.)

Arrivons aux phénomènes articulaires.

Nous disons d'abord que nous n'avons pas vu un seul cas d'ostéo-myélite où des articulations n'aient pas été envahies par la présence d'une collection purulente y arrivant par un mécanisme qui sera dévoilé plus tard, et nous avons remarqué que les articulations se pressaient d'ordinaire sur le trajet ascendant et rarement sur le trajet rétrograde. La seule exception peut-être à ce principe, et encore est-elle douteuse, s'est rencontrée dans un cas où la généralisation de l'ostéo-myélite dans toute une moitié du corps, donnait à la maladie un caractère exceptionnel qui ne se rencontre fort heureusement que dans des cas bien rares.

Il est à remarquer que l'arthrite purulente à laquelle donne lieu l'ostéo-myélite procède dans son développement avec une lenteur et une absence d'accidents articulaires aigus qui contraste avec l'ensemble des symptômes et de la physionomie de cette terrible affection.

Chez un des petits malades, nous avons vu la collection purulente du genou ne s'annoncer que par la présence du liquide, ne s'accroître que par des progrès mesurés, et nous laisser jusqu'au moment de l'amputation dans le doute sur la question de savoir si nous avions affaire à une collection séreuse ou à une collection purulente

Chez un autre malade, nous ne reconnûmes l'état purulent de l'articulation du coude qu'à la mobilité latérale de l'extrémité supérieure du radius, mobilité qui témoignait de la destruction des attaches ligamenteuses.

Une circonstance bien propre à donner la mesure de la rapidité avec laquelle marchent les phénomènes de l'invasion purulente dans cette affection, c'est que, dès le cinquième jour, à partir du premier début de la maladie, il y avait déjà, chez un enfant il est vrai, le jeune Duru, infiltration de pus dans la gaîne des vaisseaux. (Voyez observation de Duru, jour de son entrée à l'hôpital.)

La présence du pus dans celles des articulations qui se prennent sous l'influence de l'ostéo-myélite n'est point un phénomène du début. Nous ne l'avons jamais vu survenir avant le douzième jour, et nous l'avons vu n'apparaître qu'au quinzième et au dix-neuvième jour.

Chez un malade désarticulé de l'épaule au dix-septième jour de la maladie, l'articulation scapulo-humérale ne renfermait point encore de pus, bien que l'humérus fût déjà complétement envahi par la production purulente. Cette lenteur comparative dans le progrès des suppurations articulaires au milieu d'une affection où tout marche si rapidement, nous avait toujours étonné jusqu'au moment où nous avons découvert le mécanisme par lequel se produit dans cette affection l'envahissement purulent articulaire. C'est par une perforation à travers le cartilage d'encroûtement que le pus pénètre dans la cavité synoviale. Il est donc probable que la grande résistance due à la substance cartilagineuse qui ne s'enflamme ni ne s'ulcère, et qui doit être détruite par un travail encore peu connu, est la cause de cette lenteur dans l'apparition des phénomènes articulaires. Autre remarque : habituellement quand un corps étranger quelconque, pus, tubercules, fragment osseux fait irruption dans une articulation, des signes subits et graves annoncent l'envahissement de l'enceinte articulaire. Il est donc très-digne de remarque de voir ce fait s'accomplir en quelque sorte sourdement, sans douleur plus violente, sans redoublement fébrile, en un mot, sans aucune autre manifestation que la fluctuation articulaire pure et simple n'arrivant elle-même que par des progrès insensibles.

Les symptômes sont de ceux qu'on a coutume de trouver dans les affections qui, soit par leur nature, soit par leur intensité, portent dans l'organisme un trouble profond. Ainsi, quelques-uns même se rattachent aux phénomènes typhoïdes. Tout à fait au début, prostration, accablement, état fébrile intense s'annonçant dans les cas les plus graves par un frisson pénétrant. Ce frisson s'observe à diverses périodes de la maladie : d'abord au début, en second lieu, mais cela n'est pas aussi bien démontré, lors de l'invasion purulente des articulations; enfin comme phénomène initial de l'infection purulente, quand cette dernière vient compliquer l'ostéo-myélite. Ce frisson est toujours suivi de sueurs et s'accompagne ou est précédé de la teinte ictérique de la peau, coloration que nous n'avons point observée dans les cas où il n'y avait point infection purulente.

Dans le premier septénaire de la maladie, la fièvre est toujours très intense et ne présente aucune rémission; mais un peu plus tard, du

---

difficile campagne, notre pensée se reportera vers ceux que nous aurons laissés derrière nous, le nom de Pontier sonnera aussi avec honneur dans nos souvenirs, il s'ajoutera noblement à ceux dont se compose le long martyrologe de la médecine militaire : Pontier, Lagèze, morts à Varna; Claquart, mort à Nagara; Gérard, Stéphani, Dumas, Plassan, Musard, morts à Gallipoli, je promets à vos noms un panégyriste, à votre admirable dévouement une page dans l'histoire médicale de cette armée d'Orient, quelle que soit la plume qui devra l'écrire, comme vos devanciers de la campagne d'Egypte qui ont laissé leurs cendres à Jaffa, au Caire, etc., comme vos contemporains de l'armée d'Afrique qui ont fourni une hécatombe à chaque épidémie de choléra, vous ne resterez pas ici tout entiers; adieu donc, mais adieu seulement à vos périssables restes; les prières que la religion laisse tomber sur la terre étrangère, ramènent vers la patrie céleste; là nous chercherons les salutations amies; là se porteront nos regards avec plus de sérénité que vers ces tombes perdues.

— On nous écrit de Varna, le 14 août :

« On peut estimer à environ 4,000 cas de choléra, ceux qui ont été fournis par les quatre divisions d'infanterie et la division de cavalerie qui stationnent à Varna et dans les environs; à 1,200 ceux de Gallipoli.

» Le choléra a ici, comme à Paris, son originalité, son type initial caractéristique; mais après la première quinzaine, sa période de réaction se nuance tantôt de typhus, tantôt de rémittence grave qui rappelle que nous sommes ici sur un terrain rendu typhique par l'accumulation des matières animales en putréfaction, et dans un air saturé d'émanations palustres. C'est que les maladies les plus énergiques dans leur génie, dans leur essence, se réfractent dans le milieu où elles se développent : à Paris, nos cholériques tournaient au vent des maladies qui coïncidaient, surtout au début et vers la fin de la saison épidémique, avec le choléra; ici la pathogénie locale, qui a ses éléments stables et visibles, intervient à sa guise dans le processus du choléra. J'ai décidé quelques-uns de nos médecins à toucher la période de réaction fébrile avec la quinine et le quinquina; ces tentatives ont souvent réussi. Au reste, et ceci est un autre caractère local de la maladie, ici la réaction s'obtient à moins de frais; la caléfaction artificielle est presque superflue; il suffit de couvrir les malades et de leur administrer du café, du thé, du tilleul avec 15 à 25 grammes d'acétate d'ammoniaque par litre. Peu de cyanoses complètes. *La diarrhée prémonitoire au moins 8 fois sur 10 cas.* »

— Les journaux scientifiques italiens nous annoncent qu'à la date du 13 août, l'épidémie, quoique en voie de décroissance, faisait encore de 200 à 300 victimes par jour à Naples.

Dans la ville et la province de Gênes, le nombre des cas, à la même date, était de 3,889, et le nombre des morts de 1,890.

neuvième au onzième jour, elle peut diminuer à la condition qu'on se soit rendu maître par de nombreuses incisions de la complication produite par le phlegmon diffus. Il peut même survenir vers le milieu du deuxième septénaire et dans une grande partie du troisième, alors même que tout l'intérieur de l'os est rempli de pus et que sa surface externe est en grande partie nécrosée, une amélioration assez notable pour donner presque l'espoir qu'il s'agit simplement d'une périostite suppurative; mais bientôt l'état fébrile reprend, à l'occasion de l'envahissement articulaire et de la propagation ascendante de la maladie.

Les troubles nerveux se résument ainsi : céphalalgie, insomnie, délire ; nous n'avons observé ni convulsions, ni hoquets, ni vomissements nerveux. Nous n'insisterons pas sur la céphalalgie qui n'a rien de particulier dans ce cas; mais nous devons noter que l'insomnie a eu lieu dès le début chez tous les malades sans exception. Ce symptôme est d'autant plus remarquable qu'il a existé aussi bien chez les enfants que chez les autres sujets. Le délire s'est également déclaré chez tous les malades, et, chose remarquable, chez tous pendant la nuit. Rien de constant dans la date de son apparition. Chez les uns on l'a vu dès le cinquième jour, chez d'autres seulement au douzième; chez tous les malades il a été de courte durée. Nous ne rattacherons pas positivement au délire, mais nous qualifierons d'exaltation le degré auquel s'élève chez certains malades le sentiment de la douleur locale. Il en est chez lesquels c'est une sorte de terreur qui arrache des cris déchirants à l'approche du moindre contact.

Un seul malade a présenté de la toux qui n'a eu, du reste, aucune suite.

Des troubles profonds dans la constitution générale du fluide sanguin se sont présentés chez plusieurs malades. A ce titre doit être notée l'anémie très-prononcée vers le douzième jour. Aucun des malades n'avait subi d'autre émission sanguine que celle qui pouvait dépendre des incisions, pouls dicrote, souffle continu dans les carotides, souffle au premier temps du cœur, décoloration des muqueuses, œdème ou bouffissure de la face, sans altération du côté de la sécrétion urinaire.

Comme symptômes se rapportant aux affections typhoïdes et gastro-intestinales, nous avons à noter la perte d'appétit, la soif vive, surtout au début, quelques nausées, de la diarrhée chez tous les malades sans exception, des évacuations involontaires chez quelques-uns. Les accidents diarrhéiques ne sont généralement survenus que dans les périodes avancées de la maladie, du moins n'ont-ils jamais existé avant le treizième jour; puis au quinzième, au vingt-huitième et au trente-deuxième, dents fuligineuses, langue sèche et fendillée. Comme phénomènes plus spécialement indicateurs de l'état typhoïde ou d'intoxication générale de l'économie, nous ne devons oublier ni les éruptions miliaires de mauvaise nature, ni les escarres au sacrum à marche très-rapide, ni la diphtérite buccale se caractérisant chez un des malades par l'apparition à la face interne de la lèvre inférieure de deux taches blanches avec relief à la surface de la muqueuse ressemblant, quand la couenne est détachée, à des plaques muqueuses. Les couennes avaient l'aspect du muguet et de la stomatite couenneuse.

A l'appui de la description générale que nous venons de faire de la maladie, nous mentionnerons une observation recueillie avec beaucoup de soin, et qui confirmera, nous l'espérons, l'exactitude du tableau qui vient d'être tracé.

OSTÉO-MYÉLITE AIGUE DE LA JAMBE DROITE; MARCHE ASCENDANTE DE LA MALADIE; ENVAHISSEMENT DE L'ARTICULATION DU GENOU PAR LE PUS A TRAVERS LES CARTILAGES D'ENCROUTEMENT; IRRUPTION DU PUS DANS LES MUSCLES DE LA CUISSE; AMPUTATION DE LA CUISSE; VARIOLE CONFLUENTE APRÈS LA CICATRISATION PRESQUE COMPLÈTE DU MOIGNON.

OBS. I. — Duru (Louis-Pierre), âgé de 12 ans, est apporté à l'hôpital Saint-Antoine le 1er décembre 1852. Cet enfant présente à la jambe droite un phlegmon diffus dont la première apparition semble remonter à quatre jours. Dans la journée qui avait précédé, il éprouva un sentiment de fatigue générale, d'accablement, mais sans douleur locale vive.

Le lendemain, les douleurs se déclarèrent avec beaucoup d'intensité à l'extrémité inférieure de la jambe droite.

Le mal va croissant jusqu'au quatrième jour, où le malade est apporté à l'hôpital. Jusqu'ici, pas d'accidents généraux, pas de vomissements, mais insomnie et perte d'appétit. Du reste, aucun renseignement ne nous met sur la trace de la cause présumée d'une affection si grave. L'enfant travaille avec son père dans une corderie.

A son entrée, toute la jambe droite, y compris le pied, est énormément tendue; téguments rouges et chauds, surtout à la partie interne. Au niveau de la malléole de ce côté, empâtement considérable. Une incision longitudinale de 4 centimètres de longueur est pratiquée vers le bord postérieur interne du tibia; elle donne issue à un pus demi-concret; il s'échappe aussi un pus un peu plus liquide et mélangé de globules huileux. Ce dernier caractère a été constamment retrouvé dans le pus sous-aponévrotique chez tous les sujets atteints d'ostéo-myélite, aussi bien que chez tous ceux sur lesquels j'ai observé des abcès sous-périostiques aigus; il ne constitue donc pas un caractère différentiel entre ces deux affections qui se distinguent l'une de l'autre par des différences cliniques très-importantes, ainsi qu'on le verra plus tard

L'incision faite ayant été lavée à plusieurs reprises au moyen d'une éponge imbibée d'eau tiède, il nous a été possible de reconnaître que le pus demi-concret siégeait dans le tissu cellulaire qui double la peau, tandis que le pus mélangé provenait exclusivement de dessous l'aponévrose qui avait été largement débridée. Le pus a fusé dans la gaîne des vaisseaux; on en rencontre aussi dans les anfractuosités qui correspondent au côté externe de l'articulation du pied. Nous remarquons chez ce petit malade, à la face interne de la lèvre inférieure et du côté droit, deux taches blanches ayant l'aspect du muguet ou de la stomatite couenneuse. Du reste, point de ganglions engorgés.

Le 2 décembre, nouvelle incision à la partie moyenne et interne de la jambe. Aspect verdâtre du tissu cellulaire et aponévrotique. Pus sous l'aponévrose. Douches abondantes; cataplasmes.

Le 3, malgré l'application des cataplasmes, peut-être même à cause de leur présence et de leur poids, il y a en rétention de pus; la jambe est tendue et douloureuse. Nouvelle incision à un décimètre au-dessus de la malléole interne. L'incision communique par-dessous l'aponévrose avec celle qui a été faite sur cette malléole. Les deux incisions donnent issue à une quantité assez considérable de pus jaune verdâtre bien lié.

Le 4, délire dans la nuit; fièvre intense hier dans la soirée. Ce matin, pas trace de ces accidents; langue nette; pouls à 80. A la jambe, le pus, qui avait manifesté sa présence, d'abord à la partie inférieure, semble s'être propagé vers des points de plus en plus élevés. Nouvelle incision à la partie supérieure du tibia, qui, exploré au moment même, se trouve dénudé et rend un son très-sec.

Le 5, une incision limitative est faite à la partie supérieure et externe de la jambe; elle n'arrive que dans un tissu cellulaire simplement infiltré. L'état général n'a présenté aucun trouble depuis hier; langue nette; pouls presque normal; sommeil.

Le 14, la jambe est toujours tuméfiée; il s'est formé dans le genou un épanchement qui s'accroît avec lenteur et que je considère comme purulent. Cependant il n'y a pas d'accidents généraux très-prononcés, et le petit malade mange une portion.

Le 23, depuis plusieurs jours l'enfant a de la fièvre, un peu de toux, du dévoiement. La face est bouffie, la suppuration toujours abondante, l'épanchement articulaire à peine augmenté; mais les tissus circonvoisins de l'articulation deviennent plus compactes et semblent s'indurer un peu, comme si le périoste du fémur et le fémur lui-même tendaient à se prendre.

Le 26, on sent à la cuisse, vers la partie inférieure externe, un flot de liquide que nous considérons comme prouvant que l'épanchement articulaire a fait irruption dans les muscles de la cuisse.

Le 28, une ponction exploratrice est faite dans la capsule articulaire du genou avec un trocart très-fin; elle donne issue à du pus.

L'amputation de la cuisse est décidée et exécutée sur-le-champ; elle est faite à lambeaux; le pus avait déjà pénétré à travers le cul-de-sac supérieur de la capsule dans les muscles de la partie externe de la cuisse, ce qui oblige à ébarber fortement le lambeau externe à sa face profonde. L'os n'est sectionné que dans un point parfaitement sain. Pansement par occlusion. Le petit malade a été mis depuis six jours à l'alcoolature d'aconit.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DU MEMBRE AMPUTÉ. — Le phlegmon diffus paraît avoir été complétement arrêté par les larges incisions dans les couches superficielles et moyennes du membre. En effet, l'articulation du pied est intacte; les muscles le sont aussi. Mais nous trouvons une périostite suppurative occupant la plus grande partie du tibia, d'abord toute la face interne de l'os, puis le tiers supérieur de la face externe jusqu'à la limite de l'articulation péronéo-tibiale, qui est parfaitement intacte et sans communication avec celle du genou. Celle-ci est complétement envahie par le pus. Le cartilage d'encroûtement des facettes articulaires du tibia est percé de quatre trous formés par l'emporte-pièce; il en existe trois sur la facette externe; le quatrième siége sur la facette interne. La capsule orbiculaire présente une perforation à sa partie supérieure externe. A la cuisse, les masses musculaires de la partie inférieure et externe sont percées d'un trou faisant suite à la perforation signalée dans la capsule. Dans le même point existait une fusée purulente qui arrivait déjà au contact immédiat du périoste, mais ne dépassait pas la hauteur du tiers inférieur du fémur.

Faisant alors une double section longitudinale du tibia, nous trouvons tout l'intérieur de cet os en pleine suppuration. Au centre, le liquide est collecté; aux extrémités et dans le tissu spongieux, il est à l'état d'infiltration. Du côté de l'extrémité inférieure, l'infiltration purulente a trouvé une barrière dans le cartilage épiphysaire, qu'elle a respecté sur tous les points.

Du côté de l'extrémité supérieure du tibia, le pus se reliait par en bas à la région centrale de l'os par des noyaux purulents distincts. En haut, la couche purulente partant du tissu spongieux perforait le cartilage épiphysaire par plusieurs petits canaux, dont l'un, plus considérable, se trouvait au voisinage de l'articulation péronéo-tibiale. A chacun de ces canaux répondaient dans l'épiphyse des noyaux d'infiltration purulente distincts les uns des autres; et le sommet de ceux-ci répondaient par nombre égal aux quatre trous signalés sur les cartilages des cavités glénoïdes du tibia. C'est au moyen de ces quatre

ouvertures que l'infiltration purulente avait débouché dans l'articulation fémoro-tibiale.

Suite de l'histoire du malade : A partir de l'amputation, les phénomènes observés chez le petit malade ont été d'une extrême simplicité. Pansé tous les huit jours par la méthode de l'occlusion, il offrait dès la première semaine la réunion primitive des quatre cinquièmes de la plaie d'amputation. Au bout de cinq semaines, il avait repris des forces, de l'embonpoint et de la gaîté. A la fin de la sixième semaine, cet enfant, qui n'a point été vacciné, fut pris d'une variole confluente à laquelle il a succombé au bout de quinze jours, c'est-à-dire deux mois après l'amputation.

Anatomie pathologique du jeune sujet et du moignon d'amputation. — A l'autopsie, les désordres que nous apercevons sont les suivants : le larynx est tapissé par des pseudo-membranes tout à fait analogues à celles du croup et qui couvrent les cordes vocales. Cette circonstance rend compte de la raucité de la voix et de la toux pendant les derniers jours de la vie. Au niveau de l'angle rentrant formé par la rencontre des deux moitiés du cartilage thyroïde, la membrane muqueuse présente une sorte d'ulcération.

Le lobe inférieur du poumon droit est à l'état d'hépatisation grise. Le lobe inférieur du poumon gauche est notablement congestionné. Le foie et la rate ont leur aspect à peu près normal. Absence complète d'abcès métastatiques. Il en est de même des reins.

Examen du moignon. — La cicatrice terminale n'est interrompue dans sa continuité par aucun trajet fistuleux ; elle est solide, peu étendue. Une dissection attentive des parties constituantes du moignon nous montre l'artère crurale oblitérée dans une longueur de 4 centim. par un caillot fibrineux qui remonte jusqu'à la première collatérale, laquelle est une petite branche musculaire qui s'enfonce dans le triceps.

Mais ce qu'il y a de plus remarquable, c'est sans contredit l'extrémité de l'os, dont la cavité centrale est complétement oblitérée par une espèce de bouchon faisant relief à l'extrémité de l'os et présentant dans toute son épaisseur des sels calcaires que la section au moyen des instruments tranchants fait facilement reconnaître. Le tampon a ceci de curieux qu'il donne naissance à un cordon fibreux qui va s'implanter dans la cicatrice, de telle sorte que l'os présente ici la disposition habituellement réservée, dans les moignons des amputés, aux cordons nerveux qui, après s'être renflés considérablement, vont s'implanter au moyen d'un appendice fibreux dans le tissu cicatriciel. Un petit séquestre annulaire entoure l'extrémité de l'os, au niveau de la section et immédiatement au-dessus du séquestre. Ce périoste enflammé paraît avoir sécrété de la matière osseuse qui augmente considérablement l'épaisseur de la couche rampante.

MARCHE.

Si nous voulions résumer en quelques lignes la marche de la maladie et la succession de ses périodes, nous dirions : Au début, fièvre intense, douleur locale vive, troubles généraux, phénomènes de phlegmon diffus de l'espèce la plus grave ; vers le milieu, atténuation des accidents primitifs, phénomènes de l'invasion articulaire, accidents typhoïdes, phénomènes d'altération du fluide sanguin ; vers la fin, accidents diarrhéiques, escarres au sacrum, accidents typhoïdes de la période ultime.

LÉSIONS ANATOMIQUES.

Les lésions anatomiques observées chez les sujets atteints d'ostéo-myélite doivent être soigneusement distinguées en celles qui sont tout à fait propres à l'ostéo-myélite ou à ses dépendances les plus immédiates et celles qui, tout en se rencontrant à l'autopsie de sujets atteints de cette affection, se rattachent à d'autres maladies dont l'ostéo-myélite a bien pu devenir l'occasion, mais qui s'observent aussi comme conséquence de beaucoup d'autres lésions suppuratives locales ; telle est, par exemple, la phlébite, l'angioleucite, la gangrène et l'empoisonnement typhoïde de l'économie.

Au point de vue des lésions appartenant en propre à l'ostéo-myélite, nous avons à étudier les altérations des os tant à l'extérieur qu'à l'intérieur, celles des cartilages qui encroûtent leurs extrémités, celles de la synoviale, les caractères de la suppuration articulaire, et enfin le mécanisme curieux au moyen duquel s'effectue la migration ascendante de la maladie dans l'intérieur des articulations d'abord, puis de la substance de l'os qui est placé au-dessus. Si nos recherches ont quelque côté utile, nous oserions dire que ce sera surtout par la lumière qu'elles ont répandue sur le mécanisme de la migration morbide à travers des cartilages épiphysaires, à travers les cartilages d'encroûtement et enfin à travers la synoviale.

ALTÉRATION DES OS.

Sur un humérus, un radius et un cubitus atteints d'ostéo-myélite et fendus dans toute leur longueur, nous avons rencontré le pus répandu tant dans la cavité médullaire que dans toutes les cellules du tissu spongieux, et nous avons constaté que la membrane médullaire (*tela medullaris*), ou, si l'on veut, le réseau vasculaire sanguin qui tapisse les parois du canal médullaire, se décollait avec une facilité remarquable. Sur le tibia d'un sujet encore trop jeune pour qu'il y ait soudure des épiphyses, une double section longitudinale nous a montré tout l'intérieur de cet os en pleine suppuration. Au centre, le liquide était collecté ; aux extrémités et dans le tissu spongieux, il était à l'état d'infiltration. Du côté de l'extrémité inférieure, l'infiltration purulente avait trouvé une barrière dans le cartilage épiphysaire qu'elle avait respecté sur tous les points. Du côté de l'extrémité supérieure du tibia, le pus se reliait par en bas à la région centrale de l'os au moyen de noyaux purulents distincts. En haut, la couche purulente partant du tissu spongieux perforait le cartilage épiphysaire par plusieurs petits canaux dont le plus considérable n'avait pas un diamètre égal à celui d'une artère de troisième ordre.

Il était très-important de savoir si un sujet atteint d'ostéo-myélite et qui a subi une amputation dans la continuité des os offrait dans le tissu médullaire du tronçon osseux appartenant au moignon quelque altération susceptible d'être regardée comme une conséquence plus ou moins directe de l'ostéo-myélite. Aussi n'avons-nous point laissé échapper l'occasion d'étudier avec soin la partie osseuse du moignon chez un sujet qui avait succombé deux mois après l'amputation de la cuisse, pratiquée pour un cas d'ostéo-myélite. Voici ce que nous avons trouvé.

La section longitudinale de l'os a fait constater la clôture de la cavité médullaire du côté de la section opérée par l'amputation, par un bouchon faisant relief à l'extrémité de l'os et présentant dans toute son épaisseur des sels calcaires que l'instrument tranchant y fait facilement reconnaître. De plus, ce tampon donnait naissance à un cordon fibreux allant s'implanter dans la cicatrice, de telle sorte que l'os présentait ici la disposition habituellement réservée dans les moignons des amputés aux cordons nerveux qui, après s'être renflés considérablement, vont s'implanter au moyen d'un appendice fibreux au tissu cicatriciel. Un petit séquestre annulaire entourait l'extrémité de l'os, au niveau de la section et immédiatement au-dessous du périoste.

Les os dans lesquels nous avons encore constaté l'existence de l'ostéo-myélite spontanée (nous la nommons ainsi par opposition à celle qui succède au traumatisme des amputations, mémoire de M. Reynaud) sont : le péronée, le tibia, le fémur, le cubitus et l'humérus.

L'os atteint d'ostéo-myélite examiné à l'extérieur présente les altérations propres aux périostites suppuratives aiguës. Tantôt le périoste est décollé, sinon sur la totalité au moins sur une grande partie de la surface de l'os atteint ; ainsi, nous l'avons trouvé décollé circulairement dans toute la moitié inférieure d'un fémur jusqu'au niveau des condyles ; tantôt il est épaissi, quelquefois coriace, le plus habituellement friable ; dans certains cas, détruit ou comme dissocié. Quant à la surface osseuse subjacente au périoste décollé, tantôt elle présente les caractères d'une nécrose confirmée, d'autres fois la couche superficielle de l'os est rouge, injectée et offrant le premier degré de l'ostéite.

Nous ne savons pas au juste quelle relation sympathique ou autre peut s'établir entre les os qui appartiennent à une même moitié du squelette ; mais dans un cas où une ostéo-myélite du membre inférieur s'était répétée dans le membre supérieur, c'est sur le même côté du corps qu'avait sévi la lésion en haut comme en bas.

La matière purulente, dans l'ostéo-myélite, varie par son siége et par ses qualités. Au-dessous de la peau et à l'extérieur de l'aponévrose, c'est le pus demi-concret du phlegmon diffus. Sous l'aponévrose, le pus a pour caractère de renfermer des globes huileux et de présenter ceci de remarquable qu'il est délayé par une abondante quantité de liquide séreux. L'analyse microscopique faite par M. Follin lui a permis d'y constater des cristaux de margarine et des lames qui se rencontrent ordinairement dans la substance médullaire des os. Lorsque le pus est roussâtre, il semble indiquer une malignité particulière dans le caractère de la maladie ; ce qu'il y a de certain, c'est que, quand nous lui avons trouvé cette coloration, elle a coïncidé avec les symptômes typhoïdes les plus graves.

Un mot du pus articulaire dans l'ostéo-myélite. Il n'a de particulier que la présence de flocons albumineux qui baignent dans le liquide. Quant à la cause de sa présence dans la cavité articulaire, elle s'explique par la destruction partielle des cartilages d'encroûtement qui ouvrent ainsi une voie à l'intérieur de la capsule.

Nous n'avons plus qu'à rappeler brièvement les désordres articulaires proprement dits. C'est : 1° la perforation des cartilages d'encroûtement ; 2° la rupture de la synoviale.

La perforation des cartilages d'encroûtement se fait par la destruction de la substance cartilagineuse trouée comme à l'emporte-pièce, et cela constamment, dans des points correspondant à un noyau d'infiltration purulente, dans la portion du tissu osseux qui supporte le cartilage d'encroûtement. Cette particularité, qui a été rendue évidente

dans un des cas par le nombre égal de perforations cartilagineuses et de noyaux osseux purulents, ainsi que par leurs relations intimes de position, répand un grand jour sur l'un des modes de destruction des cartilages à l'état aigu. Nous ne parlerons point de ces altérations sans mettre en regard celles qui s'observent dans les cartilages épiphysaires. L'altération cartilagineuse procède comme par emporte-pièce à l'égard des cartilages d'encroûtement, tandis qu'elle se présente dans le cartilage de l'épiphyse sous la forme canaliculaire.

Les désordres anatomiques de la capsule articulaire se rapportent à ceux d'une synovite aiguë. On trouve la membrane fortement injectée dans certains points, rugueuse et en apparence épaissie dans quelques autres. Ces derniers caractères étaient dus à la déposition de lames pseudo-membraneuses sur la surface interne. Mais la plus curieuse et la plus importante de ces altérations consiste dans la rupture de l'un des culs-de-sacs synoviaux, rupture à la faveur de laquelle le pus renfermé dans la synoviale se répand dans le corps des muscles et dans leurs interstices. Ce qui prouve que la perforation de la synoviale n'est point un effet mécanique de sa distension outrée, mais bien plutôt le résultat d'une altération particulière de sa texture sous l'influence de la phlegmasie de mauvaise nature dont elle est le siége, c'est qu'il ne nous est pas arrivé une seule fois de rencontrer une plénitude bien prononcée des poches articulaires. Loin de là, elles étaient flasques et modérément tendues.

Lorsque les épiphyses sont soudées, la continuité de l'infiltration purulente à travers le tissu spongieux arrive jusqu'aux couches osseuses immédiatement subjacentes aux cartilages sans présenter rien de particulier. Mais quand, sur le trajet de sa propagation purulente, vient à se rencontrer une épiphyse, tantôt elle fait barrière, comme nous l'avons vu dans un cas; tantôt elle laisse arriver le pus jusque dans la substance épiphysaire, et cela par un mécanisme très-curieux et qui échapperait sans aucun doute à une observation peu attentive. Nous supposons un cartilage épiphysaire dans lequel existe déjà une masse osseuse qui, d'un côté, est contiguë au cartilage d'encroûtement, et qui, de l'autre, plonge dans la masse encore cartilagineuse de l'épiphyse. Or cette masse se perfore par des canalicules très-fins qui établissent une communication entre la cavité médullaire de l'os et la partie ossifiée de l'épiphyse, de telle sorte, et ceci est le point le plus curieux du phénomène pathologique, que chacun de ces canaux vient donner naissance à un noyau d'infiltration purulente marquant sa place dans la portion osseuse de l'épiphyse. Ce sont ces noyaux d'infiltration qui deviennent l'origine d'autant de trous dans le cartilage d'encroûtement. Nous avons acquis à cet égard des preuves anatomiques qui ne comportent aucun doute, car ayant rencontré dans le cartilage épiphysaire d'un tibia atteint d'ostéo-myélite quatre canalicules distincts, nous avons également trouvé quatre noyaux purulents osseux qui leur correspondaient exactement, et quatre trous aux cartilages articulaires répondant centre pour centre à chacun des noyaux infiltrés.

Si maintenant nous résumons, ou plutôt si nous traduisons dans un court exposé la marche de la maladie rigoureusement déduite de l'examen des lésions cadavériques, nous voyons que, pour tout os atteint d'ostéo-myélite centrale, l'affection se propage par voie ascendante du canal médullaire dans le tissu spongieux de l'extrémite supérieure de l'os, de celle-ci dans la cavité articulaire par les trous du cartilage d'encroûtement, de cette cavité articulaire à un segment plus élevé du membre par la rupture de la poche synoviale. Toutefois, nous ne voudrions point exagérer la constance et l'universalité de cette loi de migration ascendante, du moins en ce qui concerne les articulations, car chez certains sujets chez lesquels les os n'étaient point trop affectés par leur centre, mais attaqués seulement dans l'une de leurs moitiés, soit la supérieure, soit l'inférieure, ce n'était pas l'articulation supérieure à l'os malade dans l'ordre ascendant vers le tronc, c'était l'articulation la plus voisine de la portion d'os affectée. Ainsi, chez le même sujet on voyait l'articulation fémoro-tibiale prise coïncidemment à l'ostéo-myélite de la moitié inférieure du fémur, l'articulation tibio-tarsienne coïncidemment à l'ostéo-myélite du tiers inférieur du péroné, l'articulation scapulo-humérale avec l'ostéo-myélite de la moitié supérieure de l'humérus. L'ostéo-myélite avait donc envahi l'articulation inférieure dans un seul cas, et la supérieure dans les deux autres. Nous faisons reposer l'idée de la propagation ascendante sur des faits de ce genre. Dans un des cas, l'affection avait débuté par l'avant-bras; de là elle avait envahi l'articulation du coude, puis, après avoir marqué un temps d'arrêt et une limite bien exacte vers le tiers inférieur du bras, elle avait repris sa marche ascendante et envahi de bas en haut la totalité de l'humérus jusqu'au moment où l'amputation de l'épaule fut venue mettre un terme à cet envahissement successif. Chez un autre malade le pus, qui avait d'abord manifesté sa présence à la partie la plus inférieure de la jambe au niveau des malléoles, s'était propagé vers des points de plus en plus élevés, et avait déjà atteint les muscles de la cuisse quand l'amputation vint l'arrêter dans sa marche.

Deux phénomènes diagnostiques viennent signaler les phases de la collection purulente articulaire et de la rupture synoviale : 1° la première consiste dans l'état des tissus circonvoisins de l'articulation qui prennent un caractère particulier d'induration et de compacité, comme si le périoste lui-même, et les ligaments devenaient malades.

Le deuxième consiste dans une espèce de flot liquide et très-mobile qui apparait dans les muscles aussitôt que la rupture de la synoviale y a permis l'effusion du liquide articulaire.

(La suite au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

I. ASSOCIATION MEDICAL JOURNAL;

by John Rose Cormack.

Les livraisons hebdomadaires de janvier, février et mars 1854 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Luxation de l'humérus en arrière du scapulum*; par M. R. U. West. 2° *Sur les maladies épidémiques*; par M. W. Addison. 3° *Sur la tuberculose*; par M. H. Ancell. 4° *Amputation de l'avant-bras dans l'utérus*; par M. G. Greenwood. 5° *Pathologie moderne du cancer*; par M. Robs Druitt. 6° *Ventouses sèches dans le travail de l'accouchement*; par M. Manson. 7° *De l'excision des tumeurs ovariques*; par M. John Erichsen. 8° *De la fréquence comparative des maladies du cœur et de l'emphysème*; par M. Gairdner. 9° *Cancer du rein*; par M. A. Eves. 10° *Absence congénitale de sécrétion lacrymale*; par M. James Salomon. (Dans ce cas, les glandes lacrymales existaient, dit M. Salomon, car, par une forte stimulation de l'œil, on excitait la sécrétion de quelques larmes.) 11° *Cas de luxation de l'humérus en arrière du scapulum*; par M. Robert Dunn. (La lecture du cas rare cite plus haut a rappelé à M. Dunn un cas semblable qu'il a eu occasion d'observer, et dont nous parlerons plus loin.) 12° *Leçons cliniques faites à l'hôpital Lock*; par M. Henri Lee. 13° *Ovariotomie partielle; mort de la malade quatre jours après*; par M. John Greuch. 14° *Jaunisse épidémique chez les enfants*; par M. T. Barker. 15° *Fracture compliquée de la jambe*; par M. John Churchill. 16° *Dégénérescence de la membrane muqueuse de l'estomac*; par M. Handfield Jones. 17° *Pathologie de la gangrène sèche*; par M. Gamges. 18° *Des maladies du cœur et de l'emphysème*; par M. Chambers. 19° *Mort après l'inhalation du chloroforme*; par M. John Arrison. 20 *Purpura hæmorrhagica traité par la térébenthine*; par M. G. Willis. 21° *Comment s'opère la calorification dans les animaux*; par M. Richardson. (L'auteur admet et développe la théorie chimique.) 22° *De l'ingestion du pus dans les veines des animaux*; par M. Gamges. 23° *De l'oblitération des artères à la suite de couche*; par R. Bennett. 24° *Fractures compliquées du crâne, avec dépression*; par Ellis Jones. 25° *De la respiration dans les maladies*. 26° *Passage de 91 calculs biliaires à travers une ulcération supposée de la vésicule biliaire dans les intestins*; par M. P. Jago. 27° *Notes sur les maladies des yeux*; par M. V. Salomon. 28° *Rapport sur une épidémie miasmatique (of malaria)*; par M. J. Grantham. 29° *Cas de condensation du sommet du poumon avec dilatation des bronches*; par M. J. Bullar. 30° *Description d'un appareil pour la recherche de l'ozone dans l'atmosphère*; par M. Prince. 31° *Cas de fractures spontanées*; par M. T. Chadwick. 32° *Effets supposés de l'ergot de seigle*; par M. U. West. 33° *Traitement chirurgical des tumeurs hémorrhoïdales*; par M. Henri Lee. 34° *Notes cliniques sur le choléra*; par M. Lindsay. 35° *Coexistence de la tuberculose avec la cyanose*; par H. Fearnside. 36° *Cas d'empoisonnement par la sabine*; par M. May. Jun. 37° *Cas d'empoisonnement par l'œnanthe crocata*; par M. D. Nicol. 38° *Cas de phthisie dans laquelle l'affection pulmonaire était arrêtée, enrayée ou guérie, sans amélioration marquée ou permanente des symptômes généraux*. 39° *Traitement des hémorrhoïdes par la cautérisation galvanique*; par M. R. Steel. 40° *Tumeurs hémorrhoïdales traitées par la cautérisation galvanique*; par M. Elmes Y. Steel. 41° *Du chloroforme comme anesthésique*; par H. Lowndes. 42° *Sur l'emploi négligé des saignées dans le traitement de beaucoup de maladies*; par A. Hingeston. 43° *Cas de convulsions puerpérales*; par M. R. Jones.

LUXATION DE L'HUMÉRUS EN ARRIÈRE DU SCAPULUM ; par M. R. U. WEST.

Les luxations de l'humérus en arrière du scapulum sont très-rares, à un tel point que Astley Cooper, dans son TRAITÉ DES LUXATIONS, dit ne les avoir rencontrées que deux fois dans l'espace de trente-huit ans. Il semble que cet accident résulte seulement de quelque particularité dans le genre de violence qui l'occasionne, et non de l'action de quelques muscles particuliers sur l'os après qu'il a été chassé de la cavité glénoïde.

Le cas cité par M. West est un fermier sur lequel tombèrent vingt-quatre planches de sapin mal soutenues ; il fut frappé sur l'épaule et renversé la face contre terre ; le coude frappa sur le sol et la tête de l'humérus fut repoussée directement en arrière. La nature du cas fut mise en évidence par le grand raccourcissement du membre, la présence d'une masse charnue, épaisse et cédant sous la pression au-dessous de l'acromion, et une masse dure, ronde, à laquelle on pouvait imprimer des mouvements de rotation en saisissant le coude au-dessus de l'épine de l'omoplate. Quelques côtes étaient fracturées et le malade évanoui, de sorte que M. West n'eut pas de difficultés à réduire la luxation.

AMPUTATION SPONTANÉE DE L'AVANT-BRAS DANS L'UTÉRUS ; par M. G. GREEWOOD.

OBS. — Il s'agit d'une enfant du sexe féminin, venue au monde privée de l'avant-bras droit. Le moignon se présentait tel que dans une amputation très-nette, on sentait distinctement l'humérus terminé par deux condyles égaux et bien arrondis.

Voulant s'assurer si, du côté de la mère, il y avait eu une influence quelconque ou quelque impression morale en rapport avec un tel phénomène, M. Greewood apprit que, dans les premiers mois de la gestation, la mère avait été vivement impressionnée en apprenant que son mari avait eu le bras presque coupé par une machine. La nouvelle, toutefois, avait été exagérée, car il avait eu seulement le petit doigt un peu endommagé. Le grand-père de cette femme, demeurant dans la même maison, avait perdu l'usage de sa main droite par une blessure du poignet qui avait fini par l'exfoliation de quelques-uns des os du carpe et l'immobilité permanente des doigts.

Pour nous, nous croyons qu'il y a là plutôt un arrêt de développement qu'une amputation spontanée.

VENTOUSES SÈCHES DANS LE TRAVAIL DE L'ACCOUCHEMENT ; par M. MANSON.

OBS. — Une femme âgée de 23 ans, en travail de son second enfant depuis vingt-quatre heures, était en proie à de violentes douleurs qui se traduisaient par des cris presque continuels, l'angoisse, la rigidité des bras et des mains. Ces douleurs étaient toutes rapportées au sacrum. Le col était dilaté environ d'un schelling, tendu et non dilatable, le vagin chaud, brûlant, sec, très-douloureux au toucher. L'enfant se présentait par la tête, en position sacro-iliaque droite.

L'huile de castoréum, les lavements émollients et opiacés, la saignée, le tartre émétique, n'avaient pas apporté de changement sensible dans l'état du col. Bientôt le délire survint. Craignant que si cet état se prolongeait, il ne produisît une rupture de l'utérus ou des convulsions, M. Manson n'ayant pas de chloroforme à sa disposition eut recours à l'application de larges ventouses, une de chaque côté du siége de la douleur, et une immédiatement au-dessus du coccyx. Ce moyen changea immédiatement l'état des choses ; les cris furent instantanément apaisés, les douleurs devinrent naturelles, le vagin plus frais et abondamment lubréfié, le col largement dilaté. En moins d'une demi-heure, l'enfant était expulsé.

M. Manson dit que l'effet des ventouses, dans ce cas et dans beaucoup d'autres où il a eu occasion de les appliquer, est tout à fait analogue à celui du chloroforme, avec cette exception que, tandis que le chloroforme exerce son influence sur tout le système nerveux, la ventouse agit comme dérivatif local et anesthésique. Il l'a employée avec un égal avantage dans des cas où le travail était long, difficile et douloureux ; il fait observer que si on a recours à ce moyen avant que l'action péristaltique de l'utérus soit *suffisamment* établie, il tend à l'arrêter. La considération de ce fait l'a porté à y avoir recours dans les cas de menace d'avortement, et souvent cela lui a réussi parfaitement.

DE L'EXCISION DES TUMEURS OVARIENNES ; par M. J. ERICHSEN.

OBS. — La malade était âgée de 65 ans, grande, maigre et pâle, veuve et n'ayant pas eu d'enfants. L'abdomen paraissait aussi développé que celui d'une femme au neuvième mois de la grossesse. On reconnaissait à l'examen une grosse tumeur qui occupait la partie antérieure de l'abdomen. Du côté droit, cette tumeur était dure et solide au toucher, et s'étendait du pelvis jusqu'au cartilage des côtes ; dans la région de l'hypocondre du côté gauche, elle était élastique, demi-fluente et s'élevant à un pouce au-dessous de l'ombilic. Elle ne paraissait pas adhérer aux organes pelviens ; l'utérus était flottant, ainsi qu'on s'en était assuré avec une sonde.

La malade ayant été préalablement soumise à l'inhalation du chloroforme, M. Erichsen procéda à l'opération ainsi qu'il suit. Il fit une incision de 5 pouces environ dans le sens de la ligne blanche, à partir de l'ombilic : les tissus ayant été incisés avec soin, et le péritoine ouvert, la tumeur se présenta Un gros trocart fut introduit dans la partie fluctuante, située à gauche, il s'écoula environ un gallon d'un liquide noir et très-épais ; la main étant introduite dans l'abdomen, la partie la plus solide de la tumeur fut amenée à travers la plaie. Quelques adhérences qui existaient entre la paroi antérieure de l'abdomen et la tumeur furent déchirées par cette manœuvre ; la masse était attachée au ligament large du côté droit par un gros et court pédicule composé principalement de gros vaisseaux sanguins réunis par du tissu cellulaire. Le pédicule fut tiré fortement et traversé par une aiguille armée d'un gros fil ; la partie du péritoine qui le recouvrait fut ensuite disséquée dans l'étendue d'environ un quart de pouce en largeur, tout autour, la ligature solidement serrée, la tumeur fut détachée en coupant le pédicule à un demi-pouce au-dessus, on fit des sutures, et le tronc du pédicule fut fixé à l'angle inférieur de la plaie.

La tumeur pesait environ 16 livres. C'était une tumeur cystique et de nature non maligne.

PATHOLOGIE DE LA GANGRÈNE SÈCHE ; par M. GAMGES.

M. Gamges cite deux cas de gangrène sèche qu'il a observés à l'hôpital Santa-Maria-Nuova à Florence.

Le premier cas a été observé chez une paysanne des Apennins, âgée de 62 ans, se nourrissant d'habitude avec du pain, des fèves, des châtaignes et du petit vin, ne mangeant de la viande que deux ou trois fois l'an. Gangrène sèche de la main gauche. Traitement avec le quinquina et l'opium. Mort.

Autopsie quarante-huit heures après la mort. Ne pouvant entrer dans les détails de l'autopsie, nous dirons seulement, avec M. Gamges, que les caractères anatomiques observés dans la dissection du membre supérieur gauche, prouvent que l'inflammation et l'oblitération des artères, par un dépôt plastique, a été la cause de la mortification dans ce cas.

Des faits semblables ont été observés sur le membre supérieur par M. Chassaignac. La gangrène sèche qui en est la suite n'admet pas de doute. On doit admettre toutefois que, dans la majorité des cas de gangrène sèche dans lesquels le système artériel a été disséqué, on n'a pas trouvé d'inflammation. Mais les artères étaient oblitérées par suite de la transformation de leurs membranes en substances calcaires et athéromateuses.

La rareté des dépôts calcaires dans les membres supérieurs, le très-petit nombre de cas bien attestés de gangrène sèche à la suite d'artérite, le cas cité par M. Gamges et celui rapporté par M. Chassaignac, de gangrène sèche symptomatique d'artérite, la maladie affectant le membre supérieur, sont des faits qui frappent, en ce qu'ils indiquent une certaine relation entre l'un et l'autre.

Le deuxième cas offre un grand intérêt pathologique. Il s'agit d'une femme de 85 ans, affectée de gangrène sèche du pied droit.

Quelques jours avant la mort, on remarquait quelques endroits gangrénés à l'extrémité des doigts du membre gauche. A l'inspection cadavérique, on trouva l'artère poplitée correspondante, transformée en substance calcaire dans une grande étendue et oblitérée par un bouchon ferme et blanc en partie, s'étendant dans les deux tiers inférieurs de la tibiale postérieure ; la tibiale antérieure était libre.

On ne rencontrait pas d'inflammation artérielle dans ce membre, mais la transformation athéromateuse et calcaire était caractéristique. Ce qu'il y a de curieux, c'est que l'étendue de l'oblitération artérielle était bien plus grande que la quantité de tissu mort l'aurait fait présumer. M. Cruveilhier est le seul qui semble avoir reconnu leur véritable signification pathologique, en disséquant les vaisseaux fémoraux et poplité du côté droit, on éprouva une très-grande difficulté, due à leur adhésion aux tissus adjacents. Il paraît évident que c'était le résultat de l'inflammation. Cette inflammation n'était pas artérielle, mais d'origine veineuse, car les tuniques artérielles n'offraient pas de signes d'inflammation. Les caractères de la phlébite locale étaient évidents. L'artère poplitée droite était transformée en substance calcaire, sans être complétement oblitérée. Les artères tibiale, antérieure et péronière étaient saines, et cependant le pied entier était mort, ce qui contrastait singulièrement avec l'état de choses du membre opposé, où le pied offrait très-peu de traces de souffrances, quoique l'artère principale du membre (la poplitée) fût complétement oblitérée par un bouchon ancien, solide et très-adhérent. M. Cruveilhier en donne une explication très-plausible, en disant que les voies de communication sont intercep-

tées par l'oblitération des collatérales, mais ce n'est qu'un fait d'induction et non le résultat de l'observation directe.

L'existence d'artères malades dans des parties du corps où il n'existait pas de signe extérieur qui indiquât son existence (premier cas), la disproportion entre l'étendue de l'oblitération artérielle, et la manifestation extérieure de l'artère malade, sont des faits importants, en connexion étroite avec la question de l'amputation. En théorie, l'amputation n'est pas indiquée dans cette maladie, car la partie morte n'est qu'un symptôme, qu'on peut éloigner sans doute; mais la cause (maladie des artères) reste entière et peut reproduire la maladie quelque autre part.

INJECTION DU PUS DANS LES VEINES DES ANIMAUX; par M. S. GAMGES.

D'après les expériences qu'il a faites sur les animaux vivants, M. Lee soutient que l'entrée du pus dans le torrent de la circulation est empêchée par le pouvoir coagulant du sang. M. Gamges, au contraire, s'appuyant sur ses propres expériences et sur celles de MM. Castelnau, Duerest et Sédillot, soutient que le pus injecté dans les veines est entraîné, selon toute apparence, aussi rapidement que le sang luimême.

DE L'OBLITÉRATION DES ARTÈRES A LA SUITE DE COUCHES; par M. R. BENNETT.

OBS. — E. Mayer, âgée de 33 ans, d'une constitution délicate, avait eu deux enfants et avait joui d'une bonne santé jusqu'à sa dernière grossesse. Quelques jours avant son dernier accouchement, elle avait accusé de la dyspnée dans la marche; les jambes étaient œdématiées; la malade n'avait jamais souffert de rhumatisme. Sa couche fut très-pénible; elle ne se remit pas bien et resta faible et maladive pendant quelques semaines.

Une semaine avant d'entrer à l'hôpital, elle éprouvait de fréquentes syncopes, avec affaiblissement de la vue, une petite toux avec expectoration sanguinolente. Ses nuits étaient troublées par des songes effrayants. La seule cause qu'on pouvait découvrir de cet état alarmant paraissait se rattacher au cœur, dont les mouvements étaient tumultueux, faibles et irréguliers.

Le 5, elle accusa des douleurs dans la cuisse et la jambe gauche, qui présentait toute l'apparence de l'affection dite *phlegmasia dolens*. Deux ou trois jours après l'autre membre se prit, leur température s'abaissa, et le 13 les deux membres étaient dans un état complet de gangrène. Dans aucun des deux membres il n'y avait de la dureté ni de la rougeur dans la direction des artères principales dont on ne sentait plus la circulation, même sous le ligament de Poupart. Mort.

AUTOPSIE. La gangrène occupait le membre droit jusqu'au-dessus du milieu de la cuisse; l'extrémité inférieure gauche était dans le même état. Le cœur présentait les conditions décrites de « l'anévrisme vrai diffus. » L'aorte descendant juste à sa bifurcation était oblitérée par un bouchon qui semblait très-solide et offrait des adhérences plus fortes du côté gauche que du côté droit; les iliaques communes externe et interne (la dernière à quelque distance seulement) étaient oblitérées; les fémorales étaient dans la même condition, dans l'étendue de 2 pouces environ, au-dessous de l'aine, au-dessus de l'origine de la veine fémorale profonde. Chacune des veines fémorales contenait un bouchon récent et court, etc. Dans le rein droit il y avait un dépôt fibrineux jaunâtre considérable; il existait un abcès apparent dans la substance corticale du rein gauche; le contenu n'était cependant pas du pus quoiqu'il lui ressemblât beaucoup. L'état du cœur prouve que son pouvoir contractile était très-affaibli.

M. Bennett ne regarde pas comme improbable qu'il se soit formé un coagulum dans ses cavités, qui aurait été emporté dans le courant de la circulation. Cependant les caractères ne lui paraissent pas assez évidents pour conclure que ce fût un cas d'artérite.

La liaison de l'oblitération des artères avec l'état puerpéral, dans ce cas comme dans d'autres, est difficile à expliquer; toutefois, comme il existait dans ce cas un commencement de dilatation anévrismale, il est facile de comprendre, dit M. Bennett, comment les circonstances débilitantes qui accompagnent la parturition ont pu favoriser plus tard de telles formations.

FRACTURES COMPLIQUÉES DU CRANE AVEC DÉPRESSION; par M. ELLIS JONES.

M. Jones cite trois cas de fractures compliquées du crâne avec dépression, dans lesquels une portion d'os était enclavée fortement sous une autre. Ils s'accompagnaient tous de lacération des téguments sur le siége de la lésion. Dans aucun de ces cas, il n'y avait des symptômes complets de compression; cependant dans les deux premiers cas, il jugea convenable de pratiquer le trépan, qui fut suivi du succès le plus heureux.

Pour le troisième cas, où il s'agissait d'une fracture des os frontaux avec dépression, les symptômes de compression ne se manifestèrent que quatre semaines après l'accident. On se servit de la scie de Hey et on releva l'autre portion de l'os. Ayant reconnu de la fluctuation au-dessous de la dure-mère, on fit une ouverture, d'où s'échappa beaucoup de pus; toutefois la connaissance ne revint pas, et le malade mourut pendant la nuit.

M. Jones rappelle les opinions des auteurs, qui ont dit de ne jamais opérer lorsque la dépression des os n'est pas accompagnée de symptômes de compression; cependant il a vu ce mode d'agir adopté dans beaucoup d'occasions et suivi de résultats très-défavorables.

Les cas se présentaient d'abord d'une manière favorable pendant trois semaines, un mois, lorsque tout à coup les symptômes de compression se manifestèrent; mais il était trop tard pour opérer avec avantage, la pression continuée longtemps avait causé l'irritation et une inflammation lente de la dure-mère et du cerveau, suivie de suppuration et de mort. Aussi formule-t-il nettement l'opinion que, lorsqu'il y a dépression des fragments, quoiqu'il n'y ait pas de symptômes de compression, la pratique la plus sage est de relever la portion d'os déprimée aussitôt que possible après l'accident, surtout si la fracture est exposée.

CAS DE FRACTURES SPONTANÉES; par M. S. T. CHADWICH.

L'ASSOCIATION MEDICAL JOURNAL a cité, dans sa revue périscopique du 3 février, 6 cas de fractures spontanées, observés par le professeur Barker (d'Amérique). 5 de ces cas auraient guéri rapidement et même plus rapidement, suivant le rapport du docteur Smith, que les fractures ordinaires. M. Chadwich cite en opposition 3 cas qu'il a eu occasion d'observer dans le cours d'une pratique de vingt ans, qui sont loin d'offrir des résultats aussi heureux.

OBS. I. — Le sujet est une femme de 51 ans, d'un tempérament sanguin, d'habitudes actives et mère de quatre enfants, ayant joui invariablement d'une bonne santé. La fracture eut lieu au moment où cette femme enlevait le plateau à thé de dessus une table.

M. Chadwich ayant été appelé reconnut une mobilité extraordinaire, la perte du mouvement, gonflement et crépitation, en un mot fracture de l'humérus, immédiatement au-dessous de l'insertion du muscle deltoïde. Il opéra la réduction et la mit dans un appareil. Un mois après, lorsqu'il eut enlevé les appareils, il trouva le bras dans le même état; il réappliqua les attelles et le bandage; envoya la malade à la campagne; ordonna une nourriture fortement azotée, le vin et le porter.

Trois semaines après, à peu près même état. Une troisième fois il remit l'appareil, et toujours sans succès. Ayant conseillé le séton, la malade ne voulut pas s'y soumettre.

L'état général de la santé était parfait; il n'avait jamais pu rien découvrir qui pût lui faire reconnaître une diathèse quelconque, soit cancéreuse soit scrofuleuse. Il ne vit plus la malade. Il apprit plus tard qu'un matin en se retournant dans son lit, elle se fractura la cuisse, et qu'elle succomba quelques mois après.

OBS. II. — Ce cas est remarquable par la fréquence de fractures spontanées qui eurent lieu chez un jeune homme de petite stature, excessivement maigre et chétif. Ainsi il s'était fracturé le bras droit en soulevant un petit enfant de dessus son lit; quinze mois après il se fractura l'humérus gauche en retirant une poêle du feu. La guérison fut encore plus longue à se faire que dans le premier cas qui fut très-long.

Pendant sept ou huit ans il se fractura régulièrement quelque membre; il eut ainsi les membres supérieurs et inférieurs fracturés plus d'une fois. Il vécut une trentaine d'années. Les trois ou quatre dernières années de sa vie, il était obligé de se servir de béquilles, ne pouvant plus se soutenir sur les membres inférieurs: une fois c'était en poussant une chaise avec le pied qu'il s'était rompu la cuisse.

Sa mère apprit à M. Chadwich que dans sa jeunesse il avait mené une vie dissolue; à 14 ans il s'adonnait à la boisson avec excès, à 16 ans il avait eu une maladie vénérienne, qu'il contracta trois ou quatre fois avant l'âge de 20 ans, et pour laquelle il fut soumis au traitement mercuriel. Avant sa mort, il portait l'empreinte de la décrépitude. Il avait la maladie dite malaxie.

M. Chadwich cite un troisième cas d'une femme de 65 ans, qui avait un cancer largement ulcéré du sein, qui, en se levant de dessus son fauteuil, se fractura le fémur. A sa mort, qui eut lieu longtemps après, il n'y avait pas encore de réunion.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 29 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre du commerce transmet, comme suite à l'envoi fait à l'Académie le 22 juillet dernier, une notice écrite en français, sur la nouvelle méthode de traitement du choléra présentée par le docteur Wittmarcks (d'Odeslohe, près Hambourg).

Le même ministre transmet des notices de MM. Blin (de Caen), Femings (de l'île de Wight), et Mansonnet (de Dijon), sur le même sujet.

— M. Léon Gigot, de Levroux (Indre), informe l'Académie que plusieurs cholériques auxquels il a été appelé à donner des soins dans le canton de Levroux ont été rapidement guéris par l'emploi de nitrate d'argent de 10 à 20 centigr. dans une potion et les bains d'air chaud.

— M. Lagarde, correspondant de l'Académie à Confolens (Charente), qui exerce dans une contrée où règnent en cette saison les fièvres intermittentes, répondant à la circulaire de l'Académie, se met à sa disposition pour essayer les remèdes nouveaux qu'elle voudra lui confier. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

— M. le docteur Faucher, chef du service médical de la maison centrale de Loos, adresse un mémoire sur l'érysipèle dans les prisons. (Comm. : MM. Ferrus, Robert.)

— M. Commaille, médecin à Douéra (Algérie), adresse une lettre au sujet de la réclamation de priorité faite par M. Rancurel, sur les cas d'empoisonnement par l'atractylis gummifera qui ont eu lieu à Douéra. (Comm. : MM. Adelon, Caventon et Chatin.)

— M. Pennès, pharmacien à Paris, demande l'ouverture du paquet cacheté qu'il a adressé à l'Académie à la date du 15 août, désirant livrer immédiatement à la publicité les formules et le mode d'emploi des agents thérapeutiques qu'il propose pour le traitement préventif et curatif du choléra.

Ce traitement consiste dans l'emploi d'un bain dit électro-chimique, d'une mixture cordiale et d'une poudre neutralisante dont il indique la formule.

DES APPLICATIONS DE L'EXTRAIT DE VIANDE AUX USAGES DE LA MÉDECINE.

M. E. Bellat, pharmacien à Paris, propose l'application de ses extraits de viande à l'usage de la médecine, sous forme de pains ou gluten, sirops, pâte, pastilles et chocolats.

Dans chacune de ces préparations, les quantités de principes animalisés sont dosés de telle sorte que le praticien puisse immédiatement connaître d'une manière exacte la valeur nutritive de chacun de ces produits.

C'est ainsi qu'une cuillerée de sirop contenant 2 grammes d'extrait de viande en solution représente 125 grammes d'un bouillon gras dans lequel on aurait fait entrer 500 grammes de viande pour un kilogr. d'eau.

Les autres préparations sont dosées avec la même exactitude.

M. Bellat se propose de démontrer, si sa communication est jugée digne de l'examen d'une commission, que son procédé de fabrication donne des produits dont la pureté et la richesse en principes organiques azotés ne laissent rien à désirer. Sa conservation, parfaite sous toutes les formes pharmaceutiques que nous venons d'indiquer, lui donne encore une valeur que l'Académie appréciera sans aucun doute.

La viande de bœuf fut la base de toutes ces préparations médicamenteuses, ainsi que des extraits alimentaires appliqués en grand à la confection du bouillon gras.

Cependant, comme la médecine emploie la chair d'autres animaux, tels que poulets, veaux, escargots, tortues, etc., et qu'il est dans la plupart des cas très-difficile ou très-dispendieux pour les malades de s'en procurer au moment du besoin, l'auteur a complété la série de ses produits par la préparation des extraits de ces diverses viandes, de telle sorte que non-seulement le médecin pourra désormais prescrire le bouillon de ces divers animaux, mais encore le malade aura l'avantage de payer trois et quatre fois moins cher le produit dont il a besoin, l'auteur obtenant, par son mode de préparation, d'une quantité de viande donnée, deux fois plus de matières organiques que n'en donnent aujourd'hui les procédés ordinaires appliqués à la confection de bouillons gras.

L'auteur est tout prêt à mettre à la disposition de la commission, en même temps que son mémoire, tous les renseignements propres à éclairer son jugement dans cette question. (Comm. : MM. Bricheteau, Bouchardat, Gaultier de Claubry, Chevallier.)

TRAITEMENT DU CHOLÉRA EN RUSSIE.

M. Leroy-d'Étiolles fait hommage à l'Académie, au nom de M. le professeur Évrard (de la Haye), d'une brochure relative au choléra qui règne en Russie, et il joint à cet envoi une courte analyse qui lui paraît utile dans la circonstance actuelle.

Le traitement auquel on donne la préférence dans les hôpitaux militaires est celui qu'a proposé le docteur Mandt, médecin de l'empereur. Il se compose de moyens internes et de moyens externes. Les médicaments internes sont l'extrait alcoolique de noix vomique, l'acide phosphorique, l'ellébore blanc, le musc et le camphre. L'extrait de noix vomique est la base du traitement; on l'associe d'abord à l'acide phosphorique, et si la chaleur tarde à revenir, on le combine avec l'ellébore, puis avec le musc et le camphre. Chaque substance est donnée à la dose de un cinquantième de grain toutes les cinq minutes s'il y a des vomissements, tous les quarts d'heure ou même toutes les demi-heures s'il n'y en a pas.

Les moyens externes consistent à envelopper le corps d'un drap trempé dans de l'eau salée froide, tordu avant son application et recouvert d'une couverture de laine.

M. Évrard dit avoir vu une grande diminution de la mortalité sous l'influence de ce traitement; toutefois il a cru devoir le modifier en se basant sur une double considération : 1° le choléra ressemblant, par son invasion, à la fièvre intermittente, il convient de le combattre par le sulfate de quinine associé à la noix vomique, dont l'action se fait particulièrement sentir sur le système nerveux; 2° l'estomac et les premières voies digestives étant dans un état de phlogose, il vaut mieux administrer le médicament par l'anus. La dose est de un vingtième de grain d'extrait alcoolique de noix vomique et 2 à 3 grains de sulfate de quinine dans 2 onces de liquide toutes les deux heures jusqu'à sept lavements.

Les résultats de cette médication, qu'il faut commencer lorsque les évacuations alvines ont cessé, ont produit de très-bons effets.

FORMULES DE PRÉPARATIONS D'EAUX MINÉRALES, ETC.

M. H. Gaultier de Claubry lit un rapport sur des formules de préparations d'eaux minérales et limonades gazeuses proposées par M. Lejay (de Bellefond), droguiste à Châteauroux.

L'autorisation de vendre des eaux qui ne renferment que du gaz carbonique ne peut être accordée que sous la dénomination d'eau acidule gazeuse, celle d'eau de *Seltz*, improprement appliquée à ce genre de produits, devant être réservée pour celui qui contient les éléments de l'eau naturelle de cette localité, autant qu'au produit artificiel pour représenter un produit naturel.

La commission pense qu'il y a lieu d'appeler d'une manière toute particulière l'attention du ministre sur cet objet.

Quant à ce qui a trait aux formules de limonade gazeuse, rien ne s'oppose à ce que M. Lejay soit autorisé à les suivre. (Adopté.)

EAU MINÉRALE DE SCHOULTZBACH.

M. H. Gaultier de Claubry lit, au nom de M. O. Henry, un rapport sur l'analyse chimique de l'eau minérale naturelle de Schoultzbach (Haut-Rhin), eau froide acidule gazeuse bicarbonatée sodique et ferrugineuse.

Les eaux du genre de celle de Schoultzbach sont nombreuses et bien connues; leurs propriétés médicales ne font pas de doute, et celles de la source en question ont été démontrées depuis longtemps.

La commission propose, en conséquence, d'accorder l'autorisation d'exploiter cette source. (Adopté.)

— M. Heurteloup termine la lecture de son mémoire sur le traitement des rétentions d'urine causées par les rétrécissement de l'urètre.

EFFET ÉNERVANT DU LAIT.

M. Collineau lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Ardoin, ancien médecin de l'hospice de Draguignan (Var), ayant pour titre : Effet énervant du lait.

Le titre du travail de M. Ardoin semble d'abord par sa généralité conduire à quelque paradoxe et faire la règle de ce qui n'est qu'une exception; mais M. Ardoin n'est pas aussi exclusif que ce titre pourrait le faire présumer.

Pour prouver que le lait exerce parfois sur l'économie une action excessivement débilitante, M. Ardoin rapporte onze observations ayant pour sujets des individus d'âge, de sexe, de tempéraments et de position sociales divers, chez lesquels l'usage du lait a produit sur les fonctions nerveuses des effets très-évidents. Dans aucun des faits qu'il rapporte, il n'a existé ni rapports, ni gastralgies, ni coliques, ni diarrhée, ni hémorrhagie antérieure qui pût rendre raison de la déperdition des forces. La nature des symptômes et le retour presque subit des forces après la suppression du lait se sont montrés les mêmes dans toutes les observations.

Que faut-il penser de pareils faits, se demande M. le rapporteur? Dépendent-ils du climat ou de quelques habitudes locales? M. Ardoin n'en parle pas. Faut-il en accuser des dispositions individuelles comme causes déterminantes? Cela devient probable, puisqu'il a vu le lait de la même vache produire chez quelques individus les accidents qu'il signale et n'en déterminer aucun chez d'autres qui le prenaient en même temps.

Quoi qu'il en soit, le mémoire de M. Ardoin prouve son titre, c'est-à-dire qu'il établit par des faits que le lait exerce quelquefois sur l'économie une action énervante grave; il est bien composé, il décèle dans son auteur un médecin lettré, un observateur éclairé et persévérant; mais ces faits ont quelque chose de si imprévu, nous pourrions dire de si étrange pour beaucoup de praticiens, qu'avant de porter un jugement définitif sur leur importance, il nous semble convenable d'attendre que des cas semblables recueillis par d'autres observateurs viennent leur donner toute l'authenticité désirable.

En attendant cette confirmation nécessaire, les commissaires proposent le dépôt du travail dans les archives et des remercîments à l'auteur, avec invitation de faire part à l'Académie des nouveaux faits qu'il pourra recueillir. (Adopté.)

TUMEUR SARCOMATEUSE DE LA TÊTE DU PÉRONÉ; DÉSARTICULATION DU GENOU; GUÉRISON.

M. Maisonneuve présente à l'Académie une jeune femme à laquelle il a pratiqué la désarticulation du genou pour une tumeur sarcomateuse (fibro-plastique) de la tête du péroné, et qui maintenant marche avec une jambe mécanique aussi facilement que si elle eût subi l'amputation de la jambe dans le lieu d'élection.

L'amputation de la jambe dans l'articulation, dit M. Maisonneuve, était une opération presque entièrement oubliée, lorsqu'en 1829 M. Velpeau entreprit de la réhabiliter et l'exécuta avec succès. Cet illustre chirurgien démontra, par des faits nombreux et des raisonnements péremptoires, que cette opération, moins dangereuse peut-être que l'amputation de la cuisse, avait encore sur cette dernière l'immense avantage de laisser le malade dans des conditions bien préférables pour l'application d'un membre artificiel.

Malgré cette autorité imposante, la désarticulation du genou trouva peu de partisans parmi les chirurgiens de Paris, et c'est à peine si depuis dix ans elle a été pratiquée une ou deux fois dans les hôpitaux.

Je ne pense pas, ajoute M. Maisonneuse, que cette sorte de proscription soit méritée, et dernièrement ayant à choisir entre cette amputation et celle de la cuisse, je n'ai pas hésité à pratiquer la désarticulation. C'est ce fait dont il vient soumettre les détails à l'Académie.

Augustine Ninot, âgée de 22 ans, se présenta le 1er mars 1854 à l'hôpital Cochin, pour y être traitée d'une tumeur volumineuse développée à la partie supérieure et externe de la jambe gauche. Cette tumeur, dont la malade dit ne s'être aperçue que vers le mois d'octobre 1853, acquit en peu de temps un développement considérable, malgré l'emploi de nombreux moyens résolutifs.

Plus volumineuse qu'un gros œuf d'autruche, cette tumeur remplissait le creux poplité et faisait saillie à la partie supérieure externe de la jambe.

Sa base, complétement immobile, se confondait évidemment avec les parties osseuses. Sa surface externe, lisse, régulière, ne présentait, au contraire, aucune adhérence aux téguments. Sa consistance était ferme et légèrement élastique; on n'y reconnaissait aucun battement. La malade n'y accusait aucune douleur lancinante; seulement l'obstacle mécanique qu'elle apportait aux mouvements du membre rendait la marche presque impossible.

D'après ces symptômes, M. Maisonneuse pensa qu'il avait affaire à un tumeur sarcomateuse, et que celle-ci enveloppait la partie supérieure de la tête du péroné; or la nature de cette affection et surtout la marche rapide de son développement ne pouvait guère laisser d'illusion sur la terminaison funeste, si l'art n'intervenait. M. Maisonneuse crut donc devoir proposer l'opération; du reste la malade y était parfaitement résignée; c'était même dans cette intention qu'elle était venue à Paris.

Mais une grande question restait à résoudre. La tumeur communiquait-elle avec l'articulation du genou, ou bien lui était-elle étrangère? Dans le premier cas, l'amputation du membre était de rigueur; dans le second, au contraire, il n'était peut-être pas impossible de le conserver.

L'opinion de M. Maisonneuve fut que l'articulation était bien réellement compromise. Cependant, comme il n'en avait pas une certitude complète, il fit connaître à la malade que, pendant l'opération et le bistouri à la main, il ferait une dernière exploration; que s'il reconnaissait la possibilité de lui conserver la jambe, il ne négligerait rien pour obtenir ce résultat; mais que, dans le cas contraire, il n'hésiterait pas à faire l'amputation séance tenante. C'était le 2 mars 1854.

Tout étant disposé pour ces diverses éventualités, et la malade étant soumise au chloroforme, M. Maisonneuve fit, à la partie postérieure du jarret, une large incision qui divisa la peau et toute l'épaisseur du muscle jumeau externe. La tumeur ainsi mise à nu, le chirurgien chercha d'abord à l'énucléer des parties voisines. Mais il acquit la certitude qu'elle était intimement confondue, non-seulement avec le péroné, mais encore avec les fibres du muscle soléaire qui y prennent insertion. Il reconnut aussi qu'elle pénétrait jusque dans l'articulation du genou, et que les gros troncs vasculaires et nerveux y adhéraient d'une manière intime.

La conservation du membre était dès lors impossible; aussi, sans plus tarder, M. Maisonneuve se décida à en faire le sacrifice et pratiqua la désarticulation du genou par la méthode circulaire. Cette opération fut simple et rapide, et la plaie fut réunie au moyen de bandelettes de diachylon.

Pendant les premiers jours, tout se passa sans le moindre accident; mais le 12 mars, il se manifesta à la chute du fil principal une hémorrhagie grave, qui força le chirurgien de faire la ligature de l'artère fémorale, à la partie moyenne du membre.

Depuis ce moment, la plaie prit un aspect favorable; elle se remplit de pus fétide dont la résorption entretint un dévoiement colliquatif. La malade tomba dans un état de dépérissement extrême. Il devenait urgent de combattre cette putridité et de soustraire la malade à cette cause incessante d'empoisonnement.

Pour cela, M. Maisonneuve enveloppa le moignon d'un manchon de caoutchouc vulcanisé; puis, à l'aide d'une petite pompe adaptée à l'extrémité de ce manchon, il fut facile d'extraire tout le pus renfermé dans les anfractuosités de la plaie. Cette opération, répétée plusieurs fois par jour sans douleur, sans gonflement du moignon, eut tout le succès qu'on s'en était promis. Les accidents colliquatifs cessèrent, la cicatrisation reprit sa marche, et peu à peu la malade arriva à la guérison complète.

Aujourd'hui la plaie est entièrement cicatrisée; la malade a recouvré ses forces, sa fraîcheur et son embonpoint, et grâce à la jambe artificielle construite dans les ateliers de M. Ferdinand Martin, l'un de nos plus habiles mécaniciens orthopédistes, elle peut se servir de son moignon avec autant de facilité que si l'amputation eût été pratiquée dans la continuité de la jambe.

Examen de la tumeur. — La tumeur est un ostéosarcôme fibro-plastique de la partie supérieure du péroné. Sa surface extérieure est entièrement recouverte par le périoste épanoui, et reçoit l'insertion de toutes les fibres musculaires et tendineuses qui, dans l'état normal, vont s'attacher à cette partie du péroné.

L'intérieur de cette tumeur contient de nombreuses lacunes remplies de sang et de sérosité rougeâtre, et séparées par des cloisons fibreuses d'épaisseur extrêmement variable. Dans le point où cette tumeur se continue avec la partie saine du péroné, on voit les fibres de l'os s'écarter en éventail pour se confondre avec sa coque ostéo-fibreuse. Le microscope n'y a démontré que du tissu fibro-plastique, sans mélange de cellules cancéreuses.

La séance est levée à quatre heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE.

De l'influence que doit exercer la phrénologie sur les progrès ultérieurs de la philosophie et de la morale; par M. le docteur Beunaiche de la Corbière, ancien président de la Société phrénologique de Paris. — Un vol. in-8° de 150 p. — Paris, 1854. Chez V. Masson.

L'honorable docteur fait connaître dans son introduction à quelle occasion il a publié ce livre. Il ne faut pas y chercher de nouvelles preuves en faveur de la phrénologie. Dans l'opinion de l'auteur, elle n'en a pas besoin. C'est plutôt une sorte de manifeste inspiré à l'ancien président de la Société phrénologique par le désir de voir la physiologie du cerveau représentée en sa personne à l'Académie des sciences morales. Or notre confrère éconduit, mais inébranlable dans ses convictions — *justum et tenacem propositi virum* — n'a pas cru devoir pour si peu priver le public de son œuvre, et il en appelle aujourd'hui à l'opinion de la décision de MM. de l'Institut. C'est que pour lui la phrénologie, c'est la grande nouvelle, c'est *le nouveau messie* (*sic*) devant lequel tout doit s'incliner. Malgré les plus tristes mécomptes, il croit encore aux destinées de sa science favorite comme il croit à celles de l'humanité, et il voit approcher avec bonheur « l'ère glorieuse où la philosophie et la morale seront fondées sur la phrénologie. » (Épigr.)

Un fait cependant l'attriste et le trouble; c'est que « la France, qui ne possède pas une seule chaire officielle de phrénologie, manque ainsi à son rôle d'initiative intellectuelle entre les nations. » (P. 31.) La chose est grave et vaut bien qu'on s'y arrête. Quels obstacles s'opposent donc dans notre pays aux progrès de cette science initiatrice?

C'est d'abord, qui l'aurait cru? « le défaut d'un bon dictionnaire de phrénologie. » (P. 34.) A quoi tiennent les destinées d'un peuple! Mais y aurait il de l'indiscrétion à demander à M. de la Corbière, qui l'a empêché, lui ou tout autre représentant de la doctrine, d'enrichir la littérature phrénologique, déjà si féconde en volumineuses productions, de ce grand *desideratum* de la science?

Un autre genre d'obstacles vient, toujours selon l'auteur, des habitudes prises, des préjugés admis, de la routine, en un mot « de ce phénomène de reproduction, de répétition machinale des actes de la vie qui rend l'homme de plus en plus impuissant à mesure qu'il avance en âge à adopter les idées ou les opinions *nouvelles*. » Mais à côté des générations qui vieillissent, il y en a d'autres qui entrent dans la vie. Or, celles-là n'ont encore aucune habitude prise, aucun parti pris concernant la phénologie; comment donc cette doctrine ne réussit-elle pas mieux auprès de cette jeunesse si inflammable aux idées nouvelles, qui sont toujours pour elle synonymes de progrès? Et à ce propos qu'on me permette une autre question: Jusqu'à quand arguera-t-on en faveur de la phrénologie des obstacles que rencontrent ces idées *nouvelles?* Depuis un demi-siècle passé que Gall l'a mis au monde, l'enfant s'il est né viable a dû bien grandir. Il a même, à ce qu'il paraît, dans l'histoire des parrains fort respectables, à commencer par le sage Salomon (note *c*). Il semble donc qu'il soit bien d'âge à prendre la robe virile et à surmonter tous les obstacles qu'il peut trouver sur son chemin. Voyez ce qu'est devenue en moins de temps l'une de ses contemporaines, l'anatomie générale, cette fille immortelle de Bichat, et la chimie, cette autre fille de Lavoisier?

Au reste, M. de la Corbière lui-même en juge bien ainsi, puisqu'il se croit dispensé, comme nous l'avons dit, d'apporter des preuves à l'appui de sa thèse. « La physiologie du cerveau est bien réellement *sans conteste sérieux*, à cette heure, l'une de ces doctrines certaines, bienfai-

saisantes et naturelles, qui ont acquis leur droit de cité dans la république des sciences et des lettres.... Quand ce n'était qu'une opinion, une doctrine sans contrôle sérieux, on pouvait et on devait la discuter. Mais aujourd'hui c'*est un fait*, *un fait mathématique*, un résultat acquis à la science et à l'histoire. »

Il y a encore un autre motif que l'auteur ne rappelle qu'en passant et au bas d'une note, sans doute pour ne pas trop humilier ses adversaires : c'est qu'entre les métaphysiciens et les phrénologistes toute discussion est impossible, les premiers *ne comprendraient pas* les seconds, et « la phrénologie aurait besoin à propos de chaque mot, de *lui faire une leçon* appuyée de descriptions matérielles pour donner à sa phrase un sens qui fût *à la portée de son intelligence*. » (P. 34.) Cette curieuse fin de non-recevoir est de Broussais.

M. de la Corbière reproduit d'ailleurs et impose avec un aplomb imperturbable, sous la forme d'aphorismes, et comme autant d'articles de foi, tout ce qu'il y a de plus contesté et de plus contestable dans la doctrine de Gall. Aux assertions des psychologistes qui s'imaginaient— voyez un peu la prétention! — que l'homme en se repliant sur lui-même peut apprendre quelque chose de ce qui se passe en lui, notre confrère répond « que les faits psychologiques ne peuvent être constatés *que dans l'étendue et par les sens*; » (p. 37); que « la vie de l'âme et la vie du corps *sont une*. » (P. 38.) Et ailleurs : « Chaque partie distincte du cerveau ou circonvolution a une action ou faculté propre... Dans l'état sain, chacune de ces circonvolutions se traduit en signe ou caractère spécial, en protubérance distincté et conforme à sa situation, à sa fonction ou à sa nature. »

Nous ne voulons pas rentrer ici, après de célèbres physiologistes, dans une discussion épuisée; mais nous ne pouvons nous empêcher de remarquer, au sujet des protubérances cérébrales constatées par la crânioscopie, et des facultés que les phrénologues placent dans les circonvolutions, c'est-à-dire à la surface du cerveau, que, de l'aveu de Gall lui-même (t. III, p. 20), la surface externe du crâne ne représente ce viscère que d'une manière très-imparfaite et très-inexacte; qu'en outre, plusieurs circonvolutions n'étant pas en contact avec le crâne, sont inaccessibles à ce genre d'observation. Comment attribuer, d'ailleurs, une existence à part, une fonctionnalité propre à des parties aussi mal délimitées, aussi peu symétriques, aussi peu identiques à elles-mêmes que les circonvolutions cérébrales? Qui ne sait que les prétentions des phrénologistes, loin d'être appuyées sur des observations positives, sont en opposition avec les faits pathologiques comme avec la physiologie expérimentale, et que l'anatomie comparée leur apporte les démentis les plus complets? C'est pourtant sur de telles impossibilités que sont fondées non-seulement les applications de la doctrine phrénologique, mais même la plupart des faits sur lesquels ses parti sans l'étayent.

Si M. de la Corbière est plus conséquent que quelques disciples de Gall, en reconnaissant que la phrénologie et la crânioscopie sont deux choses indissolublement liées, il l'est moins quand il repousse la solidarité de sa doctrine avec les déplorables conséquences auxquelles son honnêteté naturelle voudrait vainement échapper. Si l'on nie l'unité de la substance pensante, ou qu'on la confonde avec l'action organique, ce qui est tout comme, que devient son immatérialité? Que devient la liberté morale si, à la place d'une force libre, puisant en elle-même le principe de ses déterminations, on ne reconnait dans l'homme que l'impulsion qui résulte de l'action prédominante de certaines protubérances? Où cette pluralité changeante ou inordonnée puisera-t-elle son identité, son activité libre et réfléchie? Qui constituera la personne morale *sui conscia, sui potens?* Que deviennent enfin les grandes vérités de l'ordre moral, la notion de Dieu, celle des devoirs et d'une vie future, si elles ne peuvent germer que dans un cerveau suffisamment développé à l'endroit des circonvolutions décrites par Gall, et qu'à la place d'une Providence, il ne reste plus qu'une *physique sociale*, pour nous servir des expressions de l'auteur, aux lois immuables de laquelle nous sommes fatalement assujettis?

Et pourtant l'honorable docteur se sépare hautement et fermement, si ce n'est par le fait, du moins dans l'intention, des matérialistes de toutes les écoles. Il ne veut pas que l'homme ait pour fin dernière la poursuite exclusive du bien-être matériel; il rêve pour lui une destinée plus haute que celle qui lui est assignée par les d'Holbach et les Lamettrie de nos jours. Mais son erreur capitale, le vice radical de son argumentation, c'est de supposer identifiées dans l'esprit de ses lecteurs, comme elles le sont dans le sien, la phrénologie et les idées de progrès illimité, de bonheur universel, d'amélioration physique et morale, qu'il poursuit avec les utopistes de tous les temps. Malheureusement, tout cela n'a rien de commun avec la vérité de la phrénologie, que l'auteur perd trop souvent de vue. Et pour ramener la question des hauteurs où il se place et des digressions nombreuses auxquelles il se livre sur son véritable terrain, il resterait à démontrer : à quelle disposition du cerveau correspond chacune de nos facultés, si tant est que ces facultés se spécialisent dans chaque département de la masse encéphalique, ce qui n'est nullement prouvé. Il n'est rien resté, en effet, des tentatives de Gall et de ses successeurs pour assigner le siége de chaque faculté, et *à fortiori* pour reconnaître sa place à travers les parois crâniennes. Or nous ne pensons pas que l'ouvrage de M. de la Corbière, qui est plutôt une profession de foi qu'un exposé dogmatique de la doctrine, ait fait faire un pas à la question; ce qui ne l'empêche pas d'ailleurs de partager le dédain de l'école physiologique pour cette pauvre psychologie *errant jusqu'à Gall sans boussole*; et il ajoute avec une adorable modestie : « Le dernier de nos phrénologistes, s'il lui plaisait d'écrire un traité comme celui qui a fait la gloire de Bossuet, l'emporterait beaucoup quant au fond, sinon quant à la forme, sur l'œuvre de cet homme de génie. » (P. 96.) Heureux disciples! heureuse doctrine à laquelle il appartient d'opérer de tels prodiges! *De mihi ubi stem, cœlum terramque movebo*, disait un illustre géomètre de l'antiquité. Mieux partagés qu'Archimède, les phrénologistes ont trouvé leur point d'appui.

Dr C. SAUCEROTTE.

VARIÉTÉS.

MOUVEMENT DU CHOLÉRA DANS PARIS ET DANS LES COMMUNES RURALES.

	Août... 25	26	27	28	29	30	31
Admissions aux hôpitaux	30	42	35	35	29	34	31
Cas déclarés à l'intérieur	15	16	20	12	12	15	7
Totaux......	45	58	55	47	41	49	38
Décès : Dans les hôpitaux civils..	2t	35	39	25	24	18	26
— militaires..	5	5	5	5	4	3	5
A domicile : 1er arrond...	0	2	4	1	8	4	1
2e —	8	5	4	7	2	4	6
3e —	1	4	2	3	0	2	4
4e —	1	1	4	0	3	1	0
5e —	1	6	2	6	2	5	5
6e —	3	2	2	10	8	4	4
7e —	5	4	4	3	6	1	1
8e —	10	12	7	7	11	3	12
9e —	2	3	5	4	1	2	1
10e —	6	3	6	5	7	1	2
11e —	3	1	1	1	2	2	0
12e —	6	4	7	6	7	5	1
Communes rurales.....	32 (1)	0	63 (2)	22 (3)	17 (4)	42 (5)	0

RÉCAPITULATION DES DÉCÈS CHOLÉRIQUES :

Dans les hôp. civils et militaires ...	26	40	44	30	28	21	31
A domicile et dans les comm. rurales.	78	47	111	75	74	76	37
Totaux généraux des décès...	104	87	155	105	102	97	68

L'épidémie, malgré l'élévation de la température, paraît plutôt tendre à décroître qu'à augmenter. Les 8e et 12e arrondissements seuls font exception à la règle. Mais l'abaissement du chiffre total des admissions et de la mortalité permettent d'espérer que nous touchons enfin à la période décroissante de l'épidémie.

RÉCAPITULATION DEPUIS LA RECRUDESCENCE JUSQU'AU 31 AOUT.

Admissions dans les hôpitaux civils. .	3,223	4,645
Cas déclarés à l'intérieur	1,422	
Décès dans les hôpitaux civils.....	2,418	8,211
— — militaires ..	469	
— à domicile.	3,360	
— dans les communes rurales.	1,964	

Pour toute la France, le chiffre des décès dépasse aujourd'hui 56,000.

(1) Décès signalés depuis la dernière communication.
(2) Décès signalés depuis la communication du 25 août.
(4 Signalés depuis la dernière communication.
(4) Id. id.
(5) Id. id.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : TRAITEMENT DU CHOLÉRA-MORBUS PAR LE SULFATE DE STRYCHNINE. — EFFICACITÉ DES MESURES PRÉVENTIVES PARTIELLEMENT ADOPTÉES A MARSEILLE.

Le silence que nous avons gardé jusqu'aujourd'hui sur l'emploi thérapeutique du sulfate de strychnine dans le choléra, a dû montrer que nous n'acceptions pas l'interprétation des faits observés par M. Abeille, telle qu'il la présentait lui-même. Nous avons pensé que notre honorable confrère de l'hôpital du Roule était tombé, au début, de ses essais, sur des cas d'une nature particulière, exceptionnelle, et qu'il avait attribué à la médication une influence exagérée, par cela même qu'il n'observait point des cas ordinaires. Le choléra est une maladie dont les manifestations symptomatiques sont sujettes à des variations extrêmes. Celui qui n'a point eu occasion d'observer ces variations, ou qui n'en tient pas compte, peut être conduit, avec les meilleures intentions et un mérite exceptionnel, à attribuer aux diverses médications un rôle qu'elles n'ont point. Telle est, pour n'en citer qu'un exemple, la facilité ou la rapidité plus ou moins grande des réactions dans différentes épidémies, à différentes phases d'une même épidémie, ou suivant l'âge ou les dispositions individuelles. Quand on a vu dans ces différentes circonstances, avec le même traitement, tantôt la réaction arriver rapidement et l'état semi-comateux se développer, tantôt l'algidité persister; dans le premier cas, les malades mourir tous dans la période torpide; dans le second, la mort arrivant dans l'algidité, on se demande s'il n'y a point là des particularités pathologiques dont la cause est peu connue, et qui priment les effets de toute médication.

Ainsi donc, pour savoir si tel médicament provoque plus ou moins la réaction franche ou torpide, il faudra observer parallèlement un certain nombre de cas traités, les uns par la médication ordinaire, les autres par les médications exceptionnelles.

En outre, il est arrivé à tous les praticiens, et à notre collègue en particulier, de se demander sur quels signes on doit baser le pronostic du choléra? Tel cas qui paraît léger ou moyen est souvent très-grave; il est des sujets chez lesquels la cyanose n'est point l'indice d'une gravité excessive; ceux-ci, chez lesquels les crampes sont très-prononcées, sont souvent atteints à des degrés divers; les malades qui n'ont pas de crampes ont quelquefois un choléra très-grave, d'autres fois une maladie bénigne.

De là encore la difficulté, nous dirons l'impossibilité de composer deux séries de cas analogues.

Il reste l'observation des effets du médicament. Si ces effets sont bien prononcés dans une maladie aussi grave que le choléra, ils doivent se montrer nettement, surtout si la substance a une action spécifique. Les faits publiés démontrent qu'il n'en est point ainsi. Si le choléra est léger, la réaction s'obtient facilement par les moyens ordinaires dans les 9/10 des cas, et alors la réaction est franche. Si le choléra est grave, la réaction que l'on obtient est plutôt l'effet d'une particularité peu connue de la maladie que celui de la médication.

Voilà pour notre part les résultats auxquels nous a conduit l'observation clinique. Quant à l'induction physiologique, peut-on dire qu'elle soit favorable aux effets de la strychnine dans le choléra. Ici encore notre manière de voir est formellement opposée à celle du docteur Abeille. On ne sait point quelle est la nature, la cause, le siége primitif des phénomènes qui déterminent les crampes des cholériques, il n'y a donc pas lieu d'établir d'analogie entre ces effets et ceux de la strychnine. Il y a plus, à supposer que la strychnine exerce une action quelconque sur les parois des vaisseaux et sur celles des capillaires, cette action mécanique serait manifestement insuffisante pour lutter contre l'altération si grande du sang. Cette altération toute vitale ne saurait provenir de l'arrêt de la circulation; car elle est autre chose qu'une simple coagulation, c'est une lésion spéciale particulière à la maladie et que des moyens purement physiques ne saurait aucunement combattre.

—La GAZETTE MÉDICALE a annoncé que l'épidémie cholérique qui s'était actuellement avait éclaté à Marseille et avait exercé dans cette ville d'assez grands ravages avant que la population eût été prévenue de l'existence de la maladie, avant même qu'aucune mesure sanitaire eût été prise. Elle a recueilli trop de témoignages et elle est trop bien instruite des faits qu'elle relate pour s'arrêter aux assertions contraires qu'on a cru devoir faire insérer dans les journaux politiques de la localité. Elle attend à ce sujet qu'on lui indique quelles sont ces grandes mesures d'hygiène publique qui ont été décrétées. Notre critique a porté sur des faits; nous attendrons des faits pour la retirer, et nous souhaitons que ce soient parmi les confrères habiles et recommandables de cette grande cité, ceux qui seraient d'avis que rien n'a été omis, que tout a été prévu et calculé à temps, qui nous indiquent les mesures d'hygiène publique qu'ils trouvent si excellentes, et la date de ces instructions populaires auxquelles ils pensent sans doute que doit se borner toute la prophylaxie du choléra.

Aujourd'hui nous venons apporter quelques faits en faveur des mesures préventives. On a publié déjà bon nombre d'exemples semblables à ceux que nous allons citer, mais ils appartiennent presque tous à des localités du Nord. C'est en Angleterre surtout que ces mesures ont été appliquées sur une grande échelle, c'est là principalement qu'on en a observé les effets. Il est rationnel de penser que ces mesures sont applicables partout où il est possible d'avoir sous la main un personnel médical assez nombreux, et là où l'administration prendrait à cœur l'exécution rigoureuse des visites préventives et l'évacuation immédiate des maisons insalubres et infectées. Il n'y a aucune objection sérieuse à élever contre l'application des mesures préventives dans le Midi. Le prétexte que l'on a invoqué, du caractère de la population, ne mérite pas que nous le réfutions ici. Les populations du Midi sont trop intelligentes pour ne pas prendre au sérieux des mesures, des visites, des secours à domicile qui indiquent de la part de l'autorité et du corps médical la plus grande sollicitude et le plus grand dévouement. Les médecins attachés aux bureaux de secours pourront dire de quelle utilité ils ont été pendant cette épidémie, combien leur présence a été partout d'un bon effet, et combien leur intervention aurait été plus efficace si les bureaux avaient été institués dès le début, si les médecins y avaient été plus nombreux, et si on leur avait adjoint un personnel suffisant pour porter à domicile les médicaments urgents, pour administrer les premiers soins sous la direction du médecin, et pour soigner ultérieurement les malades.

FEUILLETON.

LETTRES D'UN MÉDECIN MILITAIRE SUR LA CAMPAGNE D'ORIENT.

LETTRE CINQUIÈME.

Au Rédacteur.

Monsieur,

On ne saurait croire les embarras et les soucis que procurent au médecin militaire tous ces voyages, ces embarquements et ces débarquements. L'isolement constitue notre faiblesse; ne jouissant d'aucune assimilation directe officielle, nous n'avons que des droits souvent contestés à l'obtention de certains avantages d'une grande utilité en campagne. Aussi les amitiés et les complaisances que nous rencontrons, les services qu'on nous rend s'adressent-ils à l'homme, à la valeur dont il est marqué, mais non à sa position et à l'importance de son grade. Ces réflexions que je livre sans arrière-pensée à vos lecteurs me sont inspirées par le souvenir encore tout récent du trajet de Gallipoli à Varna.

Le 13, à quatre heures du soir, le premier bataillon avec l'état-major prend place sur *le Cacique*, et le second sur *le Magellan*. Ces deux frégates à vapeur appartiennent à l'escadre de la mer Noire.

A onze heures, nous quittons Gallipoli.

La Propontide ou mer de Marmara est un bassin ovale dont la côte septentrionale est presque droite, mais sa côte méridional est sinueuse et présente un arc de cercle déchiré par plusieurs golfes qui s'enfoncent dans l'Asie Mineure jusqu'au pied du mont Olympe. A l'une de ses extrémités sont les îles de Marmara qui masquent l'entrée de l'Hellespont, et à l'autre les îles des Princes qui masquent celle du Bosphore. On peut mouiller dans la Propontide, sur toute la côte d'Europe jusqu'à Rhodosto; mais ces mouillages ne sont réellement convenables qu'en été.

En hiver, il est nécessaire de chercher des abris plus sûrs vers la côte d'Asie, sous la presqu'île de Cyzique ou dans les golfes de Moudania et de Nicomédie.

La navigation dans la Propontide est aisée, et il semble qu'on roule sur les flots d'un fleuve tranquille et non sur les lames incertaines d'une mer. En nous éloignant de Gallipoli, nous doublons la pointe de Tchardak, puis nous atterrons sur l'île de Marmora; et le 14, à quatre heures du soir, nous passons devant Constantinople.

Je ne donnerai pas une vue de Constantinople: des plumes éloquentes et célèbres l'ont décrite, et il y a, de ma part, une modestie bien placée à savoir m'abstenir. J'émettrai toutefois un jugement qui pourra paraître bizarre.

L'aspect de Constantinople, en arrivant par les Dardanelles dans la mer de Marmara, est magnifique. Je ne pense pas qu'il y ait au monde un panorama

Quand le corps médical fait ce qu'il doit, et il le fait toujours dans ces circonstances, même alors qu'il n'est point guidé ni dirigé, ses services sont trop éclatants, son dévouement et son abnégation trop manifestes, pour qu'il y ait lieu de craindre que les visites préventives à domicile dégénèrent en une sorte de quête à la clientèle. Du reste, s'il était nécessaire de citer d'autres preuves, le tribut que nous payons partout à l'épidémie montre trop la part des dangers que courent les médecins, autant par leur contact incessant avec les malades que par les fatigues qu'ils sont tenus de supporter, pour que leur conduite puisse être l'objet d'un ridicule ou d'un soupçon (1).

Mais malgré ces faits, malgré toutes les démonstrations, le système des visites préventives est encore loin de recevoir chez nous une application complète et d'être l'objet d'une expérience décisive. En attendant, on ne saurait trop publier les observations qui attestent l'efficacité des mesures préventives contre le choléra sous tous les climats, surtout dans ceux du Midi, où la gravité de la maladie semble être en général plus grande que dans le Nord. Les notes importantes que nous donnons à ce sujet nous ont été remises par nos honorables confrères les docteurs Magail, Chapplain et Souchère (de Marseille).

« *L'hospice des Petites-Sœurs des pauvres*, à Marseille, contient une » population de 150 personnes, toutes âgées, infirmes ou malades, et » sujettes surtout à des affections chroniques de l'intestin. Elles ont une » nourriture peu saine, un logement insuffisant. Elles se trouvent ainsi » dans de mauvaises conditions hygiéniques. Au commencement de » l'épidémie, les sœurs qui dirigent l'établissement furent informées » des soins à donner aux malades dès le début des prodromes cholériques : traitement préventif rigoureux; séjour au lit; diète absolue; » préparations opiacées; boissons excitantes; réchauffement. Ces moyens » thérapeutiques ont donné les résultats suivants : 1° Trois femmes » prises de symptômes cholériques assez graves, diarrhée, vomissements, refroidissement commençant, traitées immédiatement et énergiquement, étaient hors d'affaire le lendemain. 2° Plusieurs diarrhées ont été arrêtées de même. 3° Une des sœurs, plus gravement » prise, avec crampes et algidité commençante, traitée de la même » façon, a été rétablie promptement. 4° Jusqu'an 5 août, il n'y a point » de décès cholérique; à cette date, une femme très-âgée est prise, à » minuit, de diarrhée, de vomissements. Elle ne demande aucun secours, et les premiers soins ne peuvent lui être donnés qu'à sept » heures du matin. Elle meurt dans la journée. C'est le seul décès jusqu'au 28 août. » (Dr Magail.)

« *La maison centrale des jeunes détenus*, sur une population de » 250 enfants, compte pendant le choléra de 1849, 75 malades et 23 » décès. Les seuls moyens adoptés à cette époque contre l'épidémie » étaient les mesures hygiéniques portant sur l'aération, le vêtement » et la nature des aliments. Cette année les mesures préventives ont » été formulées par le médecin et appliquées avec intelligence dans » l'établissement. Le résultat suivant comparé à celui de 1849 donnera » la mesure d'efficacité des deux méthodes : sur 250 enfants de 10 à » 20 ans, il y a eu 4 cas de choléra et 1 seul décès. Le fils du jardinier, » enfant de 7 ans, demeurant dans la maison, mais placé en dehors de » la surveillance du médecin, a été pris de diarrhée le 29 juillet, n'a » point été traité; les symptômes cholériques se sont déclarés le 30, » et il est mort après quatre heures de maladie. » (Dr Chapplain.)

« *Le personnel du chemin de fer de Marseille à Avignon* compte environ 260 employés qui ont reçu de l'administration l'ordre formel » de se présenter à la visite du médecin chaque jour de l'épidémie » pour les indispositions même les plus légères. On a eu à traiter ainsi » 125 diarrhées depuis le commencement de l'épidémie jusqu'au 15 » août. Sur ce nombre, il y a eu 3 rechutes qui ont nécessité l'éloignement des malades du foyer épidémique. Dans tous les autres cas la » guérison a été facilement obtenue par les moyens ordinaires : repos, » sudorifiques, opiacés. Les 2 seuls décès ont eu lieu sur des employés » qui ne se sont point soumis à la visite; 1 seul cas de choléra déclaré » et soigné à temps a guéri. » (Dr Souchère.)

Nous ne doutons point que beaucoup de médecins n'aient obtenu des résultats analogues soit dans la pratique particulière, soit dans celle des établissements publics. Les faits que nous venons de citer sont un appel à la publication d'observations semblables. Il s'agit de répéter de mille façons, et dans les circonstances les plus diverses, l'observation du même fait. C'est à cette condition que les mesures préventives s'introduiront chez nous. Nous avions espéré un résultat plus prompt de l'initiative du gouvernement; cette initiative qui n'a pu être prise actuellement et qui le sera, nous en avons la conviction, dans un temps peu éloigné, généralisera les mesures préventives que la grande majorité des médecins prescrit depuis quelque temps et que la partie éclairée de la population devient de plus en plus capable d'observer spontanément. L'efficacité des mesures préventives étant ainsi de plus en plus démontrée par la pratique, il arrivera un moment où le rôle de l'administration se bornera à faciliter l'application de ces mesures à la population nécessiteuse et à pourvoir à l'évacuation des maisons insalubres ou infectées.

THOLOZAN.

(1) Le corps médical de Marseille a perdu quatre des siens; l'hôpital militaire son pharmacien en chef; pertes bien regrettables, mais qui sont encore bien moindres que celles du corps médical de l'armée : six officiers de santé militaires sont morts à la tâche à Gallipoli, huit à Varna.

ÉPIDÉMIOLOGIE.

HISTOIRE MÉDICALE DU CORPS D'OCCUPATION DES ÉTATS-ROMAINS, EN 1851, précédée de vues nouvelles sur l'endémo-épidémie annuelle des pays chauds et palustres; par FÉLIX JACQUOT.

(Suite et fin. — Voir les nos 28 et 29.)

§ IV. — TYPES DES FIÈVRES PALUSTRES.

Comme dans les années précédentes, la rémittence, due soit aux alluves ou à la gravité intrinsèque d'une fièvre palustre simple, soit à l'adjonction d'un élément non palustre qui a dévié la fièvre à quinquina de l'intermittence pour la jeter dans un autre type, la rémittence, disons-nous, est devenue de plus en plus fréquente, à mesure que l'endémo-épidémie a progressé; puis, au déclin, l'intermittence a été de nouveau représentée par un chiffre de plus en plus élevé. Le tableau

---

plus beau, plus varié, plus propre à exciter l'admiration. La vue de Naples en approche, assure-t-on, mais elle ne possède pas cette masse de dômes dorés et de minarets qui font l'ornement des mosquées de l'ancienne capitale de l'empire grec. La vue de Constantinople en mer est ravissante, pleine de surprises et d'effets poétiques; mais, suivant moi, et c'est une hardiesse extrême que d'oser avancer une pareille opinion, il lui manque le cachet de la beauté naturelle. Je vais m'expliquer.

Pour que cette ville se montre avec toute l'attrayante magnificence qu'elle possède, il faut qu'elle soit parée d'un rayon de soleil. Ne la détaillez pas, elle perdrait à l'analyse. Savourez le charme dont elle jouit, mais n'en cherchez pas la cause. La vive impression qu'elle provoque tient d'abord à la position qu'elle occupe, puis au pittoresque de son ensemble.

Peut-être suis-je un mauvais juge dans l'appréciation que je présente; au moment où Constantinople se développait devant nous, un épais nuage l'entourait comme d'un rideau, et perdue, noyée dans la brume, elle n'avait pas, elle ne devait pas avoir même ce prestige, cette splendeur sympathique que lui prête l'éclat du soleil oriental.

Ce que j'aime, et c'est un souvenir que je garderai longtemps, ce sont les rives du Bosphore. Le Bosphore de Thrace est un canal qui, comme celui de l'Hellespont, sépare l'Europe de l'Asie, et qui verse les eaux de la mer Noire dans la Propontide, comme l'Hellespont verse celles de la Propontide dans la mer Egée; mais il est moins grand et n'a guère que sept lieues de long. Sa direction générale, comme celle de l'Hellespont, est du nord-est au sud-ouest. Ses rives sont très-escarpées, sillonnées par des vallons encaissés, cachant des baies plus ou moins profondes et offrant de beaux mouillages. Aussi ce canal peut-il être regardé comme une immense rade qui précède le port de Constantinople.

Le Bosphore est constitué par le rapprochement, à l'entrée de la mer Noire, d'une des chaînes du Balkan, mont Hémus, et d'une partie des montagnes de Bithynie. On peut lui distinguer deux portions : l'une, représentée par l'anse la plus considérable que dessinent les ramifications de ces montagnes, est plus particulièrement appelée canal de la mer Noire; tandis que l'autre, qui désigne la partie comprise entre le golfe de Buiuckdéré et la pointe du sérail, se nomme le Bosphore de Thrace ou le détroit de Constantinople. Bien de plus saisissant, rien de plus admirable de coup d'œil et d'aspect que les rives du Bosphore. Couvertes de villages, d'élégantes villas, de maisons de campagne de différentes formes, de différentes couleurs, s'allongeant en promontoires qui s'avancent hardiment dans les eaux limpides du canal, elles charment par le tableau délicieusement arrangé de leurs détails, comme elles attirent par l'harmonieuse coupe de leur ensemble. C'est un vaste panorama que le regard du voyageur peut parcourir et contempler, sans crainte de rencontrer une désillusion ou un mécompte.

A l'extrémité méridionale du Bosphore, on aperçoit d'un côté Scutari sur la côte d'Asie, et de l'autre Constantinople sur la côte d'Europe, où le canal va se joindre à la mer de Marmara. La vallée de Buiuckdéré, où le canal s'élargit, en se prolongeant, vers la vallée de ce nom est la relâche ordinaire de tous les bâtiments qui veulent entrer dans la mer Noire, ou qui en sortent pour entrer dans le Bosphore. Autour de ce port est un magnifique village orné de mai-

suivant, portant sur les malades traités dans notre service, témoignera de la justesse de ces énoncés.

Tableau n° 10.

	De 24 juillet au 1er août.	Août.	Septembre.	Octobre.
Fièvres rémittentes	36	61	68	6
— intermittentes. . . .	20	68	57	56
— sub-continnes. . . .	7	20	4	3
Affections sporadiques. . . .	5	16	16	25

Au commencement de juillet, les intermittentes ont un instant paru, mais les rémittentes ont très-rapidement pris le dessus, puisque du 24, époque à laquelle nous avons pris le service, jusqu'au 31, on compte 43 non intermittentes pour 20 intermittentes. En août, nous avons 81 des premières pour 68 des secondes; en septembre, 72 pour 57; puis, en octobre, les intermittentes reparaissent aussi vite qu'elles avaient disparu en juillet, puisqu'elles y figurent pour 56, contre 9 fièvres non intermittentes. Le virement aux types non intermittents s'est manifesté non-seulement par le nombre croissant des rémittentes, mais par celui des sub-continues, qui est de 20 en août et de 4 seulement dans chacun des deux mois voisins, juillet et septembre. Les affections sporadiques sont, comme toujours, effacées par les maladies endémo-épidémiques, puis elles reparaissent aussitôt que celles-ci leur laissent un peu de place.

§ VI. — Faits cliniques, et thérapeutique.

A. Fièvres pernicieuses.

Le tableau suivant indique les formes des fièvres pernicieuses observées en 1851.

Tableau n° 11 (1).

FORMES DES FIÈVRES PERNICIEUSES OBSERVÉES DE JUIN A OCTOBRE 1851.

Indication des formes.	Juin.	Juillet	Août.	Sept.	Oct.	Totaux.	Décès.
Cholériformes	»	»	4	1	»	5	
Algides.	»	4	8	3	»	15	
Dyssentériques algides	»	»	1	»	»	1	
Convulsives	»	»	»	1	»	1	
Comateuses.	»	2	»	3	3	8	
Syncopales.	»	»	»	»	1	1	10 on
Hémiplégiques.	»	»	1	»	»	1	21 0/0
Adynamiques simples on avec vomissements on algidité. .	»	»	4	»	»	4	dans ces cinq mois.
Simples on non qualifiées. . .	1	»	1	2	»	4	
Typhoïdes.	»	1	2	»	»	3	
Délirantes	»	2	»	»	»	2	
Épileptiformes.	»	»	»	1	»	1	
Carditiques.	»	»	1	»	»	1	
Tétaniques.	»	»	1	»	»	1	
Totaux.	1	9	23	11	4	48	

Il y a donc eu prédominance des mêmes formes que l'an passé; en effet, en 1850, nous trouvons 21 pernicieuses algides et cholériformes pour 44 fièvres affectant d'autres caractères; et, en 1851, 20 pour 48.

En 1851, il y a eu, à peu de chose près, 60 pernicieuses, dont 15 suivies de mort, ou 25 0/0; en 1850, environ 80, dont 18 décès, ou 25 0/0. Il y a donc eu, en 1851, moins de fièvres pernicieuses, mais leur gravité a été la même. Cette différence n'est pas très-grande et ne suffirait pas pour légitimer le caractère pathologique particulier que nous avons assigné à l'année 1851, si l'observation journalière de toutes les affections traitées dans les hôpitaux ne venait mettre en évidence la distinction que nous avons établie. En 1851, d'ailleurs, les pernicieuses sont comme des accidents épars dans sept mois de l'année, et ne se groupent pas, comme les autres années, dans l'espace de quelques mois dont l'un constitue le point culminant de la gravité par le grand nombre de fièvres pernicieuses qu'il fournit.

Le tableau ci-contre, comprenant les pernicieuses de la saison fébrile, constate 10 décès sur 48, ou 21 0/0, tandis que toutes les pernicieuses de l'année donnent 25 0/0. Cela n'a rien d'étonnant. A Rome et à Civita-Vecchia, les pernicieuses qui se manifestent hors des temps endémo-épidémiques nous ont toujours paru généralement plus graves. Ce fait, singulier au premier abord, a peut-être besoin de vérification.

B. Reconnaître la tendance a l'algidité, et prévenir celle-ci. Évacuants intempestifs amenant l'algidité.

Nous avons insisté, dans le compte rendu de l'état sanitaire en 1850, sur le danger des évacuants trop répétés et intempestifs, notamment des vomitifs, lorsque les fièvres affectent une tendance algide. De nouveaux faits nous engagent à revenir sur ces recommandations, si importantes au point de vue pratique.

Cette tendance se prévoit souvent de loin: dans l'intervalle apyrétique, le malade se dit très-bien et n'accuse aucune souffrance; mais il ne peut se lever, il est brisé, accablé, les forces radicales sont profondément atteintes; il n'y a pas de fièvre, bien au contraire, la peau est trop fraîche, le pouls petit, l'air expiré à peine tiède. Pendant l'accès, la réaction n'est pas bien franche; ainsi la période de sueur, tout en s'accompagnant quelquefois d'excitation nerveuse, n'est point caractérisée par cette sorte d'épanouissement, d'exubérance des fonctions organiques: la sueur n'est point chaude, le pouls s'accélère mais reste concentré. Le stade de frisson est de longue durée et les deux autres stades ne sont, pour ainsi dire, constitués que par des phénomènes incomplets entés sur la prolongation de la période algide. De tels signes ne peuvent laisser de doute; mais il suffit que les forces demeurent fortement prostrées, que la peau reste trop fraîche et le pouls petit, pour donner des craintes au praticien. Dans ces cas, nous n'hésitons pas; nous cherchons à réveiller la vitalité et à ranimer la circulation, par des frictions sur tout le corps, notamment sur la colonne vertébrale, par des sinapismes, des ventouses sèches, du vin de cannelle composé, des boissons chaudes et diffusibles, sans préjudice de l'administration du sulfate de quinine, ce dernier donné dans le but de prévenir l'accès qu'on redoute et non pas de lutter contre les accidents actuels. Par ces moyens, nous avons prévenu l'algidité chez 5 ou 6 de nos malades, qui en étaient prochainement menacés. Ce n'est pas un mince danger que de se laisser surprendre; nous-même, nous le con-

(1) Services de MM. Pétronelli, Mayer, Lasserre, Garnier et Jacquot.

---

sons de plaisance et bordé d'une riante prairie, au milieu de laquelle s'élève, dit-on, un groupe de huit platanes rangés en cercle, qui tiennent à la même souche, et qui offrent en été un magnifique dôme de verdure; c'est la promenade la plus fréquentée du Bosphore.

Le village de Thérapia, situé en amphithéâtre, à l'extrémité du coude, n'est pas moins remarquable que celui de Buiuckdéré, par la beauté de ses ombrages et par celles de ses jardins suspendus en terrasses.

C'est à Buiuckdéré que la plupart des diplomates passent la saison d'été. On voit leurs résidences sur le rivage.

En sortant du golfe de Buiuckdéré, on entre dans le canal de la mer Noire, protégé par deux forts, bâtis, à ce qu'on prétend, par les Génois. On pénètre dans cette mer par le cap Fanaraki ou Fenir-koui.

Enfin, et pour terminer, je dois dire que le port de Constantinople est un des plus beaux qu'il y ait au monde; tout le Bosphore lui sert de rade, et le bassin de la Propontide pourrait lui servir d'école d'évolutions.

Le 14, à la tombée de la nuit, nous pénétrons dans la mer Noire, cette mer aux vents furieux, aux tempêtes impitoyables.

Nous passons devant Yguada, Mount-Papias, Prom-Media, petites places situées sur la côte et qu'on peut apercevoir de loin, puis devant Sizeboli, l'ancienne Apollonie. Nous dépassons Bourgas, ville forte, assise au fond du superbe golfe qui porte son nom.

Le 15 juin, à trois heures de l'après-midi, nous jetons l'ancre dans le beau port de Varna.

Vue de la rade, Varna n'a aucune signification: c'est une ville forte, voilà tout ce qu'on peut en dire. Cependant, si l'on examine les campagnes qui l'environnent, les sites, les accidents variés de terrains qui frappent les yeux; si l'on fixe son attention sur la manière dont elle est posée, construite, l'on est tenté de revenir sur une appréciation trop prompte, l'on éprouve une certaine satisfaction à se reconnaître dans l'erreur.

Une longue muraille blanche crénelée l'entoure en forme de chemise, des batteries placées aux angles en défendent les approches. Seulement les fortifications ont un niveau inférieur à celui que présentent les maisons de la ville, et l'œil peut aisément plonger dans son intérieur.

Directement en face de Varna, la côte est légèrement ondulée, verdoyante, mais ne laisse apercevoir aucune habitation.

A notre droite, sur le plan même qu'occupe la ville, à une distance cependant encore assez éloignée, se distingue un tertre élevé, au front superbe: c'est là, assure-t-on, que campa, en 1828, l'empereur Nicolas avec son état-major. C'est le premier objet qu'on signale à tout Européen qui arrive. Avouons que cette curiosité locale a son prix dans les circonstances actuelles.

La rade de Varna est belle, un peu étroite peut-être, mais profonde. A son extrémité se trouve un lac, séparé de la mer par une langue de terre. Il a une étendue de 3 lieues environ, et se nomme la Devna. Il est situé au sud-ouest de la ville et renferme un nombre considérable d'écrevisses excellentes, j'ose l'affirmer.

La Devna exerce une action pernicieuse par ses exhalaisons, qu'entraînent et que transportent les vents du sud et du sud-ouest; de plus, les terrains

fessons, en compagnie de plus habiles que nous, nous avons bien acheté notre prévoyance actuelle.

Quand un malade présente les signes que nous venons d'indiquer, on se gardera bien de lui administrer un évacuant, surtout un vomitif, lors même que les complications gastrique et bilieuse réclameraient cette médication. Bien plus, quand une certaine tendance à l'algidité se remarque dans les fièvres régnantes, on devra être sobre d'évacuants, même dans les pyrexies palustres, qui semblent exemptes de toute menace. Voici deux cas dans lesquels la répétition des évacuants parait avoir précipité ou même fait naitre l'algidité.

Un de nos malades, qui avait pris à la caserne un vomitif et deux purgatifs, a conservé pendant quatre jours un sentiment de prostration et de froid très-prononcés; ces phénomènes étaient indiqués au médecin par la fraicheur de la peau, la misère du pouls, l'accablement du sujet. Un autre militaire, auquel on avait administré à la caserne trois potions avec ipéca et émétique, et une troisième à son entrée à l'hôpital, fut pris d'une algidité croissante, accompagnée de vomissements tels, que la moindre gorgée de tisane était immédiatement rendue. Je rappelai difficilement la chaleur, et les vomissements, calmés par l'ingestion de minimes fragments de glace, médication qui demandait à être maniée avec beaucoup de prudence, ne cédèrent tout à fait que le troisième jour, à un vésicatoire placé sur l'épigastre et saupondré d'acétate de morphine.

C. THÉRAPEUTIQUE A ROME ET EN ALGÉRIE; SES DIVERGENCES ET SES CONCORDANCES. THÉRAPEUTIQUE BASÉE SUR LA NOUVELLE DOCTRINE.

M. l'inspecteur Michel Lévy, chargé de l'inspection de deux provinces de l'Algérie, de la Corse et de Rome, en a rapporté cette impression : que la plus grande anarchie règne parmi les médecins militaires, quant au traitement des fièvres endémo-épidémiques estivo-automnales; chacun a sa manière, sinon sa méthode; on est en désaccord complet quant aux doses de sulfate de quinine, quant à l'intervention plus ou moins prompte, plus ou moins énergique des évacuants, quant à la nécessité ou à l'inutilité des antiphlogistiques, des antispasmodiques, comme adjuvants ou comme traitement important, etc., etc. Cependant, en y regardant de bien près, et en examinant la pratique des médecins éclairés, indépendants d'esprit et observateurs, on ne tarde pas à saisir des analogies parmi ces divergences, à dégager en un mot en Algérie comme nous l'avons fait à Rome (voir l'histoire médicale de 1850), une méthode générale pour le traitement des fièvres dites rémittentes, et à se convaincre que les praticiens ne diffèrent guère que par ce que nous avons appelé le *procédé* d'une même *méthode*. La méthode, c'est l'emploi contemporain du sulfate de quinine et de divers autres moyens, surtout des évacuants gastro-intestinaux, et les différents procédés sont constitués par l'importance relative accordée à l'un ou à l'autre ordre d'agents thérapeutiques, par le désaccord dans la date de l'administration, dans les doses, etc.

Si la thérapeutique des fièvres endémo-épidémiques des pays chauds palustres n'est point réglementée, n'a point d'indication nettement formulée, c'est qu'elle ne part point de principes acquis. Ces principes découleront de l'analyse de ces maladies en leurs éléments morbides constitutifs, telle que nous avons cherché à l'exposer au commencement de ce travail.

Ceux qui croient que le traitement complexe est toujours indispensable se trompent, car cette thérapeutique double n'est exigée que dans les cas où les deux éléments morbides palustre et climatique sont réunis sur le même sujet. C'est, comme on le voit, une affaire de diagnostic. Ceux qui généralisent l'emploi des évacuants, des antiphlogistiques, etc., aux dépens du sulfate de quinine, sont également dans l'erreur, car ces agents employés isolément ne s'adressent point à toutes les maladies régnantes, mais seulement aux affections non palustres, qu'il faut conséquemment savoir démêler. Ceux enfin qui relèguent presque dans l'oubli les diverses médications non spécifiques et universalisent l'administration du sulfate de quinine, n'ont point non plus rencontré la vérité, car ce sel n'est héroïque que dans les fièvres palustres qui ne figurent que pour une part, large il est vrai, dans l'endémo-épidémie annuelle, l'autre part étant constituée par les affections que nous avons rangées sous la dénomination générique de climatiques.

On le voit, les principes que nous avons exposés en tête de ce travail ont une portée essentiellement pratique.

En 1849, placé dans l'alternative de recourir à la méthode romaine, dont les dangers nous ont effrayé, ou à la méthode algérienne qui donne souvent sans utilité du sulfate de quinine, nous avons nécessairement dû nous rallier à celle-ci. En 1850 et surtout en 1851, nous avons modifié notre manière, en cherchant à saisir des indications précises. En 1852, comme nous le dirons dans un autre travail, nous les avons saisies, et notre thérapeutique s'est assise sur des bases fixes désormais.

Eu 1851, nous avons recueilli l'observation complète de 80 fièvres endémo-épidémiques estivo-automnales autres que des intermittentes simples; c'est-à-dire ayant un type rémittent, sub-continu, continu. Voici comment elles se classent, sous le rapport de la thérapentique par nous employée.

Traitées par le sulfate de quinine et par les évacuants, et ayant cédé		41
Sulfate de quinine seul.	Fièvres ayant cédé sous l'influence de ce médicament.	13
	N'ayant pas cédé, et ayant exigé ensuite des évacuants.	7
Évacuants seuls.	Fièvres ayant cédé sons l'influence des évacuants	12
	N'ayant pas cédé et ayant exigé le sulfate de quinine.	7
		80

On voit que nous avions déjà apporté, en 1851, un discernement que nous croyons avoir presque complété en 1852, dans le choix des pyrexies que nous soumettions à tel ou à tel traitement élémentaire ou au traitement mixte. En effet, ayant jugé d'emblée que 20 fièvres étaient des palustres simples, nous les avons traitées par le sulfate de quinine seul, et nous avions diagnostiqué juste dans 13 cas. D'autre part, croyant pouvoir classer 19 fièvres dans les pyrexies non intermittentes, non palustres, nous avons eu recours aux évacuants et à divers autres moyens, sans sulfate de quinine, et la réussite est venue confirmer notre diagnostic pour 13 malades.

---

environnant la ville sont bas, et, dans quelques endroits, j'ai cru remarquer que leur niveau est même inférieur à celui du lac.

Enfin, il me paraît assez vraisemblable que, par quelques saignées souterraines, lentement produites par le temps, les eaux de la mer communiquent avec celles de la Devna.

Les habitants de Varna, et c'est une tradition de longue date, ne mangent jamais du poisson de ce lac. Il donne la fièvre, assurent-ils.

Au-dessus des murs fortifiés, ai-je dit, on aperçoit distinctement les maisons de Varna. Elles sont de hauteur inégale ; beaucoup sont faites de différentes couleurs. Elles n'ont pas de terrasse, mais un toît en briques; quelques-unes paraissent belles, entretenues avec soin et possèdent des balcons.

Des minarets éparpillés, en petit nombre cependant, tranchent sur l'ensemble du paysage et l'animent.

Tout en gravant dans ma mémoire, pour vous les communiquer, ces fugitives impressions, l'heure s'est avancée, le jour s'est montré, et nous touchons au moment du débarquement.

Veuillez me suivre, nous ferons ensemble plus ample connaissance avec Varna.

Disons d'abord que Varna est à 43° 24' de latitude nord et à 45° 28' de longitude est; c'est déjà 2 degrés de différence avec la latitude de Gallipoli.

Cette ville a plusieurs portes; celle par laquelle on pénètre en débarquant, appelée porte de la Marine, conduit à une rue longue, montueuse, qui traverse Varna de part en part; de chaque côté sont des boutiques, de maigres magasins. Les rues les plus belles, ou plutôt les moins laides, sont celles des Bazars et le Corso. Ce serait vraiment leur adresser une flatterie imméritée que d'en faire la description.

Mais, à mesure qu'on approche du haut de la ville, car Varna présente un plan légèrement incliné, les rues s'élargissent, s'évasent en forme d'entonnoir, et après avoir laissé sur la gauche un cimetière et une mosquée conservée avec soin, on aperçoit une plaine plate, unie, d'un aspect triste et où campèrent successivement les troupes françaises et anglaises lors de leur débarquement. En suivant directement cette plaine, à gauche de laquelle se trouvent des magasins d'armes, une caserne turque et un bâtiment qu'on destine, assure-t-on, à un hôpital pour les soldats de l'armée ottomane, bâtiment vaste, solidement établi, mais placé, suivant moi, trop près de la Devna, on arrive à une porte fortifiée qui mène à deux terrains très-étendus, d'une coupe inégale, bosselés de quelques saillies verdoyantes, de quelques mametons, et dont les dernières limites, d'un côté, vont mourir dans les eaux troublées du lac, mais dont le caractère général est empreint d'une monotonie et d'une désolation qui impressionnent péniblement. Ces terrains ont également servi de bivouacs aux troupes alliées.

Je ne peux dans ce moment citer aucun édifice, aucun monument qui commande l'attention ou qui pique une légitime curiosité.

Varna possède douze mosquées, deux églises grecques, une église appartenant au culte catholique romain, que j'ai visitée et qui est d'une simplicité trop modeste peut-être. Sa population s'élève à 12,000 habitants. Sur ce nombre, on compte à peine 3,000 Turcs; le reste est schismatique.

Les habitants de Varna sont à notre égard d'une froideur qui semble ne de-

On comprend que ces expérimentations thérapeutiques aient été pour nous comme une pierre de touche ; cherchant si les maladies qui ont cédé au sulfate de quinine seul, ou aux évacuants seuls, ou qui ont exigé ce double traitement, ne présentaient pas des caractères communs, nous avons trouvé qu'en effet elles avaient des affinités qui permettent de les réunir en trois groupes homogènes bien distincts les uns des autres : les premières sont des palustres simples, les secondes des gastriques, des *gastro-reumatiques*, comme disent les Romains, affections sans élément palustre ; les troisièmes des proportionnées, formées par les deux éléments réunis. De la sorte, le classement définitif de ces 80 fièvres, basé sur le traitement et représenté sur la symptomatologie, aboutirait aux résultats suivants :

Fièvres proportionnées formées par la réunion des éléments palustre et non palustre	54
Fièvres palustres simples	13
Fièvres gastriques gastro-reumatiques, climatiques, simples	13

Un dernier mot encore. Le premier groupe, si nombreux, n'est pas très-homogène ; en effet, nous verrons en temps et lieu, que ce qui éloigne une fièvre palustre de la *simplicité* consiste : 1° dans son adjonction avec la fièvre climatique, appelée *gastrique*, *gastro-reumatique* par les Romains, affection qui a son individualité bien tranchée, son début caractéristique, sa marche, ses symptômes ; 2° dans sa complication par un embarras gastro-intestinal ordinaire, affection bien différente de la fièvre gastro-reumatique. Dans l'un et l'autre cas, les évacuants et divers autres moyens sont d'une intervention nécessaire.

Enfin, pour qu'on ne nous prête pas une thérapeutique qui n'est pas la nôtre, nous dirons que, de ce qu'une fièvre palustre est simple, ce n'est point un motif pour que nous condamnions les évacuants comme nuisibles ou inutiles, car la secousse qu'ils donnent à l'économie est quelquefois nécessaire pour rompre la tendance contractée à la reproduction d'accès à époques périodiques.

D. CACHEXIE PALUSTRE ; TRAITEMENT ; QUELQUES ACCIDENTS ; SUEURS PROFUSES ; CÉPHALALGIE.

Nous nous sommes efforcé, dans nos publications précédentes, à rechercher la meilleure méthode pour arriver à prévenir la cachexie palustre ou à l'enrayer lorsqu'elle est déjà déclarée.

Cette méthode a été nettement formulée ; il est inutile d'y revenir. En 1851, nous l'avons employée plus rigoureusement encore, avec une modification que nous indiquerons bientôt, et les résultats ont été des plus satisfaisants. M. l'inspecteur Lévy a été frappé, en entrant dans les salles, du petit nombre de cachectiques qui existaient dans un service. Or c'est précisément dans ce service que la méthode dont nous parlons était scrupuleusement suivie.

En 1849, nous avons renoncé au vin de quina, fabriqué de toutes pièces avec du vin et de la teinture de quina, pour la potion avec décoction de quinquina (1). Cette dernière est de beaucoup préférable au vin de quina, mais elle nous semble inférieure à la poudre d'écorce, que nous avons expérimentée en 1851. Cette vieille préparation si simple et si précieuse a bien quelques inconvénients ; elle est difficile et désagréable à prendre ; elle purge quelques sujets ou leur fatigue l'estomac. Ces deux derniers inconvénients sont moins graves à Rome qu'en Algérie, à cause de la moindre impressionnabilité du tube digestif. Tantôt nous avons prescrit la poudre en opiat, tantôt mêlée tout simplement à l'eau gommeuse qui servait de boissons au malade. Si on ne fait pas prendre ces médicaments devant soit ou devant les infirmiers, on ne peut pas compter sur leur ingestion. En remplaçant, dans la potion dont nous venons de donner la formule, la décoction par 8 grammes de poudre, on obtient une préparation qui n'est point désagréable, mais le malade laisse souvent encore la partie solide au fond de la fiole ; de sorte que la surveillance est toujours nécessaire.

Le sulfate de quinine n'a rien qui lui soit comparable pour couper les accès ; mais, dans les périodes postérieures de la maladie palustre, il ne remplit plus toutes les indications. N'oublions pas que ce sel ne représente pas tous les éléments du quinquina, vérité thérapeutique autant que chimique sur laquelle nous revenons de nouveau à cause de son importance.

La prééminence de la poudre de quina n'est pas seulement manifeste dans le traitement de la cachexie, mais aussi pour prévenir les rechutes et couper les vieilles fièvres enracinées, chez les sujets gorgés de sulfate de quinine. Pour obtenir ce dernier résultat, on devra préférer le quinquina jaune aux autres espèces.

Nous avons soumis, M. Mayer et moi, les préparations de fer dont nous pouvions disposer, à la même étude que les préparations de quinquina. Nous avons laissé le sous-carbonate pour le tartrate de potasse et de fer, et celui-ci pour l'iodure. L'action des ferrugineux est lente dans la cachexie paludéenne ; il faut être bien pénétré de cette vérité, quand on veut apprécier leur degré d'efficacité ; ne leur demandons pas ce qu'ils ne peuvent pas donner.

Pour éviter les rechutes, on a institué, en 1849, un dépôt de convalescents à Frascati. En 1850, un établissement des plus incomplets fut ouvert à Albano. En 1851, on se contenta de les envoyer en subsistance dans les compagnies stationnées à Albano, Frascati, etc., et on en abandonna le traitement à l'incroyable médecine des praticiens de la campagne. Il résulte de l'étude sérieuse de la question que les dépôts de convalescents peuvent rendre de réels services, sous la condition qu'ils seront établis dans un site salubre et qu'une localité spéciale et indépendante leur sera affectée, comprenant les logements, l'hôpital, les promenades, un personnel et un matériel répondant à toutes les éventualités. Les demi-mesures prises pendant ces deux dernières années n'ont, au contraire, produit que des demi-résultats.

Deux phénomènes nous ont paru saillants chez les cachectiques de 1851, ce sont les céphalalgies et les sueurs profuses débilitantes.

Vers la fin de septembre, la moitié de nos fiévreux souffrait de céphalalgie ; celle-ci n'atteignait pas seulement les cachectiques, qui étaient en petit nombre, mais aussi beaucoup d'autres fiévreux. Elle était, par ordre de fréquence, rémittente, continue, franchement intermittente. Souvent elle ne consistait qu'en embarras, pesanteur, douleur obtuse ; mais, dans d'autres cas, elle acquérait beaucoup d'intensité et devenait lancinante. Diffuse sur toute la tête, elle se limitait

(1) Voici la formule à laquelle nous nous sommes arrêté, sauf à la modifier si l'expérience nous fait apercevoir quelque chose de mieux. Décoction obtenue avec : 8 grammes de quinquina ; teinture de cannelle, 2 à 3 grammes ; sirop simple, 30 grammes ; eau distillée de menthe poivrée, Q. S. pour obtenir une potion de 125 grammes.

---

mander qu'un prétexte, qu'une occasion pour se transformer en une hostilité ouverte. Un homme qui séjourne dans le pays depuis neuf ans me disait dernièrement : une croix et un pope suffiraient pour soulever tous ces Bulgares. Toutefois l'élément turc y exerce son autorité avec une grande énergie.

L'absence de souvenirs historiques laissés par la main des hommes et d'édifices rappelant de glorieuses actions s'explique par la position même de Varna, qui toujours a tenté la convoitise et l'ambition des conquérants et subi leurs efforts.

En 1829, le siége qu'elle soutint la détruisit presque entièrement.

Au nord-est de la ville, sur un vaste terrain qui dépend de la plaine dont le prolongement se termine à la Devna, se trouve l'hôpital militaire. Bâtiment spacieux, solidement construit, isolé des maisons voisines, c'était autrefois une caserne. Il a été partagé en deux portions à peu près égales. La première a été destinée aux Anglais et la seconde aux Français.

L'installation des deux côtés, sauf les différences d'habitudes inhérentes aux deux peuples, est à peu de chose près la même ; toutefois le couchage des Anglais m'a paru plus avantageux.

Nos malades reposent sur des matelas placés sur le parquet, couverts, d'ailleurs, d'excellentes fournitures. Les matelas des Anglais sont établis sur trois planches maintenues entre elles et assises sur deux traverses en bois.

La portion qui nous a été réservée peut contenir 841 malades.

Ce bâtiment ne présente pas de salles proprement dites. Il se compose de galeries longues, étroites et basses. Un inconvénient grave, suivant moi, c'est qu'il ne possède pas un nombre suffisant et convenable d'ouvertures pour le renouvellement de l'air.

Le service y est aujourd'hui presque entièrement installé

Sans doute la prévision ne pouvait s'étendre jusqu'à ce point ; mais il est à regretter que les médicaments aient manqué à plusieurs reprises. Cette pénurie de moyens thérapeutiques a été nuisible aux corps de troupes également ; car trop souvent il nous a été impossible de percevoir nos bons légalisés.

Cet inconvénient, qu'il suffit de signaler pour en montrer les périls, a dû disparaître, toutefois, depuis mon départ de Franckah, M. le pharmacien en chef de l'armée s'étant embarqué pour Constantinople, afin de se procurer les approvisionnements nécessaires et d'assurer d'une manière définitive et continue le service thérapeutique.

Cet hôpital a été ouvert le 15 juin. Le 17, il ne renfermait encore que 74 malades.

Mais l'arrivée successive des divisions augmenta ce chiffre : ainsi le 7 juillet, l'effectif très-probable des troupes étant de 35,000 hommes, le nombre des malades monta à 422 ; le 20, la veille de notre départ de Franckah, il était de 647.

Jusqu'alors, et relativement surtout à l'effectif des régiments réunis, le nombre des malades s'était maintenu dans des limites en quelque sorte normales ; mais bientôt ils affluèrent dans une proportion considérable, et des évacuations sur Constantinople devinrent indispensables. Cinq eurent lieu en peu de jours, et débarrassèrent l'hôpital de 336 malades environ.

quelquefois à une région, soit au front, soit à la nuque, soit à la moitié du crâne. Un certain nombre de céphalalgies ont acquis l'intensité d'une véritable névralgie, mais elles ne nous ont pas semblé présenter les points douloureux fixes qu'on observe dans cette affection. Quelques-unes se sont montrées extrêmement opiniâtres, et ont persisté huit à dix jours. Le sulfate de quinine ne nous a rendu service que dans les céphalalgies intermittentes; les rémittentes et les continues ont exigé un autre traitement. Celui-ci a dû varier selon les cas : chez les anémiques, j'ai prescrit des toniques; j'ai eu recours, au contraire, aux sangsues, aux jugulaires, quand j'ai cru remarquer de l'embarras dans la circulation cérébrale ou de l'hypérémie; enfin, dans d'autres circonstances, la céphalalgie n'a cédé qu'aux laxatifs, aux vésicatoires volants placés à la nuque, etc. Les compresses d'oxycrat ne sont que des palliatifs. On aurait pu croire que cette céphalalgie, se généralisant sur un si grand nombre de sujets, et sévissant sur les individus atteints ou ayant été atteints d'une même espèce de maladie, avait une origine commune et devait céder à un traitement unique. On voit qu'il n'en a pas été ainsi.

La fréquence des céphalalgies chez les anciens fiévreux ne serait-elle qu'une des conséquences de l'intervention de l'élément douleur, rhumatoïde, comme l'appellent les médecins romains, élément si puissant à Rome, où il s'immisce dans tant de maladies? Dans la fièvre estivale non palustre, appelée ici gastro-reumatique, il joue un rôle très-important. Bien plus, il se manifeste même chez les vénériens. Chargé provisoirement d'un service de plus de 100 vénériens, nous avons remarqué que moitié de nos malades se plaignaient de douleurs d'apparence rhumatismale, siégeant dans les épaules, dans les bras, dans les jambes, etc. Notons bien que ces douleurs se déclaraient presque aussi souvent chez les individus atteints de chancres récents, voire même quelquefois d'urétrite, que chez les sujets fortement imprégnés du virus syphilitique, et semblaient conséquemment ainsi, non pas un phénomène lié intimement à la maladie, mais plutôt un élément étranger venant s'y surajouter.

Un autre phénomène remarquable que nous avons observé sur les anciens fiévreux seulement consiste dans des sueurs nocturnes, profuses et débilitantes.

Un vieux fiévreux mouillait seize chemises chaque nuit, et jusqu'à dix dans l'espace d'une heure. Atteint de céphalalgie continue, il n'éprouvait de soulagement que pendant la sueur. La quinine fut sans effet, mais ces déperditions nocturnes cessèrent sous l'influence d'un régime réparateur et tonique, notamment de la poudre de kina.

Voici, dans un lit voisin, un cachectique à teint palustre, à chairs flasques et pellucides, qui sue également chaque nuit. Ces sueurs profuses accélèrent la marche de la cachexie. Il faut les arrêter. Le sulfate de quinine à doses élevées ne réussit pas; je le continue à faible dose comme névrosthénique, puis j'ai recours successivement et quelquefois contemporainement au régime suivant : viandes rôties, œufs, portion entière de vin, limonade sulfurique, eau de Rabel, iodure de fer, vin de cannelle composé, extrait de ratanhia, préparations de kina autres que les sels de quinine. Les sueurs persistent. Acétate neutre de plomb à 0,1, deux jours de suite; pas de résultats. Au bout de dix jours de régime tonique suivis de deux jours d'administration de l'acétate neutre, le malade mouille encore dix chemises dans sa nuit. Céphalalgie continue, débilité et anémie croissantes. J'essaye 1,5 de sulfate de quinine, dans une potion antispasmodique; insuccès. J'ai recours à la poudre de quina; les sueurs diminuent très-notablement et finissent par disparaître.

E. Fièvres typhoïdes et méningite cérébro-spinale.

Cette année, comme les précédentes, nous avons remarqué, M. Mayer et moi, que les fièvres typhoïdes sévissent le plus souvent sur les militaires récemment arrivés de France.

Nous pensons que certains décès attribués à cette affection, sont réellement dus à la fièvre pernicieuse à masque typhoïde. Quelques chiffres vont appuyer notre opinion. En faisant le relevé de quatre services, nous trouvons 7 fièvres typhoïdes admises dans l'un, 6 dans le second, 9 dans le troisième, 21 dans le quatrième. Il est clair, en dehors de toute préoccupation théorique, qu'il y a accord entre les trois premiers pour la manière de diagnostiquer, mais que le quatrième voit des fièvres typhoïdes là où ses collègues n'en reconnaissent pas. La rencontre de ces deux manières de voir serait peut-être dans l'admission de la combinaison des éléments fièvre typhoïde et fièvre palustre chez certains sujets, combinaison que nous avons déjà déclaré ne pas rejeter, et que l'Académie de médecine de Ferrare considère comme un fait acquis à la science.

Les méningites cérébro-spinales se sont groupées en une sorte de petite épidémie, puisque, sur 9 décès, 6 ont eu lieu en mars et en avril. Leur gravité a été extrême; je ne sais si l'on compterait 1 guérison sur 5. Il résulte des recherches de M. le médecin principal Mayer, que la plupart des hommes atteints arrivaient de France et avaient séjourné à Toulon, ville alors fort maltraitée par la méningite cérébro-spinale.

CHIRURGIE PRATIQUE.

Mémoire sur l'ostéo-myélite (lu à l'Académie des sciences le 21 novembre 1853); par M. Chassaignac, chirurgien de l'hôpital Lariboissière.

(Suite. — Voir le n° 33 et 35.)

CAUSES.

Influence de l'âge, du sexe et de la profession.

Je n'ai pas réuni un assez grand nombre d'observations pour apprécier d'une manière utile des influences aussi délicates que celles de l'âge, du sexe et de la profession. Elles ne peuvent se constater avec une autorité suffisante qu'à la condition d'être relevées sur un nombre imposant d'observations. Je me bornerai donc à dire : 1° Eu égard à l'âge, que tous les individus étaient de jeunes sujets; 2° eu égard au sexe, qu'aucun n'appartenait au sexe féminin; 3° eu égard à la profession, que le seul malade chez lequel on eût pu soupçonner l'existence d'une relation entre ses habitudes professionnelles et l'ostéo-myélite était un jeune garçon employé dans une fonderie de cuivre et

---

La plupart étaient attaqués de dyssenterie, de diarrhée bilieuse, de fièvre gastrique, de fièvre d'accès, de fièvre intermittente; quelques-uns enfin de fièvre typhoïde.

Mais le 14 juillet une triste complication, qu'on pouvait à peine prévoir, vint encore augmenter les embarras et les difficultés d'une installation toute récente.

Le choléra, apporté de Gallipoli comme un paquet de cigares, le fait est de la dernière évidence, se répandit dans la ville et se concentra dans l'hôpital. Tous les carrefours environnants en fournirent bientôt un certain nombre de cas.

Je n'irai pas plus loin dans le développement de cette question, que je me réserve de traiter dans une prochaine lettre.

Émile Cordier.

— Sont nommés à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon, professeurs titulaires des chaires suivantes, savoir :
Anatomie et physiologie : M. Richard.
Pathologie et médecine opératoire : M. Pétrequin.
Clinique externe : M. Bonnet.
Pathologie interne : M. Senac.
Clinique interne : M. Devay.
Accouchements, maladies des femmes et des enfants : M. Colrat.
Matière médicale et thérapeutique : M. Brachet.
Pharmacie et notions de toxicologie : M. Glenard.

Sont nommés :
Professeurs adjoints : MM. Bouchacourt (clinique externe), Teissier (clinique interne), Foltz (anatomie et physiologie).
Professeurs suppléants : MM. Gromier (chaire de médecine), Barrier (chaire de chirurgie et d'accouchements), Socquet (chaire de sciences accessoires).

En outre, M. Devallon est nommé professeur adjoint hors cadre, attaché à la chaire de pharmacie et notions de toxicologie, et M. Foltz est nommé chef des travaux anatomiques.

M. Foltz recevra le traitement affecté à ce dernier emploi, le traitement de professeur adjoint titulaire étant dévolu à M. Devallon, professeur adjoint hors cadre.

— M. le docteur Debeauvais vient d'être nommé chef de clinique de la Faculté, en remplacement de M. le docteur Lebled, dont les fonctions expirent au mois de novembre prochain.

— Il résulte du discours prononcé par le préfet des Vosges à l'ouverture de la session du conseil général que sur les cinq arrondissements de ce département, deux sont fortement envahis par le choléra (Neufchâteau et Mirecourt), un autre à peine touché (Épinal), et ces deux derniers respectés (Saint-Dié, Remiremont). Le nombre des malades monte à 6,725 et celui des décès à 3,465 depuis l'invasion de l'épidémie. Dans les Vosges, l'épidémie n'est donc que partielle; mais elle sévit violemment sur les localités qu'elle atteint.

— Localités envahies dans le Var par le choléra : Toulon, Cuers, la Valette, la Farlède, Solliès-Pont, la Seyne.

qui présentait sur presque toute la surface de la peau, mais particulièrement au niveau des plis articulaires, cette coloration verdâtre que tous les observateurs ont notée chez les ouvriers qui travaillent le cuivre.

L'observation de ce jeune sujet nous ayant offert un très-grand intérêt, non-seulement au point de vue de la cause possible de l'affection, mais encore au point de vue des lésions anatomiques, nous pensons qu'il ne sera pas inutile de la rapporter ici tout entière.

OSTÉO-MYÉLITES MULTIPLES OCCUPANT TOUTES LE CÔTÉ DROIT DU SUJET, TANT AU MEMBRE SUPÉRIEUR QU'AU MEMBRE INFÉRIEUR; ACCIDENTS TYPHOÏDES GÉNÉRAUX; CARACTÈRES PARTICULIERS DE LA SUPPURATION; MORT AU DIX-NEUVIÈME JOUR.

Obs. — Poifol (Auguste), fondeur en cuivre, 14 ans, rue de Charonne, 87, entré à l'hôpital Saint-Antoine le 3 mars 1852, au n° 21 de la salle Saint-François.

24 mars. Depuis quelques années le jeune malade porte aux deux malléoles des écorchures qui se renouvellent souvent et sont produites par la pression de sa chaussure. Du reste, ces écorchures ne sont pas douloureuses et ne sont nullement en rapport avec l'intensité des accidents qui ont amené ce malade à l'hôpital.

Il y a huit jours, des douleurs se sont fait sentir dans le genou droit et se sont propagées en remontant dans toute l'étendue de la cuisse. En même temps est survenue une fièvre très-vive accompagnée de frissons.

Aujourd'hui 24, les douleurs sont toujours très-vives dans toute l'étendue de la cuisse, qui est tuméfiée et rénitente. Les ganglions inguinaux ne sont nullement engorgés, et la pression exercée sur la région qu'elles occupent n'éveille aucune douleur. Les battements de l'artère fémorale et de la tibiale postérieure en arrière de la malléole interne se perçoivent parfaitement bien. Pouls très-développé et très-fréquent; céphalalgie; fuliginosités dentaires; langue sèche et fendillée. (12 ventouses scarifiées sur la cuisse; limonade, 3 pots; bain entier.)

25. Il y a eu du délire pendant la nuit; la tension de la cuisse a augmenté; elle est surtout considérable à la partie postérieure. On constate un épanchement dans le genou. Les douleurs du malade paraissent atroces; il pousse ces cris déchirants : « Ma cuisse, ma pauvre cuisse va [se casser ! » Deux dépressions transversales très-remarquables s'observent sous les cuisses. On fait une incision dans cette région en longeant les côtés internes des muscles qui forment la partie externe du creux poplité. Voyant qu'arrivé à une assez grande profondeur, et qu'après l'introduction de la sonde cannelée, aucun liquide ne s'écoule, on n'insiste pas davantage, malgré la conviction où l'on est que du pus existe dans la profondeur de la région. (Un grand bain; cataplasmes laudanisés sur la totalité du membre; limonade, 3 pots; éméto-cathartique.)

Le 26, nouvelle incision très-profonde à la partie externe et dans la moitié inférieure de la cuisse. Rien encore, mais en introduisant la sonde cannelée, celle-ci vient tout à coup frapper un os dénudé donnant la sensation de la nécrose, et qui doit être dépouillé de son périoste dans une grande étendue, car les mouvements de la sonde en différents sens constatent partout la même dénudation. On voit alors s'écouler de la plaie, en quantité notable, un liquide sanieux, roussâtre, tenant en suspension des globules huileux et probablement aussi des globules purulents. (Voir l'analyse de M. Follin.)

La tuméfaction de la cuisse a encore augmenté, surtout au-dessus du genou. La fièvre est toujours très-intense. Le délire continue; la douleur toujours très-vive au toucher et les cris incessants.

27. Il y a eu issue, à travers l'incision faite hier, d'un liquide évidemment purulent. La tension des tissus est moindre, la douleur paraît plus circonscrite et un peu moins vive. La fièvre est toujours très-intense. (Alcoolature d'aconit.)

28. L'analyse microscopique du premier liquide qui s'est écoulé par la seconde incision y a fait découvrir des globules de pus, des cristaux de margarine et des lamelles qui se rencontrent habituellement dans la substance médullaire des os.

Il y a une collection manifeste de liquide dans l'articulation du genou.

La jambe, qui jusqu'à ce jour n'avait rien présenté, est devenue le siége de douleurs très-vives, surtout au niveau de la malléole externe. Dans ce point, il y a aussi de la rougeur et de la tuméfaction; une incision pratiquée à ce niveau n'a donné issue qu'à un liquide analogue à celui qu'on avait trouvé à la cuisse dans le début.

Le liquide qui s'écoule de l'incision pratiquée au côté externe de la cuisse est de plus en plus purulent. La fièvre n'a pas diminué.

Il n'est pas sans intérêt de noter qu'au moment où l'on explorait la cuisse, le malade s'écriait qu'on la lui fracturait.

29. L'état général s'aggrave. Les accidents fébriles, qui étaient simples d'abord, prennent un caractère typhoïde; les intestins sont distendus par des gaz; il y a des évacuations alvines involontaires. L'état du membre est le même qu'hier, la sensibilité toujours très-vive. (Eau de Sedlitz; on continue l'alcoolature d'aconit.)

30 mars. L'incision faite avant hier au niveau de la malléole externe donne issue à un pus roussâtre. L'épaule droite s'est prise à son tour, elle est extrêmement douloureuse. La suppuration de la cuisse continue. La fièvre et la céphalalgie persistent. (Alcoolature; grands cataplasmes laudanisés.)

31 mars. Fièvre toujours très-vive. La peau, qui jusqu'à présent était restée sèche, est couverte de sueur. Les évacuations involontaires ont toujours lieu; elles sont moins abondantes.

1er avril. Endolorissement général; abdomen douloureux; prostration considérable.

2. Formation d'une large escarre au sacrum; apparition, sur toute la surface de la peau, d'une éruption miliaire de mauvaise nature et qui ne s'observe que dans les affections graves.

L'état typhoïde est porté au plus haut degré. Le pus continue à s'écouler assez abondamment à travers les incisions faites à la cuisse et à la jambe. Il y a toujours une fièvre intense.

3. Le même état persiste. Il est même plus grave encore que dans la journée d'hier; l'escarre du sacrum fait des progrès rapides et occupe une étendue beaucoup plus considérable.

4. Le malade a succombé dans la nuit.

A l'autopsie, on trouve toutes les lésions qui succèdent à la résorption purulente.

Un fait assez remarquable, c'est que tous les désordres se concentrent au côté droit, précisément celui par lequel le mal a débuté. Est-ce là une simple coïncidence, ou bien y a-t-il une relation pathologique quelconque? C'est ce qu'il est très-difficile de décider. Quoi qu'il en soit, voici les différentes altérations que l'autopsie a permis de constater.

Au fémur qui a été le point de départ de la maladie, le périoste est décollé dans toute sa moitié inférieure jusqu'à la surface articulaire du condyle interne où se trouve un point de communication avec la cavité articulaire. Entre l'os et le périoste épaissi se trouve du pus. L'articulation du genou contient un liquide roussâtre, puriforme, au milieu desquels baignent des flocons albumineux; la synoviale est fortement injectée dans certains points, dans d'autres elle est épaissie et rugueuse. L'articulation tibio-tarsienne et le péroné dans son tiers inférieur, l'articulation de l'épaule et l'humérus dans son quart supérieur, présentent des lésions analogues à celles du fémur et de l'articulation du genou. La section longitudinale du fémur a permis de constater une altération du canal médullaire.

Pour ce qui concerne les viscères, les deux reins, le foie, le poumon droit, ils présentent de nombreux abcès métastatiques; la plèvre pariétale droite est parsemée d'une quantité considérable de petits foyers purulents dont quelques-uns, par leur irruption dans la cavité pleurale, ont déterminé une pleurésie aiguë suivie d'un épanchement séro-purulent considérable. Les plaques de Peyer et les follicules intestinaux sont hypertrophiés, mais ils ne présentent pas de traces d'ulcération. Le cerveau n'a pas été examiné.

DIAGNOSTIC.

La situation profonde de l'ostéo-myélite, les affinités d'aspect de cette maladie avec deux autres affections qui ont une existence habituellement indépendante, mais qui sont produites comme conséquences presque obligées de l'ostéo-myélite, constituent des difficultés diagnostiques très-sérieuses. Ajoutez à cela que l'affection étant rare et ne s'observant par un même chirurgien que de loin en loin, le diagnostic fait défaut non-seulement par la nature même de la maladie et son siége profond, mais encore par le manque d'habitude de l'observateur. Il est donc très-important de recueillir avec un soin extrême et de fixer par la description les moindres indices propres à révéler l'existence de l'ostéo-myélite à des époques aussi rapprochées que possible de son origine.

Sous ce rapport, il est un signe qui, malheureusement, n'existe pas toujours et qui, pourtant, est peut-être le seul caractère pathognomonique du début de la maladie : nous voulons parler de cette coupe abrupte annulaire qui fait tout à coup limite entre une partie du membre où vient se manifester un œdème dur, compacte et très-douloureux. (Nous avons rencontré un cercle induré dans un cas de vaste abcès sous-périostique du fémur; mais ce qui établit la distinction des deux maladies en pareil cas, c'est que dans l'abcès sous-périostique le cercle dur coexiste avec de la fluctuation sans empâtement, tandis que dans l'ostéo-myélite il coïncide avec de l'empâtement sans fluctuation). Ce caractère pathognomonique, qui était prononcé de la manière la plus saillante sur le bras d'un jeune homme atteint d'ostéo-myélite du membre supérieur et qui dut sa guérison à l'amputation de l'épaule, est, à notre avis, le seul signe distinctif du début de l'ostéo-myélite, en ce qu'il ne se rencontre ni dans le phlegmon diffus, ni dans l'abcès sous-périostique aigu, les deux seules formes d'affection grave des membres qui soient susceptibles de donner le change sur l'existence de l'ostéo-myélite.

C'est là un phénomène diagnostique précieux parce qu'il est initial. Autrement on ne manque pas de caractères différentiels, mais qui ne se produisant que successivement et à mesure que la maladie parcourt ses périodes. Toutefois les affinités de l'abcès sous-périostique aigu et du phlegmon diffus avec l'ostéo-myélite qui engendre en quelque sorte fatalement ces deux dernières affections sont telles que le diagnostic chirurgical peut passer successivement chez un même malade par les trois phases que voici : La maladie est d'abord diagnostiquée phleg-

mon diffus, puis abcès sous-périostique aigu, pour n'être reconnue que plus tard pour une ostéo-myélite. Les phénomènes se produiseut ainsi dans le cas d'ostéo-myélite; mais quand l'abcès sous-périostique aigu existe seul, quand le phlegmon diffus existe seul, ils se reconnaissent à un ensemble de caractères qui leur appartiennent en propre. Si ces derniers ne sont pas appréciables dès le premier jour et sans un commencement d'intervention de l'art, l'emploi des incisions faites dans un but d'exploration ou de traitement a bientôt éclairé sur la véritable nature de la maladie à laquelle on a affaire. Ces réserves étant faites, nous dirons que les caractères différentiels de l'abcès sous-périostique aigu et de l'ostéo-myélite sont les suivants.

1° Dans l'abcès sous-périostique, la fluctuation précède l'empâtement; dans l'ostéo-myélite, c'est tout le contraire. 2° L'œdème douloureux qui accompagne l'ostéo-myélite a ceci de particulier qu'il se termine brusquement, offrant un bord saillant et dur, juste à la hauteur où l'os cesse d'être malade. 3° L'ostéo-myélite s'accompagne inévitablement de phlegmon diffus et de périostite. L'abcès sous-périostique aigu ne détermine ni la suppuration médullaire de l'os ni l'infiltration purulente de la totalité du membre.

L'ostéo-myélite se propage d'un os à un autre et par une marche ascendante vers la racine des membres, à travers les articulations qui deviennent purulentes. L'abcès sous-périostique aigu reste généralement borné à la section du membre dans laquelle il est apparu. S'il se manifeste sur d'autres points dans un même membre, ce n'est pas par voie de propagation directe et sans interruption, comme cela a lieu pour l'ostéo-myélite, c'est par simultanéité ou succession d'attaques distinctes. L'abcès sous-périostique aigu épargne généralement les articulations. L'ostéo-myélite ne les respecte pas.

Les caractères différentiels du phlegmon diffus et de l'ostéo-myélite sont: 1° la nature de l'œdème qui, dans l'ostéo-myélite, est plus dur et plus compacte que dans le phlegmon diffus; 2° la terminaison brusque de cet œdème par un rebord saillant et dur, juste à la hauteur où l'os cesse d'être malade; 3° la présence des globules huileux dans le pus. Il est vrai de dire que le caractère du pus, mélangé de globules huileux, a été constamment retrouvé par nous dans le pus sous-aponévrotique chez tous les sujets atteints d'ostéo-myélite, aussi bien que chez tous ceux sur lesquels j'ai observé des abcès sous-périostiques aigus. La présence de ces globules ne constitue pas un caractère différentiel entre ces deux affections, qui, d'ailleurs, se distinguent l'une de l'autre par des circonstances cliniques très-importantes, mais il les différencie toutes les deux du phlegmon diffus.

Ainsi que nous l'avons établi dans notre travail sur le phlegmon diffus, il est deux variétés de cette affection: le phlegmon diffus par nappe purulente et le phlegmon diffus panniculaire, qui ne peuvent dans aucun cas être confondus avec l'ostéo-myélite, attendu qu'aussitôt que les incisions exploratives, conseillées par nous en pareil cas, ont fait reconnaître que la suppuration réside exclusivement soit dans la nappe purulente, soit dans le pannicule sous-cutané, que l'aponévrose d'enveloppe a conservé ses caractères normaux et qu'on ne trouve pas de globules huileux, il n'y a pas lieu de s'arrêter un instant à l'idée d'une ostéo-myélite.

PRONOSTIC.

Le pronostic est excessivement grave, puisque l'amputation du membre est la seule chance de salut qui soit offerte aux malades. Tous les efforts du praticien doivent donc tendre à user de cette dernière ressource avec toute l'opportunité désirable; toutefois cette dernière chance de salut se ferme devant le malade quand l'ostéo-myélite attaque plusieurs membres à la fois ou quand la suppuration est roussâtre, caractère qui indique une malignité particulière de l'affection et l'imminence de l'état typhoïde le plus grave.

(La suite au prochain numéro.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE SUR UN PLACENTA RECUEILLI DANS LE SERVICE DE M. RAYER ET OFFRANT SIMULTANÉMENT LES LÉSIONS DE L'APOPLEXIE PLACENTAIRE ET DE L'OBLITÉRATION FIBREUSE DES VILLOSITÉS (lue à la Société de biologie le 26 août); par MM. les docteurs HIFFELSHEIM et LABOULBÈNE

OBS. — La fille Laffineur (Catherine) a 28 ans, elle est couturière et d'origine belge. Grasse, pâle, anémique, elle est enceinte de cinq mois (lors de son entrée). La grossesse a été constatée par le ballottement, le souffle utérin, les battements du cœur.

Cette fille dit avoir joui d'une très-bonne santé antérieurement. Très-fortement réglée, elle paraît avoir eu chaque fois une perte abondante. Elle est primipare. Des pertes de sang ont eu lieu par le vagin depuis sa grossesse. Pas d'hémorrhoïdes. Elle a, du reste, le caractère vif et emporté au dire de sa sœur.

Quinze jours avant son entrée au service, au milieu de la meilleure santé, elle se lève de table, pour se diriger vers une armoire, chercher du linge; puis sans cris, ni gestes, elle revient vers la table où était sa sœur; mais sa bouche était déviée, le bras droit paralysé; la jambe droite est un peu prise, mais elle marche.

Au moment où elle entre au service, elle marche bien, tout en se plaignant d'un peu de faiblesse dans la jambe droite.

La bouche est fortement déviée à droite; la langue impossible à sortir hors la bouche, tant elle est ratatinée et presque repliée sur elle-même. Le bras droit est absolument immobile.

La sensibilité est partout bien conservée.

Le cœur offre un souffle au premier temps vers la base. (On la soumet aux toniques et aux ferrugineux).

Cette fille quitte l'hôpital après y avoir fait un court séjour; mais y rentre le 1er août, atteinte d'une plaie du côté paralysé, qui *guérit rapidement.* A présent, elle marche très-bien, tire non moins bien sa langue déviée à droite.

Le 13 août, elle remue le bras, et parle pour la première fois (depuis sa paralysie), en disant: « Mon Dieu. »

Après sept semaines de séjour à l'hôpital, elle avorte le jeudi 24 août, à sept heures du matin.

L'avant-veille et la veille, elle ne présente rien de particulier. Elle est prise de douleurs à dix heures du soir, et après cinq minutes elle est délivrée en perdant abondamment du sang.

Le 25, elle a sa fièvre de lait.

Tout le monde sera frappé de la coïncidence de l'affection que nous avons décrite avec l'une des altérations du placenta.

DESCRIPTION ANATOMO-PATHOLOGIQUE.

La pièce pathologique que nous avons examinée présente deux lésions *distinctes*: l'apoplexie placentaire et l'oblitération fibreuse, que nous allons décrire séparément et le plus succinctement possible. Nous discuterons ensuite quelques points fondamentaux de physiologie pathologique que cette question a soulevés en différentes circonstances.

Nous supposons connue la description générale de ce genre d'altération très-commun, ainsi que chacun le sait. Pour plus de détails sur cette oblitération des villosités, on pourra consulter le mémoire lu récemment par M. le docteur Ch. Robin à la Société de biologie et qui sera imprimé dans ses MÉMOIRES.

Le placenta offre des dimensions un peu plus petites qu'à l'état normal. Six cotylédons sont complétement oblitérés. Deux d'entre eux, les plus compactes, offrent au centre un foyer apoplectique capable de loger un pois ou un petit haricot. Le moins malade des six offre un petit caillot dans son épaisseur, du volume d'un gros grain de millet. Les trois autres cotylédons altérés ont une coupe uniforme, sans trace d'épanchement sanguin.

On remarque, en outre, onze autres petites masses jaunâtres, offrant les caractères extérieurs et de structure des cotylédons oblitérés.

Huit d'entre elles ne dépassent pas le volume d'un grain de chènevis ou d'un pois. Les trois autres atteignent celui d'une petite noisette. Ces petites masses sont éparses dans cinq cotylédons qui, dans le reste de leur étendue, sont à l'état normal.

Les bords de toutes ces petites masses se perdent insensiblement dans la partie saine.

Quatre de ces petites masses offrent sur les côtés et au centre un petit caillot du volume d'une tête d'épingle. Les sept autres offrent une coupe homogène jaunâtre, sans complication apoplectique.

Trois cotylédons placentaires seulement sont entièrement sains; ils sont arrondis, plus volumineux que les autres. Nous reviendrons plus tard sur ces trois cotylédons avec foyers apoplectiques sans oblitération ou autre lésion des villosités.

De la présence de ces différents points oblitérés, avec l'aspect propre à cette lésion, résulte que le placenta a la plus grande partie de sa surface comme marbrée de plaques jaunâtres, confluentes par les bords, ou isolées au milieu des parties saines et rougeâtres du tissu.

Tous les amas gris jaunâtre, isolés ou confluents sont compactes, friables, peu filandreux. Tous, depuis leur surface jusqu'au contact des caillots, lorsqu'ils en renferment, offrent la même structure que voici. Ils sont entièrement composés: 1° de villosités offrant les dimensions et les caractères des villosités placentaires; c'est l'élément le plus abondant du tissu. Nous le décrirons avec détail. 2° Entre ces villosités enchevêtrées existe une petite proportion de matière amorphe, avec granulations graisseuses de 1 à 3 millièmes de millim. de largeur. Cette matière amorphe peu abondante existe là dans le même état que l'état normal; elle n'en diffère que par la présence des granulations graisseuses qui n'y sont qu'en quantité peu considérable.

Les villosités sont toutes oblitérées par du tissu cellulaire à fibres longitudinales très-peu onduleuses; on peut constater qu'entre ces fibres existent de petits amas rouge pourpre d'hématoïdines amorphes, larges de 0,01 millim.;

d'autres amas sphéroïdaux sont formés d'hématoïdine en aiguilles, larges de 2 à 4 centièmes de millim.

Il importe de noter la situation des cristaux dans le canal de la villosité et vers son extrémité terminale; de plus on voudra remarquer que ce n'est que par dilacération prolongée que l'on met en liberté ces cristaux d'hématoïdine, par l'effet de la rupture des conduits oblitérés. C'est à M. Robin que nous devons d'avoir pu décrire ces cristaux qu'il a observés en même temps que nous.

La paroi propre des villosités est remarquable par son aspect rugueux qu'on ne rencontre pas à l'état normal. Elle est remarquable aussi par la grande quantité de granulations dont elle est parsemée, d'où résulte qu'elle est moins transparente que dans les parties saines.

Ces granulations sont pour la plupart grisâtres; elles existent seules dans la moitié au moins des villosités ou leur ramification.

Les autres ramifications sont au contraire parsemées de granulations graisseuses, sphériques, jaunâtres, dont le diamètre varie de 1 à 5 millièmes de millim. de diam. La présence de ces granulations graisseuses sur un certain nombre des ramifications montre bien que le dépôt graisseux n'est qu'un phénomène secondaire compliquant l'oblitération, puisque celle-ci affecte toutes les branches des villosités sans exception. Ce qui le prouve encore, c'est que les granulations graisseuses sont isolées là où elles existent ou bien en chapelet; très-rarement elles sont contiguës ou en amas. C'est pourquoi chaque villosité conserve sa teinte grisâtre, sa transparence propre, dans les larges intervalles que n'occupent pas les granulations.

Les granulations grisâtres suffisent pour masquer les noyaux propres à la substance choriale. L'acide acétique en attaquant les granulations rend les villosités transparentes et montre leur noyau.

Dans celles des ramifications qui contiennent en outre des gouttes graisseuses, ces noyaux ne sont perceptibles aussi qu'après l'emploi du réactif. Toutefois ce réactif n'attaquant pas la graisse, l'examen de ces noyaux est plus difficile en ce point que dans les autres parties. Pour plus de détails, on pourra consulter le mémoire de M. Robin; car les faits précédents s'observent dans toutes les circonstances analogues et ont déjà été décrits par lui.

Passons aux *caillots*. Outre les caillots sanguins signalés plus haut, il en existe quatre autres que nous allons décrire successivement. Deux d'entre eux siégent chacun dans un cotylédon différent, au bord du placenta; ils sont contigus, mais distincts. Le plus externe a le volume d'une petite noix. Le cotylédon qui le renferme n'enveloppe que la moitié de sa surface. Il présente la consistance et la couleur *gelée de groseille*. La surface, dans une épaisseur de 1 à 2 millimètres, est rougeâtre, plus ferme, moins foncée que la partie centrale.

Le second caillot offre la forme et le volume d'une petite noisette; il est enveloppé aux trois quarts par le cotylédon qui le renferme. Il est d'une teinte rouge foncé, de consistance assez ferme, comme le caillot dans la saignée d'un rhumatisme aigu. Sa partie centrale est pulpeuse, demi-liquide, gris rougeâtre, comme dans un caillot qui commence à se ramollir.

Un point assez limité de sa surface offre le même aspect, mais avec une décoloration et une teinte grisâtre plus prononcée. Ces parties ramollies n'offrent plus de fibrine à l'état fibrillaire ni de globules rouges, mais quelques globules blancs flottant dans de la fibrine moléculaire, comme dans le cas des pseudo-pus fibrineux.

Les parties des cotylédons tout à fait contiguës à ces caillots sont saines. Deux autres caillots sont situés dans des caillots du centre du placenta. Ces caillots ont une surface lisse, consistante, d'un rouge grisâtre, ayant l'aspect extérieur et la disposition fibrillaire de la fibrine coagulée depuis déjà longtemps. Le centre de ces caillots est mou, tremblotant, presque diffluent, d'un gris rougeâtre.

Ces parties molles du caillot présentent encore quelques globules sanguins et de la fibrine réduite à l'état de granulation moléculaire, accompagnant une proportion à peu près égale de fibrine qui présente encore l'aspect finement fibrillaire et très-caractéristique propre à la fibrine coagulée.

Les globules blancs sont ici aussi assez nombreux; comme dans tous les caillots apoplectiques, on rencontre de l'hématoïdine amorphe ou cristallisée.

Le tissu des cotylédons, immédiatement contigu au caillot, est un peu plus dense que dans le tissu normal, ce qui semble en grande partie dû à la compression que lui fait éprouver le caillot. Sa coloration est moins rougeâtre. Ni à l'œil nu ni sous le microscope, les villosités ne présentent les caractères de l'oblitération.

Les parois des villosités sont un peu plus granuleuses que celles des cotylédons éloignés de l'épanchement. Quelques-unes offrent un petit nombre de gouttes graisseuses, mais en quantité si minime qu'on pourrait en négliger la mention.

Nous terminerons par quelques remarques sur les caillots siégeant dans les cotylédons oblitérés.

Ces caillots offrent tous les caractères des derniers caillots, si ce n'est que deux d'entre eux sont un peu plus décolorés; mais il est facile d'y retrouver, à côté de fibrine déjà réduite à l'état de granulation moléculaire, des amas offrant l'aspect fibrillaire le mieux caractérisé.

La partie du tissu oblitéré immédiatement contigu au caillot a reçu de celui-ci, dans l'épaisseur de 1 à 2 millimètres, une légère teinte de rouille, due en partie à de l'hématoïdine en général amorphe, interposée aux villosités. Il n'y a pourtant pas trace de fibrine dans cette portion des cotylédons oblitérés, et le tissu qui touche le caillot offre le même degré d'altération que les portions les plus éloignées.

DISCUSSION DES FAITS PRÉCÉDENTS.

Il ressort de cette description :

1° Que les portions de cotylédons ou les cotylédons qui présentent l'aspect *extérieur* gris jaunâtre sont constitués par des ramifications villeuses enchevêtrées comme à l'état normal;

2° Que ces ramifications diffèrent de celles des cotylédons normaux par la présence de faisceaux de tissu cellulaire serré, remplissant leur cavité et les oblitérant comme dans les cas déjà décrits par M. Robin.

3° Que c'est essentiellement à cette oblitération qu'est due l'opacité, l'état de sécheresse et la teinte gris jaunâtre des parties malades, qui diffèrent d'une manière si tranchée de la coloration gris rougeâtre et de l'état de vascularisation et d'humidité des cotylédons normaux;

4° Qu'au fait *essentiel* de l'oblitération se joint la présence *accessoire* de granulations grisâtres constantes et de granulations graisseuses, qui concourent à la production des caractères extérieurs signalés.

Tel est le fruit de l'observation. Ceux-là seuls qui ont méconnu les caractères des villosités (normales et morbides), d'une part, ceux de la fibrine d'autre part, ont pu gratuitement supposer que l'altération du placenta, que nous venons de décrire, est une phase de transformation de la fibrine (voir à cet égard les faits signalés par M. Robin dans son mémoire); qu'au contraire, il ne viendra jamais à l'esprit de ceux qui connaissent les villosités que ces organes, avec leur structure propre et leurs ramifications, puissent dériver d'un épanchement de sang.

Ce n'est donc qu'en se guidant, dans leurs interprétations, sur des caractères physiques de couleur, de consistance, et en négligeant l'examen de la structure, qui nous fait connaître la nature réelle d'un corps organisé, que l'on a pu formuler cette hypothèse.

Examinons donc quelle circonstance a pu donner naissance à cette hypothèse : c'est la présence de foyers apoplectiques, assez fréquente dans les placentas à cotylédons oblitérés. Mais, en fait, il y a des placentas apoplexiés sans oblitération des cotylédons, et plus souvent des cotylédons oblitérés sans apoplexie.

Il est connu toutefois que les oblitérations compliquées d'apoplexie constituent le cas le plus fréquent. Les recherches de M. Robin tendent, en effet, à établir que l'oblitération peut devenir une condition d'hémorrhagie pour les villosités voisines restées perméables.

Des faits précédemment exposés il ressort qu'on ne peut subordonner l'oblitération à l'apoplexie. La cause supposée est le plus souvent effet. D'ailleurs, ainsi que le prouve le mémoire de M. Robin, l'oblitération des villosités placentaires n'est que la manifestation accidentelle d'un fait qui est général pour les villosités choriales, qui ne concourent pas à la formation du placenta et cessent de se développer dès les premières semaines de l'évolution embryonnaire.

Sur le chorion de cette pièce, nous avons pu encore aisément constater (comme l'avait déjà fait M. Robin) l'oblitération arrivée au même degré, dans les cotylédons oblitérés et sur les villosités qui ne concourent pas à sa production.

L'apoplexie, quand elle existe comme ici, que nous montre-t-elle? Ce qu'elle montre dans le cerveau et partout ailleurs. Il suffit, pour s'en convaincre, de remonter à la description des caillots à différents degrés de décoloration et de ramollissement signalés plus haut.

Nous avons vu, en effet, que les caillots arrivés au même degré de modification étaient, dans les cotylédons sains, immédiatement en contact avec des villosités normales, et que, dans les cotylédons malades, ils étaient enveloppés par des villosités oblitérées. Ils avaient seulement cédé un peu de leur matière colorante à la partie contiguë.

Ces deux lésions sont donc indépendantes, nous le répétons.

En fait, dans le cas présent, pas plus que dans tous ceux dont on a examiné la structure, à l'aide des moyens rigoureux dont dispose la science contemporaine, on ne peut trouver un argument en faveur de la transformation des caillots en un produit morbide ou un tissu normal. (Chimie anatomique, 1853, t. III, p. 261.)

En voulant faire dériver d'une manière constante, d'un foyer apoplectique, cet aspect des cotylédons malades, aspect dû à une oblitération des villosités, il est certain que l'on a été conduit à admettre des épanchements où il n'y en avait pas.

L'épanchement de sang devant servir de pivot à toute cette théorie, nous allons examiner quelques-unes des circonstances qui l'accompagnent, en rayonnant un instant comme s'il avait réellement toujours précédé les altérations décrites plus haut. Ici il ne s'agit même point des *concrétions* fibrineuses, stratifiées, telles qu'elles se présentent dans certains cas, avec une apparence de texture qui est purement extérieure, et due aux conditions de coagulation.

La fibrine coagulée, ainsi que l'a récemment encore montré M. Robin

à la Société, se présente en effet dans l'économie vivante, sous *deux formes* bien distinctes. Elles sont en rapport naturellement, avec des conditions correspondantes également de deux ordres, dans lesquelles a eu lieu cette coagulation. Cette distinction est des plus importantes pour suivre et interpréter exactement les diverses phases des modifications qu'éprouve ce principe immédiat devenu corps étranger, tantôt utile, tantôt nuisible pour les tissus vivants au sein desquels il se trouve.

La *première forme*, que nous examinerons est celle qui a reçu le nom de *concrétions fibrineuses* (1), et qui se produit dans les vaisseaux ou dans le cœur pendant que le sang circule encore, ou au moins jouit d'un mouvement d'oscillation. Tel est le cas de la production des *concrétions polypiformes* du cœur contre les valvules, ou sur un point de l'endocarde enflammé ou devenu rugueux. Tel est le cas de la production des couches qui tapissent les poches anévrismales; tel est encore celui de la production du caillot dans une artère liée qui se produit d'abord au contact des bords rugueux et plissés des membranes qu'a rompus la ligature. En voyant la ténacité que prend alors la fibrine (même récemment coagulée), sa disposition par couches stratifiées avec une certaine régularité, et peu colorées, la possibilité de déchirer celles-ci dans un sens déterminé toujours le même; l'aspect fibrillaire et enchevêtré des bords de la déchirure; en voyant, disons-nous, cet ensemble de caractères, on comprend que l'on ait pu croire à une véritable organisation de ces concrétions. Mais sans parler des masses de fibrine offrant des caractères analogues, obtenues par le battage du sang d'un animal qu'on saigne, l'examen de la structure apparente de ces concrétions, de leurs réactions, de leur composition immédiate comparées à celle des tissus vivants, montre dans quelle erreur on tomberait en admettant qu'elles sont organisées : organisées à l'égal des parois artérielles, par exemple, de la peau, de l'épiderme, ou de tout autre tissu. (Ch. Robin.)

On n'y reconnaît (ainsi que le nom adopté l'indique) que des *concrétions*, formées par le passage plus ou moins subit d'une substance liquide à l'état solide, sous forme de masse amorphe, striée et granuleuse, susceptible de se déchirer dans le sens des stries, ou même offrant de véritables fibrilles isolables plus ou moins flexueuses.

Jamais elles n'offrent la disposition fasciculée ou le mode d'enchevêtrement que présentent, par exemple, les fibres du tissu cellulaire, qui sont de tous les éléments ceux qui pourraient leur ressembler le plus; jamais on n'y a vu que des traînées de globules sanguins, sans production de capillaires; jamais ces masses ne se développent, et si elles grossissent, c'est par superposition de nouvelles couches passant à l'état concret. Dans le cas où ce fait n'a pas lieu, elles tendent à passer à l'état de fibrine amorphe et granuleuse pour être résorbées peu à peu.

Or ce n'est pas même cette forme de la fibrine que l'on rencontre dans les caillots apoplectiques du placenta.

Il est une *deuxième forme* de fibrine coagulée, qui reçoit plus particulièrement le nom de *caillot*, et qui est bien distincte des *concrétions fibrineuses* (2). Elle se produit sur le vivant dans le cas d'épanchement sanguin apoplectique ou autre, et lorsque le courant sanguin de quelque cavité vasculaire normale ou pathologique, vient à être interrompue. Ce cas entre dans le mode de coagulation du sang hors des vaisseaux ou dans le cœur et dans les veines après la mort. Le caillot, dit M. Robin, diffère des concrétions en ce que toute la fibrine de la masse liquide, passant en même temps à l'état solide, a entraîné les globules rouges et blancs du sang, et par suite se trouve formée à la fois de fibrine et de globules dont la masse est plus grande que la fibrine même. Aussi les concrétions de fibrine et les caillots diffèrent-ils beaucoup. Ceux-ci sont plus mous par suite de l'interposition des globules aux fibrilles fibrineuses; de là aussi vient qu'ils n'ont pas la disposition fasciculée et se déchirent avec une égale facilité en tout sens, à peu de choses près. Souvent une partie de ces différences peut être constatée en comparant la couenne à la portion du caillot que colorent les globules. La présence des globules fait en outre que ces masses se comportent autrement que les concrétions quant aux phénomènes de leur décoloration, de leur ramollissement, quant à leur action tinctoriale (si l'on peut ainsi dire, grâce à l'hématosine), sur les tissus qu'elles touchent (Ch. Robin). Aussi a-t-on rarement parlé de l'organisation de ces caillots dans le cerveau, le poumon, le foie, etc., où on les rencontre le plus habituellement. Or il s'agit, dans le placenta, de ces caillots formés en plus grande partie par des globules du sang, que par de la fibrine. Et c'est cependant de l'organisation de ces caillots qu'on a voulu parler, lorsque l'observation montre qu'ils ne se comportent pas autrement que ceux du cerveau, etc.

Le sang épanché aurait donné naissance à des tissus tout entiers; se serait-il aussi formé des villosités? Mais où jamais un tissu a-t-il pris naissance sans la présence d'éléments anatomiques? et qui a jamais vu des éléments anatomiques dans le sang, sauf les globules? Mais dans un épanchement, ceux-ci sont eux mêmes absents; ils disparaissent. C'est donc la fibrine qui, grâce à son état fibrillaire, donne prise à une pareille supposition.

Mais un principe immédiat, sorti des mains du chimiste élevé à la hauteur d'un tissu, alors qu'à lui seul il ne représente pas même un élément de tissu ni aucun caractère d'organisation, il y faut renoncer.

Examinons maintenant quelle est l'origine de la graisse qui apparaît dans les villosités oblitérées. Viendrait-elle d'un épanchement dégénéré?

D'abord l'oblitération fibreuse et la graisse existent dans les villosités extraplacentaires, dans les parties où il n'y a pas d'épanchement, ainsi que l'a montré M. Robin et que nous l'avons vérifié. La graisse existe là comme ailleurs, mais en proportion faible par rapport au tout. On ne peut donc pas ici la faire venir des caillots fibrineux. Quant à celle des cotylédons apoplexiés, viendrait-elle du sang épanché? Nous invoquerons la plus grande autorité dans la question, et nous dirons, avec M. Chevreul, que rien n'autorise jusqu'ici à admettre même la possibilité du passage d'une espèce de principe immédiat dans un autre dans de telles conditions morbides. Qu'à l'air en pleine putréfaction il se forme une série de dédoublement qui amène un principe albuminoïde à des composés plus simples, c'est conforme à toutes les notions; mais au sein de l'organisme, cela restera à l'état de question jusqu'à ce que des recherches directes soient venues le démontrer.

En présence de pareilles données, nous devons donc répéter, avec M. Robin, que puisque l'*oblitération des villosités*, avec ou sans complication de *dépôt graisseux*, se rencontre sur les villosités choriales hors du placenta, dans des points où il n'y a pas d'épanchement apoplectique, on ne peut davantage, dans les points où existe cet épanchement, lui attribuer l'oblitération ni l'altération graisseuse.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

(Suite.)

JOURNAUX ANGLAIS.

I. ASSOCIATION MEDICAL JOURNAL;

by JOHN ROSE CORMACK.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES TUMEURS HÉMORRHOÏDALES; par M. H. LEE.

Les tumeurs hémorrhoïdales peuvent se diviser simplement, sous le rapport de leur traitement, en celles qui saignent ou qui sont composées de substance vasculaire molle et celles qui ne saignent pas ou qui sont formées d'un tissu plus consistant.

Dans la première classe, l'application de l'acide nitrique concentré est un excellent remède, et dans la grande majorité des cas aucun autre traitement chirurgical n'est nécessaire. L'acide nitrique pénètre la substance de la tumeur et produit son effet, soit en déterminant une escarre superficielle ou en oblitérant les vaisseaux de la partie.

Lorsque la membrane muqueuse n'a pas changé de caractère, qu'elle n'est pas indurée et que les parties subjacentes ne sont pas infiltrées de lymphe résultant d'inflammations répétées, l'acide nitrique concentré a constamment prévenu le retour des hémorrhagies.

Dans les cas où il y a lieu de croire que l'application de l'acide nitrique seul n'agira pas suffisamment sur la membrane muqueuse, M. Lee adopte pour méthode de faire d'abord sortir les parties affectées, et de les saisir au moyen d'un instrument formé de deux lames minces et parallèles, dont les faces opposées sont inégales, et qui se réunissent au moyen d'un ressort. L'instrument décrit par M. Jobert, dans la GAZETTE DES HÔPITAUX (1er octobre 1853), est une modification de celui que j'ai décrit en 1848, dit M. Lee. Avec cet instrument on saisit la partie prolapsée et on incise la portion qu'on juge convenable d'inciser. On touche ensuite la surface incisée avec l'acide nitrique ou le cautère actuel.

Ce mode d'opérer a le grand avantage de permettre au chirurgien d'enlever la partie quelconque qu'on désire enlever, et lui donne en même temps le moyen d'arrêter l'hémorrhagie. On est sûr aussi de

(1) Voy. Ch. Robin et Verdeil, CHIMIE ANATOMIQUE. Paris, 1853, in-8°, t. III, p. 219-220 et suiv.

(2) CHIMIE ANATOMIQUE, 1853, t. III, p. 236 à 238, et p. 258, 260.

prévenir le retour des pertes de sang après l'opération. M. Lee cite neuf observations pour prouver l'excellence de ces deux modes de traitement, suivant les deux classes de tumeurs qu'il a adoptées.

TRAITEMENT DES TUMEURS PAR LA CAUTÉRISATION GALVANIQUE; par M. R. STEEL.

L'idée d'employer le galvanisme pour la cautérisation des hémorrhoïdes a été éveillée dans l'esprit de M. Steel par les heureux résultats obtenus par M. Marschall pour détruire les tumeurs morbides, ainsi que pour produire la contraction artificielle de la membrane muqueuse et spécialement de celle qui revêt le vagin pour la guérison du prolapsus utérin. Ayant employé cette méthode pour la guérison des tumeurs érectiles et des tumeurs demi-malignes, M. Steel a été frappé du peu de douleurs qu'elle produit; de là l'idée de l'appliquer aux tumeurs hémorrhoïdales.

En effet, il l'a appliquée avec un plein succès dans un cas qui présentait une si grande quantité de matière exubérante qu'il a voulu éviter d'un côté les douleurs qui auraient résulté de l'application réitérée de l'acide nitrique concentré, et de l'autre le danger de l'hémorrhagie qui suit l'excision. Il s'agissait donc de détruire la masse malade et de faire contracter la membrane muqueuse rétractée et faisant prolapsus; la perte de substance produite par la cautérisation galvanique et la contraction résultant des cicatrices lui ont fait obtenir l'un et l'autre résultat; aussi M. Steel préfère-t-il cette méthode à toute autre connue jusqu'à ce jour.

II. MONTLY JOURNAL OF MEDICAL SCIENCES OF EDINBURGH.

Les livraisons mensuelles de janvier, février et mars 1854 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *De l'exostose pédiculée des os longs;* par M. James Syme. 2° *Examen microscopique d'une exostose;* par M. Lister. 3° *Toxicologie; huile d'amandes amères; recherches expérimentales sur les qualités prétendues toxiques de cette huile lorsqu'elle est débarrassée de l'acide hydrocyanique;* par M. Maclagan. 4° *De l'épaisseur des cartilages articulaires à différentes périodes de la vie chez l'homme;* par M. Redfern. 5° *Remarques concernant le bruit qui s'entend à l'orifice mitral dans la diastole du cœur;* par M. Markham. 6° *Observations sur l'usage de l'opium comme substitutif des purgatifs dans divers cas d'obstruction des viscères;* par M. Evans. 7° *Sur la fausse appréciation des couleurs;* par M. Wilson. 8° *Pathologie et pratique obstétricales;* par M. Simpson. 9° *Observations sur la dentition des Lilliputiens aztèques;* par M. Reid. 10° *Quelques observations sur le climat de Ténériffe;* par M. Pinkerton. 11° *Deux cas de morsure de serpent arrivés dans le Scinde;* par M. Lownds. 12° *Cas extraordinaire d'erreur sur l'identité;* par M. Kinloch. 13° *Sur la présence de la graisse dans les excrétions;* par M. Reeves. 14° *Observations chirurgicales, suivies de remarques;* par M. Spence. 15° *Réflexions sur la durée de la grossesse et remarques sur la date de l'imprégnation.* 16° *Tératologie; de la fréquence des difformités en général et de certaines variétés en particulier;* par M. Adams. 17° *Cas de choléra dans lequel le sang était altéré d'une manière remarquable;* par M. Cowan. 18° *Note sur le diabète sucré;* par M. Rennet.

DE L'EXOSTOSE PÉDICULÉE DES OS LONGS; par M. J. SYME.

Comme l'expression *exostose* littéralement implique purement une croissance excessive de l'os, on l'a employée pour désigner une grande variété de conditions morbides, dans lesquelles cette circonstance existe. Le cal qui sert à réparer une fracture, la nouvelle écaille osseuse, qui prend la place d'une portion d'os nécrosée, le spina ventosa ou expansion causée par l'accumulation de pus ou autre fluide, les excroissances foliacées qui apparaissent dans la substance d'une tumeur ostéo-sarcomateuse et les proéminences morbides sur lesquelles s'attachent quelquefois les muscles, ont tous été compris sous le même titre. C'est sur une forme particulière sous laquelle se manifeste la dernière de ces productions que M. Syme veut attirer l'attention.

La tendance aux excroissances de cette espèce est plus grande dans la première période de la vie, spécialement à l'époque de la puberté, comme si dans le développement du corps, il y avait un excès d'expansion dans le système osseux. L'exostose simple ne s'accroît pas d'une manière illimitée; mais après avoir atteint un certain volume, elle reste stationnaire durant la vie. Astley Cooper a décrit sous le même titre des cas bien divers. Anatomiquement, ces tumeurs diffèrent dans leur constitution. Dans un cas, c'est uniquement la texture osseuse encroûtée extérieurement par une lame cartilagineuse; et dans l'autre, c'est un accroissement fibro-cartilagineux renfermé dans l'os ou dispersé dans les interstices de ses mailles, de structure comme rayonnée. Pathologiquement, elles diffèrent en ce que dans l'une c'est une excroissance qui est limitée dans sa tendance à croître, et qui ne produit aucun inconvénient, si ce n'est celui résultant de la particularité de sa position, comme lorsqu'il est situé sous l'ongle du gros orteil; l'autre, au contraire, n'a pas de limite dans son accroissement, qui dépend de la substance fibro-cartilagineuse et non de l'os. Dans la pratique, elles diffèrent sous ce rapport important que, tandis que l'une peut être enlevée en coupant sa base, l'autre ne peut être extirpée si ce n'est en enlevant l'os entier ou en l'amputant dans une partie saine loin des limites du mal.

Après les maxillaires, c'est dans l'humérus que les excroissances fibro-cartilagineuses se manifestent le plus fréquemment. Sous le titre de tumeur cartilagineuse, on a donc compris deux conditions morbides du système osseux, de nature très-différente et qui exigent d'être distinguées pour établir le traitement propre à chacune.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES QUALITÉS PRÉTENDUES TOXIQUES DE L'HUILE D'AMANDES AMÈRES LORSQU'ELLE EST DÉBARRASSÉE DE L'ACIDE HYDROCYANIQUE; par M. MACLAGAN.

L'auteur tire des expériences qu'il a faites et de celles mentionnées par d'autres les conclusions suivantes:

1° Que la différence qu'on remarque entre l'huile rectifiée ou non rectifiée d'amandes amères montre que l'action toxique de la dernière est due essentiellement à l'acide hydrocyanique qu'elle contient;

2° Que l'huile réellement libre d'acide hydrocyanique, à la dose de quelques gouttes, n'agit pas comme poison sur les animaux en général, et que les exemples où de telles doses d'huile non rectifiée ont été fatales à l'homme ou aux animaux doivent être attribués uniquement à l'acide hydrocyanique;

3° Que des expériences faites sur des lapins, auxquels on a administré un demi-drachme, montrent invariablement que s'il est complétement libre d'acide prussique, de pareilles doses ne produisent pas d'effet toxique nuisible; qu'à des doses plus élevées (1 drachme et plus), il est fatal aux lapins, même lorsqu'il est complétement libre d'acide hydrocyanique; cependant la rapidité avec laquelle la mort s'accomplit est très-variable; cela est dû aux particularités physiologiques de ces animaux;

4° Sur les chiens, dont l'organisation est bien plus appropriée, pour attester les effets probables de cette substance sur l'homme, des doses s'élevant même jusqu'à 3 drachmes d'huile entièrement ou à peu près libre d'acide prussique ne produisent d'autre effet qu'un léger vomissement et ne causent pas la mort ni aucun symptôme dangereux;

5° Que l'expérience prouve que si cette substance doit être appelée un poison, on doit la regarder comme un poison peu actif; mais qu'en réalité elle ne peut, même en se basant sur son effet sur les lapins, être regardée comme un poison sans renfermer, sous cette dénomination, beaucoup d'autres substances, telles que l'huile de girofle qu'on ne peut regarder comme toxique;

6° Que l'emploi de l'huile purifiée pour parfumer les assaisonnements n'est sujet à aucune objection autre que celles qui peuvent s'appliquer aux huiles volatiles qu'on emploie ordinairement.

DE L'ÉPAISSEUR DES CARTILAGES ARTICULAIRES A DIFFÉRENTES PÉRIODES DE LA VIE CHEZ L'HOMME; par M. REDFERN.

Les cartilages articulaires diminuent-ils uniformément et progressivement d'épaisseur à mesure que la vie avance?

Dans la table qu'a dressée l'auteur, on voit que l'épaisseur varie davantage dans les différents cartilages du fémur et de la partie supérieure du tibia que dans tous les autres os; il en attribue la cause à ce que les cartilages de ces parties sont plus aptes à devenir mous, veloutés et fibreux, état dans lequel il est presque impossible de déterminer leur épaisseur.

Malgré les grandes variations qu'on rencontre dans les différentes mesures qu'il a prises de l'épaisseur de ces cartilages comparés aux autres, il trouve qu'il n'y a rien ni dans ceux-ci ni dans toutes les séries de mesures qu'il a faites, qui fasse conclure qu'ils deviennent graduellement plus minces à mesure qu'on avance dans la vie, ni même qu'ils soient plus minces chez les personnes âgées que chez les jeunes personnes. M. Redfern, en cherchant à apprécier l'épaisseur des cartilages articulaires aux différentes périodes de la vie, a trouvé, ce qui ajoute un grand caractère d'évidence aux faits qu'il a fait connaître, qu'à mesure que la vie avance ces cartilages, et spécialement ceux de certaines articulations, changent leurs caractères élémentaires et

deviennent fibro-cartilagineux ou complétement fibreux. Ce changement a ses analogues dans la conversion des cartilages costaux en os, des tendons en fibro-cartilages et en os, et dans les changements que l'âge amène dans les os généralement, dans la cornée et dans les antres tissus. On peut l'appeler non improprement *la dégénération sénile des cartilages.*

TÉTANOS A LA SUITE DE LÉSIONS DE L'UTÉRUS, APRÈS L'AVORTEMENT ET APRÈS L'ACCOUCHEMENT; par M. SIMPSON.

L'auteur cite sept observations propres à montrer que le tétanos traumatique survient occasionnellement comme maladie secondaire on obstétrique, de même que toutes les autorités chirurgicales reconnaissent qu'il survient occasionnellement, et encore plus fréquemment comme affection chirurgicale secondaire.

Les lésions de l'utérus non en état de gestation semblent avoir peu de tendance à produire le tétanos traumatique; cependant M. Simpson cite un cas remarquable de cette formidable complication survenue chez une femme de 35 ans, à la suite de l'expulsion naturelle d'un polype, précédée d'hémorrhagies graves pendant plusieurs mois.

TÉTANOS SURVENU APRÈS L'AVORTEMENT. — L'auteur cite sept observations; dans plusieurs des cas cités, il n'y avait rien de particulier dans les phénomènes de l'avortement ni rien de spécial dans le traitement qui avait été appliqué; car aucun traitement, soit médical, soit obstétrical, n'avait eu lieu durant ou après l'avortement, les cas étant simples et exempts de complication. Dans d'autres, il y avait eu hémorrhagie, et on avait fait le tamponnement du vagin; mais le vagin est chaque jour tamponné par les praticiens pour arrêter des hémorrhagies dans les cas d'un utérus fécondé ou non, sans qu'il soit suivi de si graves conséquences. Cependant il existe un très-grand nombre de preuves que le tétanos après l'avortement est plus sujet à se manifester, soit que la surface utérine soit dans un état tel que l'hémorrhagie tende à se prolonger, ou que les sinus utérins soient irrités par le tampon.

Dans aucun des cas, il ne paraît pas y avoir eu la moindre tendance à l'inflammation de l'utérus, comme antécédent qui ait pu donner lieu à l'explosion du tétanos.

TÉTANOS APRÈS L'ACCOUCHEMENT. — Le tétanos qui suit l'accouchement semble obéir, eu égard à la période de son apparition, aux mêmes lois qui président à l'apparition de la maladie après l'avortement ou après des opérations chirurgicales. Dans toutes ces conditions, l'attaque de tétanos ne commence pas habituellement avant une semaine, après qu'a eu lieu la lésion obstétricale ou chirurgicale qui l'a fait naître. Suivant la statistique publiée par Romberg (MANUEL OF NERVOUS DISEASES), dans plus de la moitié des cas de tétanos suite d'opérations chirurgicales, ou dans 112 cas sur 208 qu'il a réunis, les attaques eurent lieu entre le troisième et le dixième jour après la lésion ou l'opération. C'est dans la même période de temps que sont compris les cas de tétanos obstétrical relatés par l'auteur. La plupart des autorités chirurgicales s'accordent à reconnaître que la maladie se manifeste très-souvent immédiatement après que ceux qui portent des lésions chirurgicales ont été exposés accidentellement à des courants d'air froid ou à des changements subits de température.

Le même fait semble aussi avoir lieu par rapport au tétanos puerpéral.

DE LA PRÉSENCE DE LA GRAISSE DANS LES EXCRÉTIONS; par M. REEVES.

La présence de la graisse dans les excrétions est un sujet d'un très-grand intérêt à la fois pour le physiologiste et pour le pathologiste.

L'opinion avancée par Liebig que le sucre et l'amidon, dans l'acte de la digestion, sont convertis en graisse, fait nié par MM. Dumas et Boussingault, mais confirmé par MM. Pelouze et Gellis par la découverte qu'ils ont faite que l'acide butyrique peut se former par la fermentation du sucre, découverte corroborée par les expériences de Greendlach et Edwards sur les abeilles, la conversion de l'amidon en sucre dans le diabète et l'influence favorable de la diète végétale pour diminuer la graisse, tout tend à prouver la vérité de la théorie du grand chimiste allemand, dit M. Reeves.

La graisse forme un des principes constituants du sérum, de l'urine, de la bile et des fèces. Des faits nombreux ont établi l'existence de la graisse dans le sang, dans les urines et dans les fèces.

La graisse, comme maladie, doit être regardée comme résultant de quelque changement, soit dans la bile elle-même ou le foie; qu'il sécrète des matériaux qui lui sont apportés par la veine porte, dont le sang doit en contenir une quantité plus grande que de coutume, et de ce que le système n'étant pas en état de la recevoir, au lieu d'être prise dans l'intestin par l'épithélium à colonnes déjà sans doute chargé d'huile, elle apparaît dans les fèces. Dans un des cas observés par le docteur Elliotson, les intestins étaient comme baignés dans l'huile. La graisse peut passer soit en masse, comme un fluide butyreux plus ou moins épais, ou comme une huile. Les deux cas ont lieu à la fois, mais le fluide butyreux est le plus fréquent.

RÉFLEXIONS SUR LA DURÉE DE LA GROSSESSE ET REMARQUES SUR LE CALCUL DE LA DATE DE L'IMPRÉGNATION; par M. DUNCAN.

Dans les écrits nombreux qui ont été publiés sur la question de la durée de la gestation chez les femmes et les animaux inférieurs, il a toujours semblé à M. Duncan qu'une cause importante d'erreur est restée inconnue. Lorsqu'on l'aura complétement étudiée, dit-il, nos connaissances, quant à la durée de la gestation, seront bien mieux définies et bien plus satisfaisantes qu'elles ne le sont actuellement.

La grossesse est un état de fertilité qui, comme Leenwenbock l'a déjà remarqué il y a longtemps, ne peut être regardé comme ayant eu lieu avant qu'il se soit passé un certain temps avant que l'union de l'œuf ou des œufs avec la semence ait eu lieu.

Jusqu'ici on est resté incertain sur la durée possible de cet intervalle. Cette période n'est pas insignifiante, et on ne doit pas la négliger, sans courir le risque de commettre une erreur importante.

Il y a toute raison de croire que les circonstances de la conception, chez la femme, ressemblent beaucoup à celles des êtres qui occupent un rang élevé dans l'échelle animale. Ce qui nous importe, à ce point de vue, ce sont les cas où la conception a eu lieu peu de temps avant le retour des règles. L'auteur cite, à cet effet, le cas observé par Montgomery, dans lequel la dernière menstruation eut lieu le 18 octobre. L'imprégnation eut lieu le 10 novembre, la parturition le 17 août. L'intervalle entre l'imprégnation et la parturition fut de 280 jours; entre la dernière menstruation et la parturition, il y avait au moins trois semaines.

L'état présent de nos connaissances exige qu'on fasse une distinction entre la date de l'imprégnation et celle de la conception. Cette distinction fera disparaître le désaccord qui existe quant au terme de la gestation dans l'espèce humaine, et donnera l'explication des cas dits de gestation prolongée. Cependant, vu l'ignorance dans laquelle nous sommes encore sur l'intervalle possible entre l'imprégnation et la conception, l'acquisition exacte de ce résultat est impossible.

L'auteur donne une statistique comprenant 46 cas dans lesquels la gestation ent lieu après un seul coït, qui donnent la période de 275 jours comme durée moyenne entre l'imprégnation et la parturition.

L'intervalle entre la dernière menstruation et l'accouchement est, dans la majorité des cas, le seul point qu'on puisse calculer exactement. Les recherches modernes ont démontré que c'est à la période menstruelle que l'œuf quitte la vésicule de Graaf et traverse l'aqueduc de Fallope pour se rendre à l'utérus; c'est dans le cours de ce trajet qu'il rencontre la semence d'où résulte la conception. Il faut environ trois jours pour que ce trajet s'effectue chez le lapin, et, d'après l'opinion de Bischoff, il s'effectue en huit ou dix jours chez la femme; durant tout ce temps dès lors la femme est susceptible de concevoir. Les calculs statistiques donnent une moyenne de 278 jours comme intervalle entre la dernière menstruation et la parturition, période moindre que celle de 280 jours, qu'on admet généralement en Écosse comme intervalle entre l'imprégnation et la parturition ou durée de la gestation. On peut admettre avec quelque probabilité que la conception a lieu généralement quelques jours après que la menstruation a eu lieu, vue qui est confirmée par beaucoup d'autres observations physiologiques. D'après la statistique donnée par l'auteur, l'accoucheur fera bien de ne pas fixer le jour de l'accouchement. Si la date du jour où un seul coït a eu lieu est donnée, ce qui est très-rare, alors on pourra dire le jour probable de l'accouchement: il y a seulement à compter 275 jours (intervalle moyen entre l'imprégnation et la parturition), à partir de cette date.

D'après les questions et les observations qu'il a faites en Écosse et en Angleterre, M. Duncan trouve qu'il existe un moyen populaire pour calculer cette époque, très en usage et plus correct que celui qui est recommandé dans les écoles; par exemple, à Édimbourg et dans quelques parties de l'Écosse, il est commun de voir des femmes calculer ainsi: elles trouvent le dernier jour de leur menstruation, et elles comptent que le même jour, neuf mois après, sera le jour où elles accoucheront.

Les conclusions de l'auteur sont:

1° Que l'intervalle entre la conception et l'accouchement (durée réelle de la gestation) n'a été déterminé exactement dans aucun cas;

2° Que l'intervalle moyen entre l'imprégnation et l'accouchement, appelé communément la durée de la gestation, est de 275 jours;

3° Que l'intervalle moyen entre la fin de la menstruation et l'accouchement est de 278 jours;

4° Que les intervalles entre l'imprégnation et l'accouchement, la menstruation et la parturition, n'ont pas de durée déterminée, mais varient entre certaines limites;

5° Bien que la preuve absolue de la prolongation de la gestation réelle au delà de ses limites habituelles manque encore, toutefois les probabilités sont assez fortes pour admettre qu'elle peut se prolonger jusqu'à trois ou quatre semaines.

DEUX CAS DE MORSURE DE SERPENT DANS LE SCINDE; par M. LOWNDS.

Dans le premier cas, le malade s'obstine à refuser toute espèce de médicament; le pouls, qui était d'abord plein et à 90 pulsations par minute, s'affaiblit petit à petit; le crachement de sang, qui avait commencé trois ou quatre heures après la piqûre, continua, et le malade refusant tout, succomba à peu près vingt-quatre heures après avoir été mordu.

Le deuxième cas arriva chez un cipaye du 2° bataillon de Belooch, mordu par un serpent de l'espèce dite cupra par les natifs du pays (l'espèce ne put être indiquée dans le premier cas); il vomit aussi le sang trois ou quatre heures après avoir été mordu; c'était le seul symptôme anormal qu'il présentait. Le sang vomi n'avait aucune tendance à se coaguler. La diminution d'action du côté du cœur commença à la même époque que dans le cas précédent, et la sensibilité à peu près de même. L'état du sang était très-remarquable et peut faire conclure, dit M. Lownds, que la cause de la mort doit être cherchée dans la circulation du sang et non dans le défaut de la respiration.

Nous ne pouvons pas déterminer précisément si ce sang empoisonné ou détérioré agit sur les grands centres nerveux et s'il amène ainsi, par le moyen du cerveau, le défaut d'action du cœur, ou s'il agit directement en déprimant l'énergie nerveuse et musculaire du cœur et des grands vaisseaux.

Dans aucun de ces deux cas n'a eu lieu la disposition au sommeil qu'on remarque si communément.

Quant au traitement, dans le deuxième cas qui a été couronné de succès, on a employé uniquement les stimulants énergiques. Le pouvoir du chloroforme, comme stimulant diffusible, est très-grand, dit M. Lownds, et presque instantané dans ses effets sur la circulation, et dans ce cas il a été employé avec avantage.

DE LA FRÉQUENCE DES DIFFORMITÉS EN GÉNÉRAL ET DE CERTAINES VARIÉTÉS EN PARTICULIER; par M. ADAM.

La moyenne des enfants qui présentent des vices de conformation, dans les hôpitaux de Vienne et de Paris, est de 1 sur 232 naissances. Les vices de conformation sont plus fréquents dans le sexe féminin que chez les mâles.

Comment expliquer la prépondérance des filles sur les garçons dans le cas de difformités?

La seule hypothèse qui semble probable à M. Adam n'est pas que le sexe induit le vice de *conformation*, mais que le vice de *conformation détermine le sexe*. Il pense qu'il faut un degré plus élevé de pouvoir de formation pour que l'embryon se convertisse en enfant mâle, car les bords du *sinus urogenitalis* ont besoin d'être plus développés pour constituer le périnée du mâle et le scrotum. Si, par conséquent, de la cinquième à la quatorzième ou seizième semaine, il arrive que quelque chose trouble ou arrête le développement de l'embryon, son *autotrophie* ou pouvoir inhérent de formation est tellement affaibli qu'il ne soit plus possible que la fissure primitive du cloaque se ferme, le fœtus reste conséquemment du sexe féminin.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 28 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

DOCTRINE CHIRURGICALE RELATIVE A LA PRÉSENCE DE PROJECTILES ET AUTRES CORPS ÉTRANGERS PORTÉS DANS L'ÉCONOMIE.

M. SÉDILLOT, à l'occasion d'une communication de M. Guyon, présentée dans la séance du 17 juillet dernier, adresse sous ce titre la note suivante :

On a soutenu, à diverses reprises, que les corps étrangers introduits dans l'économie, et particulièrement les projectiles de guerre, étaient sans inconvénients et sans dangers et que l'organisme les rejetait spontanément au dehors, ou en tolérait facilement la présence.

Il ne serait pas exact d'admettre qu'on a trouvé des projectiles, plombs, chevrotines, balles, dans tous les organes humains, sans qu'il en résultât d'inconvénients sérieux. On n'a jamais rencontré dans la moelle épinière, la moelle allongée, les pédoncules cérébraux, le cervelet et le reste de la masse encéphalique sans accidents mortels ou excessivement graves. Le fait si remarquable cité par le savant M. Duméril, d'une balle logée et comme suspendue dans un des hémisphères du cerveau, est l'expression habituelle de ces cas complétement exceptionnels.

Les rares malades qui ont échappé aux accidents primitifs éprouvent des désordres locaux et fonctionnels plus ou moins prononcés, auxquels ils finissent par succomber. Il est beaucoup d'autres organes encore où des projectiles ne sauraient impunément persister. Supposez-les dans les milieux de l'œil, et la vue sera détruite; placez-les à la surface de rapport d'une articulation, et les mouvements seront abolis.

Le fait le plus commun, auquel on s'est arrêté avec trop de complaisance, est celui des projectiles enkystés dans le tissu cellulaire, ou enclavés dans l'épaisseur ou à la surface des os.

Certains hommes d'une constitution vigoureuse ont pu porter impunément ainsi, pendant un grand nombre d'années, des balles ou des fragments de plomb; mais il arrive un moment où les douleurs apparaissent, l'inflammation survient, et il faut retirer les corps étrangers et quelquefois sacrifier les membres profondément altérés qui les renfermaient.

La clinique si instructive de notre illustre et regrettable maître le baron Larrey était féconde en observations de ce genre, et nous lui avons vu, à l'hôtel des Invalides, pratiquer de fréquentes amputations pour des lésions osseuses et articulaires dépendant de la présence de corps étrangers datant de quinze et vingt ans.

Une distinction importante mérite d'être faite au sujet de la tolérance de l'organisme.

Le plomb est le métal le mieux supporté; les fragments osseux désignés sous le nom d'esquilles le sont moins bien, et c'est à l'enclavement, entre les extrémités d'une fracture, d'une portion osseuse privée de vie, que l'on doit souvent attribuer le défaut de la consolidation et les ostéites consécutives qui entraînent la perte du membre. Les pièces de vêtement, et particulièrement celles de fil, de coton et de laine, sont fort dangereuses. Les recueils chirurgicaux sont remplis d'observations de morts déterminées par la présence de ces substances, dont l'expulsion spontanée ou l'extraction ont quelquefois amené des guérisons inespérées.

Sous ce rapport, le fait de M. Guyon (COMPTES RENDUS du 17 juillet dernier) est peut être unique, puisqu'il s'agissait d'un kyste du sommet du poumon, contenant une balle de calibre, deux esquilles et deux sortes de tissus, l'un de toile et l'autre de drap.

Cette guérison extraordinaire se serait-elle maintenue, et le malade fût-il resté longtemps capable de continuer à servir? Le doute est au moins permis, et il est très-probable qu'à la suite de quelque effort, ou de quelque inflammation intercurrente, le poumon se serait altéré au pourtour du kyste, sous l'influence des corps étrangers qui y étaient contenus. Broussais rapportait, comme preuve de tuberculose produite par irritation locale, l'histoire d'un militaire dont un des poumons renfermait une simple balle enkystée. La mort avait eu lieu sept ans plus tard, par tuberculisation de l'organe blessé, tandis que le poumon du côté opposé était resté sain.

Ces faits confirment la règle donnée par les chirurgiens militaires les plus expérimentés, de pratiquer l'extraction de tous les corps étrangers portés dans l'économie. Cette indication n'a pour limites que le danger de causer, par des recherches intempestives, plus de désordres et d'accidents que la présence des corps étrangers eux-mêmes ne pourrait en provoquer.

STRUCTURE DU CONARIUM ET DES PLEXUS CHOROÏDES CHEZ L'HOMME ET LES ANIMAUX.

M. FAIVRE communique sur ce sujet un travail dont nous extrayons les principaux résultats.

L'auteur a reconnu que trois éléments entrent dans la constitution du conarium chez l'homme et les animaux : une capsule fibro-vasculaire, une matière molle parenchymateuse et un élément inorganique.

La matière parenchymateuse, qu'on a regardée jusqu'ici comme formée par la substance grise, en diffère complétement par la structure. A un grossissement de 500 diamètres, on la trouve invariablement formée par des corps arrondis ou ovoïdaux, à bords nets, grenus à l'intérieur, d'un volume variabl suivant les âges et les espèces, insolubles dans l'eau, l'acide nitrique et l'alcool, et dont la réunion constitue le parenchyme.

D'après ses observations, l'auteur regarde comme certain que chez l'homme, comme chez les animaux, la glande pinéale est constituée par un élément histologique particulier, distinct de ceux qui entrent dans la composition du tissu nerveux.

Les plexus choroïdes de l'homme offrent trois dispositions particulières que l'auteur désigne sous les noms de villosités choroïdiennes, d'amas choroïdiens, et de vésicules choroïdiennes.

Les vésicules choroïdiennes n'existent que chez l'homme; elles sont dis-

posées dans l'étage inférieur des ventricules latéraux, sous forme de grappe, et cette grappe, lorsqu'on l'étudie bien, est formée par le plissement d'une lame celluleuse adhérant en certains endroits à un lassis vasculaire sous-jacent. Les portions libres de la lame prennent ainsi l'apparence de vésicules. Chaque vésicule renferme une masse molle et blanchâtre de tissu cellulaire, ainsi qu'un nombre prodigieux de petits grains inorganiques; ces petits grains, désignés sous le nom de sable cérébral, sont arrondis et composés en partie de carbonate de chaux.

En passant de l'homme aux animaux, la structure des plexus choroïdes se simplifie notablement, tout en restant encore complexe chez certaines espèces.

Chez l'homme, comme chez les animaux supérieurs, on trouve dans les plexus choroïdes de nombreuses concrétions, tantôt produites dans les cellules d'épithélium, tantôt disposées dans les vésicules ou attachées sur la paroi des vaisseaux, ou libres dans les espaces compris entre les flexuosités vasculaires et la couche d'épithélium. En classant ces concrétions d'après leur importance, on trouve :

1° Carbonate de chaux; 2° phosphate de chaux; 3° cholestérine; 4° silice; 5° phosphate de magnésie; 6° carbonate de potasse; 7° phosphate ammoniaco-magnésien.

Lorsqu'on réfléchit à la signification des plexus choroïdes et des nombreuses concrétions qui s'y développent, on ne tarde pas à reconnaître qu'il se passe dans cette partie de l'encéphale des phénomènes importants et nombreux, et qu'il y a là un dépôt de matériaux inorganiques divers, résultant de l'influence de l'âge sur la nutrition du cerveau. La constance des produits inorganiques et leur augmentation avec l'âge conduisent à formuler ce résultat.

D'après des inductions légitimes, auxquelles cependant l'auteur n'accorde pas la confiance que les expériences seules méritent, il croit devoir avancer que les plexus choroïdes, dont la surface vasculaire est plus que décuplée par les villosités, ont un rapport intime avec la production du liquide céphalo-rachidien. (Comm. : MM. Serres, Flourens, Cl. Bernard.)

MOYEN DE FACILITER LA TRANSMISSION DES SONS POUR LES PERSONNES AFFECTÉES DE SURDITÉ.

M. Strauss-Durckheim rappelle, à l'occasion de la communication de M. l'abbé Lecot sur ce sujet, qu'il a fait en 1842, en présence de M. le professeur Puybonnieux, des expériences de ce genre sur les élèves de l'Institution des sourds-muets, dont les résultats ont été publiés dans l'Écho du monde savant, septembre 1842.

Ces expériences ont consisté à faire très-bien entendre et parfaitement apprécier, non-seulement les coups frappés par une montre à répétition dont ces élèves tenaient la queue entre les dents, mais surtout toutes les modulations de la musique exécutées par une boîte à musique également appuyée contre les dents. Enfin, l'auteur réclame même la priorité à l'égard de la découverte du moyen que M. Lecot a employé pour faire entendre la voix aux sourds-muets, l'ayant formellement indiqué dans le journal cité ci-dessus, comme devant indubitablement réussir. (Renvoi à la commission nommée pour l'examen de la note de M. l'abbé, commission qui se compose de MM. Velpeau, Rayer et Cl. Bernard.)

PHÉNOMÈNES VISUELS.

M. Champmas (de Nérac) adresse une note sur certains phénomènes visuels qui se produisent lorsque l'œil a été frappé d'une vive lumière.

L'auteur décrit avec soin les modifications qui s'opèrent depuis le moment où cesse l'action de la lumière sur l'œil jusqu'à celui où l'impression produite sur la rétine a complétement disparu. Ces observations lui paraissent devoir être prises en considération, quand on se propose de se rendre compte de la manière dont s'opère la vision. La théorie à laquelle ces faits lui semblent plus favorables est celle qui vent ramener tous les sens à n'être que des modifications du sens du toucher. (La note est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Magendie et Babinet.)

INSPIRATION DE L'OXYGÈNE DANS LES CAS DE CHOLÉRA ET D'AUTRES MALADIES.

M. Dumoulin soumet au jugement de l'Académie une note sur le parti qu'on peut tirer de l'inspiration de l'oxygène dans des cas de choléra et dans quelques autres circonstances qu'il indique. Il propose, pour faciliter l'emploi de ce moyen dans les hôpitaux, un appareil qu'on peut établir aisément et à peu de frais.

SÉANCE DU 4 SEPTEMBRE.

CONCLUSIONS D'UN MÉMOIRE SUR LA THORACENTÈSE SOUS-CUTANÉE.

M. Jules Guérin lit un mémoire sur la thoracentèse sous-cutanée appliquée au traitement de l'empyème. Voici les conclusions de ce travail :

1° La thoracentèse sous-cutanée constitue une application de la méthode sous-cutanée générale réalisant, à l'aide d'instruments particuliers, les caractères et tous les avantages de la méthode dont elle émane.

2° Les instruments employés par la thoracentèse sous-cutanée se composent : A. d'un trocart plat recourbé à son extrémité libre et muni d'un robinet sur son trajet; B. d'une pompe hermétique munie d'un robinet à double effet, destiné à permettre l'aspiration et l'expulsion du liquide sans déplacement.

3° La thoracentèse sous-cutanée a pour caractère et pour but spécial d'opérer l'évacuation du liquide renfermé dans le thorax à l'abri du contact de l'air, avant, pendant et après l'opération. Elle se propose en outre d'opérer cette évacuation de façon qu'aucune partie du liquide extrait ne s'épanche dans le trajet sous-cutané parcouru par le trocart, soit pendant, soit après l'opération. Le résultat physiologique de cette double précaution est de prévenir toute inflammation suppurative de la plaie thoracique et d'en obtenir l'organisation immédiate.

4° L'application de la thoracentèse sous-cutanée consiste à faire un large pli à la peau, à ponctionner le thorax à la base de ce pli, de façon qu'après l'opération les deux plaies cutanée et thoracique soient distantes l'une de l'autre de 3 à 4 centimètres. L'instrument étant introduit avec les précautions qui préviennent sûrement l'entrée de l'air, l'extraction du liquide s'opère au moyen de la pompe, avec une précision qui permet de s'aider des mouvements d'expiration dans la mesure et au degré utile au succès de l'opération.

5° Sur 16 sujets atteints d'empyème et opérés en public au dépôt de Saint-Denis, à l'Hôtel-Dieu et au Val-de-Grâce, et qui ont nécessité trente ponctions, aucune opération n'a été suivie d'accidents immédiats ou consécutifs; 11 sujets ont été complétement guéris; les 5 sujets restants ont succombé à des récidives compliquées : 1 d'une affection organique du cœur, 3 d'une affection tuberculeuse pulmonaire et constitutionnelle, et 1 d'une pleurésie purulente aiguë résultant d'un décollement traumatique de la plèvre.

6° Le but que se propose la thoracentèse sous-cutanée, les moyens qu'elle emploie et les résultats qu'elle produit, constituent des caractères positifs qui la distinguent de toutes les méthodes employées jusqu'ici, et qui permettent de lui reconnaître le caractère d'une méthode originale, ou au moins d'une application nouvelle de la méthode sous-cutanée.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 5 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre du commerce et de l'agriculture transmet :

1° Un rapport de M. Dugarray, médecin des épidémies de l'arrondissement du Puy (Haute-Loire), sur une épidémie de rougeole compliquée de dyssenterie qui a régné dans la commune de Beaulieu;

2° Un grand nombre de formules de traitement contre le choléra. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

Le même ministre prie l'Académie de lui adresser le plus tôt possible des rapports sur les communications qu'il lui a transmises relativement aux remèdes proposés contre le choléra.

— M. Albert père, correspondant de l'Académie à Saint-Chinian (Hérault), fait savoir que le choléra sévit dans cette commune depuis un mois avec une grande intensité, et qu'il y a fait de nombreuses victimes. Il fera connaître plus tard le résumé de ses observations. (Comm. du choléra.)

— M. Ragot, pharmacien à Melun, soumet à l'Académie une potion anticholérique qu'il dit avoir administrée avec succès dans la cholérine et dans la première période du choléra. (Même comm.)

— M. Gribert indique un mode de traitement du choléra qui lui a donné, dit-il, un grand nombre de guérisons. Ce traitement consiste dans l'emploi de l'ipécacuanha et des purgatifs huileux. (Même comm.)

— M. Rouhier, de Grancey-le-Château (Côte-d'Or), adresse une note étendue sur le traitement des prodromes du choléra par les purgatifs et l'émétique. (Même comm.)

— M. le docteur Houselot (de Meaux) adresse une note sur le traitement préventif du choléra par les purgatifs salins. (Même comm.)

— M. Monchaux appelle l'attention de l'Académie sur cette particularité qu'il dit avoir remarquée, que le choléra n'a jamais atteint un individu pendant qu'il fumait. (Même comm.)

— M. Clément, des Forges-de-Bigny (Cher), écrit à l'Académie que depuis qu'il lui a communiqué une note et un tableau concernant l'emploi d'un nouveau fébrifuge extrait des différentes parties du lilas, il a eu de fréquentes occasions d'en constater les bons effets. Il appelle de nouveau sur ce fébrifuge l'attention de la commission chargée de faire un rapport sur la communication. (Comm. des succédanés du quinquina.)

— M. Bourbier (de Saint-Quentin) écrit qu'il fera des essais avec les nouveaux fébrifuges proposés par la commission, pendant la saison d'automne durant laquelle règnent ordinairement les fièvres intermittentes. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

— M. Gumprecht (de Hambourg) rappelle qu'il a adressé il y a quatre ans à l'Académie un mémoire sur l'efficacité purgative du nerprun sourdaine (*rhamnus frangula*); il sollicite un rapport.

— M. Dufau, correspondant de l'Académie à Mont-de-Marsan, adresse une observation de tumeur cancéreuse du rein gauche pesant 5 kilgr. et demi, prise pour une intumescence de la rate par plusieurs médecins, et développée à la suite de la ligature de deux tumeurs hémorrhoïdales. (Comm. : M. Barth.)

— M. le docteur V. Baud, inspecteur des eaux de Contrexeville (Vosges), adresse un paquet cacheté dont il se réserve de demander prochainement l'ouverture.

— M. Duchenne (de Boulogne) adresse le résumé d'un mémoire intitulé :

DE LA PARALYSIE ATROPHIQUE GRAISSEUSE DE L'ENFANCE ET DE SON TRAITEMENT PAR L'ÉLECTRICITÉ LOCALISÉE. (Comm. : MM. Jolly, Rostan, Cruveilhier.)

—M. CHARRIÈRE fils adresse à l'Académie un nouveau modèle d'aiguille destinée aux diverses sutures, soit dans les cavités pour la staphiloraphie, les fistules vésico-vaginales, celles ordinaires, et de même pour les ligatures d'artères profondes.

Les avantages de son principe consistent à pouvoir employer avec facilité de simples aiguilles à manche, divisées latéralement dans une certaine étendue. Les unes ont les chas divisés près de la pointe, et les autres qui sont mousses sont divisées à partir du bout.

Un des côtés de la division étant plus faible devient élastique et permet de maintenir le fil pendant l'introduction de l'aiguille sans le laisser rétrograder. Aussitôt que l'aiguille a pénétré d'avant en arrière ou d'arrière en avant dans les cavités ou sur les surfaces, on saisit le fil passé que l'élasticité du chas permet de dégager très-facilement. (Comm. : M. Jobert.)

TRAITEMENT DU CHOLÉRA-MORBUS PAR LE SULFATE DE STRYCHNINE.

M. GÉRARDIN lit le rapport suivant relatif à un mémoire sur le traitement du choléra-morbus, par M. ABEILLE, médecin de l'hôpital militaire du Roule :

Messieurs, je viens remplir la mission dont vous avez bien voulu me charger et vous rendre compte des documents qui vous ont été transmis sur le traitement du choléra-morbus par M. Abeille, médecin de l'hôpital militaire du Roule. Ces documents se composent d'un mémoire et d'un recueil d'observations divisées en deux séries.

Dans son mémoire, après avoir signalé l'impuissance actuelle de l'art en présence du choléra parvenu au summum de son développement, M. Abeille soumet à votre examen une méthode de traitement par la strychnine qui, selon ses expressions, n'est point inférieure, par ses effets dans le choléra, au sulfate de quinine dans la fièvre marématique, c'est-à-dire que la strychnine en constitue le spécifique proprement dit.

Dans l'intervalle compris entre le 26 avril et le 3 juin, M. Abeille avait traité par cette substance 22 cas de choléra arrivé à la période cyanique algide. Sur ce nombre, 10 malades guérirent, 12 succombèrent. Tous ces malades avaient été frappés du choléra dans l'hôpital. Ce sont ces 22 observations qui composent la première série du recueil dont nous avons parlé.

Le 19 juin, M. Abeille informait l'Académie des sciences des succès de sa méthode curative, et adressait les mêmes documents au conseil de santé des armées.

Par suite de cette dernière communication et sur sa demande, notre confrère fut soumis à un contrôle supérieur ou plutôt à une contre-expérimentation officielle. M. Boudin, médecin en chef de l'hôpital, fut chargé de désigner les malades à traiter, de suivre toutes les phases du traitement, de vérifier de nouveau les malades à leur sortie et d'assister aux autopsies cadavériques.

Dans cette contre-expérimentation, M. Abeille soigna du 2 au 31 juillet 38 cholériques algides; il arrêta ses observations après le 22e malade, afin d'avoir un chiffre égal à celui de ses premières expériences. Sur les 22 nouveaux cholériques, 9 guérirent et 13 moururent; 5 avaient été atteints dans la salle des fiévreux, les 17 autres étaient arrivés du dehors. Ces 22 observations forment la seconde série du recueil précité.

Tous ces cholériques de la première et de la seconde série présentaient une telle uniformité dans les symptômes qu'il a été facile de les réunir et d'en former un tableau aussi concis qu'exact.

Refroidissement général, toujours plus prononcé à la face et aux mains, absence de pouls radial ou pouls impossible à compter à cause de sa petitesse, langue et haleine froides, teinte bleu noirâtre de la face et des extrémités et quelquefois du tronc en entier; vomissements et déjections de matières blanchâtres, liquides comme de la solution de gomme; crampes dans la moitié des cas, gêne très-grande de la respiration avec menace d'asphyxie, suspension de la sécrétion urinaire au moins depuis vingt-quatre heures; aphonie, excavation des yeux, effilement des traits de la face : tels sont les phénomènes constants que présentaient les malades lorsque la strychnine a été administrée.

Le premier effet signalé a été la réapparition du pouls radial, le rétablissement graduel de la circulation, et itérativement le retour de la chaleur et des fonctions d'hématose.

Sur les 22 malades de la première série, 3 ont succombé dans l'état algide; les 19 autres ont éprouvé une réaction plus ou moins vive.

La réapparition du pouls de manière à pouvoir être compté s'est effectuée chez les 19 malades entre six et dix-sept heures, à partir du moment où la strychnine a été ingérée, et la réaction complète, c'est-à-dire le retour de la chaleur générale, avec pouls saillant et plus ou moins fort, entre seize et quarante-six heures.

En somme, cette réaction a eu lieu par gradation et sans secousse brusque; quelquefois cependant elle a été assez forte au bout de vingt-quatre heures pour nécessiter la saignée générale ou locale.

D'après les observations, il paraît démontré que la strychnine n'a déterminé aucun accident du côté du cerveau, du tube digestif et des organes de la locomotion; les crampes elles-mêmes ont cédé au bout de seize à vingt-six heures. Enfin la sécrétion urinaire, sûr indice d'une réaction franche, s'est rétablie à des intervalles plus ou moins éloignés.

En définitive, sur les 22 malades de la première série, 3 sont morts à l'état algide, quatre après avoir eu une bonne réaction pendant quarante-huit heures à trois jours, se sont refroidis subitement et sont morts asphyxiés, comme dans une seconde algidité; 4 ont succombé à l'état torpide. Le douzième paraît surtout avoir été victime d'une consomption précipitée par une double otorrhée et une parotidite suppurée.

Quant aux 10 cholériques qui ont guéri, plusieurs sont sortis de l'hôpital; les autres ont été transférés dans d'autres salles pour être traités de leurs maladies antérieures.

Les observations de la deuxième série recueillies par la contre-expérimentation officielle sont également au nombre de 22; elles comptent 9 guérisons sur 13 décès. De ces 22 cholériques, 5 ont vu la maladie se développer dans la salle des fiévreux; 3 sont morts et 2 ont échappé. Les 17 autres sont arrivés du dehors et ont été fournis, 13 par les voltigeurs et les grenadiers de la garde, casernés à Courbevoie; 2 par les sapeurs-pompiers de Paris, 1 par le 22e de ligne et 1 par le 8e léger, casernés à Paris. Sur les 13 voltigeurs et grenadiers de la garde, il y a eu 8 décès; des 2 sapeurs-pompiers, l'un est mort, l'autre a guéri, et des 2 cholériques du 22e et du 8e, l'un est également mort et l'autre a été sauvé.

Si l'on réfléchit que plusieurs de ces militaires de Courbevoie sont arrivés dans un état tellement avancé d'algidité que la mort s'en est suivie une heure et une heure et demie après leur arrivée, on sera de nouveau convaincu de l'immense danger qui menace les cholériques transportés dans un hôpital éloigné.

Mais il est des circonstances qui ont une part encore plus active sur le nombre de décès fournis par les militaires de Courbevoie. Voici, à cet égard, comment s'exprime M. Abeille :

« Il est des choses qui, au premier abord, confondent la raison humaine : celle dont nous allons parler se trouve de ce nombre. Nous avons fait l'autopsie de 7 des grenadiers et des voltigeurs qui figurent parmi les 8 décès cholériques de Courbevoie, et, chose incroyable, si elle n'avait eu pour témoins notre médecin en chef et de jeunes médecins sous-aides, nous avons rencontré dans les 7 militaires des affections organiques du cœur plus ou moins avancées. »

Après avoir décrit les lésions organiques et les avoir rapprochées d'autres cas analogues, M. Abeille en déduit la fatale conclusion que les maladies du cœur concourent puissamment à la terminaison funeste dans le choléra.

Sur les 22 malades, il en est 5 qui sont morts sans avoir éprouvé de réaction : c'est 2 de plus que dans la première série; 1 seul est tombé dans la période torpide après la réaction, tandis qu'il s'en trouve 5 dans cette première série.

Quant aux effets de la strychnine sous le rapport de la décroissance et de la disparition des phénomènes cholériques, tout s'est passé à peu près comme dans les 22 premiers cas.

Après cet exposé sommaire des résultats fournis par le recueil d'observations, nous arrivons au point capital de la question, au mode de traitement proposé par M. Abeille.

Ce traitement est-il une conséquence logique et rigoureuse des faits observés?

Pour résoudre cette grave question, il faut, messieurs, vous faire connaître la formule définitive à laquelle notre confrère s'est arrêté.

Voici les prescriptions hors desquelles il n'est point de salut pour le malade :

1° Lorsqu'on donne le sulfate de strychnine au commencement ou dans un état avancé de la période algide, il faut se hâter de faire un vide dans les capillaires. Comme la saignée générale est impuissante pour atteindre le but, puisqu'on n'obtient pas de sang par la veine, il faut appliquer 15 à 40 sangsues sur la base du thorax, suivant la force des sujets.

2° A mesure que, sous l'influence de la strychnine, la circulation se rétablit et qu'il se montre de la réaction, on réitère l'application des sangsues; on ouvre même la veine pour vider en partie les vaisseaux et donner plus de liberté au cours du sang.

3° Un peu plus tard, on plonge le malade dans un bain chaud, avec la précaution de lui tenir de la glace ou des compresses d'eau froide sur la tête.

4° Le sulfate de strychnine est donné dans 60 grammes d'eau distillée ou de solution de gomme; dans les cas très-graves ou algides, la dose est portée à 0,02 ou 0,03 deux fois par jour.

5° Ces doses du médicament dans 60 grammes de véhicule doivent être prises en quatre heures, c'est-à-dire par quart de la portion par heure.

6° Dans le choléra, les malades ont des vomissements fréquents, et rejettent toutes les boissons qu'ils prennent. Il importe de bien surveiller l'administration du médicament, sous peine de cruelles déceptions; car s'il est rejeté par le vomissement, les malades n'en auraient réellement point absorbé, lorsqu'on croirait ceux-ci en avoir pris des doses considérables. Il est donc nécessaire de leur faire avaler un petit morceau de glace après chaque prise, ou quelques gouttes d'eau fraîche. S'ils ne vomissent pas avant dix minutes et que les fonctions d'absorption s'exécutent encore, la strychnine a eu le temps d'être absorbée; s'ils vomissent avant ce temps, il faut répéter de suite la dose.

7° Quand la réaction s'est établie bien franche, c'est-à-dire quand le pouls a reparu large et avec une certaine résistance, quand la peau est le siége d'une chaleur douce et humide, il faut cesser l'usage du médicament et continuer à donner en abondance les boissons chaudes. L'usage des boissons froides, tant désirées par les malades, doit être sévèrement proscrit.

8° A cette période de la maladie, on se contentera de surveiller les phénomènes appelés improprement typhiques, et on les combattra par les saignées générale et locale, la glace sur la tête, les révulsifs cutanés, les larges vésicatoires en calotte sur la tête.

Je répète ma question : Cette méthode de traitement dite spécifique est-elle la conséquence légitime et irrésistible des faits observés?

Chez les 22 cholériques composant la première série, et sur lesquels on compte 10 guérisons et 12 décès, *jamais* un plus ou moins grand nombre de sangsues n'a été appliqué à la base du thorax. Jamais les malades n'ont été plongés dans un bain chaud avec des réfrigérants sur la tête, afin de faciliter et d'entretenir la réaction.

Chez un certain nombre, la glace a été prescrite de préférence aux boissons chaudes.

Enfin, dans plus de la moitié des cas, la strychnine a été administrée à la dose de 15 milligrammes, matin et soir; dans les autres, la dose a varié de 1 à 2 centigrammes, rarement 3, également matin et soir.

Vous voyez, messieurs, que le mode de traitement adopté pour les malades de cette première série s'éloigne non-seulement, mais diffère en totalité de la formule générale que nous avons exposée.

Pour les 22 cholériques de la deuxième série, le traitement se rapproche davantage de cette formule.

Je dis davantage, parce que les bains chauds n'ayant été employés que trois fois, il me paraît difficile de fixer leur efficacité signalée dans la formule;

Parceque enfin le traitement est en opposition formelle avec le traitement dit spécifique. L'usage de la strychnine a été continué, nonobstant une réaction franche, ainsi qu'on peut le constater dans les obs. XV, XVI et XVII.

Je n'hésite point à dire que M. Abeille a commis une profonde erreur lorsque, réunissant et confondant les 44 observations, il arrive à cette conclusion, que, sur 44 cas très-graves, il a obtenu, par son traitement spécifique, 19 guérisons.

Cette conclusion n'est point admissible, puisque le traitement des malades de la première série n'offre aucune analogie avec celui de la deuxième série; au lieu d'une méthode curative unique et spéciale, il est évident qu'il en existe deux, dont les résultats ne sauraient être comparables et compris dans la même catégorie. Auquel de ces deux traitements doit-on donner la préférence? Le choix ne saurait être douteux, puisque le traitement adopté pour les malades de la première série est plus simple dans son administration et compte plus de guérisons. Ce traitement, qui se substitue naturellement à celui formulé avec tant de soins par M. Abeille, se réduirait, en dernière analyse, à l'usage de la strychnine donnée à la dose de 1 à 0,02 centigr. deux fois par jour.

Tel est, messieurs, le remède spécifique du choléra-morbus dans tous ses degrés, spécifique dont l'action est aussi positive que celle du sulfate de quinine dans les fièvres d'accès.

Lorsqu'on veut élever un médicament au rang d'un spécifique, il est indispensable de bien préciser ses différents modes d'action et les conditions qui peuvent en assurer les effets. Relativement à la strychnine, quand et comment la tolérance s'est-elle établie? A-t-il fallu souvent rapprocher les doses du médicament qui pouvait être expulsé par les vomissements? Son extrême amertume a-t-elle provoqué la répugnance des malades, et par suite les nausées et les vomissements? Dans quelles circonstances a-t-il fallu augmenter ou diminuer les doses? Quelles modifications a-t-il apportées dans la nature des liquides excrétés?

Toutes ces questions et celles qu'elles supposent ont-elles été étudiées dans les 44 observations de M. Abeille. Est-ce ainsi que les médecins thérapeutistes ont étudié les préparations de fer, d'antimoine, d'iode, de quinine, de morphine, de digitaline, etc.?

Dans la question qui nous occupe, il était également indispensable d'apporter les plus grands soins aux autopsies cadavériques, et surtout aux lésions des organes digestifs. Les autopsies manquent en totalité dans la première série d'observations. Dans la deuxième série, sur les 13 décès, 10 autopsies ont été pratiquées; sur les 10 ouvertures cadavériques, 7 ne contiennent pas un mot sur les organes digestifs; les 3 autres constatent seulement l'existence de la psorentérie.

Mais, dira-t-on, les faits parlent plus haut que la critique, et feront toujours autorité. Les faits...; mais sans parler des journaux et du nombre incalculable d'écrits qui ont paru sur le traitement du choléra, ouvrez les cartons des Académies de tous les pays, et vous y trouverez une foule de recettes et d'observations tout aussi merveilleuses que celles de M. Abeille.

Nous ne contestons donc pas les faits, mais nous ne les acceptons que sous bénéfice d'examen et de vérification.

Telle est, messieurs, l'impression que m'a laissée le travail de M. Abeille; telles sont les réflexions qu'il m'a suggérées. Je les livre sans réserve à votre appréciation et à votre jugement. Vous déciderez si vous devez encourager un traitement dit spécifique, basé sur une expérimentation imparfaite, empirique et dangereuse.

Je dis dangereuse, car si l'usage de la strychnine doit se répandre dans le public pour combattre, comme le propose M. Abeille, non-seulement tous les choléras, mais encore la cholérine, il s'élèvera bientôt une redoutable question de responsabilité médicale.

J'ai l'honneur de vous proposer :

1° de remercier M. Abeille de sa communication;

2° D'inviter instamment cet honorable confrère de publier ses observations, afin que chacun puisse en apprécier la valeur;

3° De renvoyer les documents à la commission du choléra.

M. Gibert donne son entière approbation au rapport de M. Gérardin, et demande seulement qu'on ajoute aux conclusions que le résultat statistique de la méthode de M. Abeille ne diffère pas du résultat moyen des méthodes de traitement.

M. Londe : Si M. Abeille ne m'était pas connu pour un homme de mérite, je croirais qu'il n'a jamais vu de cholériques à la manière dont il parle de sangsues et de saignées. Ne sait-on pas qu'on ne peut pas obtenir de sang par la saignée chez les cholériques, et que les sangsues le plus souvent ne prennent pas?

D'un autre côté, peut-on donner le nom de spécifique à un remède qui ne donne pour résultat que la moitié de guérisons. Quant aux lésions intestinales dont M. Gérardin a fait un reproche à M. Abeille de n'avoir pas assez tenu compte, il n'y avait pas lieu de le lui reprocher; il n'y a pas dans le choléra de lésion qui explique la mort.

M. Bouchardat exprime le regret qu'on n'ait point recherché si les matières vomies après l'administration du médicament contenaient ou non de la strychnine. C'eût été un moyen de savoir si l'absorption du médicament avait eu lieu.

M. Collineau : M. Abeille paraît attacher une grande importance à ce que la réaction s'est faite en général chez ses malades dans les vingt-quatre heures. Rien n'est plus commun, dans l'épidémie actuelle, que de voir survenir la réaction spontanément au bout de quelques heures. On ne serait donc pas fondé à attribuer ce résultat à la strychnine plutôt qu'à tout autre médicament.

M. Larrey regrette l'absence de M. Bourdon, qui aurait pu donner des renseignements sur cette méthode, sur laquelle il a été chargé de faire une enquête par le ministre du commerce. Il s'est présenté en cette qualité à l'hôpital du Val-de-Grâce, où on n'a pu lui présenter aucun fait, la strychnine n'ayant point été administrée.

M. Requin : M. Bourdon, qui s'est présenté hier à l'Hôtel-Dieu dans mon service, s'est plaint de ne trouver nulle part des médecins disposés à expérimenter la méthode de M. Abeille. J'ai répondu pour mon compte à M. Bourdon que je ne me croyais pas autorisé à faire de semblables expériences.

M. Bouillaud : On ne peut voir qu'avec peine les médecins sacrifier les vrais principes de la médecine rationnelle à l'imagination du premier venu. Il n'est pas moins regrettable de voir au milieu de cette confusion l'administration patronner toutes ces inventions, et en appeler aux médecins des hôpitaux pour expérimenter de toutes sortes de recettes. Il appartiendrait à l'Académie de réduire toutes ces ridicules prétentions. Il est regrettable que dans une pareille circonstance elle reste muette. Elle rendrait de grands services en encourageant les travaux et les recherches qui ont pour objet l'étude des causes, de l'origine de la maladie, de son mode de propagation, etc. Il serait vivement à désirer que le rapport de la commission du choléra fût prochainement fait, et au besoin je proposerais, si le rapporteur n'est pas prêt, que l'Académie nommât une nouvelle commission.

M. Davenne répond, à la justification de l'administration, qu'elle est littéralement accablée tous les jours de communications de remèdes et de recettes contre le choléra. Elle a dû naturellement, dans cette circonstance, en appeler à l'expérience et aux lumières de MM. les médecins.

M. Desportes n'approuve pas les critiques du rapport dans lequel il signale plusieurs lacunes: faute d'avoir tenu compte des effets physiologiques de la strychnine, on ne s'est pas expliqué son action thérapeutique. D'un autre côté, c'est sur les cas les plus graves que M. Abeille a employé la strychnine; c'est dans ces cas qu'il s'agit de savoir si la strychnine peut produire quelques effets. La solution ordinaire des cas graves est la mort. Or c'est dans cette catégorie que M. Abeille vous dit avoir eu une proportion de guérison égale à celle que donnent les autres traitements, appliqués indistinctement à tous les degrés de la maladie. On n'a pas assez tenu compte de cette circonstance dans le rapport. Je ne saurais non plus m'associer au reproche que l'on a fait à la strychnine de n'être point un traitement rationnel; l'un des phénomènes principaux de cette affection, c'est l'asphyxie. Que voit-on d'irrationnel à ce que l'on cherchât à stimuler la moelle épinière? On en peut dire autant de l'action de l'électricité sur les nerfs pneumogastriques.

Il ne faudrait donc pas trop se hâter de condamner sans examen la méthode proposée par M. Abeille. Le choléra est une maladie assez grave pour qu'on doive chercher à sortir des moyens empiriques et s'efforcer, par tous les agents connus, de réveiller l'action des centres nerveux qui tiennent la respiration sous leur dépendance. (Aux voix! aux voix!)

M. Cazeaux demande à dire un mot pour appuyer la proposition de M. Bouillaud. (Aux voix!)

M. le Président met aux voix les conclusions du rapport, qui sont adoptées, sans qu'aucun membre lève la main à la contre-épreuve.

M. Gibert insiste pour qu'on ajoute une quatrième conclusion, ainsi conçue :

« 4° Enfin appeler l'attention sur ce fait capital que le chiffre des guérisons annoncé par M. Abeille est celui que l'on obtient généralement du traitement méthodique du choléra. » (Appuyé.)

Cette quatrième conclusion est mise aux voix et adoptée sans opposition.

M. Gérardin demande que les observations de M. Abeille soient parafées par M. le président. (Adopté.)

M. Mêlier appuie la proposition de M. Bouillaud et pense, comme lui, qu'en présence d'une calamité publique, l'Académie ne doit point rester inactive; elle devrait surtout chercher à s'opposer au débordement du charlatanisme. Il voudrait enfin que, comme en 1832, l'Académie rédigeât une instruction destinée à vulgariser les moyens préservatifs et les moyens hygiéniques.

M. ROSTAN : Une commission a été nommée à cet effet; il est regrettable que le rapport n'ait pas encore été fait.

M. DUBOIS (d'Amiens) : Le rapporteur de la commission, M. J. Guérin, a été sérieusement malade : c'est ce qui l'a empêché jusqu'ici de présenter son rapport. Ce rapport est, du reste, très-avancé; c'est un travail très-considérable. Au point où en sont les choses, après le dépouillement des volumineux documents administratifs auquel a dû se livrer M. le rapporteur, on ne pourrait songer à renvoyer ce travail à une nouvelle commission. Je serais heureux que cet incident pût contribuer à l'achèvement du rapport.

M. VELPEAU : Je crains que M. Moreau ne se fasse illusion sur l'influence de l'Académie. Je n'en désire pas moins vivement, comme tout le monde, que le rapport soit promptement fait; mais il ne faut pas se dissimuler que tout ce que pourra faire l'Académie n'empêchera pas les inventeurs de remèdes de dire qu'ils guérissent mieux que les autres, et le public, qui sanra que vous ne guérissez qu'un malade sur deux, s'empressera de courir à eux.

M. BOUILLAUD propose de faire pour l'épidémie actuelle ce qu'on a fait pour l'épidémie de 1849, de nommer une commission. (Appuyé.)

L'Académie, consultée, décide qu'une commission sera nommée.

M. GÉRARDIN exprime le désir que M. Davenne fasse un rapport semblable à ceux qu'il a faits pour les précédentes épidémies.

M. DAVENNE déclare qu'il est tout à la disposition de l'Académie.

MOLLUSCUM.

M. GIBERT présente une malade atteinte d'une affection cutanée rare, le *molluscum*. On donne ce nom à Amboyne, capitale des îles Moluques, à une éruption tuberculeuse endémique dont les analogues ont été observés çà et là accidentellement par Tilésius en Suède, par Bateman en Angleterre, par divers observateurs en France. Il existe diverses variétés de cette éruption; celle qui fait l'objet de la communication de M. Gibert paraît devoir être rapportée au *molluscum athéromateux* de Bateman.

Il s'agit d'une marchande de Granville (Normandie), âgée de 32 ans, en traitement à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Gibert depuis un an environ. L'affection pour laquelle cette malade était venue réclamer ses soins avait l'apparence impétigineuse et ne semblait présenter rien d'insolite, si ce n'est une extrême ténacité et une remarquable diffusion sur presque toutes les régions du corps, lorsque, il y a environ quatre mois, commencèrent à se développer sur la face interne des cuisses, puis sur le ventre, la poitrine, à la nuque, aux tempes, etc., des tumeurs rouges, d'une consistance médiocre, mamelonnées, douloureuses à la pression, dont quelques-unes ont atteint le volume d'une grosse noix. Depuis quelque temps se montrent sur le visage de nouveaux tubercules sessiles, rouges et sensibles au toucher qui diffèrent de ceux de la lèpre ou éléphantiasis, par leur mode de développement, leur forme, leur couleur, leur sensibilité. Les autres membres de la famille de cette femme n'ont jamais rien présenté d'analogue.

La séance est levée à quatre heures et demie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE MAI 1854; par M. AL. PORCHAT, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — ANATOMIE.

CAS DE REIN UNIQUE CHEZ L'HOMME; par M. E. LABÉ, interne des hôpitaux.

En faisant l'autopsie d'un vieillard mort à l'hospice de Bicêtre, M. Labé s'aperçut que le rein gauche manquait sur ce sujet. Le rein droit était plus volumineux qu'il n'est ordinairement. Il n'y avait ni artère ni veine rénale du côté gauche; la vessie ne présentait aucune trace d'orifice d'un uretère gauche; cet uretère manque complétement.

M. Labé met sous les yeux de la Société le rein droit avec ses vaisseaux, l'aorte et la veine cave, depuis le diaphragme jusqu'à l'origine des vaisseaux iliaques, la vessie et l'uretère droit. C'est en vain qu'il a cherché à découvrir le rein gauche, en décollant le péritoine jusqu'à la concavité du diaphragme. Le rein droit occupait sa position normale; son artère était longue de 6 à 7 centim., la veine de 5 à 6 centim. L'uretère droit est unique et ne se bifurque nulle part; une injection faite par le bassinet du rein droit pénètre dans la vessie; mais elle ne fait issue dans aucun point sur le trajet de l'uretère.

II. — PATHOLOGIE.

DEUX OBSERVATIONS POUR SERVIR A L'HISTOIRE ANATOMIQUE DES HYPERTROPHIES DU SEIN ET DES GRANULATIONS GRISES DU POUMON; par MM. P. LORAIN et CH. ROBIN.

L'observation suivante offre l'exemple d'un diagnostic chirurgical infirmé par le microscope, et réciproquement si l'on se place au point de vue clinique. Une tumeur du sein présentant tous les caractères cliniques d'un cancer ligneux est extirpée. Cette extirpation est justifiée par toutes les raisons que le fait doit invoquer un excellent clinicien; le diagnostic porté avant l'opération est confirmé par l'examen anatomique de la tumeur fait à l'œil nu; les suites de l'opération sont heureuses en ce sens qu'aucune complication n'entrave la cicatrisation. Un pareil fait est à l'abri de toute critique; aussi nous a-t-il paru qu'on ne pouvait rencontrer de meilleures conditions pour expérimenter si le microscope donnait, dans ce cas, des résultats identiques à ceux que donne la clinique, et s'il confirmait non pas le diagnostic chirurgical ni l'opportunité de l'opération, ce qui n'est pas le rôle du microscope, mais le nom donné au produit morbide en question. L'anatomie générale ne peut prétendre à s'immiscer dans la pathologie, qu'autant que les cliniciens acceptent le terrain de l'anatomie pathologique; car s'il est vrai de dire que l'anatomie ne suffit pas pour expliquer les fonctions des corps organisés et qu'elle est seulement un instrument entre les mains du physiologiste, la même chose peut se dire, à plus forte raison, de l'anatomie en présence de la pathologie. De même que les physiologistes, sans renier l'anatomie qui leur est un puissant et indispensable auxiliaire, ne la prennent cependant pas pour base de leurs classifications, de même les pathologistes ne peuvent prendre l'anatomie pathologique pour seule base de leurs classifications. L'anatomie ne s'est jamais donné d'autre rôle que d'indiquer ce qui est anatomiquement; c'est à la physiologie et à la pathologie de s'accommoder de l'anatomie. Les pathologistes accepteront un jour comme les physiologistes, sans les discuter, les faits anatomiques; pour cela il faut que l'anatomie soit faite, qu'elle soit une, et qu'il n'y ait plus l'anatomie pathologique clinique et l'anatomie pathologique de laboratoire; alors le pathologiste renoncera à une classification fondée sur une anatomie imparfaite, et par suite erronée, telle que celle sur laquelle il s'appuie encore chaque jour.

OBS. I. — La malade qui fait le sujet de cette observation est une femme de 41 ans, d'une bonne santé, d'une taille au-dessus de la moyenne, bien réglée. Elle est née et a été élevée dans le département de la Côte-d'Or. Elle a été réglée à 18 ans; elle a eu trois accouchements à terme et ses trois enfants sont vivants; elle en a allaité deux. Elle ne paraît avoir subi l'influence d'aucune maladie héréditaire. Il y a cinq ans elle est venue à Paris, où elle exerce la profession de domestique. Il y a trois ans, elle sentit pour la première fois une tumeur très-petite encore, à la partie inférieure de l'aisselle droite sur les limites de la mamelle; cette tumeur était mobile, lente dans son développement et non exempte de douleurs. La malade ne peut assigner aucune cause traumatique ou autre à sa maladie. Peu à peu la tumeur devint moins mobile et finit par adhérer au reste de la mamelle avec laquelle elle se confondait; les douleurs devinrent vives dans ce point. Interrogée sur la nature de ces douleurs, la malade nous dit qu'elles étaient lancinantes, intermittentes, exaspérées par le toucher, le moindre frottement et par les mouvements imprimés au membre thoracique du côté droit. La malade croit même devoir confondre dans cette cause unique et les douleurs localisées dans la mamelle, et d'autres douleurs rhumatoïdes qui survinrent dans l'épaule et dans le bras de ce côté.

On voit que les douleurs n'ont pas manqué ici, et c'est un signe sur lequel nous insistons, parce qu'il a été donné comme accompagnant de certaines altérations anatomiques de préférence.

Depuis plusieurs mois la tumeur a augmenté de volume; elle est devenue fortement adhérente à la peau; elle occasionne des douleurs assez vives et donne lieu à des préoccupations qui sont justifiées par l'opinion de plusieurs médecins.

Cette femme entre à l'hôpital dans les derniers jours du mois d'avril 1854. On constate à la fois la présence d'une tumeur mammaire d'un médiocre volume et de ganglions indurés sous l'aisselle. Au niveau de la tumeur existe une petite dépression rougeâtre ressemblant à une cicatrice. Dans ce point, la peau est dure et adhère intimement à la tumeur dont la forme est irrégulière, qui est mal limitée et offre une très-grande dureté. On diagnostique une affection cancéreuse du sein, avec altération identique des ganglions axillaires. Tout le reste du sein est intact; le mamelon, l'auréole, la glande dans toute son étendue, sauf au point indiqué, offrent les caractères normaux. L'opération est pratiquée. Deux incisions circonscrivent la tumeur qui est enlevée avec la portion de peau correspondante; on ne peut énucléer cette tumeur qui est mal limitée et se confond de toute part avec le tissu sain; les ganglions engorgés sont recherchés dans l'aisselle et extirpés. Aucun incident notable n'a marqué cette opération, et la malade a pu quitter l'hôpital un mois après, la plaie étant entièrement cicatrisée.

Lorsque la tumeur fut enlevée, on l'examina aussitôt; on la fendit; on vit qu'elle était dure, criait sous le scalpel, formait une masse très-distincte de la glande, et le diagnostic parut confirmé.

Voici quel était l'aspect de la partie malade :

Au milieu du tissu mammaire sain, une petite masse de 4 centim. de diam. tranchait par sa couleur, sa consistance, sa forme avec le reste de l'organe; elle était jaune, et à la coupe de nombreux filaments blancs jaunâtres la parcouraient et s'élevaient irrégulièrement sur les surfaces incisées. On ne pouvait énucléer cette tumeur qui se continuait avec la glande; aussi fut-on obligé de couper dans les tissus sains, tout autour. La peau était très-adhérente à la tumeur et ne pouvait en être séparée. Cependant on n'en exprimait pas le liquide connu sous le nom de suc cancéreux. Il n'était pas possible d'écraser sous les doigts le tissu malade, il avait une dureté particulière. Mais de tels caractères précisés dans la forme, la couleur et les apparences extérieures ne nous parurent pas de nature à établir une certitude, et nous voulûmes savoir quels étaient les éléments anatomiques de cette tumeur.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — Si l'on examine au microscope les filaments jaunes qui ressemblent à des poils coupés ras et qui se voient au centre de la tumeur, on reconnaît que ces filaments ramifiés plus consistants que le reste du tissu et qui lui ôtent par place son aspect homogène grisâtre demi-transparent, sont composés entièrement de fibres élastiques dont

la largeur varie de 1 à 2 millièmes de millimètre. Ces fibres élastiques sont flexueuses, ramifiées, anastomosées, disposées en couches, comme on le voit dans les membranes muqueuses à épithélium pavimenteux et comme on le voit aussi à l'état normal dans les conduits galactophores; seulement ici ces fibres sont beaucoup plus rapprochées, beaucoup plus serrées, immédiatement contiguës les unes aux autres, nullement mélangées de tissu cellulaire, ce qui leur donne un aspect extérieur beaucoup plus élégant que dans les muqueuses. On peut isoler des fragments de ces filaments qui, portés sous le microscope, offrent l'aspect canaliculé le plus net. On peut alors constater qu'ils sont représentés uniquement par une gaîne complète de tissu élastique. En outre, plusieurs d'entre eux renferment encore de l'épithélium pavimenteux à noyaux ovoïdes, à cellules petites, finement granuleuses. La plupart de ces noyaux manquent de nucléoles, et chez ceux qui en ont, ce nucléole est toujours très-petit. Les faits les plus remarquables à signaler sont ceux qui concernent la structure du tissu morbide.

Dans la tumeur même se voit un tissu homogène grisâtre; ce tissu est entièrement composé de culs-de-sac glandulaires, sans mélange d'autres éléments anatomiques, aussi lorsqu'avec le scalpel on gratte la surface du tissu, il se réduit en pulpe homogène sans pourtant donner de *suc* à la pression ni par aucun autre moyen. Les culs-de-sac glandulaires offrent une largeur double en moyenne de celle des culs-de-sac normaux et quelquefois trois fois plus. Tous sans exception offrent une paroi propre réduite à une mince couche de substance amorphe; tous également sont tapissés par un épithélium pavimenteux à cellules très-petites ne dépassant pas 15 millièmes de millimètre; elles sont régulièrement pavimenteuses ou prismatiques, très-serrées les unes contre les autres, uniformément granuleuses. Toutes renferment un noyau semblable à l'épithélium nucléaire de la mamelle normale, mais toutefois offrant une forme un peu plus sphérique. Ces noyaux sont également finement granuleux, tantôt pourvus de nucléoles, tantôt n'en offrant pas. Dans un certain nombre de culs-de-sac on observe des cellules offrant une dilatation vésiculiforme qui leur donne un diamètre double et triple du diamètre normal. Les cellules ainsi dilatées sont complétement claires, homogènes, transparentes, sans granulations, tantôt isolées au milieu des cellules plus granuleuses et polyédriques; mais plus souvent elles sont réunies en nombre plus considérable et se compriment mutuellement, ce qui leur donne une disposition fort élégante. Beaucoup ont un noyau qui est sphérique au lieu d'être ovoïde, noyau généralement dépourvu de granulations et de nucléole. C'est, du reste, là une modification des épithéliums qui est commune dans les hypertrophies glandulaires, ainsi que dans l'épithélium de la capsule du cristallin. Elle a déjà été décrite par l'un de nous dans un autre travail. En comparant le tissu sain de la mamelle qui se continue sans interruption avec la partie malade, mais qui offre à une certaine distance l'aspect ordinaire du tissu mammaire, on observe les dispositions suivantes: les culs-de-sac offrent ici la grandeur ordinaire, mais ils sont séparés les uns des autres par du tissu cellulaire, et çà et là quelques vésicules adipeuses, comme on le voit dans la mamelle normale. Ces culs-de-sac mammaires sont tapissés d'un épithélium nucléaire dans un certain nombre d'entre eux, et dans d'autres déjà passés en partie à l'état pavimenteux, en sorte que les gaînes épithéliales sont composées en partie d'épithélium nucléaire et en partie d'épithélium devenu pavimenteux, tout à fait semblable à celui que nous venons de décrire dans le tissu malade, si ce n'est que les noyaux ont une forme ovoïde et un peu allongée, comme à l'état sain, disposition que nous avons indiquée être un peu moins prononcée au centre même de la tumeur. Notons que dans ces cellules d'épithélium comme dans celles déjà décrites, il en est quelques-unes qui sont ovoïdes ou prismatiques au lieu d'être parfaitement pavimenteuses.

Ainsi, en résumé, ce qu'il y a d'essentiel à signaler dans la tumeur, ce qui concourt à lui donner son aspect homogène, c'est (en dehors de l'hypertrophie, des culs-de-sac et des épithéliums) l'atrophie des éléments anatomiques interposés aux culs-de-sac (tissu cellulaire et vésicules adipeuses).

Ganglions. — Le tissu des ganglions offre l'aspect extérieur des portions de la tumeur qui ne sont pas mélangées des filaments élastiques jaunâtres décrits en commençant. Ce tissu, placé sous le microscope, offre ce fait remarquable d'être entièrement composé de gaînes épithéliales qui ont les mêmes modes de ramifications et de terminaison en culs-de-sac arrondis, que nous venons de décrire d'après l'examen de la tumeur. Ces cul-de-sac offrent les mêmes dimensions, c'est-à-dire en moyenne 8 centièmes de millimètre; ils vont se jeter dans des conduits communs qui ont le double ou le triple du diamètre que nous venons de donner. Ces conduits ont un épithélium semblable à celui des culs-de-sac.

Voici quels sont les caractères de cet épithélium: Cet épithélium est principalement pavimenteux, à cellules parfaitement régulières dans le plus grand nombre des culs-de-sac, mélangé pourtant de cellules prismatiques ou cylindriques ou ovoïdes dans quelques-uns d'entre eux. Dans un certain nombre de culs-de-sac, enfin, on peut constater la présence d'un assez grand nombre de cellules épithéliales nucléaires, semblables à celles que nous venons de signaler dans les portions encore saines de la mamelle. Ces épithéliums nucléaires, comme les noyaux existants dans les cellules, sont pour la plupart ovoïdes ou sphériques comme un certain nombre de ceux du tissu morbide précédemment décrit. Quelques-uns d'entre eux sont à contour un peu irrégulier; ils sont finement granuleux, mais la plupart manquent de nucléole. Quant aux cellules elles-mêmes dans lesquelles se trouvent placés ces noyaux, elles ont tellement l'aspect extérieur des cellules prises dans la mamelle malade, que vouloir en donner la description serait vouloir aussi répéter ce que nous avons dit plus haut. On y trouve même les cellules dilatées en forme de vésicules transparentes dont nous venons de donner aussi la description.

Notons que les seuls éléments anatomiques qui, dans les ganglions, accompagnent les culs-de-sac mammaires sont des éléments fibro-plastiques, avec une petite quantité de matière amorphe granuleuse et un assez grand nombre de gouttes graisseuses libres.

Obs. II. — Un cadavre qui servait à des démonstrations anatomiques et dont l'origine nous est restée inconnue malgré nos recherches, nous a fourni le sujet de cette observation.

Ce cadavre était celui d'une femme de 45 ans, de taille moyenne, qui présentait les signes suivants: maigreur extrême, œdème des membres inférieurs, étroitesse du thorax. Des vergetures nombreuses sur la peau de l'abdomen et l'examen des organes génitaux montrent que cette femme a eu au moins un accouchement; l'utérus n'offre pas les caractères d'une gestation récente. La percussion pratiquée sur le thorax donne un son à peu près mat dans la hauteur en arrière. Les caractères extérieurs du cadavre semblent indiquer que la mort est survenue à la suite d'une maladie organique longue avec gêne dans la circulation.

L'examen des organes abdominaux nous fait voir un peu de sérosité épanchée dans le petit bassin et des hémorrhagies formant des collections de sang noir coagulé, sous la muqueuse de l'intestin grêle, dans la dernière portion de l'iléon (*melæna*). Les ganglions mésentériques sont sains. Le cerveau et les méninges n'ont rien présenté de particulier.

La poitrine ayant été ouverte, on trouve les deux poumons partout adhérents à la plèvre costale dont ils ne peuvent être détachés sans effort. Le cœur est sain; le péricarde contient une quantité de sérosité plus grande qu'à l'état normal.

Les poumons ont tout d'abord frappé notre attention par leur poids et par leur volume considérable, par leur défaut d'élasticité et par le nombre incommensurable de noyaux d'apparence tuberculeuse qu'ils renferment. A la coupe, ils offrent un aspect granitique, rudes au toucher sur les surfaces; incisés ils sont, suivant l'expérience consacrée, formés de petits noyaux grisâtres, non pas arrondis comme les tubercules le sont d'habitude, non pas jaunes et caséeux, mais cubiques et grisâtres, assez durs pour la plupart. Cependant un très-grand nombre de foyers ou cavernes sont disséminés dans la masse pulmonaire. Le plus généralement ces cavernes logeraient un pois ou une aveline; mais aux deux sommets se voient d'immenses cavernes qui n'ont pas moins de 6 à 7 centimètres de diamètre. Dans les plus petites de ces cavités, on trouve une substance grisâtre qu'on racle facilement avec le scalpel et qui ressemble à de la matière tuberculeuse. Dans les grandes cavernes, les parois sont seulement tapissées par cette substance. Un épaississement et une hypertrophie considérables du tissu cellulaire donnent à ces cavités un aspect analogue à celui des oreillettes du cœur ou des vessies à colonnes.

Les bronches sont partout épaissies, dures, béantes. Tout l'arbre aérien est jusque dans la trachée rempli d'une matière grise d'aspect purulent qui laisse encore le passage libre à l'air dans les grosses bronches, mais obture entièrement les bronches d'un petit calibre.

Ces altérations n'appartiennent pas à une partie des poumons; elles en ont envahi tous les lobes sans distinction. Le tissu pulmonaire est encore perméable à l'air et surnage. Ayant examiné tous les ganglions bronchiques que nous pûmes trouver, nous n'en rencontrâmes aucun qui ne fût sain. Quelques-uns seulement ont teinte noire très-prononcée. On fut étonné de voir que, en présence de lésions aussi considérables du poumon, les ganglions fussent sains, contrairement à ce qu'on voit d'habitude.

Quel nom donner à ces altérations? Le nom de phthisie pulmonaire, d'infiltration tuberculeuse, nous a paru correspondre assez exactement à ce cas; cependant l'examen micrographique nous a donné un tout autre résultat.

Examen anatomique. — A la coupe du tissu pulmonaire, on peut constater qu'il est entièrement parsemé de granulations éloignées au plus, les unes des autres, d'un demi-centimètre. Dans quelques points, elles sont presque confluentes; par places, même, elles forment de petits amas larges d'un quart à un demi-centimètre, ayant en tout sens à peu près le volume d'un pois.

Les autres granulations ne dépassent pas, au contraire, le volume d'une tête d'épingle; celles-ci sont beaucoup plus nombreuses que les amas plus volumineux; toutes sont remarquables par leur aspect gris perlé demi-transparent; à la coupe, elles font saillie à la surface du parenchyme sain et lui donnent un aspect rugueux qui vient vérifier le toucher opéré à l'aide de la pulpe du doigt. Cette saillie, la coloration, la demi-transparence, la teinte grisâtre, rendent très-distinctes les granulations grises à côté du parenchyme pulmonaire, qui a conservé son élasticité, sa teinte gris rosé avec de fines ponctuations ou traînées de charbon pulmonaire. Çà et là se trouvent quelques cavernes remplies d'un liquide qui a la consistance du pus crémeux, mais qui offre une plus grande viscosité. On y trouve même des grumeaux demi-solides s'écrasant sous la pression comme une masse diffluente. Ce liquide est grisâtre ou d'un gris rougeâtre dans la partie centrale des cavernes. Les grumeaux dont nous venons de parler offrent seuls une teinte jaunâtre, qui est celle du pus.

En outre, les parois des cavernes sont tapissées d'une couche demi-solide pultacée qui se détache par l'action de racler avec la plus grande facilité sous forme de grumeaux. Cette couche est plus visqueuse et offre un peu plus de ténacité que celles qui sont au centre des cavernes. Immédiatement au-dessous d'elle se trouve le tissu pulmonaire avec son aspect granitique et son immense quantité de granulations grises. Ici, plus que partout ailleurs, ces granulations sont confluentes, confondues par leurs bords et plus molles que

dans le reste du tissu. Quelles que soient du reste leur mollesse et leur confluence, nous dirons de suite qu'elles offrent la même structure que les granulations plus denses dont nous avons parlé en commençant cette description, structure dont nous ferons mention plus bas.

Lorsque, par l'action de racler, on enlève les granulations grises, confluentes, molles et visqueuses, et qui n'ont pas la *mollesse caséeuse* du tubercule, on arrive peu à peu sur une couche formée de faisceaux entre-croisés, arrondis, constituant une paroi complète, ou bien qui laisse apercevoir entre les faisceaux des points gris, rosés ou noirâtres, constitués par du parenchyme pulmonaire que ces faisceaux n'ont pas recouvert. L'entre-croisement de ces faisceaux est des plus remarquables; on ne peut même le comparer, pour l'aspect extérieur, qu'à celui des colonnes du cœur, et en particulier des auricules. Il est de ces cavernes, et ce sont les plus grandes décrites plus haut, dans lesquelles cette couche de faisceaux réticulés a fini par tapisser complétement le tissu du poumon et ne laisse plus à nu aucune trace de parenchyme. Notons immédiatement que ces faisceaux sont composés de vaisseaux pulmonaires oblitérés ou non, mais pourtant oblitérés le plus souvent et toujours entourés d'une couche de tissu fibreux accompagné de matière amorphe, couche assez épaisse. La plupart d'entre eux pourtant sont composés de tissu cellulaire et de faisceaux élastiques du parenchyme pulmonaire. Ces faisceaux proviennent évidemment du parenchyme dont les autres éléments ont été détruits; ils occupent surtout le centre des faisceaux du tissu cellulaire qui, comme nous l'avons dit, les accompagne. Avec ces éléments, il faut noter une certaine proportion d'éléments fibro-plastiques et surtout de matière amorphe granuleuse. Telle est la constitution intime de ces faisceaux qui, ainsi qu'on le voit, sont plus remarquables par leurs dispositions physiques, que n'est importante leur structure au point de vue pathologique.

Le contenu des cavernes est formé des éléments suivants : la portion qui est d'un gris rougeâtre et visqueux (portion la plus abondante) est composée surtout de globules de pus; on y trouve en outre des épithéliums, les uns cylindriques, comme ceux des bronches, les autres pavimenteux, comme ceux des culs-de-sac pulmonaires. Des globules sanguins en assez grande proportion donnent à ce liquide puriforme sa coloration rougeâtre. Des corps dits granuleux de l'inflammation les accompagnent. Enfin une proportion considérable de granulations moléculaires se trouvent en suspension dans ce menstrue avec les éléments précédents. Nous ne devons pas omettre de signaler aussi dans ce liquide quelques faisceaux de fibres élastiques pulmonaires qui y sont toujours entourées de matière amorphe, granuleuse, molle et facile à dissocier. Quant aux grumeaux jaunâtres dont nous avons parlé précédemment, quant à la couche également jaune, visqueuse, pultacée, qui tapisse plus immédiatement les faisceaux fibreux entre-croisés dont nous avons parlé, et les granulations grises confluentes encore interposées à ces faisceaux, cette couche, disons-nous, est essentiellement du pus. Nous ne mettons pas en doute que sa consistance et sa couleur ne la feraient nommer *tubercule* par ceux qui se contentent des apparences pour porter un diagnostic. Pourtant cette couche ne renferme absolument que les éléments dont nous allons parler.

Une grande quantité de globules de pus faciles à reconnaître à l'ensemble de leurs caractères extérieurs. Quelques-uns, qui sont sans noyau apparent, et un peu irréguliers, comme toutes les fois que du pus a séjourné longtemps dans une cavité, pourraient peut-être, au premier abord, offrir quelque analogie avec les *corpuscules tuberculeux;* mais l'emploi de l'acide acétique, en faisant disparaître les granulations et rendant plus transparente la masse du lobule, met aussi en évidence un, deux et même trois noyaux dans ces corps. Il est important de signaler cette réaction, car le seul élément avec lequel puisse être confondu celui du tubercule, ce sont les globules du pus concret ou demi-concret. Mais on sait aussi que la réaction de l'acide acétique vient lever toute espèce de doute, en gonflant le globule de pus qui s'était déformé, en faisant apparaître son noyau ou ses noyaux, tandis que, lorsqu'il s'agit de l'élément tuberculeux, celui-ci est seulement pâli sans être gonflé, et surtout l'absence de noyau le distingue bien des éléments du pus.

A part les globules du sang, on trouve dans cette couche et dans ces grumeaux jaunâtres, tous les éléments autres que le pus dont nous avons parlé tout à l'heure, à l'exception toutefois des globules sanguins. Nous n'insisterons pas davantage sur ce fait. Nous arrivons actuellement à l'examen de la *structure des granulations*; elles sont composées : 1° d'une grande quantité de matière amorphe finement granuleuse, grisâtre, qui forme une grande partie de la masse; 2° de quelques éléments fibro-plastiques, mais en minime quantité; 3° souvent, mais non dans toutes, de corps granuleux; 4° d'épithélium pulmonaire, surtout pavimenteux; 5° de faisceaux de tissu élastique empâtés dans la substance amorphe et n'étant plus accompagnés par les fibres de tissu cellulaire qui les accompagnent dans les poumons sains; 6° enfin on y trouve des éléments *anatomiques particuliers* décrits par l'un de nous dans le traité des maladies des enfants de M. Bouchut (1852). Ces éléments sont remarquables par leur forme sphérique ou à peu près sphérique, leurs contours foncés, rarement un peu onduleux; leur diamètre ne dépasse guère 7 millièmes de millimètre; mais, dans la grande majorité, il est de 5 millièmes de millimètre. L'acide acétique ne les attaque pas et les rend plus foncés. Leur volume, leur contour, les fines granulations qu'ils renferment dans leur intérieur, ne permettent pas de les comparer aux noyaux des globules de pus; nous ajoutons cette remarque, parce que ces éléments se trouvent quelquefois en petit nombre dans le liquide puriforme des cavernes de ce poumon.

Nous devons noter en terminant que les granulations confluentes, mais plus molles que la plupart des autres, qui existent à la face interne des cavernes entre les faisceaux réticulés dont il a été plusieurs fois question, renferment aussi quelques globules de pus, et il en est de même des amas de granulations atteignant le volume d'un pois et plus molles au centre qu'à la périphérie, dont nous avons fait mention au commencement de cette description anatomo-pathologique.

Ce que nous avons à dire de la *structure des ganglions*, bien que se bornant à quelques courts détails, est cependant fort important. Tous, en effet, sont entièrement sains, c'est-à-dire ne renferment autre chose que les éléments normaux des ganglions, plus la fine poussière de charbon qui les noircit cette poussière, du reste, n'y existe pas en très-grande quantité.

REMARQUES. — Les granulations que nous venons de décrire constituent une altération qui n'est pas rare; elles ont dû certainement être quelquefois confondues, à l'œil nu, avec les *tubercules miliaires;* pourtant elles ne renferment pas d'éléments tuberculeux. L'observation poursuivie à l'aide des moyens actuels d'investigation montrera dans quelles limites cette altération est indépendante du tubercule, si oui ou non elle peut coïncider avec lui. Il est d'autant plus important de faire connaître la structure de ce produit morbide, que ces granulations se rencontrent assez fréquemment à la fois dans les méninges et dans les reins, lorsqu'elles existent dans le poumon. Leur structure est la même dans ces différents organes, sauf les différences apportées par les épithéliums pulmonaires. Leur aspect extérieur est le même aussi, sauf habituellement une coloration un peu plus opaque dans les reins. La persuasion où nous sommes généralement qu'en dehors du cancer, les poumons ne peuvent guère être atteints que de tubercules, a fait bien des fois considérer comme *tubercules* les granulations des méninges, lorsque ni celles des poumons ni celles des méninges n'étaient des tubercules. Nous ne parlons pas de celles des reins, car il est bien rare que, dans un cas de méningite, par exemple, ou d'affection pulmonaire, on songe à donner à l'inspection du rein le soin qu'elle mérite.

Lorsqu'on voit la persistance avec laquelle le tubercule, avec ses éléments anatomiques ou corpuscules caractéristiques, avec sa couleur jaunâtre, son aspect caséeux, etc., en masses de volumes divers, se fixe à la fois au sommet des poumons seulement et dans les ganglions lymphatiques en même temps, très-généralement du moins, on se demande comment on a pu considérer des granulations uniformément éparses dans tous les lobes pulmonaires et ne se montrant pas dans les ganglions comme étant le premier degré ou stade, du développement du tubercule.

Il résulte de cette deuxième observation plusieurs faits importants qui sont communs aux granulations grises du poumon, à celle du rein, des méninges et de diverses séreuses, granulations qui, ainsi qu'on le sait, coïncident quelquefois dans toutes ces parties du corps en même temps. Il résulte, disons-nous, de cette observation, que les granulations grises sont des produits morbides parfaitement organisés, ayant leur constitution anatomique propre; ils renferment en effet des éléments de forme, de volume et de structure bien déterminés, le tout réuni par de la substance amorphe grisâtre, accompagnée ou non, selon la nature des organes malades, des éléments qui composent le tissu où siége la granulation. Ces produits morbides sont donc bien différents des tubercules; ils constituent un produit morbide à part et offrent une marche qui lui est propre.

Il est incontestable que le tubercule, avec ses éléments ou corpuscules caractéristiques, peut venir compliquer ce produit. Cette complication est incontestable, mais sa fréquence reste à déterminer; il est incontestable aussi, et la structure des granulations grises le prouve, que ces produits-là ne sont point un blastème qui prépare la génération du tubercule ou qui serait destiné à se transformer en tubercule; il ne faudrait pas croire non plus que c'est une variété du tubercule, que c'est du tubercule imparfaitement développé, car le tubercule peut se présenter en grains ou amas plus petits que les granulations grises, et à cette époque il offre nettement déjà ces corpuscules caractéristiques, offrant les caractères qu'ils présenteront toujours, rapprochés les uns contre les autres, donnant ainsi naissance à des produits dont l'aspect est de prime abord jaunâtre.

En résumé, les granulations grises :

1° Ne sont pas du tubercule;

2° Elles ne sont pas un produit destiné à préparer la production du tubercule;

3° Elles ont leur marche indépendante et méritent d'être classées à part parmi les produits morbides;

4° Le tubercule peut venir compliquer cette marche; mais alors il suit sa marche propre caractérisée par son développement simultané dans les ganglions lymphatiques correspondants, etc., du moins ordinairement, ce que ne font pas les granulations grises.

2° CAS DE GALE CHEZ L'HOMME; observé par M. le docteur BOECK (de Stockholm).

EXAMEN DE L'ACARUS; par M. le docteur BOURGUIGNON.

M. le docteur Boeck (de Stockholm) a eu l'occasion d'observer un cas de gale avec formation de croûtes épaisses répandues sur presque tout le corps et composées d'acarus morts, de cellules d'épithélium, de squammes, etc. M. Boeck a d'abord cru voir dans cette affection une gale différente de celle que nous connaissons, et il avait même constaté des différences entre les acarus qu'il a trouvés sur ce malade et ceux de la gale ordinaire; mais de nouvelles observations qu'il a faites sur d'autres individus atteints de cette forme de gale ont modifié ses opinions. Il pense aujourd'hui, comme M. Bourguignon, à qui il a envoyé des croûtes recueillies sur ses malades, que les acarus observés dans les croûtes sont bien ceux de la gale ordinaire, de telle sorte que les notions fournies par cette curieuse forme de psore s'é-

lolgnent moins qu'on ne serait porté à le croire des connaissances acquises à ce sujet.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE JUIN 1854; par M. AL. PORCHAT, secrétaire.

I. — ANATOMIE.

ANOMALIE DE L'ARTÈRE FÉMORALE; par M. le docteur AUZIAS-TURENNE.

M. Auzias-Turenne a rencontré, sur un sujet qui servait aux dissections, à l'École pratique, une anomalie de l'artère fémorale consistant en une diminution considérable du calibre de ce vaisseau, modification qui coïncidait avec la présence d'un tronc volumineux provenant de l'artère ischiatique et donnant naissance à l'artère poplitée. L'artère fémorale se terminait par un rameau auquel faisait suite l'artère grande anastomotique.

Le tronc volumineux fourni par l'ischiatique n'était accompagné d'aucune veine.

La disposition des veines n'avait pas été indiquée dans la description d'un cas analogue observé il y a une vingtaine d'années.

La position de l'artère anormale signalée par M. Auzias-Turenne est telle, que l'on aurait pu en sentir les battements pendant la vie.

I. — PHYSIOLOGIE NORMALE ET PATHOLOGIQUE.

1° EXPÉRIENCES RELATIVES A LA MANIÈRE DONT SE FAIT L'ENDOSMOSE A TRAVERS LA PEAU DES ANGUILLES ET DES GRENOUILLES; par M. CL. BERNARD.

M. Cl. Bernard a entrepris des expériences dans le but de connaître les conditions qui font que certains animaux vivent dans l'eau salée, tandis que d'autres ne peuvent pas y vivre. Ces conditions se rapportent à certains faits d'endosmose.

Lorsqu'on fait des expériences endosmométriques, en se servant d'une peau d'anguille pour séparer de l'eau d'avec une solution de sel marin (contenant 3 p. 100 de sel), il y a endosmose de la solution de sel vers l'eau. Mais les choses se passent d'une manière différente, selon que l'on oppose à l'un des deux liquides l'une ou l'autre face de la peau d'anguille. L'endosmose se fait très-facilement de dedans en dehors et très-facilement de dehors en dedans.

Lorsqu'on répète les mêmes expériences sur des grenouilles, on n'observe pas le même phénomène: l'endosmose se fait aussi bien par une surface que par l'autre. On peut rendre la peau des anguilles indifférente, et semblable, sous ce rapport, à celle des grenouilles, en enlevant la couche de mucus qui la revêt et qui empêche le sel de pénétrer par la face externe. Cette propriété de la peau des anguilles peut expliquer comment il se fait que ces animaux vivent dans l'eau salée, tandis que les grenouilles y périssent promptement.

2° NOTE SUR QUELQUES EXPÉRIENCES FAITES AVEC LE CURARE; par M. le docteur VULPIAN.

J'ai eu l'occasion de faire des expériences avec du *curare* que M. le docteur Grenn avait fait venir directement de Péra, (Brésil). Ce *curare* présente quelques différences avec le *curare* employé par MM. Bernard et Pelouze dans leurs expériences. Il est en petits fragments concassés, de couleur grise à l'extérieur et gris brunâtre à l'intérieur; il ne se ramollit qu'à peine par une douce chaleur; il se fond plus difficilement dans l'eau que l'autre *curare*, et la rend visqueuse. Les deux solutions, vues au microscope, sont tout à fait semblables.

Je fis d'abord l'expérience si connue de M. Cl. Bernard, et elle me donna tout à fait le même résultat, c'est-à-dire qu'après avoir introduit du *curare* dans une plaie faite à un animal (à une *grenouille*), je vis, au bout de trois à quatre minutes, les mouvements cesser tout à fait, puis qu'ayant mis à nu le nerf sciatique, je constatai qu'il avait complétement perdu sa motricité, tandis que tous les muscles conservaient leur irritabilité (1).

J'introduisis du *curare* dans la bouche d'une *grenouille*, et après quelques instants, je vis les mouvements diminuer, puis cesser tout à fait. Je répétai cette expérience plusieurs fois, et elle me donna toujours le même résultat. Je crus avoir trouvé une différence physiologique entre le *curare* que j'employais et celui dont on s'était servi jusqu'alors. Mais ayant expérimenté avec l'autre *curare*, j'obtins des résultats semblables, quoique un peu moins rapides.

J'essayai cette expérience sur des *tritons* et sur des *crapauds*: mêmes effets.

Chez des *grenouilles*, je fis pénétrer jusque dans l'estomac des petits cornets de papier contenant chacun une très-petite quantité de *curare*: les résultats furent encore les mêmes.

Ces divers animaux, les *grenouilles*, les *tritons* et les *crapauds* forment donc une exception à cette loi, si générale d'ailleurs, tirée par M. Bernard de ses expériences, à savoir: que le *curare* peut être mis impunément en contact avec la membrane muqueuse des voies digestives, parce que cette membrane ne se laisse pas traverser par ce poison.

Chez les *grenouilles*, qui ont surtout servi à mes expériences, l'empoisonnement par la bouche ou par l'estomac présente quelques particularités intéressantes. Les effets sont moins prompts que dans l'empoisonnement par une blessure, et cependant ils ne laissent pas que d'être encore très-rapides. Ainsi plusieurs fois les premiers phénomènes de l'empoisonnement se sont manifestés trois ou quatre minutes après l'ingestion du poison. Ces premiers phénomènes sont des troubles de motilité: les mouvements de l'appareil hyoïdien, qui étaient larges et réguliers, deviennent moins étendus et très-inégaux; quelques convulsions surviennent dans les membres, surtout dans les postérieurs, les paupières recouvrent les yeux. Bientôt les mouvements respiratoires ne se montrent plus que par intervalles; les membres s'étendent, deviennent flasques; on peut leur donner les positions les plus bizarres sans que l'animal puisse les retirer. La surface de la peau se sèche très-rapidement; cela se voit surtout chez les *tritons*.

Les *grenouilles* semblent tout à fait mortes, et toutefois si on les examine avec soin au bout d'un quart d'heure, on aperçoit très-bien les mouvements du cœur qui soulèvent la région précordiale, et, chose plus singulière, on voit de temps en temps toutes les deux ou trois minutes plusieurs faibles mouvements de l'appareil hyoïdien. Si l'on secoue fortement un de ces animaux ainsi empoisonnés, on provoque ces mouvements inspiratoires. A ce moment, on trouve les nerfs des membres entièrement privés de motricité et tous les muscles, au contraire, riches en irritabilité. Le lendemain du jour où l'on a fait l'expérience, la grenouille semble tout à fait dans le même état que la veille: même résolution des membres, même impassibilité, le cœur jouit encore de la plénitude de ses mouvements, mais l'appareil hyoïdien est immobile. Le surlendemain, les battements du cœur ne sont plus apparents à l'extérieur; les doigts des membres commencent à se dessécher; par la galvanisation on constate encore un reste d'irritabilité dans tous les muscles. Enfin le quatrième jour, il y a de la roideur cadavérique, l'irritabilité galvanique est éteinte; quelquefois j'en ai retrouvé quelques traces au quatrième jour.

Lorsqu'on empoisonne une *grenouille* par l'introduction de *curare* dans les voies digestives, on a donc le curieux spectacle d'un animal chez lequel les fonctions nerveuses sont abolies complétement, et chez lequel cependant le cœur continue à battre régulièrement pendant deux et trois jours. Ne peut-on point trouver là une preuve puissante qui démontre que le rhythme des mouvements du cœur est tout à fait indépendant du système nerveux?

Il est aussi bien remarquable que les mouvements de l'appareil hyoïdien ne soient pas complétement abolis, par suite de la mort du système nerveux. C'est là d'ailleurs un effet tout particulier au mode d'empoisonnement, car on n'observe rien de semblable lorsque le *curare* a été introduit dans une plaie.

J'ai instillé dans la bouche de plusieurs *lézards gris des murailles* de la solution de *curare*, mais sans jamais obtenir le moindre signe d'empoisonnement.

J'ai introduit dans la bouche de plusieurs petites *carpes* une petite quantité de *curare* en dissolution, puis je les ai remises immédiatement dans l'eau. Un quart d'heure après l'expérience, les mouvements de déglutition de l'eau et ceux des opercules étaient devenus beaucoup moins amples, irréguliers et intermittents; les nageoires cessaient bientôt de se mouvoir, et l'animal flottait immobile au milieu du liquide. Plusieurs de ces poissons sont morts; mais quelques-uns mis dans l'eau courante sont sortis de leur stupeur et sont parfaitement revenus à la vie. J'ai obtenu des résultats à peu près identiques en plaçant une goutte de solution de *curare* sous les opercules, sur les branchies de petites carpes que je remettais aussitôt dans l'eau.

J'ai mis de la solution de *curare* dans le bec de plusieurs *moineaux*: ils sont morts au bout d'un quart à trois quarts d'heure.

Je n'ai pas pu réussir à empoisonner ainsi ni les *pigeons*, ni les *poules*, ni même de jeunes *poulets* d'une huitaine de jours.

Le *curare* déposé dans la gueule de petits *porcs* âgés d'un jour n'a produit aucun effet toxique.

Mis dans la bouche d'un *lapin* âgé de 12 à 15 jours, il n'a pas paru l'empoisonner; mais le lendemain, quoiqu'on eût remis l'animal dans son réduit, on l'a trouvé mort. Je n'oserais affirmer pourtant que sa mort ait été causée par le poison.

Le *curare* dissous et placé dans la bouche de *cochons d'Inde* nés de la veille les a empoisonnés en moins d'une heure. Les premiers effets étaient longs à se manifester; mais dès qu'ils s'étaient montrés, l'animal ne tardait pas à succomber. Les cochons d'Inde ainsi empoisonnés ont toujours été agités de secousses convulsives dans les membres et dans les muscles des mâchoires avant de mourir. Cette dernière expérience, faite soit avec le curare de M. Green, soit avec l'autre *curare*, a toujours réussi. Je me suis assuré constamment qu'il n'y avait aucune plaie dans la bouche.

(1) Une manière intéressante de faire l'expérience de M. Cl. Bernard consiste à lier l'aorte sur une grenouille et à déposer du curare dans une plaie faite à la partie antérieure de l'animal. Au bout de quelques minutes, tous les mouvements ayant cessé, on met à nu les nerfs sciatiques et les nerfs brachiaux: ceux-ci ont perdu leur motricité, tandis que ceux-là, qui ont été soustraits à l'influence du sang empoisonné, la conservent tout entière.

BIBLIOGRAPHIE.

RECHERCHES SUR LA FOLIE PARALYTIQUE ET LES DIVERSES PARALYSIES GÉNÉRALES; par M. JULES FALRET. — Paris, 1853. Chez J. B. Baillière.

L'auteur ne s'est pas proposé dans ce travail, comme pourrait d'a-

bord le faire croire son titre, de faire l'histoire complète de la maladie connue sous le nom de *paralysie générale des aliénés;* son intention a été d'examiner seulement quelques-uns des points de cette histoire qui lui paraissent les plus obscurs et les plus dignes d'intérêt en même temps. Le premier et le plus important de tous ces points est la détermination nosologique précise de la paralysie générale, savoir s'il existe une ou plusieurs maladies auxquelles convienne cette dénomination, en tant que représentant un état pathologique spécial et distinct de la paralysie générale symptomatique commune à des maladies diverses.

Il existe aujourd'hui dans la science plusieurs opinions différentes sur la paralysie générale : l'une, la plus ancienne de toutes, admise par MM. Delaye, Calmeil, Georget, Esquirol et la plupart de ses élèves, consiste à considérer cette maladie comme une simple complication ou même comme une terminaison de toutes les espèces d'aliénation mentale; une seconde opinion, soutenue par MM. Bayle, Parchappe, Ducheck (de Prague), etc., l'envisage comme une forme distincte et spéciale de folie, caractérisée tout à la fois par des symptômes physiques et moraux et par des lésions anatomiques. D'après une autre opinion, défendue par MM. Requin, Baillarger, Lunier, etc., tous les faits de paralysie générale, avec ou sans délire, sont indistinctement confondus en une seule et même maladie, sous le nom de paralysie générale progressive. Enfin une dernière opinion s'est produite plus récemment, soutenue par MM. Sandras, Brierre de Boismont et Duchenne (de Boulogne); celle-ci tendrait à faire reconnaître deux espèces principales de paralysies générales : la paralysie avec aliénation et la paralysie sans aliénation.

En présence d'une semblable divergence d'opinion, la première pensée de l'auteur devait être de demander la solution de la question à l'observation comparative de ces maladies dans les asiles d'aliénés et les hôpitaux communs. Avant de se demander s'il existe deux espèces de paralysie générale, l'une avec aliénation, l'autre sans aliénation, ou si ce n'est qu'une seule et même maladie, il a d'abord cherché à résoudre cliniquement cette première question (ou plutôt à confirmer par de nouveaux faits une solution déjà acquise) : savoir ce qu'on doit entendre par paralysie générale, si elle constitue réellement une individualité pathologique ou si elle n'est qu'un symptôme commun à plusieurs maladies. Le double but de cette thèse, parfaitement précisé, est donc celui-ci : 1° chercher à démontrer qu'il existe une forme de folie caractérisée non-seulement par cette paralysie spéciale, mais encore par un ensemble de phénomènes physiques et psychologiques particuliers; 2° que la paralysie générale peut exister à titre de symptôme dans un grand nombre de maladies connues.

L'existence d'une paralysie générale avec délire était assez bien établie depuis les travaux de MM. Bayle, Delaye et Calmeil, pour qu'il pût paraître peut-être superflu de l'étayer de preuves nouvelles. M. J. Falret n'en a cependant pas jugé tout à fait ainsi. Si les lésions anatomiques et les phénomènes spéciaux de la paralysie lui paraissaient avoir été suffisamment élucidés par les auteurs, il ne s'en est pas cru dispensé pour cela d'apporter à l'appui de cette démonstration une nouvelle série de preuves cliniques déduites de l'étude des symptômes psychiques et de la marche de la maladie. L'étude des symptômes psychiques, en lui procurant un supplément de démonstration, lui a fourni l'occasion de combattre une opinion qui, bien qu'elle ne fût plus prédominante aujourd'hui, n'en conservait pas moins encore un grand poids à cause de l'autorité du nom d'Esquirol qui s'en était constitué le promoteur. M. J. Falret s'est proposé de démontrer en effet, contrairement à l'opinion d'Esquirol, que la paralysie n'est pas plus que la démence la terminaison nécessaire et fatale de toutes les folies chroniques, et que loin d'être la compagne habituelle de la folie chronique, elle ne survient au contraire que rarement dans ce cas; que toutes les folies ne sont pas susceptibles de se transformer en paralysie; qu'enfin la paralysie générale est liée à des lésions anatomiques, à des caractères de délire spéciaux et à une marche déterminée qui permettent de la distinguer des autres formes de folie. En un mot, à l'idée de complication accidentelle, M. J. Falret oppose celle d'une forme spéciale caractérisée non-seulement par le symptôme paralysie, mais par un ensemble de phénomènes coordonnés d'une certaine manière et se succédant dans un ordre particulier.

Le résultat de ses observations personnelles à cet égard, jointes aux observations et au témoignage des médecins placés à la tête des grands établissements d'aliénés, est exprimé dans les deux propositions suivantes :

On ne voit pas survenir la paralysie spéciale qui nous occupe chez des aliénés ayant séjourné depuis de longues années dans les asiles; si quelquefois accidentellement on constate une paralysie chez des malades de cette catégorie, elle est d'une tout autre nature et dépend d'une autre maladie, par exemple d'un ramollissement, d'une apoplexie, d'une tumeur du cerveau ou de toute autre affection étrangère à la folie paralytique.

Les aliénés qui meurent paralytiques dans les asiles offraient déjà des traces de paralysie dès leur entrée, ou bien n'ont pas tardé longtemps à en présenter, et dans tous les cas ils sont morts trois ou quatre ans au plus après leur admission dans l'établissement.

Mais pour constituer la folie paralytique à l'état de forme spéciale de maladie mentale, il ne suffit pas, ainsi que le fait justement remarquer M. J. Falret, de montrer que le symptôme paralysie générale ne survient pas dans les folies anciennes; ce qu'il importe surtout, c'est de montrer qu'elle est constituée par un ensemble de phénomènes dont la réunion est indispensable pour en faire une espèce naturelle. Nous avons déjà dit que les caractères physiques et anatomiques de la folie paralytique avaient été étudiés de manière à ne laisser à cet égard que peu de chose à ajouter à la démonstration. C'est par l'étude de deux autres ordres de caractères directs, ceux qui se déduisent de la marche spéciale de cette affection et de la nature particulière des phénomènes du délire, que l'auteur a cherché à la compléter. Tel est le sujet de la première partie de ce travail.

Un premier caractère qui ressort de l'étude de la marche de la folie paralytique, comparée à la marche générale des autres espèces d'aliénation, c'est sa progression ascensionnelle incessante; la paralysie générale est de sa nature progressive, non point progressive avec régularité et d'une manière constante, mais avec des rémissions et des variations dans l'évolution et l'intensité des divers symptômes. Trois autres faits sont signalés également par M. J. Falret comme caractéristiques de la marche de cette maladie; ce sont : les accès maniaques fréquents, survenant irrégulièrement à diverses périodes de son cours; les attaques congestives et convulsives, qui peuvent aussi se produire à toutes les périodes, mais qui surviennent surtout à la fin; la durée totale de la maladie qui, malgré des différences tenant à des variétés de forme ou d'individus, se renferme toujours dans des limites moyennes assez uniformes. Enfin, un dernier élément très-important dans la caractéristique de la marche de la folie paralytique, c'est celui de sa durée moyenne, laquelle (sauf quelques exceptions dont nous serions à même de rapporter deux exemples très-remarquables par l'excessive rapidité de leur marche), se maintient en général dans une limite déterminée qui oscille entre deux et quatre années.

Le délire offre aussi, dans la paralysie générale, des caractères qui ont déjà été signalés par les premiers historiens de cette affection, mais auxquels l'étude spéciale qu'en a faite M. J. Falret nous paraît avoir donné encore plus de précision. A l'idée de grandeur et d'ambition qui en fait le fond commun, il faut ajouter, d'après l'auteur, d'autres caractères qui se trouvent en quelque sorte greffés sur ce fond même. Les idées délirantes des paralytiques ont pour caractères d'être multiples, mobiles, non motivées et contradictoires entre elles. « Il semble, dit M. J. Falret, que les fous paralytiques aient cessé de relier dans une même unité les diverses parties de leur personnalité, et de concilier et de coordonner les différentes idées qui surgissent dans leur esprit..... La sphère de leur intelligence est très-restreinte et la portée en est limitée, alors même que cette faiblesse radicale se trouve masquée, comme cela arrive souvent au début, par une grande activité et une grande fécondité d'idées, etc. » Ces caractères de la folie paralytique ressortent avec beaucoup plus d'évidence encore lorsqu'on les compare aux caractères du délire partiel chez les monomaniaques, par exemple, aux idées fixes, invariables, logiquement cordonnées et énergiquement soutenues. Il résulte, en effet, du parallèle très-habilement tracé de ces deux espèces de délires, un contraste des plus frappants.

Dans la deuxième partie de son travail, M. J. Falret s'est proposé de faire une revue rapide des diverses maladies susceptibles de donner lieu à des phénomènes paralytiques plus ou moins analogues à ceux de la folie paralytique. Il passe ainsi successivement en revue l'hémorrhagie cérébrale, le ramollissement du cerveau, les tumeurs du cerveau, les méningites, les maladies de la moelle, les paralysies nerveuses (hystériques, épileptiques), les paralysies saturnines, mercurielles, alcooliques, l'atrophie musculaire progressive, etc.; faisant ressortir les différences qui distinguent chacune de ces maladies de la folie paralytique, particulièrement en ce qui concerne les caractères qui lui ont été spécialement assignés, c'est-à-dire la nature spéciale de la paralysie, la marche de la maladie et le caractère des troubles psychiques.

Le diagnostic différentiel, en ce qui concerne la paralysie en particulier, se résume dans les principes suivants :

1° Toute paralysie qui commence par être partielle, et qui plus tard seulement se généralise, n'est pas la folie paralytique;

2° Il en est de même de toute paralysie qui est complète ou bien presque complète dès le début, ne serait-ce que dans une partie limitée du corps;

3° Il en est encore de même de toute paralysie qui, débutant par un point quelconque, par les extrémités des bras ou des jambes, par exemple, marche de la périphérie vers le centre et progresse ainsi en étendue, au lieu de progresser en intensité;

4° Enfin, l'embarras spécial de la parole est indispensable pour caractériser la paralysie des aliénés.

Mais si, à l'aide de ces principes d'une part, et à l'aide, d'autre part, des caractères spéciaux appartenant à chacune des affections qui viennent d'être énumérées, il est facile d'en établir le diagnostic différentiel, il l'était beaucoup moins de distinguer la folie paralytique de la maladie que quelques auteurs ont décrite sous le nom de paralysie générale sans aliénation, paralysie générale progressive, paralysie générale spinale, etc. M. J. Falret, sans contester l'existence d'une paralysie générale d'une nature spéciale et distincte de la folie paralytique, croit qu'une semblable discussion serait prématurée, la plupart des faits cités jusqu'à ce jour ne lui paraissant pas suffisants pour en établir l'existence scientifiquement, et les auteurs donnant le nom de paralysie générale progressive à des maladies dissemblables entre elles. L'un des plus grands obstacles à la solution de cette question est la difficulté d'apprécier dans tous ces cas l'état psychique des malades et de savoir si, à une époque donnée de la maladie, il y a eu ou non du délire. Cette objection, il faut le dire, pourrait être retournée aussi bien contre l'affection dont M. J. Falret affirme l'existence que contre celle qu'il conteste ou plutôt qu'il met en doute. Mais il est un autre caractère auquel M. J. Falret paraît n'avoir pas songé, ou dont il a négligé du moins de se servir, c'est celui qui est déduit de l'état de la contractilité électrique des muscles. On sait que M. Duchenne (de Boulogne) a fondé sur le fait de la conservation ou de la perte de la contractilité électrique des muscles un ensemble de signes diagnostiques différentiels des diverses sortes de paralysies. Bien que ce nouveau mode d'exploration n'ait pas encore pris rang définitif dans la science, et que les signes qu'il fournit n'aient pas reçu la sanction de l'expérience générale, il y avait lieu cependant d'en tenir compte.

En résumé, M. J. Falret tire de ce travail la conclusion suivante:

Si, par le mot paralysie générale, on entend désigner une maladie caractérisée par d'autres phénomènes en même temps que par le symptôme de paralysie, il n'y en a jusqu'à présent qu'une seule dont l'existence soit scientifiquement démontrée.

Si, au contraire, on ne désigne sous ce titre qu'un symptôme pouvant survenir dans des maladies diverses, ce n'est plus seulement deux espèces de paralysies générales qu'il conviendrait d'admettre, mais un grand nombre, puisque ce symptôme peut se produire dans beaucoup de maladies, et qu'il existe par exemple des paralysies générales apoplectiques, épileptiques, saturnines, alcooliques et atrophiques.

Toutes réserves faites sur la question de l'existence d'une paralysie générale distincte de celle dont M. J. Falret a si bien complété la démonstration, le travail de notre jeune confrère est plein d'intérêt, et révèle en son auteur une aptitude des plus heureuses pour l'étude de ces belles questions de la médecine mentale qui a déjà élevé à un rang si honorable le nom de son père.

H. BROCHIN.

VARIÉTÉS.

MOUVEMENT DU CHOLÉRA DANS PARIS ET DANS LES COMMUNES RURALES.

Septembre...		1er	2	3	4	5	6	7
Admissions aux hôpitaux		32	29	30	22	23	32	30
Cas déclarés à l'intérieur		13	8	11	14	12	8	14
Totaux		45	37	41	36	35	40	44
Décès :	Dans les hôpitaux civils	20	15	19	16	17	10	18
	— militaires	4	4	1	2	3	6	3
	A domicile : 1er arrond.	3	3	7	4	4	5	3
	2e —	5	4	6	3	6	11	0
	3e —	2	1	1	2	5	3	1
	4e —	1	1	2	6	3	0	4
	5e —	6	2	5	8	4	6	5
	6e —	8	7	5	7	4	4	5
	7e —	8	5	2	3	2	5	5
	8e —	5	6	7	9	5	5	1
	9e —	3	3	3	7	3	1	3
	10e —	8	3	8	5	5	4	2
	11e —	0	0	0	4	2	0	1
	12e —	5	5	6	5	4	5	6
	Communes rurales	28	32	26	27	31	33	44

RÉCAPITULATION DES DÉCÈS CHOLÉRIQUES :

Septembre...	1er	2	3	4	5	6	7
Dans les hôp. civils et militaires	24	19	20	18	20	16	21
A domicile et dans les comm. rurales	82	72	78	90	78	82	80
Totaux généraux des décès	106	91	98	108	98	98	101

RÉCAPITULATION DEPUIS LA RECRUDESCENCE JUSQU'AU 7 SEPTEMBRE.

Admissions dans les hôpitaux civils	3,421	4,923
Cas déclarés à l'intérieur	1,502	
Décès dans les hôpitaux civils	2,533	8,911
— — militaires	492	
— à domicile	3,701	
— dans les communes rurales	2,185	

— VARNA, 27 juillet. — Il y a beaucoup de malades dans les troupes campées autour de Varna; la diarrhée est générale, la fièvre se montre, et le choléra a régné ici avec quelque violence.

L'hôpital de Varna est encombré, les malades remplissent les salles, les corridors, les escaliers. Le 23 juillet il y a eu 83 admissions à l'hôpital anglais. Un nombre considérable de malades de l'armée anglaise devait s'embarquer dans un jour ou deux pour changer d'air et désencombrer les locaux. La saison fiévreuse ne commence pas en ce pays avant septembre.

Le 23 juillet les renseignements officiels donnaient pour les forces anglaises campées à Varna et aux environs (25,600 hommes), un total de 1,507 malades, chiffre qui représente la proportion de 6 malades environ sur 100 hommes. On comptait en outre à Scutari 500 hommes, dont la plupart convalescents.

Du 22 au 24, il y a eu 49 admissions et 16 décès cholériques dans le camp de Devna. Du 19 au 25 inclus à Varna, il y a eu parmi les Anglais 73 admissions et 23 décès; les troupes françaises ont compté 139 admissions et 71 décès cholériques.

— 9 août. A cette date, les troupes anglaises comptaient 260 décès cholériques. Depuis leur translation au camp de Monastir, l'état sanitaire s'était amélioré. On y avait compté encore jusqu'à 30 décès cholériques par jour.

Les pertes des troupes françaises étaient très-grandes; depuis le 14 juillet, l'hôpital français de Varna comptait un grand nombre de décès et seulement 79 guérisons.

L'évacuation de l'hôpital était la question à l'ordre du jour.

Cet hôpital est une ancienne caserne turque, énorme bâtiment quadrangulaire à l'instar des casernes de Scutari. Chaque façade de cet édifice a 150 pieds de long et trois étages. Les deux tiers du bâtiment appartiennent aux Français et constituent l'hôpital; l'autre tiers forme l'hôpital anglais. Quoique cette construction ne date pas d'une époque reculée, les planchers sont vermoulus et les fenêtres percées à jour. Depuis l'invasion de l'épidémie, ce local a été reconnu comme insalubre et a été un foyer cholérique des plus intenses; il s'en exhale une odeur animale abominable, comme de tous les édifices habités par les soldats turcs.

Les chirurgiens des deux corps d'armée appartenant à cet hôpital habitaient un local des plus insalubres.

Vers le milieu d'août, les fièvres continues commençaient à se montrer dans les parties les plus salubres du pays.

15 août. L'ordre suivant, émané de l'état-major général de l'armée anglaise, indique un progrès dans les prescriptions hygiéniques et alimentaires en temps d'épidémie. Il aurait été à désirer que ces prescriptions eussent été faites avant l'invasion des maladies qui ont enlevé en deux mois 2,000 hommes environ sur 25,000 de troupes anglaises.

« Les affections du tube intestinal étant fréquentes à cette époque de l'année, et les officiers de santé de l'armée étant d'avis qu'une augmentation de rations de vivres pourrait être utile dans ces circonstances, le commandant en chef des troupes autorise, comme mesure temporaire, la distribution de 2 onces de riz par homme et par jour, et une demi-mesure (*gill*) de liqueur alcoolique pour les sous-officiers et les soldats. Cette boisson sera distribuée immédiatement après le dîner.

» Le commandant en chef ordonne en outre à chaque homme une tasse de café le matin avant toutes les corvées ou exercices, et le soir avant le coucher.

» La ration de viande est aussi temporairement accrue d'une livre à une livre et demie. »

On ajoute que les rations de pain, qui étaient d'une livre et demie par jour et par homme, sont maintenant portées à 2 livres et demie. Les rations de viande seraient même de 2 livres. Des mesures ont été prises pour une fourniture régulière de sucre et de sel, dont les troupes ont manqué complétement à une époque. Enfin, il aurait été décidé qu'une pinte d'ale on de porter serait accordée par jour et par homme. Les rations de viandes salées que les médecins réclamaient pour les troupes au commencement d'août ont été accordées et seront distribuées d'une à deux fois par semaine.

— De la même ville, 17 août. — L'événement important de cette première quinzaine a été l'invasion foudroyante du choléra sur les troupes conduites dans la Dobrutscha par les généraux Espinasse et Youssouf: un régiment de zouaves embarqué à Varna, débarqué à Kustendjé, partit de cette ville le 28 juillet au matin et arriva à Kargalik le 29. Le choléra se déclare le 29. Le 30 au matin il y avait de 35 à 40 morts et de 70 à 80 cholériques mourants. On quitte la localité qui avait été signalée comme très-insalubre; on se hâte le jour même de partir, mais avant d'arriver à la zone salubre, la division perd, sur un effectif de 10,000 hommes, 2,000 cholériques au moins; en outre, 4,000 hommes sont épuisés par la diarrhée cholérique; il ne reste plus que 4,000 hommes valides.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

CONSTITUTION MÉDICALE.

LE CHOLÉRA DANS L'EST DE LA FRANCE, NOTAMMENT DANS LES VOSGES ET LA HAUTE-MARNE. — SITES AFFECTÉS OU ÉPARGNÉS. — MODE DE DÉVELOPPEMENT ET DE PROPAGATION.

(Suite. — Voir le n° 35.)

Deux modes bien différents ont présidé au développement et à la propagation de la maladie dans les localités que nous avons parcourues : 1° extension spontanée de l'influence épidémique ; 2° importation dans des sites éloignés et dans lesquels n'existait aucune influence épidémique.

1° Extension spontanée de l'épidémie. — C'est le mode le plus général. Souvent le choléra, ayant été importé dans certaines localités fort distantes des lieux où régnait l'épidémie, a rayonné de ces foyers sur tout le voisinage et a envahi peu à peu le pays ; c'est ce que nous avons observé autour de Dompaire (Vosges), de Clinchant (Haute-Marne), de Bleuvincourt (Vosges), etc., d'où le choléra, né évidemment de l'importation, s'est ensuite étendu à toute la contrée.

La maladie propagée par extension spontanée de l'épidémie s'est à peu près partout établie par degrés successifs : on a d'abord observé des diarrhées, des états pathologiques un peu vagues, mais évidents, une affection bénigne qu'on a appelée suette et sur laquelle nous aurons à revenir ; puis la cholérine s'est déclarée ; enfin, le choléra confirmé s'est développé ; le tout, est-il besoin de le faire remarquer, en conformité des observations précédentes et des principes dès longtemps établis dans la Gazette Médicale. Cet état pathologique prémonitoire a été dûment constaté. Cependant, aujourd'hui que l'attention est appelée sur ce sujet, nous pensons que des recherches plus attentives feront constater ces phénomènes pathologiques précurseurs dans des cas où ils étaient passés inaperçus. La constatation de ce fait nous paraît fort importante : *L'épidémie semble procéder sur les populations*, ainsi que l'établissait explicitement à nouveau la Gazette Médicale au commencement de cette épidémie, *comme la maladie chez l'individu; il y a des phénomènes prémonitoires de l'épidémie dans un pays, de même qu'il existe des phénomènes précurseurs ou prodromiques du choléra chez les individus.* Ces rapprochements ont pu être vérifiés aussi loin que la Gazette Médicale les a formulés : ainsi, de même que, chez les individus, l'atteinte épidémique peut s'arrêter à ces phénomènes prémonitoires sans aller jusqu'au choléra confirmé ; ainsi, dans certaines localités, la manifestation morbide s'est bornée à cet état pathologique précurseur, sur lequel sont venus ou non trancher un petit nombre de cas isolés de vrai choléra.

2° Développement et extension par importation. — Si nous ne nous trompons, notre voyage dans l'Est nous a permis d'apprécier à nouveau un moyen de constater avec rigueur la réalité de l'importation. Sans doute, quand le développement du choléra dans un lieu où il n'existait pas et qui est éloigné de tout foyer épidémique, coïncide avec l'arrivée d'un ou de plusieurs cholériques venant d'un de ces foyers ; quand la maladie se déclare chez les individus qui ont soigné les arrivants et s'étend ainsi de proche en proche, on ne peut guère révoquer en doute l'importation ; mais d'autres caractères spéciaux mettent celle-ci hors de contestation.

Dans les cantons de Lamarche, de Dompaire, de Bourmont (Vosges et Haute-Marne), que nous avons spécialement étudiés, l'épidémie s'est partout développée, avons-nous dit, en présentant successivement les deux manifestations morbides graduelles ; quelques localités seulement font exception ; or c'est précisément là que le choléra a été importé *de toutes pièces*, qu'on me passe cette expression.

La Haute-Marne était atteinte par l'épidémie, les Vosges jouissaient de l'immunité. Quelques ouvriers de Dompaire (Vosges), fuyant le choléra de Rimaucourt (Haute-Marne), où il régnait avec intensité, reviennent dans leur pays et y importent la maladie, comme nous l'avons dit dans un précédent article. Le choléra *grave et confirmé* s'y déclare d'emblée, sans avoir été précédé d'aucune manifestation pathologique prémonitoire. Dompaire est mis en quarantaine, on empêche ses habitants d'entrer dans les villages voisins, et l'on impose même une amende aux individus de ces villages qui tenteraient d'aller pour affaires dans ce foyer épidémique. La maladie, se jouant de ces précautions, se propage aux localités voisines, non plus par importation, mais par extension spontanée de l'influence épidémique. Dès lors, ce n'est plus le choléra confirmé qui s'établit d'emblée ; il est précédé de diarrhées, de suettes, de cholérines. Bien plus, à Lamerey, qui constitue l'extrémité orientale de la longue rue de 3 kilomètres qui forme la localité, et qu'un garde champêtre défendait avec son sabre inoffensif, mais respecté, tiré du fourreau, à Lamerey, le choléra ne s'établit pas d'emblée comme à l'autre extrémité de Dompaire, où il avait été importé et où il s'était assez longtemps concentré ; mais il y est précédé de diarrhées, de suettes, de phénomènes prémonitoires, en un mot.

Dans un autre canton du même département (canton de Lamarche), nous avons pu observer des faits absolument semblables : choléra *d'emblée* dans les lieux où il est importé ; choléra précédé de phénomènes prémonitoires dans les localités où il se propage par extension de l'influence épidémique. Ainsi, à Bleuvincourt, premier endroit atteint, le choléra est importé par deux individus arrivant aussi de Rimaucourt ; ils communiquent la maladie à deux parents, leurs voisins, qui leur avaient prodigué des soins ; ceux-ci la transmettent également à leurs proches, qui les avaient aussi soignés ; de là elle envahit toute la localité, où elle était en décroissance lors de notre visite médicale en compagnie du docteur Mangin (de Lamarche). Mais si le choléra confirmé s'est établi d'emblée à Bleuvincourt, il n'en a plus été de même dans les autres villages du canton et à Lamarche, où il a été précédé de phénomènes précurseurs.

Notre séjour dans la Haute-Marne et les communications de M. le docteur Bézu (de Bourmont) nous ont encore révélé des faits semblables.

Le choléra ni aucune influence cholérique mitigée ne régnaient dans la contrée, lorsqu'un homme arrive de l'hôpital Saint-Antoine de Paris dans le village de Clinchant. Il y tombe malade du choléra, y meurt, le communique à plusieurs habitants de la même maison, et la maladie se propage de proche en proche à tout le village. Une femme de Sarsicourt, venue à Clinchant pour recueillir une succession, importe également le choléra chez elle ; dans ces deux localités, il se manifeste d'emblée, sans phénomènes prémonitoires. Il s'étend ensuite à toute la

FEUILLETON.

LETTRES D'UN MÉDECIN MILITAIRE SUR LA CAMPAGNE D'ORIENT.

LETTRE SIXIÈME.

Kavarna (Bulgarie), le 10 août 1854.

Au Rédacteur.

Monsieur,

Nous étions réunis, quelques camarades, à Varna, et nous nous occupions de la guerre d'Orient, au point de vue médical. Chacun exprimait son avis ; les idées se heurtant, s'entre-choquant, pétillaient comme du vin de Champagne, et la lumière jaillissait parfois.

Désireux d'abréger des détails inutiles, je donnerai seulement en bloc les résultats de cette conversation.

L'époque endémo-épidémique ou estivo-automnale, telle qu'elle se présente en Afrique, en Italie et en Orient, se divise en deux grandes classes de maladies : les unes intermittentes, d'origine paludéenne et curables par le sulfate de quinine ; les autres continues, dépendant des conditions fixes du climat et n'exigeant pas le quinquina. Toutefois ces deux éléments peuvent se réunir, se fondre pour constituer des affections bâtardes en quelque sorte, qu'on a perdues de vue à tort.

En Orient, il est nécessaire d'apporter une attention soutenue à la multiplicité des éléments morbides, à leur union fréquente pour former des maladies complexes.

Je m'empresse de dire, pour ne pas être obligé d'en parler de nouveau, que j'adopte entièrement cette dernière idée.

Il est probable, il paraît même certain que les deux grandes influences miasmatique et climatérique se subdivisent en plusieurs espèces : ainsi l'affection appelée par les Turcs coup d'air ou *kara-courouchou*, et par les Russes fièvre nerveuse, affection qui n'est sans doute qu'une forme du typhus, tiendrait au dégagement des matières animales entassées, à l'accumulation des hommes dans un étroit espace, privé d'une aération suffisante. Cependant l'intoxication paludéenne, portée à un haut degré, intervient peut-être à son tour dans cette grave maladie ; mais le typhus doit y jouer le rôle capital.

Enfin nous ne connaissons que très-superficiellement la pathologie de l'Orient, et il est surtout indispensable de nous tenir en garde contre les habitudes thérapeutiques que nous avons rapportées d'Afrique et d'Italie.

Si je ne me trompe, je me suis acquitté avec une exactitude scrupuleuse de mes fonctions de rapporteur. La clinique, a-t-on avancé avec justesse, est

contrée, même au chef-lieu de canton, situé sur une montagne et où nous avons été appelé à exercer notre ministère; mais cette propagation par extension spontanée de l'épidémie procède à l'aide des deux manifestations habituelles, c'est-à-dire des phénomènes prémonitoires auxquels succède le choléra confirmé.

Dans quelques cas, les deux modes ont concouru simultanément ou successivement au développement de la maladie, et la participation de chacune d'elles a pu être saisie quelquefois. Ainsi, une femme de Romains, village du canton de Bourmont, quitte son village jusqu'alors exempt de toute influence épidémique, pour aller à Maisoncelles, où régnait la maladie; de retour chez elle, elle tombe malade et communique le choléra à quelques personnes, mais la maladie ne va pas plus loin: c'est là un exemple d'importation dont les résultats sont incomplets, avortés. Plus tard, les phénomènes prémonitoires s'établissent dans le village, et le choléra confirmé leur succède comme à l'ordinaire et y établit décidément son domicile. Le choléra est intense dans le canton, car, à Bourg Sainte-Marie, à quelques kilomètres de Bourmont, il meurt en huit ou dix jours un dixième des habitants, c'est-à-dire 25 à 30 sur une population de 280. Lorsque nous avons quitté ce canton, la maladie était en pleine décroissance, mais non encore terminée.

P. S. — A de prochains articles l'étude des phénomènes prémonitoires de l'épidémie, des diverses méthodes thérapeutiques, de la prophylaxie, des secours publics, etc.

FELIX JACQUOT.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

RECHERCHES SUR LES MODIFICATIONS GRADUELLES DES VILLOSITÉS DU CHORION ET DU PLACENTA (lues à la Société de biologie dans sa séance du 4 février 1854); par M. le docteur CH. ROBIN, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

REMARQUES PRÉLIMINAIRES.

L'aspect extérieur qui nous est offert par les produits morbides de tout genre n'est que la *résultante*, si l'on peut ainsi dire, du dérangement de la disposition normale de parties élémentaires du corps, que l'œil nu ne peut apercevoir. Ce dérangement est, du reste, presque toujours causé par une modification de structure de ces éléments, par leur atrophie, leur hypertrophie, la multiplication exagérée de leur nombre à un point donné de l'économie, par la production dans leur épaisseur de granulations graisseuses ou autres, d'excavations même, ou par la production entre eux d'éléments d'autres espèces, etc. L'aspect extérieur de certains produits morbides peut encore être dû à ce que ceux-ci se trouvent être formés principalement ou entièrement d'espèces d'éléments dont on ne rencontre aucune trace dans l'organisme à l'état normal; tels sont les corpuscules du tubercule, les noyaux et cellules du cancer, etc. C'est de lésions du premier genre que je vais m'occuper. Mais quoi qu'il en soit le fait important à signaler est que l'examen de ces éléments peut seul donner une notion exacte de la nature des produits morbides. Aussi n'y a-t-il pas à se préoccuper du désaccord qui existe entre les déterminations données par ceux qui se bornent à un examen fait à l'œil nu et ceux qui s'aident du microscope, puisque les premiers ne décrivent que des apparences, tandis que les autres observent les corps mêmes, à la réunion desquels sont dues ces apparences. Et tôt ou tard de la connaissance complète des éléments anatomiques, résultera une réforme complète dans la manière incomplète ou vicieuse actuelle d'envisager les produits morbides et leurs symptômes.

Cherchons maintenant à nous rapprocher davantage du sujet même de ce travail. L'observation montre qu'entre l'instant de l'apparition des éléments anatomiques chez l'embryon et l'âge adulte, ces éléments présentent des modifications successives; elles sont assez peu considérables pour que l'on puisse sur l'embryon reconnaître les espèces de fibres, de tubes, de cellules, etc., d'après l'étude des mêmes espèces faites sur l'adulte. Pourtant ces phases d'évolution doivent être connues pour arriver à une saine interprétation des lésions et des phénomènes morbides. Cette remarque s'applique principalement aux tissus; car ce sont eux plus encore que les éléments mêmes dont ils sont formés, qui sont modifiés à mesure de l'évolution fœtale, par la production de nouveaux éléments soit de même espèce, soit d'autre espèce, entre ceux qui existaient déjà.

En résumé, il n'y a pas d'anatomie générale sans examen des éléments anatomiques et des tissus, tant dans leurs phases embryonnaires qu'à l'état adulte et aux états séniles ou même morbides. Il n'y a pas de détermination pathogénique possible sans anatomie générale; car les produits accidentels qui proviennent de l'hypergénèse de certains éléments normaux (avec dérangement des autres éléments voisins, qui souvent s'atrophient ou se résorbent) sont bien plus nombreux que les produits hétéromorphes. Il y a une quantité considérable d'altérations qui dérivent de l'augmentation de nombre ou de volume des éléments normaux qui à tort sont considérées comme productions entièrement nouvelles. Il en est une quantité plus grande encore qui sont considérées comme produits inflammatoires, qui sont dues au même fait, ou qui dérivent de la manifestation des propriétés de nutrition et autres encore, inhérentes aux éléments anatomiques, mais dont les manifestations habituelles ont été accidentellement troublées par des conditions bien différentes de l'inflammation.

Je laisse maintenant de côté ces notions générales, résultats de l'observation propres à guider dans l'examen des faits qu'il reste encore à étudier; mais il était impossible de ne pas rappeler les moindres recherches qui concernent les corps organisés qui restent stériles si elles ne sont faites que d'après un vague instinct de curiosité.

MODIFICATIONS DES VILLOSITÉS DU CHORION PRÉCÉDANT L'ALTÉRATION DITE GRAISSEUSE DU PLACENTA.

Il est nécessaire pour faire comprendre ce qui suit de dire en quelques mots quelle est la structure de la substance du chorion et de ses villosités. Ces faits, dont quelques-uns ne sont pas généralement décrits, ont déjà été publiés en partie dans un rapport à la Société anatomi-

---

notre cour de cassation; il me sera donc bien permis, puisque l'occasion s'en présente, d'exprimer ce que je pense.

Pour justifier mes affirmations et mes négations, je m'appuierai sur les faits que j'ai recueillis, sur les observations que j'ai faites en Roumélie, ou encore dans la presqu'île de Gallipoli, à Varna, dans la Bulgarie et dans notre malheureuse campagne de la Dobrutscha.

Je conteste d'abord la division de l'époque estivo-automnale en deux périodes: l'une caractérisée par des fièvres à quinquina, l'autre par des pyrexies continues. Je ne connais aucun nombre probant de faits qui correspondent à cette manière de voir.

Ces deux éléments, climatérique et palustre, qui constituent les affections de cette époque, peuvent sans aucun doute prédominer l'un ou l'autre, se montrer avec une intensité inégale, à mesure surtout que l'automne se dessine et que les perturbations atmosphériques ont lieu; mais cette continuité le plus souvent n'est qu'apparente, et lorsqu'elle existe bien réelle, elle cache une lésion organique plus profonde, plus tenace, qui n'exclut pas l'emploi du sulfate de quinine: au contraire, elle le réclame, dans la plupart des cas, à la fin du traitement.

D'ailleurs, et c'est une preuve que j'invoque à l'appui de mon opinion, n'est-ce pas à des états morbides semblables, dont les éléments sont difficiles à séparer, à discerner avec évidence, qu'on a employé cette désignation, empruntée à Torti, de fièvres proportionnées?

Les pyrexies continues qui n'exigent pas impérieusement le quinquina se manifestent l'hiver et au printemps, dans les pays chauds à marais, et encore il s'en faut de beaucoup qu'on puisse toujours, dans ces véritables fièvres catarrhales, s'abstenir de la quinine. J'omets à dessein les maladies d'importation: ainsi la fièvre typhoïde et les affections aiguës ou chroniques, contractées sur place, comme l'hépatite.

Bref, je ne demande pas mieux que d'ouvrir les yeux à la lumière, et si, sous ce rapport, je suis atteint de cataracte, je me soumets d'avance à l'opération.. Je me trouverai alors dans d'excellentes conditions pour suivre et interpréter les faits que je suis appelé à recueillir en Orient.

La maladie appelée par les Turcs *hava-tourouchou* tiendrait, soutenait-on, à la prédominance du dégagement des matières animales entassées, putréfiées, et constituerait une forme de typhus, dans lequel toutefois l'influence paludéenne jouerait peut-être aussi un rôle, mais un rôle secondaire.

D'après ce que j'ai vu, d'après les renseignements que j'ai pris, le *hava-tourouchou* des Turcs n'est, suivant moi, qu'une fièvre rémittente à accès pernicieux; mais dans certaines circonstances dont il me serait impossible encore de préciser avec exactitude les conditions d'existence, cette maladie est un véritable choléra.

Mon assertion paraîtra hasardée sans aucun doute; mais c'est l'effet qu'elle a déjà produit, et je suis par conséquent prêt à recevoir les objections de pied ferme. J'ajouterai, d'ailleurs, qu'aujourd'hui, à l'heure où j'écris, j'y tiens plus que jamais.

Depuis bientôt un mois nous parcourons la Dobrutscha; nous subissons les chaleurs de l'été, plus pénibles, à mon avis, que celles d'Afrique, car elles

que (1) et développés d'après mes leçons dans la thèse d'un de mes élèves (2), datant déjà de quelques années.

La substance du chorion et celle de ses villosités sont identiques; ces dernières sont de même nature anatomique que le premier. Cette membrane et ses villosités sont constituées par une espèce particulière d'élément anatomique, appelé *substance choriale*. Cet élément est disposé sous forme membraneuse. C'est une substance amorphe, résistante, grisâtre, rarement un peu striée ou fibroïde par place et de loin en loin. Elle est rendue transparente par l'acide acétique, mais non dissoute par lui. Elle est parsemée d'un nombre considérable de noyaux ovoïdes, longs de 8 à 10 millièmes de millimètre, larges de 5 à 6 millièmes. Ces noyaux sont empâtés dans l'épaisseur de cette substance, et non à sa surface; ils ne peuvent pas en être séparés, si ce n'est accidentellement lorsqu'on les détache par dilacération; ils font partie constituante de cet élément anatomique. Ils sont écartés les uns des autres, plus ou moins, selon les parties du chorion ou de ses villosités; les intervalles qui les séparent sont parsemés d'une quantité considérable de fines granulations moléculaires, grisâtres la plupart, et dont quelques-unes sont graisseuses. Ces granulations peuvent être assez abondantes par places pour masquer en partie ou en totalité les noyaux; mais l'acide acétique en gonflant la substance amorphe de cet élément anatomique écarte les granulations, dissout en outre celles qui ne sont pas graisseuses, et permet d'observer bien plus facilement les noyaux.

Lorsque les villosités se développent sur le chorion, elles sont pourvues d'un canal central simple, tant que les vaisseaux allantoïdiens ne sont pas venus s'y distribuer. Une fois ceux-ci développés dans le canal des villosités, ce dernier est divisé en conduit artériel et conduit veineux, qu'on peut se représenter comme adossés à la manière des deux canons d'un fusil double, mais irrégulièrement et en décrivant de nombreuses flexuosités. La substance même de la membrane chorion et de ses villosités, substance décrite plus haut, est tout à fait dépourvue de vaisseaux. Il arrive une époque de l'évolution embryonnaire où une partie des villosités cessent de grandir plutôt qu'elles ne s'atrophient; elles restent sans vaisseaux, ou si elles en avaient, ceux-ci disparaissent et s'atrophient; nous verrons plus loin ce qui vient remplir le canal de ces villosités. Quant aux autres, elles continuent à augmenter de volume, à se ramifier de plus en plus, restent seules vasculaires et constituent le placenta. Ce dernier organe est d'abord *placenta frondosum*, c'est-à-dire formé de villosités dont toutes les subdivisions encore peu enchevêtrées, sont faciles à isoler et flottent encore sous forme arborescente très-délicate et élégante lorsqu'on plonge le tout dans l'eau. Bientôt les ramifications s'allongeant et se multipliant, s'enchevêtrent, constituent le tissu placentaire plus serré, à déchirure filamenteuse, etc. Chaque villosité est devenue *un cotylédon*, avec sa circulation indépendante de celle des autres cotylédons, car les ramifications ne s'anastomosent pas, et à chaque extrémité des ramifications le conduit artériel placentaire se recourbe en anse veineuse pour descendre franchement à côté de l'artère en direction inverse.

Abordons maintenant le côté essentiel de cette étude. Pour abréger, je réserverai le nom de *villosités choriales* à celles qui n'ont pas pris part à la constitution du placenta et sont répandues autour de lui, ainsi que dans toutes les parties du chorion, qui n'est pas en contact avec la paroi utérine. Je nommerai *villosités placentaires* ou *cotylédonaires* celles qui, en se développant et enchevêtrant leurs rameaux, ont constitué le tissu du placenta.

(1) Ch. Robin, Rapport sur un cas de mort et de dissolution de l'embryon, par suite d'hémorrhagie des membranes de l'œuf observé par M. Boussi. (Rapport fait à la Société anatomique de Paris, déc. 1846. Bullet. de la Soc. anatom., 3e série décennale, t. III. — Paris, 1848. In-8°, p. 83.)

(2) Cayla, De l'hydropisie des villosités choriales (moles hydatiques des auteurs). Paris, 1849. In-4°.

DESCRIPTION DES DIVERS ÉTATS OFFERTS PAR LES VILLOSITÉS DU CHORION OU PAR LEURS RAMIFICATIONS.

Si l'on observe les villosités choriales sur des œufs de tout âge, depuis ceux dont le chorion même forme une poche du volume d'une grosse noix jusqu'à l'époque de l'accouchement, on constate les faits suivants :

1° Il est un certain nombre des ramifications des villosités choriales et placentaires, à tous les âges, qui ne sont pas creuses. Elles sont généralement courtes, ovoïdes, rarement cylindriques, allongées; souvent elles sont appendues au tronc ou aux branches principales par un court et étroit pédicule, qui semble comme étranglé à son point d'attache. Elles se détachent quelquefois facilement par rupture de ce pédicule. La substance de ces ramifications est généralement remplie de granulations grisâtres, fines, très-rapprochées les unes des autres; en même temps on voit, soit au centre, soit dans toute l'étendue des rameaux, un certain nombre des noyaux dont il a été question précédemment. Ceux-ci peuvent être peu nombreux et épars, ou rapprochés les uns des autres et presque contigus. Tantôt les granulations les masquent plus ou moins complétement, tantôt elles les laissent apercevoir avec facilité.

2° Sur les œufs les plus jeunes, un petit nombre sont restées vides; les vaisseaux allantoïdiens ne s'y sont pas introduits; elles sont par suite aplaties. Plusieurs d'entre elles, à cette époque, sont remarquables par la quantité considérable de granulations moléculaires graisseuses, à centre brillant jaunâtre, à contour foncé, dont leur paroi est parsemée. Ces granulations, presque contiguës, masquent complétement ou presque complétement les noyaux propres à la substance choriale; mais ces noyaux peuvent être vus lorsqu'on emploie l'acide acétique, comme il a été indiqué plus haut. Il serait trop long et réellement superflu de décrire ici toutes les variétés d'aspect que peuvent donner aux villosités ces granulations, selon qu'elles sont également distribuées, ou, au contraire, plus nombreuses en un point que dans les autres, contiguës ou éparses, très-fines ou larges de 1 à 2 millièmes de millimètre, diamètre qu'elles dépassent rarement dans le cas dont je parle.

3° Sur les mêmes œufs, on peut manifestement reconnaître que ces villosités choriales ont pour la plupart leur conduit central exactement rempli par du tissu cellulaire semblable à celui qui forme une mince couche à fibres peu onduleuses entre l'amnios et le chorion. Les fibres, toutes longitudinales, parallèles, peu onduleuses, forment un faisceau serré, dont les extrémités rompues laissent voir des fibres isolées, mais dans une longueur peu considérable, en raison de leur adhérence ré-

---

sont constamment humides, lourdes, chargées d'électricité, et nous rencontrons à chaque pas des amas de matières animales en putréfaction.

Nous comptons des malades et des morts dans une proportion que j'oserai appeler effrayante, et cependant je n'ai constaté aucun cas de ce que les Russes nomment fièvre nerveuse; mais j'ai vu tomber des centaines de malades atteints de choléra et offrant des symptômes analogues à ceux donnés par l'instruction du conseil de santé, à propos du *hava-vourouchou* des Turcs.

Cette instruction médicale du conseil de santé, pour le dire en passant, a été rédigée avec une sollicitude extrême, avec une rare rectitude de jugement, et elle contient des renseignements et des conseils du plus haut intérêt.

Je reviendrai sur cette question quand je rapporterai notre campagne de la Dobrutscha; mais d'avance je puis dire pour ma justification qu'à Kargabit, village situé à quatorze lieues environ de Kustendje et à quelque distance des bouches du Danube, village abandonné, brûlé par les Russes et reconnu par eux, ainsi que par les Turcs, comme un foyer de peste et de maladies mortelles, notre colonne fut attaquée par le choléra, et de nombreux officiers, sous-officiers et soldats furent enlevés en peu d'instants.

Les symptômes observés, à part les pétéchies, qui ne se sont jamais montrées, les vomissements et les crampes, qui eurent souvent lieu, ressemblèrent beaucoup à ceux d'une épidémie de *hava-vourouchou*.

A Kustendje, le même désastre se manifesta de nouveau.

Cette question est à revoir, et je ne l'abandonne pour le moment qu'afin de ne pas empiéter sur ce que je dois en dire plus tard.

Revenons à Varna.

Notre séjour près de Varna fut de courte durée. De nombreuses troupes arrivaient à chaque instant, et il était nécessaire de leur faire place. Notre bivouac était assis sur une grande plaine légèrement inclinée vers la Devna et voisine des fortifications. La chaleur était accablante, surtout sous la tente : l'atmosphère, dans la journée, était lourde, pesante, surchargée d'électricité; la nuit, des brumes épaisses et les exhalaisons que le vent apporte du lac la rendaient incommode et malsaine. Notre état sanitaire se maintenait dans d'excellentes conditions, et je n'avais eu à constater que quelques fièvres gastriques et quelques dyssenteries sans importance sérieuse.

Malgré notre proximité d'une ville qui semblait nous promettre des plaisirs, ou pour le moins des distractions et des aliments à notre curiosité, nous fûmes toutefois content de quitter notre bivouac et de monter à Francka le 19 juin.

De Varna à Francka, la route est difficile, montueuse, mais pleine d'accidents variés, de sites pittoresques, remplie de bois épais, de taillis touffus.

D'abord nous rencontrons, sur la gauche, un fort armé et défendu par les Turcs, et destiné à arrêter l'ennemi descendant du plateau.

A mesure que la montée s'élève, des chemins nombreux se présentent, des sentiers ombragés se dessinent.

En nous rappelant la campagne nue, inculte et dégarnie de Boula-Hir et des environs de Gallipoli, nous pensions avoir tout à coup été transporté dans

ciproque. Lorsqu'on examine ces villosités ainsi remplies par du tissu cellulaire, ce dernier leur donne un aspect fibroïde qui pourrait être considéré comme propre à la paroi même des villosités; j'ai même été trompé par ce fait dans le premier des travaux que j'ai cités plus haut. Mais la dilacération brise facilement en travers la substance des villosités choriales; or, comme le faisceau de tissu cellulaire qui les remplit est plus élastique, plus résistant, il ne se brise pas au même niveau: il peut être arraché comme d'une gaîne, et forme ainsi un cylindre libre dans une étendue souvent considérable, qui pourtant reste engagé, par son autre extrémité, dans une des portions de la villosité. Quelquefois le faisceau de tissu cellulaire n'est pas brisé du tout; mais la gaîne formée par la villosité qu'il remplit étant rompue circulairement, a été refoulée en haut et en bas, en se plissant comme la manche d'un habit qu'on retrousse. Quoi qu'il en soit, le tissu cellulaire, mis à nu, peut être étudié facilement. On peut constater qu'il est accompagné d'une petite quantité de matière amorphe unissante, et quelquefois de quelques fines granulations moléculaires. Traité par l'acide acétique, il se comporte comme le tissu cellulaire proprement dit; il devient très-transparent, homogène; mais pourtant il se gonfle un peu moins. En outre, on aperçoit dans son épaisseur des noyaux fibro-plastiques un peu plus étroits et plus allongés qu'à l'ordinaire, tous dirigés en long, qui, avant l'action de l'acide, étaient masqués par les fibres et ne pouvaient être aperçus.

4° Les faits précédents peuvent être constatés aussi sur les villosités choriales des œufs plus âgés et à l'époque de l'accouchement; seulement le tissu cellulaire est plus serré encore que sur les œufs très-petits. Il est devenu plus adhérent à la face interne de la paroi propre des villosités, ce qui rend un peu plus difficile l'isolement de ce tissu dans une certaine longueur. Ce n'est pas seulement dans les *villosités choriales*, mais encore dans les *villosités placentaires*, qu'on peut constater l'oblitération pure du tissu cellulaire, soit d'une partie, soit de toutes les ramifications d'une villosité. Ce fait, comme on le verra, offre une grande importance. Il n'est, en effet, pas de placenta dont les cotylédons, pris au hasard, n'offrent quelques-unes de leurs ramifications oblitérées, même en les prenant dans les parties qui offrent l'aspect le plus normal.

5° Sur un certain nombre des *villosités choriales* oblitérés, on trouve à tous les âges de l'œuf, depuis le moment de l'oblitération, que leur paroi propre ne renferme plus seulement de fines granulations moléculaires ou jaunâtres; on constate en outre la présence de granulations graisseuses et de véritables gouttes d'huile qui se sont déposées dans son épaisseur. Ces granulations et gouttes graisseuses sont la plupart sphériques ou ovoïdes; d'autres sont un peu irrégulières, polyédriques; mais il y en a aussi, surtout les plus grosses, qui sont étirées en forme de *larmes bataviques* ou à contours flexueux arrondis. Leur diamètre peut aller depuis 1 jusqu'à 10 millièmes de millimètre. Elles sont à centre jaune et brillant, à contour net et foncé noirâtre; elles réfractent, en un mot, fortement la lumière à la manière des corps gras. Elles ne se dissolvent pas dans l'acide acétique, mais la potasse les attaque. Elles sont les unes éparses sans ordre, les autres contiguës, soit disposées en séries moniliformes, soit en groupes de formes variées. C'est là ce qu'on a nommé la *dégénérescence graisseuse du placenta*, qui n'est autre chose que la production de graisse dans des éléments anatomiques, comme on le voit toutes les fois que la nutrition d'un tissu se trouve ralentie par diverses causes ou modifiée dans de certaines conditions.

(La suite au prochain numéro.)

CHIRURGIE PRATIQUE.

MÉMOIRE SUR L'OSTÉO-MYÉLITE (lu à l'Académie des sciences le 21 novembre 1853); par M. CHASSAIGNAC, chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

(Suite et fin. — Voir les numéros 33, 35 et 36.)

TRAITEMENT.

Le seul traitement efficace de l'ostéo-myélite suppurante, c'est l'amputation du membre au-dessus du point où s'arrête actuellement la maladie. Une assertion aussi formelle et sur un point aussi grave demande à être examinée et discutée avec une profonde attention.

D'abord, nous ferons remarquer que nous avons dit ostéo-myélite purulente, car nous ne prétendons pas qu'il ne puisse y avoir inflammation du système médullaire de l'os qu'au degré suppuratif. Seulement, il est à noter que l'ostéo-myélite, à cet état où elle n'amène pas de suppuration, est une affection dont le diagnostic n'a peut-être jamais été porté cliniquement avec exactitude, et que dès lors tout ce qu'on pourrait dire de l'efficacité de tel ou tel moyen de traitement dans ce cas, est contestable au premier chef.

La question étant donc bien nettement posée sur le terrain de l'ostéo-myélite purulente, nous déclarons que l'amputation est le seul moyen de sauver le malade, que l'amputation prompte, ou du moins aussi prompte que le comporte l'époque où le diagnostic peut être établi d'une manière certaine, est celle qu'il faut préférer; que cette opération a complétement réussi plusieurs fois entre nos mains dans des cas où la mort était imminente sans l'opération; que, quant au procédé opératoire, c'est la méthode à lambeaux qui convient le mieux, et que le lieu d'élection, doit être la première articulation encore saine au-dessus de l'os malade: et si, enfin, cette articulation ne peut pas permettre l'opération, faute de lambeaux suffisants, il faut amputer dans la continuité de l'os immédiatement placé au-dessus. Ajoutons que l'amputation est contre-idiquée dans les cas où la suppuration de l'ostéo-myélite est roussâtre, dans ceux où plusieurs membres à la fois sont simultanément atteints par cette même affection, et, en dernier lieu, dans les cas où il existe des signes d'un empoisonnement typhoïde général.

Nous avons à motiver chacune de ces propositions, mais nous devons examiner auparavant un point important de pratique, celui des incisions dans le cas d'ostéo-myélite. Si nous ne considérons pas les incisions en tant que moyens de traitement de l'ostéo-myélite, ce n'est pas qu'elles ne puissent rendre à cet égard de bien importants services; mais ceux-ci se rapportent autant, au moins, au diagnostic qu'au traitement de l'ostéo-myélite. D'autre part, leur principale importance thérapeutique, et nous ne disconvenons pas qu'elle ne soit grande, ré-

---

des jardins soigneusement entretenus et préparés pour reporter nos souvenirs, peut-être endormis déjà, à la splendide et riante végétation du pays natal.

Au-dessus de nous, mais bien loin encore, un vaste plateau se montre à nos yeux, c'est le village de Francka.

Sur notre droite, dans le lointain de l'horizon, quelques pauvres maisons, couvertes de chaume, protégées parfois par les saillies inégales des montagnes, se distinguent et nous indiquent l'endroit de notre nouveau bivouac.

Derrière nous, et cette vue contraste d'une manière piquante et originale avec le paysage qui nous entoure, la mer s'étale majestueuse et calme. Puis s'offre la rade de Varna, avec ses vaisseaux qui apportent des troupes, des munitions, avec ses navires marchands qui débarquent des approvisionnements et des denrées. Peu de distance nous sépare de Francka, mais le soleil est brûlant, la poussière fatigue, le sol devient rocailleux, la montée est presque à pic. Cependant l'espoir d'atteindre bientôt au but de notre voyage enhardit notre patience, augmente nos forces, et nous arrivons sur le plateau de Francka, enchanté du paysage qui frappe nos regards.

Je ne m'engagerai pas dans une description minutieuse et détaillée de notre camp de Francka.

Figurez-vous une plaine spacieuse, large et unie, semée, en beaucoup d'endroits, de groupes touffus et entrelacés de chênes verts.

Francka se trouve sur notre droite et domine les saillies supérieures des montagnes qui conduisent à Varna.

C'est un village composé de soixante maisons environ, pauvre d'apparence, mais tenu proprement. Quoique habité par 200 à 300 Grecs, il semble abandonné. Son aspect est triste, et le silence qui y règne ressemble à celui d'un cimetière. J'y ai cependant rencontré, dans ma promenade, plusieurs femmes vêtues à peu près comme les Mauresques d'Afrique. Toutefois leurs traits, ce me semble, sont mieux cachés: une robe longue et flottante dissimule complétement leur taille. Je les ai devinées en quelque sorte à une avide curiosité qui trahit toujours les dignes filles d'Eve.

L'eau de Francka, d'une limpidité et d'une pureté extrêmes, est bien supérieure à celle de Varna, ce qui s'explique du reste par la nature des terrains qu'elle parcourt.

Dans l'eau de Varna domine la magnésie, et elle est légèrement purgative. De plus, les tuyaux qui la conduisent aux fontaines sont superficiellement placés et peu distants de la surface du sol; aussi, lorsqu'il pleut, devient-elle boueuse et trouble.

L'air de Francka est plus vif et plus sain, plus tranché que celui de Varna. Les exhalaisons du lac et des terres basses qui environnent cette ville n'arrivent pas jusqu'à nous. Mais les transitions de température y sont très-brusques; on peut avancer, sans craindre de commettre une exagération, que souvent les quatre saisons de l'année s'y succèdent dans une seule journée.

A en juger par moi, du moins, les militaires venus de l'Algérie doivent souffrir de ces constantes inégalités atmosphériques.

J'ai constaté grand nombre de fois un fait qui m'a paru curieux et que je ne me rappelle avoir rencontré ni en Afrique, ni en France. Le soir, ou plutôt la nuit, lorsque le ciel est pur, lorsque les étoiles scintillent perdues dans des

side beaucoup plus dans le traitement de deux complications graves et presque inévitables que dans le traitement de l'ostéo-myélite elle-même.

Ces deux complications sont le phlegmon diffus et les abcès sous-périostiques dont les progrès sont merveilleusement enrayés par un système d'incisions bien faites. Or on doit noter que ces complications, et notamment le phlegmon diffus, pourraient à elles seules amener la perte du malade, alors même que l'ostéo-myélite n'y prendrait aucune part.

Ainsi, dans nos observations, à l'autopsie des membres amputés, nous avons trouvé la preuve que le phlegmon diffus avait été complétement arrêté dans sa marche par des incisions larges et nombreuses sur les couches superficielles et profondes du membre (Voy. obs. de Daru). Ces incisions doivent être conduites d'emblée jusqu'à l'os, ainsi que nous l'avons fait avec succès chez le jeune Aubain, désarticulé de l'épaule. Il ne suffit pas d'avoir fait des incisions; dès qu'on a soupçon de l'existence d'une ostéo-myélite, il faut poursuivre l'emploi du même moyen en s'attachant à saisir de bonne heure chaque indication nouvelle. Comme une détermination aussi grave que celle de l'amputation ne peut jamais être prise dès le début de la maladie, à cause des incertitudes diagnostiques qui existent encore, ce sont les incisions bien faites qui préparent la possibilité et le succès de la grande opération. Hors de ces incisions, nous regardons comme voué à une mort certaine tout individu atteint d'ostéo-myélite.

La vérité de cette assertion ressort, selon nous, d'une manière évidente de la lecture attentive des observations contenues dans notre travail, et, sans avoir la ridicule prétention de donner notre conduite pour modèle, nous ne pouvons nous empêcher de croire que ces observations renferment des enseignements utiles sur la pratique et le mode d'exécution de ces incisions dans le traitement de l'ostéo-myélite.

Entre autres moyens accessoires, nous nous bornerons à indiquer comme moyens locaux les ventouses scarifiées, dont nous avons largement usé dans cette affection, les bains, les cataplasmes laudanisés; comme moyens généraux, les éméto-cathartiques, mais surtout l'alcoolature d'aconit, dont nous avons fait constamment usage d'une manière préventive, ainsi que le prouvent nos observations, le but de cette médication étant de lutter contre l'infection purulente à laquelle expose si éminemment une suppuration qui attaque à la fois les membres par le centre même des os, par leur surface extérieure, et enfin par leur tissu cellulaire tant sous-aponévrotique que sous-cutané. Nous avons à revenir sur la question de l'amputation, afin d'expliquer certaines propositions qui, faute d'être bien comprises, pourraient donner lieu à quelques objections.

Ainsi nous avons dit : 1° L'amputation est le seul moyen de salut.

Il n'est question, cela va sans dire, que de l'ostéo-myélite considérée dans les grands os des membres. Or je demande s'il est possible de concevoir un mécanisme quelconque de guérison spontanée pour une affection dans laquelle le tibia, le fémur, l'humérus rempli de pus dans l'intérieur de leur système spongioso-médullaire, entourés de pus à leur surface extérieure, propageant le mal dont ils sont atteints dans une ou plusieurs de leurs articulations, puissent laisser la moindre chance d'une guérison spontanée, et de semblables conditions n'impliquent-elles pas la destruction du sujet qui les présente? Car, comment suffire à l'immense et durable travail pathologique que suppose un pareil état? Il n'y a donc point d'illusion à se faire; il faut l'amputation, il la faut prompte, il la faut en dehors de la sphère des migrations imminentes. En effet, l'observation prouve que la maladie est essentiellement envahissante, qu'aucun obstacle ne l'arrête, qu'elle traverse, suivant des modes différents, il est vrai, mais avec un résultat final identique, cartilages épiphysaires, cartilages d'encroûtement, synoviale, muscles, parties osseuses, gaînes vasculaires. Il n'y a donc rien à attendre ici de cette suprême et bienfaisante intervention qualifiée par les anciens de force médicatrice de la nature.

Nous avons donc eu raison de dire que l'amputation doit être décidée et exécutée aussitôt qu'un diagnostic a été porté, sous la condition que ce diagnostic soit exact.

Nous disons que les résultats de l'amputation sont de nature à encourager les efforts du praticien, puisque nous avons guéri par ce moyen deux malades atteints d'ostéo-myélite.

Nous avons dit que la méthode à lambeaux devait être préférée à toute autre dans l'amputation faite pour l'ostéo-myélite. Il y a pour cela plusieurs raisons que nous soumettons au tact des chirurgiens.

Quand on ampute pour une affection de ce genre, on n'est jamais parfaitement sûr de ne pas trouver quelque altération qui oblige, séance tenante, à reporter la ligne d'amputation sur un point plus élevé. Or l'amputation à lambeaux a, dans le cas particulier, sur la méthode circulaire, cet immense avantage qu'elle se concilie très facilement et très-promptement avec un report immédiat de l'amputation, même à une assez grande distance au-dessus du point qui avait été arrêté à l'avance dans les prévisions de l'opérateur. En outre, quelquefois, après la section des parties molles et celles de l'os, on reconnaît qu'alors que celui-ci est sectionné dans sa partie saine, il y a des fusées purulentes qui remontent dans les parties molles conservées.

Avec l'amputation à lambeaux, rien de plus facile que de voir et d'éliminer sur-le-champ cette fâcheuse complication; c'est ce qu'il nous fut facile de faire dans l'amputation du jeune Daru, où nous dûmes ébarber l'un des lambeaux de la plaie qui s'est, en grande partie, réunie par première intention.

Il y a enfin un autre avantage, c'est celui qui consiste à obturer le plus promptement et le plus complétement possible la coupe osseuse faite par l'amputation, puisque, faute de cette obturation prompte, c'est encore un canal médullaire qui reste béant. Or, chez le malade qui vient d'être amputé pour une ostéo-myélite, on a des raisons malheureusement trop fondées de se défier des canaux médullaires.

En ce qui concerne le pansement, nous dirons qu'après les amputations pour ostéo-myélite, nous n'avons en rien dérogé aux habitudes qui règlent invariablement notre conduite dans le traitement général du traumatisme. C'est assez dire que nous avons eu recours au pansement par occlusion, et nous n'avons pas eu à le regretter.

A l'appui des propositions qui précèdent et de plusieurs des assertions émises dans le cours de ce travail, nous rapporterons l'observation suivante, dont le sujet, parfaitement bien portant, est actuellement employé dans une brasserie contiguë à l'hôpital Saint-Antoine.

---

brumes diaphanes d'un bleu tendre, et que le silence du camp n'est interrompu que par la marche cadencée des factionnaires et par les cris de reconnaissance des rondes, tout à coup, au milieu d'une obscurité presque complète, de petites flammes d'un beau bleu pointent et éclatent çà et là. Elles brillent et puis disparaissent comme les feux follets qui voltigent autour des tombeaux, mais elles ont une mobilité et une rapidité en quelque sorte intelligentes; elles s'approchent de vous, vous touchent et s'éteignent aussitôt.

Un mois environ s'est écoulé depuis que cette lettre a été commencée, et je l'achève en face du camp que je viens de décrire.

Dans l'intervalle, de tristes événements nous ont accablés; une épidémie dont il n'était guère possible, au moment de notre départ pour la Dobrutscha, de calculer et de prévoir les proportions terribles, a fait de nombreuses et regrettables trouées parmi nous, et notre cœur, au souvenir de cet impitoyable fléau, seront d'ailleurs par des circonstances locales d'une grande portée, saignera longtemps des pertes que nous avons subies.

Sans vouloir rien emprunter à la narration que contiendra ma prochaine lettre, je puis cependant rapporter que, dans les premiers jours de juillet, des coliques violentes, très-douloureuses, suivies, dans la plupart des cas, d'abondantes évacuations alvines, et régnant d'une manière vraiment épidémique, avaient attaqué les troupes de toutes les divisions campées à Francka et à Jéniqueul, village à quelque distance de notre bivouac.

Je regardai, après mûre réflexion, cette diarrhée comme une cholérine, ou plutôt comme la période prodromique d'une nouvelle invasion du choléra. Des frictions sur le ventre et l'emploi de l'opium soulagèrent seuls.

Ici je m'arrête; les détails intéressants suivront bientôt. En méditant sur la persistance du choléra à nous poursuivre, en songeant aux coups terribles qu'il porte, aux victimes nombreuses qu'il moissonne, à la crainte presque toujours réalisée de son retour qu'il laisse après sa disparition, n'est-on pas tenté de dire avec La Bruyère : « Il n'y a pour l'homme que trois événements : naître, vivre et mourir. Il ne se sent pas naître, il souffre à mourir, et il oublie de vivre. »

ÉMILE CORDIER.

— Voici le procédé d'un pharmacien de Constantinople, M. Antoine Seput, pour préparer en quinze minutes l'onguent mercuriel :

Mercure. . . . . . 300 grammes
Axonge récente. . 12 —

Il commence la trituration avec le tiers de l'axonge indiquée, en y ajoutant le deuxième tiers après cinq minutes; il continue à triturer, et après cinq autres minutes il y ajoute le reste de l'axonge.

En conduisant bien l'opération sans l'interrompre, après quinze minutes on n'y aperçoit plus de globules métalliques; on y ajoute alors la quantité nécessaire d'axonge pour former l'onguent napolitain (partie égale).

OSTÉO-MYÉLITE DU MEMBRE SUPÉRIEUR DROIT; BOURRELET CARACTÉRISTIQUE DE L'OSTÉO-MYÉLITE; AMPUTATION DANS L'ARTICULATION; GUÉRISON. — ABCÈS SOUS-PÉRIOSTIQUE OSTÉO-MYÉLITE; DÉSARTICULATION DU BRAS GAUCHE; GUÉRISON.

OBS. — Entré à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-François, n° 35, le 21 septembre 1849, Aubain (Charles), domestique, âgé de 16 ans, tempérament lymphatique, faible de santé. Il y a deux mois environ, en jouant, il eut le bras gauche fortement saisi par un camarade; depuis ce temps, il a toujours éprouvé une légère douleur dans ce membre. Il y a cinq jours, après trois ou quatre heures passées dans un endroit humide, insomnie complète, fièvre, perte d'appétit, soif vive, sentiment de quelques douleurs dans le bras droit. A son entrée à l'hôpital, le malade présente un accroissement de volume du bras gauche, remontant à 4 centimètres de l'extrémité humérale. Le gonflement d'en haut est circonscrit par un rebord dur et très-net; légère rougeur de la peau, vive sensibilité, surtout à la pression; douleur lancinante, fluctuation très-douteuse. Je diagnostique une suppuration profonde; deux incisions sont pratiquées jusqu'à l'os, l'une à la face interne du bras, à 3 centimètres de l'articulation du coude; l'autre externe, à la même hauteur. Par ces deux incisions, il sort une quantité de liquide purulent.

Le 23, lendemain des incisions, la fièvre persiste; l'état général s'est un peu amélioré; nouvelle incision à la partie externe du coude. Suppuration chaque jour abondante.

28. Le sujet, très-affaibli, présente une anémie des plus marquées; pouls dicrote, souffle continu dans les carotides, souffle au premier temps du cœur, décoloration des muqueuses, sécrétions purulentes toujours abondantes, plus liquides et plus fétides. Le malade a éprouvé dans la journée un frisson très-prononcé, suivi de sueur. (Alcoolature d'aconit, 1 gramme.)

29. Même état. L'émaciation fait des progrès, le malade s'épuise. (Aconit, 2 grammes.)

30. Contre-ouverture du coude. (Aconit, 2 grammes.)

1er octobre. Envahissement de l'articulation par le pus, mouvement du radius plus étendu qu'à l'état normal, crépitation sous les doigts; pouls fréquent, 100 pulsations, dicrote. (Aconit, 3 grammes.)

2. Je pratique la désarticulation du bras par la méthode de Lisfranc. Malgré un grand nombre de ligatures, le sang continue à couler en nappe; les lambeaux sont réunis par quatre épingles appliquées à la partie supérieure. Pansement par occlusion. (Aconit, 3 grammes.)

EXAMEN DU MEMBRE. — A la partie inférieure du brachial antérieur, on note, dans son épaisseur, un foyer purulent du volume d'une noix; ce foyer ne communique point avec l'articulation. Le périoste est décollé dans une étendue d'environ 6 centimètres. Ce décollement envahit le tiers externe du membre. Dans d'autres points le périoste est épaissi et se déchire facilement. La couche superficielle de l'os est rouge, injectée, et présente le premier degré de l'ostéite. Si l'on incise l'humérus dans toute son étendue, alors on note que la membrane médullaire se détache très-facilement. La cavité médullaire présente tous les degrés de l'ostéo-myélite, depuis l'injection jusqu'à la purulence. L'articulation du coude est aussi un foyer purulent communiquant avec le pus qui infiltre les tissus environnants; les ligaments sont ramollis et détruits en partie, les cartilages érodés presque entièrement détruits. Le radius, fendu longitudinalement, présente le premier degré de l'ostéite. Le cubitus est complétement intact. Les vaisseaux ne contiennent aucune trace de pus ni aucun caillot sanguin.

2 octobre. Le soir, pouls à 100 pulsations, soif vive: du reste, le malade est assez calme; selle demi-liquide.

3. On laisse le pansement intact; peu de repos pendant la nuit; même état du pouls; soif vive. (Aconit, 3 grammes.)

4. Pouls de 96 à 100; respiration calme; langue belle; quelques élancements dans le bras; douleur à la partie postérieure du cou. Le malade demande à manger; il a pris un bouillon avec plaisir; souvent assoupi. Ce matin, on a renouvelé le pansement externe, qui était imbibé de sérosité. (Aconit, 3 grammes.)

5. L'état général satisfaisant; même état du pouls; le malade a pris un potage avec plaisir; une seule garde-robe non liquide; quelques douleurs dans le côté gauche du cou, dans le bras et dans la jambe droite; augmentation des douleurs dans les mouvements. (Cataplasmes; aconit, 3 grammes.)

6. Les douleurs de la cuisse et de la jambe sont moins vives; pouls à 90, développé. (Aconit, 3 grammes.)

7. Va bien. (Cataplasme; aconit; deux portions.)

8. On renouvelle les bandelettes; la plaie a un très-bon aspect.

10. Quelques nausées; perte de l'appétit. (Ipécacuanha, 1 gramme.)

15. La plaie, mise à nu, a un bel aspect; cicatrisation à la partie supérieure dans une étendue de 3 centimètres. (Même pansement.)

18. Plusieurs selles liquides dans la journée. (Lavement avec laudanum, 8 gouttes.)

22. Levée de la cuirasse; cicatrisation du tiers supérieur de la plaie.

28. Nouvelle levée de la cuirasse; cicatrisation de la moitié supérieure de la plaie; en bas et dans l'aisselle, la plaie n'a pas plus de 4 ou 5 centimètres d'étendue.

4 novembre. Va bien; douleurs dans la fosse sous-épineuse. (Cataplasme.)

20. Va bien.

10 décembre. Il ne reste plus qu'un point fistuleux à la partie supérieure interne de la voûte acromiale.

15. Le point fistuleux persiste, mais suppuration peu abondante.

La circonstance à laquelle j'ai fait allusion comme étant celle dans laquelle je me suis décidé à amputer est la suivante : on a vu que le huitième jour de son entrée à l'hôpital, le malade eut un frisson très-marqué. Ce frisson nous semble le début d'une infection purulente; dès lors, pas d'indication d'amputer, du moins d'après les idées reçues; mais, en palpant le membre, j'éprouve, en plaçant le doigt sur la tête du radius, une sensation qui m'indique qu'un liquide siége dans l'articulation. Ce fait me paraît un trait de lumière; j'exprime l'opinion que le frisson a pu dépendre de la pénétration du pus dans la jointure, et non d'une infection purulente. Je me décide à l'amputation, et l'on sait quelle en a été la conséquence.

CONCLUSIONS.

De ce travail, et des faits qui lui servent de base, nous croyons pouvoir déduire les conclusions suivantes :

1° L'ostéo-myélite s'accompagne inévitablement et très-promptement de périostite suppurative aigue et de phlegmon diffus.

2° Dans l'ostéo-myélite suppurante, le décollement de la toile médullaire d'avec la paroi qu'elle tapisse est un phénomène constant.

3° La propagation de l'ostéo-myélite d'une section de membre à celle qui est au-dessus s'effectue par la perforation du cartilage d'encroûtement, l'envahissement purulent de la synoviale et la perforation du cul-de-sac supérieur de cette dernière.

4° Les perforations cartilagineuses dans l'ostéo-myélite diffèrent beaucoup les unes des autres, suivant qu'on les examine dans les cartilages épiphysaires ou dans les cartilages d'encroûtement. Dans les premières, la perforation revêt la forme canaliculaire; dans les autres, celle de trous formés à l'emporte-pièce.

5° L'ostéo-myélite s'accompagne toujours d'arthrite purulente. Les articulations sont généralement envahies de bas en haut, c'est-à-dire sur le trajet ascendant du membre.

6° L'arthrite purulente par cause d'ostéo-myélite ne se déclare presque jamais avant le douzième jour de la maladie.

CONCLUSIONS RELATIVES AU DIAGNOSTIC.

1° La circonstance d'un œdème dur et douloureux qui s'arrête tout à coup et par une coupe abrupte sur le trajet d'un membre est un caractère pathognomonique de l'ostéo-myélite.

2° Le pus sous-aponévrotique dans l'ostéo-myélite est constamment mélangé de globules huileux.

3° Les caractères différentiels de l'ostéo-myélite et de l'abcès sous-périostique sont les suivants :

a. Dans l'aspect sous-périostique, la fluctuation précède l'empâtement; dans l'ostéo-myélite, c'est tout le contraire.

b. L'œdème douloureux qui accompagne l'ostéo-myélite se termine brusquement par un rebord saillant et dur, juste à la hauteur où l'os cesse d'être malade.

c. L'ostéo-myélite s'accompagne de phlegmon diffus et de périostite suppurative. L'abcès sous-périostique aigu ne détermine ni la suppuration médullaire de l'os ni l'infiltration purulente du membre.

d. L'ostéo-myélite se propage d'un os à l'autre et par une marche ascendante vers la racine des membres. L'abcès sous-périostique aigu reste généralement borné à la section du membre dans laquelle il est apparu.

4° Les caractères différentiels de l'ostéo-myélite et du plegmon diffus sont : 1° la nature de l'œdème; 2° la présence des globules huileux dans le pus.

CONCLUSIONS RELATIVES AU TRAITEMENT.

1° Dans l'ostéo-myélite, les incisions doivent être employées dans un but diagnostique et dans un but thérapeutique. Si l'affection est seulement présumée, les incisions doivent être faites jusqu'à l'aponévrose d'enveloppe inclusivement. Si l'on trouve du pus sous l'aponévrose, elles doivent être immédiatement conduites jusqu'à l'os.

2° Dans l'ostéo-myélite, l'amputation est la seule chance de salut.

3° L'amputation doit être faite aussitôt que le diagnostic est certain.

4° Le procédé opératoire indiqué dans ce cas est la méthode à lambeaux.

5° Le lieu d'élection est la première articulation saine placée au-dessus de l'os malade.

6° Il y a contre-indication dans les cas de suppuration de mauvaise nature, d'ostéo-myélite multiple et d'empoisonnement typhoïde général.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

DE LA DISTINCTION DES DIVERSES ESPÈCES DE PARALYSIES GÉNÉRALES; par M. BAILLARGER.

A M. LE DOCTEUR BROCHIN.

Mon cher confrère,

Permettez-moi de vous adresser quelques explications à propos de l'opinion que vous m'attribuez dans le dernier numéro de la GAZETTE MÉDICALE sur l'identité des diverses espèces de paralysies générales.

Vous supposez que je confonds indistinctement en une seule et même maladie tous les faits de paralysie générale avec ou sans délire.

Cette opinion, qui tendrait à réunir la paralysie générale atrophique et la paralysie générale accompagnée de démence, non-seulement n'a jamais été la mienne, mais elle constitue, à mon avis, une véritable hérésie.

Il existe deux classes de paralysies générales progressives :

1° Les unes sont uniquement caractérisées par une lésion des mouvements;

2° Les autres, au contraire, présentent presque constamment à leur début, mais toujours à une époque peu éloignée, deux ordres de symptômes :

Des lésions générales et progressives des mouvements;

Des lésions générales et progressives de l'intelligence.

Quelle que soit la date de l'apparition et la prédominance au début de tel ou tel ordre de lésions, toujours est-il qu'elles ont, à mon avis, une importance presque égale.

Dans mes leçons, publiées en 1846 (GAZETTE DES HÔPITAUX), je définissais la paralysie générale :

« Une maladie apyrétique, ordinairement de longue durée, principalement caractérisée par l'embarras de la parole, la paralysie progressive des membres et la *démence*. »

Dans ces mêmes leçons, je divisais, au point de vue des lésions de l'intelligence, les malades en deux catégories :

1° Les uns chez lesquels on ne constate qu'un affaiblissement de plus en plus marqué des facultés intellectuelles, sans qu'il y ait aucun délire bien caractérisé;

2° D'autres, au contraire, qui offrent des signes de monomanie, de mélancolie, de manie, etc.

Il ne m'est pas venu alors à la pensée de signaler des malades conservant l'intégrité de leur intelligence, et je déclare n'avoir pas vu un seul cas de paralysie générale confirmée sans des lésions plus ou moins graves des facultés intellectuelles.

Depuis lors, en 1847, je répétais de nouveau :

« Que la paralysie générale n'arrive *jamais* à sa dernière période sans l'affaiblissement ou même l'abolition de l'intelligence (1). »

Vous voyez, mon cher confrère, que j'ai toujours, et en toute occasion, fait intervenir le désordre de l'intelligence au nombre des signes caractéristiques de la paralysie générale.

Ai-je besoin d'ajouter, comme conséquence, que je n'ai jamais confondu la paralysie générale proprement dite avec ces lésions générales des mouvements, dans lesquelles l'intelligence conserve jusqu'à la fin toute son intégrité?

L'erreur qu'on m'a attribuée sous ce rapport s'explique, d'ailleurs, par une confusion qu'on aurait peut-être pu éviter avec plus d'attention. De ce que j'admettais des paralysies générales sans folie proprement dite, on a conclu que je regardais l'intégrité de l'intelligence comme parfaitement compatible avec l'existence de la paralysie générale. Les citations que j'ai faites plus haut prouvent qu'il n'en a jamais rien été.

Permettez-moi d'en ajouter une dernière empruntée à un mémoire que M. le docteur Sause, médecin adjoint de l'asile de Marseille, vient d'adresser aux ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES :

« Pour M. Baillarger, à l'opinion duquel nous nous rangeons complétement, deux ordres de phénomènes, dit M. Sause, caractérisent principalement la paralysie générale des aliénés, la démence et l'affaiblissement des mouvements. »

En résumé, je suis et j'ai toujours été parfaitement d'accord avec MM. Sandras, Brierre de Boismont et Duchenne (de Boulogne), et je reconnais comme eux l'existence de deux espèces principales de paralysies générales. Je crois seulement qu'il y aurait lieu, pour éviter désormais toute confusion, de changer les dénominations, au lieu d'admettre des paralysies générales avec ou sans aliénation, avec ou sans délire, il serait, à mon avis, préférable de dire que dans les unes l'intelligence conserve toute son intégrité, et que les autres, au contraire, sont constamment accompagnées de lésions graves des facultés intellectuelles.

Cette dernière classe comprend, d'ailleurs, deux catégories de faits :

1° Les paralysies générales accompagnées de folie (monomanie ambitieuse avec paralysie incomplète, de M. Bayle, folie paralytique, de MM. Parchappe, Jules Falret, etc.);

2° Paralysies générales avec affaiblissement progressif de l'intelligence, sans folie proprement dite (paralysie généralisée, hydrocéphale chronique des adultes, paralysie générale des vieillards, etc.).

A mon avis, il n'y a jamais eu lieu de discuter sérieusement si les paralysies générales, avec intégrité complète de l'intelligence, ne forment qu'une seule et même maladie avec les paralysies générales constamment accompagnées de démence.

Mais ce qui mérite d'être sérieusement examiné, c'est l'identité ou la non-identité de toutes ces dernières.

Faut-il réunir en un seul et même groupe toutes les paralysies générales caractérisées par l'affaiblissement progressif et parallèle des mouvements et de l'intelligence?

Telle est la question à débattre. Malgré les efforts qui ont été tentés, cette question, en effet, ne me paraît pas définitivement résolue, et je crois devoir conserver jusqu'à nouvel ordre l'opinion que j'ai défendue jusqu'à présent.

Agréez, etc.

RÉPONSE. — En prêtant à M. Baillarger une opinion qui n'est pas la sienne, nous n'avons fait que répéter ce qu'ont dit à ce sujet plusieurs auteurs, et notamment celui dont nous avions à analyser l'ouvrage. On comprendra aisément, après avoir lu les explications que donne aujourd'hui M. Baillarger, ce qui a pu donner le change à cet égard. Nous nous félicitons, du reste, que cette méprise involontaire de notre part ait provoqué ces explications, qui ne peuvent plus désormais laisser aucun doute sur la manière dont notre savant confrère envisage cette importante question.

H. BROCHIN.

(1) UNION MÉDICALE, 1847.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

(Suite.)

JOURNAUX ANGLAIS.

III. THE GLASCOW MEDICAL JOURNAL.

Ce journal est trimestriel. Les livraisons d'octobre 1853 et de janvier 1854 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Note sur la transportation de la fièvre jaune;* par M. Jaime Ardeval. 2° *Etudes sur la pathologie et le traitement des maladies du poumon;* par M. Watson. 3° *Des propriétés thérapeutiques de quelques-uns des agents les plus importants de la matière médicale;* par M. Davidson. 4° *Cas de diarrhée adipeuse;* par M. Marston. 5° *De l'excision de l'articulation de l'épaule;* par M. Buchanan. 6° *Du traitement de l'oxalurie ou oxalate de chaux dans les urines;* par M. James Gray. (L'auteur cite 5 cas de guérison par l'emploi du nitrate d'argent à l'intérieur.) 7° *Cas de dystocie provenant d'une grande étroitesse du vagin;* par M. Prichard. 8° *Cas de tentative d'accouchement prématuré au moyen de la douche d'eau chaude, suivie de la douche d'eau froide.* (Il y avait vice de conformation du bassin; après trois jours d'essais infructueux avec la douche, on fit la ponction des membranes, et vingt heures après la femme accoucha d'un enfant de 7 mois révolus.) 9° *Observations sur la construction et la ventilation d'un hôpital;* par M. Steole. 10° *Du moyen de conserver le vaccin dans des tubes capillaires et de généraliser davantage l'usage de la vaccination;* par M. Corbett. 11° *Statistique du tétanos;* par M. Lawrie. (L'auteur a dressé une table contenant 171 cas de tétanos; il en résulte, contrairement aux opinions émises par Larrey et Dupuytren, que cette affection est plus fréquente pendant l'hiver que pendant l'été.) 12° *De l'effet nuisible des étables et des fosses à fumier à Glasgow;* par M. Buchanan. 13° *Cas de hernies;* par M. Lyon. 14° *Cas de rétentions d'urine, suivies de remarques;* par M. Watson. 15° *Arrêt de travail causé par la présence de tumeurs dans l'utérus;* par M. Rankin. 16° *Cas de dégénérescence cancéreuse de la glande pituitaire;* par M. Robert Scott Orr. 17° *Cas de fracture du col du fémur.* 18° *De l'usage de la vératrine appliquée localement,*

surtout dans les affections scrofuleuses des articulations; par M. Klinger. 19° *Remarques sur les précautions sanitaires à prendre à bord des vaisseaux destinés au transport des passagers.* 20° *Cas observés dans la clinique médicale;* par M. Mac Grégor. 21° *Remarques sur l'anatomie et la physiologie du cæcum chez l'homme et chez les animaux;* par M. Macdonnel. 22° *De la nature et de l'importance de la clinique chirurgicale;* par M. Hunter.

DE L'EXCISION DE L'ARTICULATION DE L'ÉPAULE; par M. BUCHANAN.

D'après les résultats de son expérience, soit dans les hôpitaux, soit dans la pratique civile, l'auteur est convaincu que l'inflammation de la synoviale dans toutes ses variétés est aussi constante, et ses symptômes même encore plus graves et plus dangereux que ceux des affections semblables qui se manifestent dans toute autre partie du corps. On ne doit pas s'en étonner, si l'on considère la structure compliquée de cette articulation, sa mobilité si variée et sa facilité à être luxée journellement. On confond très-facilement, dit-il, l'inflammation de cette articulation avec le rhumatisme, et le traitement qu'on oppose à ce dernier ne fait que hâter les progrès de la maladie de l'articulation, l'ulcération des cartilages, la carie des os et l'apparition d'abcès. Malgré les efforts les mieux dirigés, les symptômes, au lieu d'amener une terminaison favorable ou de conduire à l'ankylose, font des progrès si rapides que la fièvre hectique, accompagnée de tous ses symptômes effrayants, se déclare, et qu'une opération chirurgicale est notre dernière ressource. M. Buchanan a toujours eu en vue la chirurgie conservatrice, et il espère voir un jour l'amputation complétement mise de côté dans tous les cas de carie des articulations pour être remplacée par l'opération, selon lui plus sage et plus sûre, de l'excision. Il cite à l'appui de cette opinion 2 cas de carie de la tête de l'humérus, avec dénudation des cartilages de la cavité glénoïde pour lesquels il a pratiqué la resection de la tête et enlevé toute la cavité glénoïde avec la gouge. Les deux malades ont parfaitement guéri.

CAS DE DYSTOCIE PROVENANT D'UNE GRANDE ÉTROITESSE DU VAGIN; par M. PRICHARD.

Dans un premier accouchement, le travail n'avait pu se terminer que par l'application du forceps; il en était résulté une déchirure considérable du périnée; les cicatrices permettant à peine l'introduction du doigt, M. Prichard dut inciser le vagin de chaque côté et fendre la lèvre antérieure du museau de tanche qui était adhérente avant d'appliquer le forceps.

CAS DE RÉTENTIONS D'URINE, SUIVIS DE REMARQUES; par M. WATSON.

La rétention d'urine provenant de la paralysie partielle de la vessie, qu'elle soit compliquée ou non d'une affection de la prostate, est une des nombreuses maladies de la vieillesse et une des plus fâcheuses. La cause de cet état est généralement obscure; mais on peut l'attribuer fréquemment à la résistance inaccoutumée au besoin de vider la vessie. Quoi qu'il en soit, dit M. Watson, une fois que la vessie a perdu le pouvoir d'évacuer complétement son contenu, le défaut de contraction augmente jusqu'à ce qu'il en résulte une dilatation excessive; les évacuations partielles d'urine qui ont lieu de la part du malade quoique avec difficulté le laissent dans une erreur dangereuse sur les dangers qu'il court, et lui font souvent retarder l'époque où il devrait appeler le chirurgien, tandis que des désordres irrémédiables n'ont pas encore eu lieu dans l'appareil urinaire.

A l'appui de cette manière de voir, M. Watson cite quatre observations de rétentions d'urine suivies de mort.

Obs. I. — Il s'agit d'un homme de 60 ans environ, qui attribuait sa maladie à ce qu'il avait, quelques années auparavant, retenu ses urines pendant très-longtemps. A la fin de sa maladie, les urines étaient ammoniacales, très-chargées de mucus visqueux et contenant de l'albumine. La fièvre s'empara de lui, et il mourut. Il fut traité par les vésicatoires sur l'hypogastre et sur le périnée, les opiacés sous toutes les formes, les acides, la pareira brava, la salsepareille et la solution de nitrate d'argent.

A l'autopsie on trouva les parois de la vessie épaissies, la muqueuse noire, usée en quelques points et traversée dans une grande étendue par de grosses veines; la prostate était un peu hypertrophiée.

Obs. II. — Dans ce cas, un homme âgé de 55 ans avait offert les mêmes symptômes et subi le même traitement. Il mourut après deux ou trois mois de maladie.

A l'autopsie, on trouva une pierre dans la vessie, ayant environ un quart à trois quarts de pouce dans ses deux diamètres; elle était située en travers.

Nous passons sous silence les deux autres cas qui n'offrent rien de remarquable. M. Watson pense que le cathéter employé plus tôt et d'une manière suivie aurait prévenu l'issue fatale. Lorsqu'une personne, qui a passé l'âge moyen de la vie, se plaint de fréquentes mictions et de faible émission d'urine, il faut soupçonner que la vessie est incapable de se vider, et recourir au plus tôt au cathéter plutôt que de perdre son temps à donner des remèdes qui sont sans influence.

Selon l'auteur, le traitement le mieux approprié dans les cas où il y a une quantité considérable de mucus, avec fréquentes mictions, est de procéder au plus tôt à l'injection d'une solution de nitrate d'argent, aux doses de 5 à 10 grains dans une once d'eau distillée, après avoir d'abord débarrassé la vessie du mucus qu'elle contient, et de répéter la dose suivant la circonstance.

ARRÊT DE TRAVAIL CAUSÉ PAR LA PRÉSENCE DE TUMEURS DANS L'UTÉRUS; par M. RANKIN.

Obs. — Gracie, âgée de 24 ans, avait eu deux accouchements antérieurs sans accidents. Elle éprouva quelques difficultés pour le troisième (24 août 1846); on fut obligé d'opérer la craniotomie pour le quatrième (31 mars 1848), l'excavation pelvienne étant occupée par une grosse tumeur.

Le 26 février 1850 nouvel accouchement, pour lequel on fut obligé d'opérer la version; mais la pression de l'enfant ayant eu pour effet de détruire la vitalité de la tumeur, celle-ci fut expulsée de l'utérus trente-huit jours après.

Le 12 janvier 1853, elle fut prise de douleurs dont le caractère fit penser que le travail de l'accouchement allait commencer.

Le 2 février, nouvelles douleurs; elles étaient intermittentes; mais à l'examen rien n'indiquait qu'on était proche de la délivrance, rien n'indiquait que la cavité pelvienne fût occupée par une tumeur quelconque.

L'abdomen présentait un singulier aspect. Il existait une tumeur dans la région hypogastrique droite. Du côté opposé, on sentait une autre tumeur. Plus haut, on reconnaissait une troisième tumeur (l'utérus) moins volumineuse que celle qui occupait la région hypogastrique droite.

Les 13 mars, 15 mai et 12 juin, nouvelles douleurs semblables à celles des 12 janvier et 2 février.

Le 22 juin, mêmes phénomènes, et au milieu d'une des plus fortes douleurs, issue considérable de fluide sanguin par le vagin qui continue à couler pendant toute la journée.

Le lendemain, on put constater la présentation. La tête était placée entre les deux tumeurs et dans l'axe pelvien. Pendant de puissants efforts, on poussa fortement en haut la tumeur *gauche*, la tête descendit et fut immédiatement expulsée. L'issue du fluide sanguinolent qui avait eu lieu la veille provenait sans doute de la tumeur située à droite. L'enfant était vivant et de moyenne grosseur.

M. Rankin pense que ces tumeurs étaient ovariennes, que celle du côté droit était composée d'un ou plusieurs kystes ou peut-être d'hydatides, que le fluide s'était écoulé par une petite ouverture, qui se serait faite à travers l'ancienne cicatrice très-probablement contiguë au kyste. Il pense que dans la plupart des cas cités, de tumeurs s'opposant au passage de l'enfant, des résultats funestes auraient pu être évités par la ponction des tumeurs plutôt que par celle de la tête de l'enfant, que quelques praticiens semblent préférer.

CAS DE FRACTURE DU COL DU FÉMUR; par M. MORTON.

Obs. — Un jeune homme de 16 ans s'amusait à se maintenir en équilibre sur une bareille qu'il mettait en mouvement; tout à coup il perd l'équilibre et tombe du côté gauche. Il éprouve aussitôt une douleur considérable. Toutefois il put rentrer chez lui aidé par quelqu'un; il garda le repos complet pendant deux ou trois jours en faisant des fomentations sur la jambe; après quoi il put marcher, quoique avec difficulté. Le soir, en voulant rentrer chez lui, il vent monter dans un omnibus, mais il sent, selon son expression, sa jambe qui s'affaisse sous lui; il tombe sur le dos et éprouve une douleur considérable dans la hanche gauche. A l'examen on trouve un gonflement considérable des parties molles, pas d'ecchymoses, pas de raccourcissement de la jambe, pas de crépitation, le pied ni en dedans ni en dehors. (Sangsues et fomentations.)

Cinq jours après, la douleur ayant diminué beaucoup, le gonflement disparut. Après un examen plus détaillé, on reconnaît la crépitation. (Pansement avec une longue attelle et un bandage approprié.)

Vingt-trois jours après, à l'examen du membre, on ne retrouve plus aucun signe de solution de continuité.

En appréciant les circonstances dans lesquelles avait eu lieu l'accident, M. Morton pense qu'il y avait fracture du col du fémur dans la première chute; mais que la capsule était saine ou du moins très-peu offensée; que les surfaces fracturées étaient retenues en position et le corps du fémur *in situ* par la capsule et les ligaments, et que immédiatement avant la deuxième chute, lorsque le patient sentit sa jambe s'affaisser sous lui, la capsule et les ligaments avaient subi quelque extension, que quelque déchirure avait eu lieu, et qui expliquerait l'impossibilité de se servir du membre comme auparavant et l'augmen-

tation des douleurs et du gonflement. Astley Cooper cite un cas semblable. Une jeune fille ayant fait une chute violente sur le grand trochanter, s'en retourna chez elle sans beaucoup de peine. L'examen le plus attentif du trochanter et du corps du fémur ne put faire découvrir la moindre crépitation ni aucun déplacement. Elle mourut neuf jours après, et à l'autopsie on découvrit que la base du grand trochanter était fracturée et quelle était détachée du corps et du col de l'os. Ce qui augmente la probabilité de cette lésion dans ce cas, dit M. Morton, c'est que l'ossification du fémur n'est parfaite que dans la vingtième année ; en outre la réunion a dû être osseuse vu l'âge du patient, car à cette époque de la vie l'ossification de cette partie du corps tend à s'accomplir.

IV. THE DUBLIN QUARTERLY JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE.

Les livraisons trimestrielles de février et de mai 1854 renferment les travaux originaux suivants : 1° *Du traitement des diabètes* ; par M. Biasch. 2° *De quelques spatudies rares des jointures* ; par M. Butcher. 3° *De l'irritation de la moelle épinière* ; par M. Saw. 4° *Des lésions produites par les moulins à huile de graines de lin* ; par M. Moore. 5° *Forme de luxation du pied non encore décrite*. 6° *De quelques formes non communes de tétanos*. 7° *Maladie particulière du rectum* ; par M. Colles. 8° *Sur les affections cancéreuses du museau de tanche* ; par M. Johns. 9° *Nouveau lit chirurgical*. 10° *De la paralysie survenant pendant la gestation et au moment des couches*. 11° *De la luxation en avant de l'extrémité supérieure du radius* ; par M. Tagert. 12° *Du traitement comme pierre de touche de certaines conditions pathologiques*. 13° *De la luxation des os du métatarse, etc.* ; par M. Smyly. 14° *Rapports et observations cliniques* ; par M. Banks. 15° *Sur l'hydrocèle* ; par M. Butchs. 16° *Rapports cliniques* ; par M. Gordon. 17° *Sur la pneumonie* ; par M. Kennedy. 18° *Du chloroforme dans les accouchements* ; par M. Beathy.

DE LA LUXATION EN BAS ET EN ARRIÈRE DES TROIS MÉTATARSIENS INTERNES, FORME DE LUXATION DU PIED NON ENCORE DÉCRITE ; par M. TUFNELL.

Jusqu'à ce jour il n'y a que 6 cas de luxation du métatarse sur le tarse qui aient été mentionnés (Dupuytren, Smith, South, Litton). Ces 6 cas n'avaient qu'un seul point commun, c'étaientles déplacements en haut sur le tarse, tandis que celui décrit par M. Tufnell est au contraire une luxation dans la direction opposée, c'est-à-dire en bas, sous la plante du pied, et c'est le seul exemple dont il soit encore fait mention.

Obs. — Un cavalier s'en revenait à Dublin, marchait avec précaution, parce que le verglas rendait la route très-glissante. A l'angle d'un chemin bordé par un canal, son cheval glissa tout à coup et tomba sur le pied droit du cavalier, en le pressant contre le sol. Le cheval se releva de suite, le cavalier s'étant maintenu sur la selle ; mais il éprouva une souffrance si cruelle, que ne sachant ce qu'il faisait il alla se jeter avec son cheval dans le canal. Là, au milieu d'efforts violents, le cheval se dégagea de son cavalier, au secours duquel on vint aussitôt et qu'on conduisit à l'hôpital.

A l'examen, on trouva le pied très-raccourci, courbé en dedans et arqué, le tarse présentant une projection osseuse dure, tandis que profondément vers la face plantaire on pouvait sentir une deuxième masse osseuse en travers. On tenta la réduction en fixant le pelvis et faisant fléchir la jambe sur la cuisse, et on fit l'extension au moyen de poulies attachées à l'extrémité du pied et aux doigts de pied. On fit tous les efforts possibles pendant une heure ; mais on ne put opérer le moindre changement dans la position des os.

Dix semaines après, le pied, dans son aspect général, ressemblait à un pied équin, étant considérablement raccourci et arqué sur son bord interne.

Dans la luxation au-dessus du tarse, les os reposent sur une surface lisse et ronde, n'ayant rien qui empêche la traction en avant si ce n'est la rétraction musculaire. Dans la luxation en bas, au-dessous du tarse, au contraire, les extrémités proches des os métatarses sont enclavées parmi les inégalités du tarse, et celui du gros orteil en particulier est fixé d'une manière inamovible derrière la tubérosité du cunéiforme interne enclavé dans la cavité qui existe entre lui et le cuboïde, et arrêté là par le tendon du long péronnier, il défie tous les efforts de réduction.

DE LA LUXATION EN AVANT DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU RADIUS ; par M. TAGERT.

Obs. — John Gahan, âgé de 38 ans, conduisant une voiture chargée d'un voyageur avec ses bagages à un chemin de fer, avait le bras gauche placé dans une courroie qui retenait une malle pesante, qu'il cherchait à soutenir lui-même. La malle s'échappa en l'entraînant de dessus son siége. Tandis qu'il faisait des efforts pour ne pas tomber, son bras fut violemment tordu, et il éprouva une violente douleur.

Le lendemain, M. Tagert trouva l'avant-bras légèrement fléchi et en pronation. Il put difficilement le ramener à l'angle droit. Une plus grande flexion était impossible ; il ne put le redresser complétement. La tête du radius était absente de sa position naturelle, sous le condyle interne de l'humérus. En pressant ce point, le pouce pénétrait dans un enfoncement, les mouvements de pronation et de supination pouvaient s'effectuer ; le dernier mouvement était quelque peu limité et augmentait la douleur ; on ne pouvait sentir le radius dans sa nouvelle position, le bras étant très-musclé. La configuration naturelle du membre n'était pas altérée, si ce n'est par un peu de gonflement. Le tronc étant fixé et le bras maintenu solidement au moyen de serviettes, on saisit solidement d'une main celle du patient, et on pressa fortement avec le pouce de l'autre main l'extrémité supérieure du radius, en la poussant vers sa position naturelle et en mettant en même temps l'avant-bras en supination et la main en abduction. Après avoir employé une force considérable, la réduction se fit avec un craquement ou déchirement qui fut entendu de tous les assistants.

Après avoir cité les opinions diverses et souvent contradictoires des auteurs relativement à la fréquence comparative de la luxation de la tête du radius en arrière ou en avant, et avoir cité les chirurgiens célèbres qui n'ont jamais rencontré ni l'une ni l'autre, M. Tagert termine en disant qu'on peut l'appeler un os à contention (*bone of contention*).

V. DUBLIN MEDICAL PRESS.

Les numéros de janvier, février et mars 1854 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Sur la péricardite* ; par M. Bellingham. 2° *Dix-sept cas d'accouchements dans lesquels l'emploi du chloroforme fut suivi d'effets pernicieux* ; par M. R. Lee. 3° *Examen anatomique d'une articulation scapulo-humérale affectée d'arthrite rhumatismale chronique* ; par M. J. Pawer. 4° *Remarques sur la crise dans la fièvre et dans d'autres affections* ; par M. H. Kennedy. 5° *Cas de tétanos traumatique aigu à la suite de plaie de la main par piqûre et déchirure, guéri par l'administration du chloroforme à l'intérieur et par inhalation* ; par M. Tufnell. 6° *Carie de l'astragale ; excision* ; par M. Statham. 7° *Rétroversion de l'utérus irréductible* ; par M. Browne. 8° *Cas de carie de l'articulation sacro-iliaque droite, avec squirrhe du pylore* ; par M. Bellingbam. 9° *Cas d'hydrocéphale chronique* ; par M. Darby. 10° *Hémorrhagie dans un cas d'affection strumeuse des glandes du cou* ; par M. Barron. 11° *Tumeur ostéide du tibia* (tumeur osseuse maligne de M. Stanley) ; par M. O'Bellingbam.

DIX-SEPT CAS D'ACCOUCHEMENTS DANS LESQUELS L'EMPLOI DU CHLOROFORME FUT SUIVI D'EFFETS PERNICIEUX ; par M. LEE.

Dans ces 17 cas, où l'on a fait usage du chloroforme, l'auteur rapporte à son emploi les conséquences graves qui l'ont suivi. Ainsi, dans les cas 1 et 2, les contractions utérines ont été arrêtées par le chloroforme, et la délivrance n'a pu être achevée que par la craniotomie. Dans les cas 3, 4, 5, 10, 14, 15 et 16, la folie et une grande perturbation des fonctions cérébrales ont suivi son emploi. La nécessité de l'application du forceps pour achever la délivrance est attribuée à son emploi dans les cas 6, 8, 11, 12 et 13. Dans les cas 7, 8, 11 et 13, il a été suivi de péritonites ou de phlébites dangereuses ou fatales. L'épilepsie est survenue dans le 14e cas, et plusieurs syncopes dangereuses ont suivi son emploi dans le 17e cas. L'auteur pense que si l'on eût réfléchi à l'action subtile de ce poison sur le système nerveux, on aurait mis plus de prudence dans son application, tandis que, au contraire, on l'a employé avec la plus grande légèreté. Les deux effets les plus graves produits par le chloroforme sur les femmes en travail sont une contraction faible et impuissante de l'utérus, et une plus grande susceptibilité à contracter la fièvre et des affections inflammatoires.

L'auteur ne doute pas que l'emploi de cet agent nuisible ne doive être rejeté de la pratique obstétricale.

VI. THE DUBLIN HOSPITAL GAZETTE.

Les numéros de février et mars 1854 renferment les travaux originaux suivants : 1° *Cas de névralgie épigastrique, suivi d'observations* ; par M. Lees. 2° *Plaie de la trachée et du larynx* ; par M. Smyly. 3° *Leçon clinique sur la tympanite abdominale* ; par M. O. Ferrall. 4° *Déchirure de l'urètre dans la région périnéale, suivie d'observations cliniques* ; par M. S. Hughes. 5° *Cas d'empyème* ; par M. Banks. 6° *Administration du chloroforme à l'intérieur dans la fièvre* ; par M. Gordon. 7° *Tic spasmodique chez les enfants nouveau-nés* ; par M. M'Clintock. 8° *Du gaz oxygène dans le choléra* ; par M. O'Brien. 9° *OEdème de la glotte succédant à une brûlure du pharynx ; laryngotomie ; guérison* ; par M. Tufnell. 10° *Cas de rétrécissement et fistule du périnée compliqués de calcul de l'urètre* ; par M. Wilmot. 11° *Cas de fracture non réunie de l'humérus traitée avec succès par l'emploi de chevilles d'ivoire* ;

par M. Hulton. 12° *De l'administration à l'intérieur du chloroforme dans le traitement du delirium tremens*; par M. M'Dowel. 13° *Cas de maladies du rectum*; par M. Fleming. 14° *Évacuation de substances ligamenteuses par les intestins; application du microscope au diagnostic, avec observations cliniques*; par M. Corrigan. 15° *Rupture de la membrane du tympan; effet de l'accident*; par M. Healy. 16° *Chloroforme dans la folie*; par M. Thompson. 17° *Fracture comminutive du bras à son tiers supérieur; réunion avec difformité; amputation dans l'articulation*; par M. Shiakwin. 18° *Leçons sur l'érysipèle, sur ses modes d'invasion, son histoire clinique, sa pathologie et son traitement*; par M. Hughes. 19° *Rhumatisme aigu; endocardite suivie de péricardite et de pleuro-pneumonie*; par M. Banks. 20° *Leçons cliniques sur les maladies des reins*; par M. Lees. 21° *Déchirure de l'urètre; abcès périnéal et fistule urinaire*; par M. Collis. 22° *Fièvre intermittente dont l'accès arrivait le sixième jour*; par M. Kidd.

MALADIES DU RECTUM; POLYPE DU RECTUM ACCOMPAGNÉ DE PROLAPSUS ANAL ET D'HÉMORRHAGIE; EXCISION DU POLYPE; GUÉRISON; par M. FLEMING.

OBS. — Thomas Boyle, âgé de 4 ans, perdait depuis un mois du sang en allant à la chaise. Les selles, quoique régulières, étaient toujours teintes de sang, et souvent il rendait uniquement du sang. Il y avait ténesme et depuis peu prolapsus de l'anus, que la mère était constamment obligée de replacer. La muqueuse anale était tachée de sang artériel qui, évidemment, ne provenait pas d'elle. Une tumeur existait à sa partie antérieure; elle avait le volume, la couleur et la consistance d'une petite mûre, d'où s'échappait du sang. Elle était attachée par un pédicule long et étroit.

Après quelques jours de diète et d'une douce médication apéritive, le polype fut enlevé au moyen d'une excision faite au-dessus du point d'application d'une ligature qui entourait le pédicule. Un peu de sang s'écoula de l'anus pendant vingt-quatre heures à trente-six heures.

Au bout d'une semaine, l'enfant retourna chez lui, l'hémorrhagie et le prolapsus ayant disparu. Le polype était composé de tissu fibro-celluleux rudimentaire. Ses mailles étaient infiltrées de lymphe et de sérum. Sous le champ du microscope, on en reconnaissait les caractères ordinaires.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 4 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

CAUTÉRISATION IGNÉE.

M. le professeur SÉDILLOT lit une note sur ce sujet.

Instruit par une expérience déjà ancienne, de l'immense utilité de la cautérisation, nous avons cherché, dit M. Sédillot, à en faire disparaître les inconvénients, et nous avons fait choix d'un procédé aussi avantageux que les moyens ordinaires, et plus acceptable.

La réforme que nous proposons consiste à remplacer habituellement le moxa et ces fers volumineux rougis sur un brasier ardent, par un stylet de trousse, en or, en argent ou en acier, chauffé à la flamme d'une simple lampe à alcool. On touche très-légèrement les parties malades, de manière à ne produire ni phlyctènes ni escarres. L'épiderme seul est atteint et présente une tache sèche et jaunâtre du diamètre d'une tête d'épingle. Ces pointes de feu sont instantanées, et c'est à peine si les malades les ressentent. Les plus impressionnables comparent la douleur à celle d'un pincement ou d'une légère piqûre. Dans l'immense majorité des cas, cette sensation ne se prolonge pas. Si, par exception, il persiste un peu de cuisson et de chaleur, on diminue le nombre des cautérisations, ou l'on entoure, pendant quelques minutes, la partie intéressée d'un linge mouillé, et la douleur disparaît.

Le nombre des pointes de feu varie, selon la nature et l'étendue de l'affection et selon la susceptibilité du malade, de trois ou quatre, à trente, cinquante et même plus, et on les répète une ou plusieurs fois en vingt-quatre heures, ou seulement tous les deux ou trois jours, selon les mêmes règles.

Ce mode d'application, déjà employé d'une manière spéciale et dans des conditions assez rares, nous a paru mériter d'être généralisé, et nous en avons fait heureusement usage dans la plupart des cas où l'on n'a pas recours au feu comme moyen d'hémostasie ou de destruction.

L'effet du cautère actuel est d'appeler énergiquement le sang artériel dans les tissus touchés par le feu. Sur les parties saines la rougeur est uniforme. Si l'inflammation est inégalement disséminée, la rougeur apparaît plus marquée aux points où la phlogose est plus intense. Sous ce rapport, la cautérisation est un moyen de diagnostic des inflammations profondes et cachées.

La fluxion de sang artériel, principal résultat de l'application du feu, en explique l'action et les avantages.

Dans les ulcérations infectieuses, sources de lymphites et de phlébites toujours dangereuses et souvent fatales, l'abord du sang rouge modifie immédiatement les dispositions organiques des tissus lésés. L'oblitération des orifices vasculaires ulcérés met obstacle aux intoxications par introduction dans l'économie de principes délétères. On arrête de même, avec certitude, l'inflammation des lymphatiques et des veines dont les vasa vasorum hypérémiés tendent à produire des infiltrations séreuses et des suppurations d'une extrême gravité. L'afflux artériel provoque des épanchements globulaires et fibrineux qui forment barrière à toute extension inflammatoire et à toute propagation infectieuse.

Dans les ulcérations phagédéniques, les plaies virulentes et de mauvaise nature, la cautérisation ponctuée avec le stylet donne d'excellents résultats : les douleurs brûlantes de la partie lésée cessent immédiatement, et sont efficacement combattues, lorsqu'elles reparaissent, par de nouvelles cautérisations; le gonflement, l'œdème et la coloration d'un rouge brunâtre diminuent, et les malades éprouvent une amélioration si notable, qu'ils sont les premiers à réclamer cette médication vraiment héroïque, et que plusieurs se l'appliquent eux-mêmes avec confiance.

Les inflammations profondes, compliquées d'altérations des os, de gonflements séreux et d'indurations couenneuses, sont également modifiées avec une grande rapidité par la cautérisation; et une de nos malades, atteinte de gonflement du tibia et privée de sommeil par excès de douleur depuis quatre mois, réfractaire, en outre, aux traitements les plus variés, se trouva sur-le-champ soulagée, et en voie de guérison dès la seconde application de notre mode de cautérisation.

On n'ignore pas de quelle ressource est le cautère actuel pour prévenir la gangrène ou en arrêter la marche, et toutes les fois qu'une révulsion énergique est nécessaire, la cautérisation ignée en est le moyen le plus puissant.

OPÉRATION CÉSARIENNE VAGINALE PRATIQUÉE AVEC SUCCÈS POUR LA MÈRE ET L'ENFANT.

M. le docteur BAUDELOCQUE, lit la relation suivante :

Le 15 mars dernier, ayant été demandé par un médecin, pour l'aider à terminer un accouchement, chez une femme de 36 ans, déjà mère de quatre enfants, je reconnus, comme le médecin l'avait fait déjà, une oblitération *complète* du col utérin, avec une bride, d'avant en arrière, formée par la muqueuse vaginale. Probablement, cette oblitération, qui n'avait pas le moindre pertuis, était la conséquence de la chute d'escarres qui avait eu lieu pendant le traitement d'une affection utérine que cette dame avait eue avant de devenir enceinte; il s'agissait d'ouvrir la partie inférieure de l'utérus, pour donner issue au produit de la conception; c'est ce que je fis, de la manière suivante :

Après avoir enveloppé de linge un bistouri droit jusque près de sa pointe, que je recouvris d'une boulette de cire, je le glissai sur la face palmaire de l'indicateur de ma main gauche introduite préalablement dans le vagin, et j'enfonçai sa pointe très-doucement dans le tissu de l'utérus qui avait, à cet endroit, un demi-centimètre environ d'épaisseur, en ayant le soin d'avancer le doigt indicateur en même temps que le bistouri, de sorte que bientôt l'ongle de ce doigt sentit les membranes; alors avec un bistouri boutonné, j'agrandis l'incision en travers, dans l'étendue de 5 centimètres environ, puis je donnai à prendre à la malade 50 centigrammes de seigle ergoté, et j'en attendis l'effet pendant une demi-heure; ce temps écoulé, les contractions utérines ne se ranimant pas, mais l'ouverture artificielle étant dilatable, j'appliquai le forceps, et fis l'extraction d'un gros garçon qui continua de vivre. La délivrance fut naturelle.

Le quatrième jour des couches, des symptômes de péritonite s'étant manifestés, je les combattis avec 8 gouttes de teinture d'aconit, que je continuai plusieurs jours de suite, et le dixième jour, cette dame étant sans fièvre et complétement convalescente, je la laissai aux soins de son médecin; le dix-huitième jour, elle descendit à son comptoir, et depuis cette époque sa santé n'a pas été troublée un seul instant (Commissaires : MM. Andral, Velpeau, Rayer).

SURDI-MUTITÉ.

M. BAUDELOCQUE, avant cette lecture, a présenté à l'Académie un enfant sourd-muet de naissance qu'il a traité par la méthode qu'il avait, dans de précédentes communications, annoncée à l'Académie comme lui donnant des résultats remarquables.

TRAITEMENT DU CHOLÉRA PAR LE CARBONATE DE SOUDE.

M. E. BAUDRIMONT annonce l'intention de soumettre prochainement au jugement de l'Académie un mémoire sur le traitement du choléra suivant une méthode imaginée par son oncle, M. A. Baudrimont, en 1832, et dont les heureux effets ont pu être constatés dans l'épidémie de 1849, comme dans celle de cette année. A la lettre est jointe une notice imprimée sur ce mode de traitement, qui consiste dans l'emploi à haute dose des carbonates alcalins et particulièrement du carbonate de soude.

La lettre et la notice sont renvoyées, à titre de renseignements, à l'examen de la section de médecine et de chirurgie, chargée de prendre connaissance des pièces adressées au concours pour le prix Bréant, et de toutes celles qui, sans être destinées à ce concours, sont relatives à la nature, aux causes ou au traitement du choléra.

M. LE PRÉSIDENT invite à cette occasion la section de médecine et de chirurgie à présenter le plus promptement possible le programme qui lui a été demandé programme destiné à faire connaître aux concurrents les conditions, les règles auxquelles ils devront se conformer.

(Voir pour le mémoire lu dans cette séance par M. J. Guérin le numéro de samedi dernier.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 12 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre du commerce et de l'agriculture transmet : deux rapports de M. Morère, médecin à Monléon-Magnonac, sur des maladies épidémiques qui ont régné dans le canton de Castelnau-Magnonac (Hautes-Pyrénées), et un certificat de puisement délivré par l'autorité locale provenant d'une source dite l'Espérance, sise à Vals (Ardèche), avec demande d'avis.

Le même ministre transmet la recette d'un médicament qui consiste en fer réduit par l'hydrogène, pour laquelle M. Quevenne demande l'application du décret du 3 mai 1850, et une autre demande semblable de MM. Quevenne et Homolle, pour les granules et le sirop de digitaline. Plus trois lettres relatives à des remèdes contre le choléra.

— M. Penny communique une observation de choléra intense guéri par les bains électro-chimiques. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

— M. Lendel (d'Amiens) adresse la relation d'un accouchement de deux enfants à terme, unis par l'abdomen depuis l'appendice xiphoïde jusque près du pubis.

— M. Delarue (de Dergerac) adresse une nouvelle observation de hernie étranglée, où la belladone administrée par la bouche lui a donné le plus heureux résultat. (Comm. : M. Malgaigne.)

— M. Czerniekowski soumet à l'examen de l'Académie une ceinture de laine électrique pour la guérison du choléra. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

— MM. Pauget (de Bordeaux), médecin inspecteur des bains de mer de Royan, et Valat, ancien recteur en retraite, adressent un mémoire sur la nécessité de l'intervention du médecin dans l'éducation physique et son utilité dans l'éducation intellectuelle. (Comm. : MM. Londe et Collineau.)

— M. Manget adresse un exemplaire d'un formulaire à l'usage des sœurs de charité et des personnes momentanément appelées à donner des soins aux cholériques.

— M. Mathieu réclame ta priorité an sujet de l'aiguille à staphyloraphie que M. Charrière fils a présentée à l'Académie dans la dernière séance.

— M. Padioleau (de Nantes) adresse quelques remarques sur l'épidémie cholérique de cette ville. Il y a eu 282 décès (dont 89 enfants) du 11 juin au 9 septembre.

M. Padioleau rapporte de nouveaux faits propres à appuyer les doutes qu'il a déjà élevés dans l'épidémie de 1849 sur la non-contagion du choléra. Quant au traitement, il pense que le traitement rationnel des indications est toujours jusqu'ici le meilleur. Il ajoute que c'est a la marche naturelle de la maladie et non aux prétendus spécifiques employés que doivent être attribués les succès annoncés par les inventeurs. (Comm. du choléra.)

— M. le Président propose au nom du bureau de composer comme il suit la commission pour le choléra de 1854, dont la nomination a été arrêtée dans la dernière séance : MM. Bouillaud, Gérardin, Requin, Roche, Mélier, Barth et Davenne. L'Académie adopte.

EMPOISONNEMENT PAR LES ALLUMETTES CHIMIQUES.

M. Chevallier lit un rapport sur le mémoire de M. Severin Caussé (d'Alby), relatif à l'empoisonnement par les allumettes chimiques.

M. Caussé a voulu fixer l'attention de M. le ministre :

1° Sur un genre d'intoxication dû à la pâte fixée sur les allumettes chimiques, intoxication qui devient de plus en plus fréquente, et qui doit son action au phosphore que l'on fait entrer dans cette pâte;

2° Sur la difficulté que le chimiste éprouve lors des cas d'empoisonnement de constater la présence dans les organes du toxique, le phosphore dans divers cas se transformant en combinaisons qui s'unissent avec les bases, former des sels analogues à ceux qui se trouvent dans l'organisme, sels qui ne peuvent être distingués lors de l'analyse chimique;

3° Sur la possibilité qu'il y aurait d'ajouter à la pâte phosphorée qui sert à la préparation des allumettes chimiques une substance qui, par sa présence dans les produits fournis par l'autopsie, viendrait en aide au chimiste et lui permettrait d'être plus affirmatif dans les conclusions qu'il établirait par suite de ses recherches.

La substance que M. Caussé propose pour additionner la pâte qui sert à confectionner les allumettes chimiques est le tartrate acide de potasse et d'antimoine, l'émétique.

Ce médecin fait observer :

Que mêlé au phosphore pour faire la pâte qu'on utilise, ce sel n'augmente pas l'action toxique de la pâte phosphorée;

Qu'il pourrait, au contraire, faciliter le vomissement de l'aliment empoisonné par la pâte phosphorée;

Qu'il pourrait avertir la victime et peut-être la sauver;

Qu'il serait nécessaire de réglementer la fabrication des allumettes phosphorées.

M. Caussé a appuyé ces raisonnements de faits qui viennent en aide à son opinion. Il cite plusieurs exemples d'empoisonnements volontaires par la pâte des allumettes chimiques.

La lecture du mémoire de M. Caussé, dit M. le rapporteur, a vivement fixé notre attention en raison de la gravité des faits qu'il signale. En effet, dans ce mémoire, M. Caussé fait connaître les graves dangers qui résultent de ce que l'on trouve dans le commerce et entre les mains de tout le monde, un produit capable de donner la mort, produit dont l'action toxique commence à être connue des habitants des campagnes, d'un produit qui est plus dangereux que l'arsenic; car on sait comment l'on peut combattre l'action toxique des composés arsenicaux, tandis qu'on ne sait pas encore positivement quelles seraient les préparations à administrer dans les cas d'empoisonnement par la pâte phosphorée ou plutôt par le phosphore qui entre dans cette pâte.

Les considérations développées par M. Caussé, nous ont porté à nous poser la question suivante :

Peut-on préparer des allumettes chimiques dans des conditions telles qu'on puisse les utiliser pour les usages ordinaires sans qu'elles puissent être employées pour déterminer l'empoisonnement ?

M. le rapporteur rappelle ici les divers essais qu'il était en train de faire avec diverses substances amères et colorantes lorsqu'on lui remit une certaine quantité de phosphore rouge amorphe (oxyde de phosphore), non lumineux dans l'obscurité, ne répandant pas au contact de l'air de vapeurs alliacées comme le phosphore, ne brûlant pas comme le phosphore ordinaire à la température de l'air, etc.

Tous ces caractères ayant porté M. Chevallier à penser que l'on pourrait tirer un grand parti dans la fabrication des allumettes chimiques de cette substance, il a cherché à s'assurer avant tout si elle n'était pas susceptible d'empoisonner comme le phosphore ordinaire.

Des expériences faites par MM. Lassaigne et Reynal ont fait connaître :

1° Qu'on pouvait faire prendre à des oiseaux du phosphore rouge amorphe à la dose de 3 centigr. sans déterminer d'accidents;

2° Qu'on trouvait le phosphore amorphe dans les excréments de ces oiseaux;

3° Que le *phosphore jaune*, le phosphore ordinaire, tue les oiseaux à la dose de 3 centigr.

Des expériences semblables ont été répétées par deux membres de la section de médecine vétérinaire, MM. Renault et Delafont, qui ont confirmé les résultats des expériences qui précèdent.

On voit, ajoute M. le rapporteur, par ce qui vient d'être dit, que l'application du phosphore rouge à la fabrication des allumettes chimiques présente un très-grand avantage sous le rapport moral, puisque la pâte qui sert à rendre les allumettes inflammables n'est pas toxique, et que ces allumettes, qui se trouvent entre les mains de tout le monde, ne pourront servir à commettre le crime d'empoisonnement.

La préparation des allumettes chimiques à l'aide du phosphore rouge peut encore rendre un immense service : elle soustraira les ouvriers qui préparent ces allumettes à une horrible maladie, la nécrose, qui a été observée dans un très-grand nombre de fabriques.

La substitution du phosphore rouge au phosphore ordinaire serait, dans ce cas, un immense service rendu à l'humanité, car, dans un mémoire qui m'est commun avec MM. Dricheteau et Boys de Loury, nous avions établi que la nécrose n'était due ni à la malpropreté des ouvriers, ni au défaut de sobriété, ni à la présence du soufre qui est fixé sur les allumettes chimiques, mais à la vapeur qu'exhalent la pâte et les allumettes préparées avec cette pâte.

Quant au procédé proposé par M. Caussé, M. le rapporteur pense qu'il devrait être modifié, car il ne serait pas possible de faire entrer, dans les pâtes phosphorées, de l'émétique qui tendrait à provoquer le vomissement de l'animal empoisonné, de telle sorte que cette pâte ne jouirait pas des propriétés toxiques qui nécessitent sa préparation.

La modification que propose M. le rapporteur serait de faire entrer, dans la pâte phosphorée, du kermès préparé par la méthode de Fabroin ; ce kermès donnerait à la pâte une couleur brune, diminuerait les chances d'emploi de cette pâte pour l'empoisonnement criminel; de plus on pourrait, dans les cas où cette pâte aurait été employée comme toxique, constater, soit dans les matières excrémentitielles, soit dans les organes, la présence d'une préparation d'antimoine, but que s'était proposé M. Caussé en adressant son mémoire à M. le ministre.

De tout ce qui précède, il résulte :

1° Que le mémoire adressé par M. le docteur Caussé (d'Albi), mémoire qui aurait pour but de rendre l'empoisonnement par la pâte qui sert à fabriquer les allumettes chimiques (allumettes phosphorées) moins fréquent, est un mémoire dont la lecture présente un vif intérêt;

2° Que la lecture de ce mémoire nous a conduit à étudier l'emploi du phosphore rouge dans la fabrication des allumettes chimiques, et que cette étude faite, sur notre demande, par des hommes habiles, a démontré que ce phosphore n'agit pas comme toxique, ni sur les oiseaux, ni sur les chiens;

3° Qu'il y aurait avantage, sous le rapport de la sécurité publique, de ne préparer les allumettes phosphorées commerciales qu'avec ce phosphore;

4° Que l'emploi de ce phosphore dans les fabriques d'allumettes soustrairait les ouvriers à une grave maladie, à la nécrose, maladie qui le plus souvent se termine par la mort.

En résumé, nous proposons à l'Académie :

1° De remercier M. Caussé de son intéressante communication;

2° De renvoyer le présent rapport et le travail de M. Caussé à M. le ministre des travaux publics, de l'agriculture et du commerce, qui seul pourrait ordonner la substitution du phosphore rouge au phosphore ordinaire dans la fabrication des allumettes phosphorées.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

TRAITEMENT DES ÉPIDIDYMITES ET DES ORCHITES PAR LE COLLODION.

M. Ricord lit sous ce titre la note suivante:

L'intéressante communication de M. Donnafont sur les résultats extraordi-

naires qu'il a obtenus de l'emploi du collodion dans le traitement des orchites, ayant rencontré un peu d'opposition au sein de l'Académie, je viens, messieurs, selon votre désir, vous rendre compte des nouvelles observations que j'ai recueillies sur ce traitement.

J'ai soumis, dans mon service, à l'hôpital du Midi, 38 malades affectés d'épididymites blennorrhagiques, à des applications de collodion élastique, en suivant les préceptes de M. Bonnafont. Ces applications ont été répétées de deux à cinq fois, en laissant au moins quarante-huit heures entre chaque application.

Voici les résultats obtenus :

DOULEUR. — Chez presque tous les malades, la douleur n'a duré que de six minutes à un quart d'heure au plus.

Quatre seulement ont eu des récidives de douleur dans la journée.

Un seul a éprouvé des douleurs si violentes, qu'il a fallu appeler l'interne de garde. Il faut dire que ce malade s'était levé dans la journée.

En général, la douleur est assez vive, et, quoique de courte durée, quelques malades ont de la peine à la supporter et redoutent beaucoup de nouvelles applications.

On peut diminuer les souffrances par une rapide évaporation de l'éther, en dirigeant un courant d'air à l'aide d'un soufflet, sur les parties qu'on couvre de collodion.

Je me plais donc à reconnaître que M. Bonnafont a en raison, lorsqu'il a dit que le collodion élastique n'occasionnait pas des douleurs d'aussi longue durée que le collodion ordinaire que nous avions d'abord expérimenté.

Quant à la douleur symptomatologique de l'épididymite, elle avait déjà cessé, ou considérablement diminué chez presque tous les malades. Et le collodion n'a pas paru avoir sur elle beaucoup d'influence. Sur 5 malades, cependant, elle a augmenté pendant toute la journée, après l'application.

DIMINUTION DE VOLUME. — Chez aucun malade nous n'avons eu de ces diminutions miraculeuses que notre confrère a observées. Nous n'avons jamais eu à courir, passez-moi l'expression, après le testicule; il n'a jamais été nécessaire de lui barrer le passage, en comprimant d'abord la racine des bourses. Nous avons pu commencer l'application par n'importe quel point du scrotum, sans que rien se soit déplacé.

Chez beaucoup de malades, j'ai compris la totalité des bourses, ce qui constitue un meilleur mode d'application que celui indiqué.

Pour être bien sûr des résultats, j'ai fait prendre des mesures exactes avec un compas d'épaisseur du diamètre vertical, du diamètre antéro-postérieur et du diamètre transverse des tumeurs.

Chez tous les malades, la diminution de volume a été insensible dans les premières vingt-quatre heures. Dans 17 cas seulement, on a constaté, quarante-huit ou cinquante-six heures après l'application, une diminution d'un centimètre à peu près, et presque toujours dans le diamètre transverse. La maladie suivait, après cela, sa marche décroissante ordinaire et d'une manière graduelle, les applications de collodion étant répétées, comme je l'ai dit en commençant.

Sur quelques malades, soit que le gonflement inflammatoire s'accrût malgré l'emploi du collodion, soit que celui-ci se rétractât plus qu'il ne diminuât la tumeur, il en résultait de nombreuses fissures ou des décollements plus ou moins étendus.

DURÉE DE LA MALADIE. — La durée moyenne de la maladie a été de dix-sept à dix-huit jours. Le minimum a été de sept jours pour un cas très-léger, et le maximum de trente-cinq jours pour un cas avec récidive.

Des 38 malades traités par le collodion, 35 sont sortis avec des épididymes plus ou moins engorgés, 5 seulement ont pu se considérer comme étant complétement guéris.

Trois de ces malades sont revenus dans la huitaine, à l'hôpital, avec des récidives. L'un d'eux avait eu quatre applications de collodion en douze jours; les deux autres en avaient eu deux chacun.

Les 38 malades dont il vient d'être question n'étaient affectés que d'épididymites blennorrhagiques. Il n'y a pas eu un seul cas d'orchite proprement dite; chez aucun le corps du testicule n'a été atteint par l'inflammation; chez tous le cordon a été plus ou moins engorgé, et le plus souvent le canal déférent seul; 4 seulement ont présenté un épanchement un peu considérable dans la tunique vaginale.

En même temps que j'expérimentais le collodion, 11 malades, dans des conditions aussi analogues que possible aux premiers, ont été traités par le repos et des applications de compresses imbibées d'eau blanche. On les a tenus, comme les autres, à une diète convenable, à l'usage des boissons rafraîchissantes, et on a eu le soin d'entretenir la liberté du ventre.

Les douleurs de l'inflammation ont rapidement disparu.

Le volume a diminué, dans un cas, d'un centimètre en trente-deux heures. Chez les autres malades, il a suivi la marche de ceux soumis à l'usage du collodion.

La durée a été de dix-sept à dix-huit jours. Un cas très-léger est sorti quatre jours après son entrée. Le maximum a été de vingt-cinq jours.

De ces malades, 2 seulement sont sortis de l'hôpital parfaitement guéris. Les autres conservaient, comme ceux traités par le collodion, des noyaux d'induration.

D'autres malades, au nombre d'une vingtaine, et toujours dans les mêmes conditions, ont été traités par le repos et la compression à l'aide du coton cardé (ouate) et du suspensoir,

La douleur inflammatoire a aussi promptement cédé.

Le volume chez 11 avait diminué d'un centimètre au moins en vingt-quatre heures, et chez 2 de moitié.

La durée moyenne a été de quinze jours. Un malade est sorti guéri au bout de six jours, un autre après huit jours.

Du reste, de ce grand nombre de malades soumis soit au collodion, soit aux autres traitements comparatifs, aucun ne présentait, au moment du traitement, des symptômes de suracuité et de complication sérieuses. Mais lorsque les expériences furent instituées, il y avait dans les salles 2 malades affectés d'épididymites très-inflammatoires, d'un volume considérable, très-douloureuses, et pour lesquelles il a suffi de quatre jours de traitement par le repos, les sangsues, les cataplasmes laudanisés, les quarts de lavements laudanisés, les laxatifs et les boissons délayantes pour les réduire à l'engorgement de terminaison. Un cas d'orchite véritable et très-intense, traité par la saignée du bras, les sangsues, le débridement de la tunique albuginée, et la compression à l'aide du coton, a diminué de 2 centimètres en quarante-huit heures et s'est terminé par la résolution franche en seize jours.

Je n'ai pas besoin de rappeler à l'Académie la rapidité avec laquelle, dans quelques circonstances, on voit cesser la douleur et diminuer le volume des épididymites, sous l'influence de la ponction de la tunique vaginale, dans les cas d'épanchement, de la cessation de la douleur dans l'orchite et de la rapidité de la résolution, par la saignée du bras, et surtout par le débridement de la tunique albuginée, plus rarement obligée.

Je conclus donc, sans passer en revue tous les moyens rationnels employés contre les épididymites et les orchites :

1° Que le collodion élastique ne fait pas autant souffrir que le collodion ordinaire, mais qu'il fait un peu plus souffrir que d'autres traitements;

2° Que ce n'est pas un agent thérapeutique aussi efficace qu'on aurait pu le croire;

3° Qu'il ne calme pas plus promptement la douleur que beaucoup d'autres moyens;

4° Que la durée de la cure est celle que donnent les autres méthodes;

5° Que son action la plus prononcée est sur l'engorgement du tissu cellulaire sous-scrotal et peut-être sur l'inflammation du scrotum lui-même;

6° Que c'est un faible moyen de compression;

7° Que si le collodion n'agissait que par le refroidissement qui résulte de l'évaporation, au moment où on l'applique, il suffirait de faire évaporer l'éther sur les bourses, ou de traiter simplement par le froid;

8° Enfin, qu'il n'est pas rationnellement permis de croire que le collodion peut guérir l'épididymite et l'orchite, en mettant les parties malades à l'abri de l'action de l'air.

Nota. — Les observations qui ont servi pour faire ce résumé ont été recueillies par mon interne, M. Nassans.

M. VELPEAU a eu à soigner 35 orchites depuis la communication de M. Bonnafont. Il a divisé ces 35 orchites en trois groupes. Le premier groupe se compose de 6 cas auxquels il n'a appliqué aucun traitement particulier (repos et application de compresses d'eau de Saturne).

Le deuxième groupe se compose de 8 cas qu'il a traités par le collodion seul; et le troisième de 21 cas traités par les petites piqûres. Il a été tenu note très-exactement, dans tous ces cas, de l'origine de la maladie, du jour et de l'heure où le traitement a été commencé. Voici quel a été le résultat obtenu.

La durée du traitement a été de dix-huit jours pour les sujets traités par les piqûres, de dix-huit jours également pour ceux qui ont été traités par le collodion, et de dix-sept jours pour ceux qui n'ont pas été traités du tout. (Sourires)..... Il est vrai de dire que ceux qui n'ont pas été traités du tout n'étaient pas les plus affectés; c'étaient des cas plutôt légers que graves.

Quant aux effets spéciaux du collodion, voici ce que M. Velpeau a remarqué. En général, le collodion n'a pas produit de douleur, les malades s'en sont même presque constamment bien trouvés; en général, aussi, on aurait pu croire, a ne s'en rapporter qu'aux apparences, qu'ils étaient guéris vers le troisième jour. En effet, le testicule, à cette époque, paraissait dégonflé; mais il n'en était rien en réalité. Il y a ceci à dire, en faveur du collodion, c'est que les malades généralement ne souffrent pas, et que dès le deuxième ou le troisième jour ils peuvent déjà marcher.

Voilà ce qu'a produit le collodion en ce qui concerne l'orchite. Il n'abrége pas la durée de l'orchite; il ne provoque pas en général de douleurs, sauf cependant dans quelques cas rares et exceptionnels où les douleurs produites ont été telles qu'il a fallu y renoncer. C'est donc, en définitive, un moyen qui n'est pas mauvais, qui peut même être utile, mais qui n'a pas d'avantages très-marqués sur les autres moyens.

M. BONNAFONT constate que la question a fait quelques progrès, et qu'on est plus près de s'entendre qu'à l'époque où il fit sa communication. Reste maintenant à voir dans quels cas le collodion a été employé de part et d'autre. Chaque fois qu'il y a eu recours, c'a été au début ou très-près du début de la maladie; dans ces conditions, la guérison a été obtenue en deux ou trois jours. Il n'en est probablement pas de même des malades auxquels M. Ricord et M. Velpeau ont eu affaire, ces malades n'entrant en général à l'hôpital que lorsqu'ils ne peuvent plus vaquer à leurs affaires et après avoir employé divers moyens, et alors il y a induration des épididymes. Dans ce cas-là, on n'obtient pas le même résultat.

M. MALGAIGNE : M. Velpeau a agrandi cette question en cherchant à connaître quelle est la durée moyenne de l'orchite, et en constatant ce résultat que l'orchite, livrée à elle-même, guérit aussi vite que celle qui est traitée par divers moyens; mais, pour que ce résultat ait toute sa valeur, il faut savoir à quel moment on a pris l'orchite. M. Bonnafont a fait à cet égard une distinction très-importante. Il y a une très-grande différence entre une orchite prise à son début et une orchite déjà plus ou moins ancienne et qui a été plus ou

moins mal traitée. Combien dure l'orchite livrée à elle-même? C'est ce que personne ne sait. M. Bonnafont a dit qu'il les prend au début, et que prises ainsi, il les guérit en deux ou trois jours. Combien ont duré, parmi les orchites que MM. Velpeau et Ricord ont eu à traiter, celles qui étaient récentes, celles qui étaient en cours d'évolution depuis plus ou moins longtemps? Ils ne le disent pas, parce qu'ils n'ont pas fait cette distinction, et cela était très-important, car personne n'ignore qu'on n'arrête pas une inflammation au milieu de sa marche.

TUMEUR ENCÉPHALOÏDE DE LA FACE; EXTIRPATION SIMULTANÉE DE L'OS MAXILLAIRE SUPÉRIEUR ET DE L'ŒIL DU CÔTÉ DROIT; GUÉRISON.

M. Maisonneuve présente à l'Académie un malade auquel il a pratiqué, le 27 juillet dernier, l'extirpation simultanée de l'os maxillaire supérieur et de l'œil du côté droit, pour une dégénérescence cancéreuse qui avait envahi tout un côté de la face. Voici les détails de ce fait.

Vincent Zachniewitz, âgé de 46 ans, Polonais, s'aperçut, il y a dix ans, d'une légère tuméfaction au niveau du rebord orbitaire inférieur du côté droit. Pendant plusieurs années cette tumeur sembla rester stationnaire; mais vers 1850, ses progrès étant devenus plus sensibles, le malade consulta plusieurs médecins, et d'après leur conseil se soumit à des médications méthodiques par les préparations iodurées, la ciguë, l'arsenic et les eaux sulfureuses thermales. Malgré ces médications, le mal n'en continua pas moins ses progrès.

En 1853, la joue, fortement tuméfiée, devint le siége d'une ulcération profonde; en même temps apparurent des douleurs lancinantes. C'est à cette époque que le malade se rendit à Montpellier, où pendant plusieurs mois il se confia aux soins de MM. Alquié et Bouisson. Là encore il fut soumis à des traitements médicaux divers qui n'apportèrent aucun soulagement à ses souffrances. Rebuté de l'insuccès de la médecine, il prit la résolution de venir à Paris réclamer les secours de la chirurgie. Il entra d'abord à l'hôpital des cliniques de la Faculté, où il ne séjourna que quinze jours, et où, malgré ses instances, on ne crut pas devoir entreprendre une opération qui paraissait presque impossible. C'est dans ces conditions qu'il vint consulter M. Maisonneuve.

Le côté droit de la face était le siége d'une tuméfaction énorme, produite par une dégénérescence fongueuse de l'os maxillaire supérieur tout entier, par celle des parties molles de la joue, de l'orbite, de la paupière inférieure et du côté droit du nez.

Le centre de cette tumeur était occupé par une ulcération profonde dont s'écoulait un ichor fétide.

Le malade, en proie à des douleurs atroces, ne pouvait plus goûter un moment de repos. Abandonné à lui-même, il était inévitablement voué à la mort, et d'un autre côté, les ressources médicales les plus énergiques, employées avec persévérance par les praticiens éminents, n'avaient produit aucun résultat. Il ne pouvait donc rester d'espoir que dans une opération; mais cette opération était-elle possible?

D'illustres chirurgiens de Montpellier et de Paris l'avaient déclarée inexécutable, et avaient refusé de l'entreprendre à une époque où le mal était moins avancé. Malgré ces opinions imposantes, M. Maisonneuve, considérant que la dégénérescence n'englobait aucun organe essentiel à la vie, que les ganglions cervicaux eux-mêmes étaient intacts, et que rien ne dénotait l'existence de la cachexie, pensa qu'au moyen de l'opération il restait encore quelque chance de sauver ce malheureux, et ne crut pas devoir lui refuser cette dernière ressource.

C'est le 27 juillet 1854 que l'opération fut pratiquée, dans la maison de santé des frères Saint-Jean-de-Dieu.

Le malade étant couché sur un lit et soumis aux inhalations de chloroforme, M. Maisonneuve fit sur le côté droit du nez une incision longitudinale qu'il prolongea jusqu'au bord libre de la lèvre supérieure. Une deuxième incision oblique, partant de la commissure externe des paupières, contourna le bord externe de l'ulcération de la joue et vint rejoindre la première au niveau de l'aile du nez. Le chirurgien put alors, par une dissection rapide, renverser le lambeau, formé d'une partie de la lèvre et de la joue, de manière à mettre à découvert toute la partie antérieure de la tumeur.

Portant ensuite une scie à chaînettes dans la fente sphéno-maxillaire, il la fit ressortir au-dessous de l'arcade zygomatique, et divisa promptement les os compris dans sa concavité; puis, à l'aide d'une pince de Liston, il coupa successivement la voûte palatine et l'apophyse montante de la mâchoire supérieure. Enfin, après avoir détaché d'un coup de bistouri le voile du palais de ses adhérences aux parties osseuses, il fit basculer la tumeur et en acheva l'isolement au moyen de quelques coups de ciseaux.

Cette partie principale de l'opération étant achevée, M. Maisonneuve procéda immédiatement à l'extirpation de l'œil et à la destruction de tous les tissus dégénérés renfermés dans l'orbite ou dans les anfractuosités des fosses nasales et des sinus frontaux. Ce dernier temps exigea l'emploi énergique du fer rouge.

Enfin, quand il fut bien constaté que sur toute la surface de cette large excavation il ne restait plus rien de suspect, l'opérateur rapprocha autant que possible les lèvres de la plaie, au moyen de serre-fines et de la suture entortillée. Il resta toutefois au centre de la joue un vide assez considérable, que M. Maisonneuve ne crut pas devoir combler par un lambeau autoplastique, afin de pouvoir mieux surveiller la cicatrisation des parties profondes.

Les suites de cette opération si grave furent vraiment d'une simplicité étonnante. Dès le quatrième jour, la cicatrisation des parties qu'on avait pu mettre en contact était complète. La place restée béante se recouvrit bientôt de bourgeons charnus de bonne nature, et aujourd'hui que six semaines se sont à peine écoulées depuis l'opération, le malade, complétement débarrassé de ses douleurs et de ses insomnies, a recouvré toutes ses forces et son embonpoint. Enfin, grâce à un obturateur habilement construit par M. Charrière, l'énorme perte de substance est entièrement dissimulée, et la parole est aussi nette que dans l'état le plus normal.

Examen de la tumeur.—La tumeur est un ostéosarcôme de l'os maxillaire supérieur droit. A l'exception du rebord alvéolaire, qui a échappé à la dégénérescence et est encore garni de toutes ses dents parfaitement saines, tout le reste de l'os a presque entièrement disparu dans la masse cancéreuse. Le globe oculaire est sain; mais tous les tissus qui l'environnent sont envahis par la maladie.

La séance est levée à cinq heures et quart.

BIBLIOGRAPHIE.

MEDICINES, THEIR USES AND MODE OF ADMINISTRATION; by J. Moore Neligan.

AN ESSAY ON THE ACTION OF MEDICINES IN THE SYSTEM; by F. W. Headland.

ON THE CLASSIFICATION OF MEDICINES ACCORDING TO THEIR ACTION ON THE HUMAN BODY; by A. Fleming.

L'auteur du Traité de matière médicale et de thérapeutique qui nous fournit l'occasion de cette revue bibliographique, le docteur Néligan, est honorablement connu en Angleterre, et surtout en Irlande, par des études consciencieuses sur la médecine clinique et la matière médicale. Il est l'éditeur des Leçons cliniques du docteur Graves (de Dublin), sur la médecine pratique, et a aussi composé un ouvrage sur le diagnostic et le traitement des maladies éruptives du cuir chevelu.

La troisième édition du Traité de matière médicale que nous avons sous les yeux (Dublin, 1851) contient une analyse complète, au sujet du plus grand nombre des médicaments simples ou composés, des procédés de préparation et des modes d'administration des trois pharmacopées de Dublin, de Londres, d'Edimbourg. L'ordre des matières pour chaque substance comprend la *préparation*, les *propriétés* ou les *caractères physiques*, les *propriétés chimiques*, les *falsifications*, les *effets thérapeutiques*, les *doses* et le *mode d'administration*. L'ouvrage est fait avec un grand soin et est suivi d'un recueil de formules, d'un tableau posologique, et d'une table des matières dressée avec ce soin qui caractérise les *index* des ouvrages anglais.

Le sujet entier est divisé en vingt-deux chapitres, sous les titres suivants: « Alcalins, Anthelmintbiques, Antispasmodiques, Astringents, Cathartiques, Caustiques, Diaphorétiques, Diurétiques, Émétiques, Emménagogues, Émollients, Épispatiques, Errhins, Expectorants, Narcotiques, Réfrigérants, Sédatifs ou Contro-stimulants, Sialagogues, Stimulants généraux, Stimulants spéciaux, Toniques, Agents supplémentaires. » Cette classification toute artificielle permet de donner une analyse succincte des différents médicaments. On ne trouve dans ce livre aucun détail théorique sur le mode d'action des substances médicinales sur le corps humain. On a évité avec intention tout ce qui ressemblerait à une théorie ou à une classification; alors, une fois les médicaments divisés en certains groupes, à cause de certaines propriétés analogues, on a étudié ces groupes dans l'ordre alphabétique. Nous croyons devoir signaler d'une manière spéciale l'ouvrage de M. Néligan, parce qu'il est à la fois l'un des plus concis, des plus complets et des plus pratiques; il convient également au praticien et à l'étudiant, il n'a aucune prétention théorique, son but est de résumer, de condenser et d'être utile. Le style en est clair, d'une grande simplicité, comme il convient à ces sujets. Les médecins qui désirent connaître les détails tout particuliers des pharmacopées anglaises trouveront dans ce livre les renseignements suffisants.

A cette appréciation générale, nous joignons ici un extrait qui servira d'exemple de la manière de procéder et de dire de l'auteur (Chapitre XV, *Des narcotiques*) :

« Les narcotiques sont des médicaments qui produisent un premier » effet stimulant sur le système nerveux et vasculaire, suivi promptement d'une dépression des forces vitales, de sommeil et même de » coma. Le premier effet, l'excitation, varie beaucoup quant à l'intensité et à la durée; il dépend principalement du mode d'administration du narcotique, de l'idiosyncrasie et de l'habitude. A haute dose, » l'excitation est si courte et la dépression des forces si immédiate, » qu'un grand nombre d'observateurs ont pu nier complétement la » propriété stimulante des narcotiques, et les ont considérés comme » produisant des effets sédatifs directs sur l'organisme. Cependant une

» observation attentive du mode d'action des agents médicinaux étudiés dans ce chapitre, et la comparaison de ces effets avec ceux des sédatifs démontrera, je pense, qu'il y a là deux modes d'action différents. En effet, certains narcotiques, tels que l'opium, sont administrés fréquemment dans l'intention de produire seulement une action stimulante. Dans ce cas, les doses doivent être minimes et fréquemment répétées, de manière à soutenir l'état d'excitation. Pour amener le sommeil, les doses doivent être plus fortes et répétées à des intervalles plus éloignés. Tous ces détails seront plus complétement indiqués dans la description des effets thérapeutiques de chaque substance. L'idiosyncrasie exerce une influence remarquable sur les effets des narcotiques; il y a des individus presque insensibles à leur action; chez d'autres, de petites doses produisent des effets stupéfiants dangereux, ou, dans quelques cas, donnent naissance à un délire furieux. Mais c'est surtout l'habitude qui exerce une influence considérable sur l'action de ces médicaments. Leur usage répété ou prolongé diminue leur activité d'une manière extraordinaire; il faut donc, quand on doit en continuer l'administration pendant longtemps, en augmenter graduellement la dose, afin de produire l'effet attendu. Il faut aussi tenir compte de l'influence de l'âge, les jeunes sujets étant beaucoup plus sensibles à ces médicaments que les personnes d'un âge mûr. L'étroite relation qui existe entre les narcotiques et les stimulants est bien démontrée par la grande analogie des effets des premiers médicaments avec ceux des stimulants alcooliques sur l'organisme. Il faut toutefois reconnaître entre ces deux séries d'effets analogues des différences capitales. Ainsi les stimulants que nous venons de nommer produisent le narcotisme seulement par leur action *épuisante* (*exhausting*) sur le système nerveux; pour cela, il faut les donner à des doses excessives. Tandis que les narcotiques exercent une action directe et spécifique sur les fonctions du système nerveux cérébro-spinal, ils calment la douleur et l'irritation avant de produire leurs effets narcotiques. On voit ainsi comment les narcotiques possèdent en même temps les caractères des sédatifs et des stimulants. Rien ne démontre mieux la difficulté de fonder une classification thérapeutique de la matière médicale basée sur des principes scientifiques. Dans ce cas particulier, comme dans beaucoup d'autres en médecine, il faut faire passer l'*utilité* avant la *science*. »

On approuvera sans doute cette doctrine dans un livre destiné à des praticiens et à des élèves. Nous aimons mieux cette réserve et cette sagesse que cet inutile et quelquefois dangereux étalage de science peu positive qui ne craint point de se produire quelquefois derrière le titre et dans les pages des ouvrages les plus didactiques. Ces livres ne devraient évidemment contenir que des faits positifs, bien démontrés, que les vérités bien claires qui ont déjà la sanction de l'expérience de tous. Il faut laisser aux mémoires, aux travaux spéciaux, la discussion, la critique ou l'exposition des observations particulières ou des généralités sur lesquelles l'opinion n'est point encore fixée. Ne serait-il point à désirer, à ce sujet, que ces principes fussent entendus et suivis par ceux qui ont la mission si élevée de propager l'enseignement de la science et de le vulgariser? Généralement on ne distingue pas assez de nos jours ces deux sortes de faits, qu'il importe tant de considérer à part. Il en résulte une instruction peut-être plus brillante, plus moderne, mais moins sûre. Notre science n'est pas de celles qui marchent tellement vite et d'une manière si assurée que les vérités inconnues d'hier puissent être et doivent être enseignées demain. Laissons passer quelques années sur de prétendues découvertes; pour bien apprécier les faits, laissons-les au moins se dépouiller du premier éclat qu'ils jettent, en venant au monde, sous les yeux de leurs inventeurs. Le temps est un maître bien sûr et bien éprouvé en ces choses. On revient souvent soi-même de bien des idées arrêtées. Le public, qui n'y est point intéressé, en revient plus facilement encore. Il a fallu, pour ruiner bien des systèmes, moins de temps encore que de critique.

Ces réflexions s'adressent purement aux ouvrages didactiques; elles ne portent point sur les travaux d'une autre nature : « essais, expérimentations, discussions, mémoires, » dont les auteurs n'ont plus l'intention de consigner les résultats de la science, mais où ils entendent plutôt avoir la mission de la faire progresser dans telle ou telle voie. C'est dans les travaux de cette sorte qu'il faut ranger l'ESSAI de Headland et le « mémoire » de Fleming.

THOLOZAN.

(*La suite au prochain numéro.*)

VARIÉTÉS.

MOUVEMENT DU CHOLÉRA DANS PARIS ET DANS LES COMMUNES RURALES.

	Septembre...	8	9	10	11	12	13	14
Admissions aux hôpitaux		31	16	13	18	17	13	8
Cas déclarés à l'intérieur		7	12	8	3	3	10	6
Totaux.......		38	28	21	21	20	23	14
Décès :	Dans les hôpitaux civils. .	17	18	13	11	15	10	16
	— militaires. .	4	2	6	4	0	6	7
	A domicile : 1er arrond...	4	2	2	0	1	3	4
	2e —	4	3	0	0	0	1	4
	3e —	1	1	1	3	2	2	1
	4e —	1	0	0	0	0	1	0
	5e —	5	3	5	1	2	3	2
	6e —	3	7	5	1	3	0	1
	7e —	4	4	3	2	1	1	1
	8e —	5	1	1	2	2	4	1
	9e —	2	0	3	2	2	1	1
	10e —	1	1	8	2	1	3	2
	11e —	1	1	3	0	1	0	0
	12e —	2	6	5	0	8	2	4
	Communes rurales.....	16	19	19	(1)	13	17	15

RÉCAPITULATION DES DÉCÈS CHOLÉRIQUES :

Septembre...	8	9	10	11	12	13	14
Dans les hôp. civils et militaires...	21	20	19	15	15	16	23
A domicile et dans les comm. rurales.	49	48	55	13	46	38	36
Totaux généraux des décès...	70	68	74	28	61	54	59

RÉCAPITULATION DEPUIS LA RECRUDESCENCE JUSQU'AU 14 SEPTEMBRE.

Admissions dans les hôpitaux civils. .	4,242	6,062
Cas déclarés à l'intérieur	1,820	
Décès dans les hôpitaux civils.....	3,088	10,147
— — militaires . .	574	
— à domicile...........	4,191	
— dans les communes rurales.	2,294	

Le chiffre des décès cholériques, pour toute la France, s'élevait, au 10 septembre, à 73,500.

L'épidémie est à peu près éteinte dans les départements des Bouches-du-Rhône, du Var et de Vaucluse.

Dix sept départements seulement sont restés indemnes, jusqu'ici, de l'influence épidémique.

— M. Laurens, professeur suppléant à l'École préparatoire de médecine de Nancy, est nommé professeur d'histoire naturelle et de matière médicale à ladite École, en remplacement de M. Planchon, démissionnaire.

— M. Lépine, ancien chirurgien militaire, médecin en chef de l'hôpital de Châlons-sur-Saône, vient d'être nommé membre de la Légion d'honneur.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

Ayant fort peu de goût pour la polémique, sortout lorsqu'elle pourrait affecter des allures peu conformes à mes habitudes et à mon caractère, c'est à regret que je me vois contraint de répondre à quelques lignes insérées dans votre estimable journal (numéro du 9 septembre) et signées par notre honorable confrère M. Tholozan.

Si les journaux politiques de la localité ont cru devoir reproduire un article qui leur convenait, ce n'est certes pas à moi de m'en plaindre; je me permettrai toutefois de vous faire observer que l'article en question a été primitivement imprimé à Montpellier dans la REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI, journal qui jusqu'à ce jour a passé pour être complétement médical et nullement politique. Je dois même ajouter, en remerciant de nouveau son rédacteur M. Saurel, que ma *note complémentaire* a été publiée deux fois : d'abord dans un *supplément* au numéro du 15 août et ensuite dans le numéro du 30, même mois.

Je n'ai nulle envie de revenir sur les faits à l'égard desquels nous nous trouvons en désaccord avec votre savant collaborateur, chacun étant parfaitement libre de garder sa manière de voir. Permettez-moi seulement de vous dire que tout en n'approuvant pas le jugement porté par la GAZETTE dans une circonstance donnée, je m'étais servi, à l'égard de ses rédacteurs, de termes tels que j'ai dû trouver quelque peu étrange la manière dont on les a accueillis.

Agréez, etc.

Dr SIRUS-PIRONDI,
Chirurgien en chef à l'Hôtel-Dieu de Marseille.

ERRATUM. — Dans le premier Paris du no 35, p. 529, col. 2, ligne 37, au lieu de : 500,000 *décès représenteraient à Paris la mortalité de Dombrot-sur-Vair*, lisez 200,000, etc.

(1) Pas de renseignements.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

CONSTITUTION MÉDICALE.

LE CHOLÉRA DANS L'EST DE LA FRANCE, NOTAMMENT DANS LES VOSGES ET LA HAUTE-MARNE. — PHÉNOMÈNES PRÉMONITOIRES DU CHOLÉRA CHEZ LES INDIVIDUS ET DE L'ÉPIDÉMIE DANS LES POPULATIONS. — CARACTÈRES DES DIVERSES ÉPIDÉMIES. — MALADIES CONCOMITANTES.

(Deuxième article. — Voir les nos 35 et 37.)

Dans le précédent article, nous avons jeté un coup d'œil sur les sites occupés par le choléra dans l'est de la France, et nous avons consacré quelques développements à ses deux modes de propagation. *Les phénomènes prémonitoires de l'épidémie dans les populations et de la maladie chez les individus* vont nous occuper aujourd'hui.

La Gazette Médicale et son rédacteur en chef en particulier ont consacré tant de développements aux *phénomènes prémonitoires de la maladie chez l'individu*, que nous serons nécessairement bref à ce sujet. Leur nature et leurs caractères sont bien connus; la diarrhée est le symptôme prédominant. Cependant les manifestations pathologiques qui constituent ce premier degré mitigé du choléra n'ont pas une physionomie absolument semblable dans toutes les épidémies et en tout pays. Si, à Paris, nous avons trouvé la diarrhée comme phénomène le plus fréquent et presque constant, la suette avec ou sans diarrhée a précédé l'invasion du choléra chez beaucoup d'individus, dans les Vosges et la Haute-Marne, notamment dans les cantons de Bourmont et de Lamarche, où nous avons le plus longtemps séjourné. Bien souvent la suette a débuté, la cholérine lui a succédé, et le choléra confirmé a terminé cette série progressive.

Même dans les endroits les plus maltraités, le choléra foudroyant a été fort rare. Le docteur Mangiq (de Lamarche) estime que les invasions subites n'ont pas lieu plus d'une fois sur 50 cas, et le docteur Bézu (de Bourmont) les réputé également fort rares. Il faut ajouter toutefois que, dans certains villages des plus maltraités et à l'apogée de l'épidémie, la diarrhée prodromique n'a précédé que de cinq à six heures, de trois heures même, dans certains cas bien rares, l'invasion du choléra.

Nous avons vu avec satisfaction que l'importance de ces phénomènes prémonitoires est aujourd'hui bien comprise par nos confrères de province, et qu'elle est de leur part l'objet d'une juste préoccupation. Nous verrons, dans l'article consacré aux mesures prophylactiques, ce qu'on en a obtenu, quand elles ont été largement instituées et fidèlement exécutées, et les calamités publiques ou privées qui ont été le résultat de leur oubli.

Nous avons dit dans le précédent article, que la suette a précédé le choléra dans toutes les localités par nous visitées, où la maladie n'étant pas produite par l'importation résultat de l'extension spontanée de l'influence épidémique, mode de propagation de beaucoup le plus général.

Cette suette a été fort bénigne, si l'on considère l'acuité des symptômes; grave, si l'on envisage son aboutissant possible et même fréquent qui est le choléra. La longueur presque interminable de la convalescence est aussi un caractère bien remarquable de cette affection.

Chez les quatre cinquièmes au moins des malades, la suette s'accompagnait de sueurs modérées, alternant souvent avec des frissons passagers, et ces sueurs revenaient presque toujours par *poussées*; une ou deux chemises étaient mouillées dans ces poussées qui se répétaient deux ou trois fois par jour et se bornaient même à une seule. Par exception, nous avons vu des malades tremper de leurs sueurs vingt et un plus grand nombre de chemises dans un jour, et inonder même leur lit. Les éruptions ont été extrêmement rares; plusieurs des confrères avec lesquels nous avons conféré n'en avaient pas observé plus de 4 à 5 cas; elles consistaient tantôt en vésicules, tantôt en papules, et nous avons vu nous-mêmes 1 cas bien caractérisé de vésicules occupant le centre de taches rouges analogues à celles de la rougeole.

La fièvre n'est pas vive; souvent le pouls n'est qu'à peine accéléré, et nous l'avons vu ralenti.

Deux phénomènes qui accompagnaient constamment cette suette sont la constriction pectorale, épigastrique et précordiale, et un état gastrique entraînant une anorexie complète et prolongée.

Cette constriction, cette barre qui pèse sur la poitrine, ce sentiment qui produit quelquefois une pénible angoisse, se retrouvent dans l'histoire de presque toutes les épidémies de suette. Tous les médecins que nous avons consultés et les malades que nous avons interrogés s'accordent à en signaler l'existence et à indiquer ce symptôme comme constant et caractéristique.

L'inappétence est complète et la langue presque toujours blanche et saburrale, bien rarement avec un peu de rougeur à la pointe.

Les forces sont anéanties, les jambes manquent sous le corps, tous les membres et la colonne vertébrale sont le siége d'un pénible sentiment de brisement et de malaise; la céphalalgie est fréquente sans être constante, et la faiblesse se trahit souvent par des éblouissements, voire même quelquefois par des syncopes répétées, comme nous en avons vu des exemples à Bourmont.

La diarrhée n'est point un phénomène appartenant en propre à la suette; quand elle se manifeste, elle est accidentelle ou elle annonce le passage à un degré plus grave, à la cholérine.

La convalescence est extrêmement longue et pénible; nous avons vu des individus qui n'étaient pas encore rétablis après un mois et même six semaines; bien peu reprennent leurs occupations avant quinze jours. Les convalescents sont sans force, sans appétit, incapables de tout travail physique et de la moindre occupation intellectuelle. Le régime doit être surveillé avec une extrême attention, car les écarts amènent avec une déplorable facilité la diarrhée et quelquefois le choléra consécutivement.

Cette suette précède le choléra dans le pays, l'accompagne et lui survit souvent.

On a voulu établir un antagonisme entre la suette et le choléra; d'autres ont vu une parenté plus ou moins étroite entre ces deux affections. Ce que nous avons observé nous portera plutôt à nous ranger à cette dernière opinion, quant à ce qui regarde du moins les lieux et l'épidémie par nous étudiés. L'apparition de la suette à l'état épidémique, en même temps que celle du choléra, semblent indiquer une parenté originaire, une connexion des causes. La succession de la

FEUILLETON.

LA TURQUIE ET SES HABITANTS AU POINT DE VUE MÉDICAL.

(Suite. — Voir les numéros 30, 31 et 32.)

La pityriasis est très-commune parmi les individus à peau foncée; la *pityriasis candida* donne un aspect particulier aux nègres, on dirait qu'ils sont couverts de farine, tes nègres sont aussi presque tous atteints de la *pityriasis capitis*; outre l'*ichthyose* idiopathique, M. Rigler a observé une forme d'*ichthyose* symptomatique d'affections chroniques diverses. Elle lui a paru être toujours le signe d'une détérioration considérable de l'organisme, elle est souvent associée au scorbut consécutif; notre propre expérience confirme ces vues de l'auteur. L'hypertrophie du pigment se rencontre assez souvent, un manque partiel de pigment laissant çà et là des taches blanches (vitiligo) se voit aussi fréquemment; l'albinisme parfait est tellement rare que M. Rigler dit ne l'avoir jamais observé; plus heureux que lui nous en avons vu deux cas : nous rappellerons surtout celui d'un enfant où il y avait absence complète du pigment choroïdien : cet enfant souffrait de photophobie et de mystagmus. La poliose est assez fréquente parmi les soldats âgés de 17 à 18 ans, l'alopécie est commune; l'habitude de tenir la tête chaude, l'usage du savon contenant beaucoup de potasse, le *favus capitis*, le *porrigo decalvens*, le *porrigo scutellata*, l'*herpès serrurans*, l'eczéma, l'impetigo, la pityriasis, l'alopécie *venerea* forment à peu près toute l'étiologie de cette infirmité.

M. Rigler établit quelques rapprochements entre la gangrène nosocomiale et la fièvre typhoïde. M. Vitha a émis une opinion semblable dans un excellent article récemment publié dans la Gazette Médicale de Prague; ce dernier médecin a prouvé que les causes de cette affection, loin d'être toujours locales, sont ces mêmes agents inconnus qui engendrent les épidémies en général. Cette opinion est corroborée par l'observation de M. Rigler, qui a remarqué que les plaies prennent facilement un aspect gangréneux pendant les épidémies de dyssenterie; les furoncles, les charbons, et l'anthrax sont très-communs; le dernier est quelquefois suivi de mort.

Les maladies lépreuses constituent une des parties les plus intéressantes de l'ouvrage de M. Rigler, aussi nous y arrêterons-nous plus longtemps, et pour des motifs que le lecteur devine aisément. Sous le titre de maladies lépreuses l'auteur place trois genres de maladies distinctes qui sont : la *frambousia*, l'éléphantiasis des Arabes, la lèpre des Grecs.

La lèpre des Grecs, soit la tuberculeuse, soit l'anesthésique, ne sont que des variétés d'une seule et même affection. Voici les caractères essentiels de la première de ces formes tels que l'auteur les décrit : la face et principalement les joues, les lèvres, les ailes du nez, la nuque, la face externe des avant-bras, des jambes, des malléoles deviennent le siége de tubercules plus ou

suette, de la cholérine et du choléra chez le même individu, a paru à quelques-uns trahir des degrés successifs et croissants de la même intoxication. Enfin, si la suette se convertit fréquemment en cholérine et eu choléra, ces deux derniers états pathologiques se terminent quelquefois aussi par la suette. Nous avons vu entre autres, avec le docteur Mangin, un choléra confirmé qui s'est terminé par une suette-type, accompagnée de vésicules occupant le centre de taches rouges confluentes.

La parenté des deux affections dont il s'agit ressortirait peut-être encore des faits suivants : d'une part, la suette précède le choléra, l'accompagne et le suit souvent, et d'autre part, dans certains lieux où le choléra a été importé d'emblée sans phénomènes précurseurs, la suette se manifeste pendant que l'épidémie cholérique poursuit son cours, comme cela s'est vu à Dompaire, à Bleuvincourt, etc.

Nous concevons devant de pareils faits qu'on ait cru pouvoir émettre l'opinion suivante : Cette suetté et ce choléra ne sont que deux manifestations différentes du même vice; dans un cas il y a mouvement centrifuge et fébrile et élimination par la peau, et dans l'autre, mouvement concentrique, refroidissement et élimination par l'intestin. Cette opinion est, comme tant d'autres, soutenable et spécieuse, sans être démontrée. Nous avons dû la rapporter, mais nous ne sommes pas tenu à la juger quant au fond. Qu'on note bien que nous ne parlons ici que de la suetté que nous avons vue dans l'Est, suette légère, suette prémonitoire. Nous mettons hors de cause ces grandes épidémies de suettes graves qui ont paru à plusieurs reprises et indépendamment du choléra et qui ont fait de nombreuses victimes. Il n'y aurait peut-être, en effet, entre ces deux maladies, que des analogies symptomatiques sans identité de nature. Cette question vaudrait sans doute la peine qu'on l'examinât.

Les suettes mortelles par elles-mêmes ont été bien rares dans les localités que nous avons visitées. Dans un cas néanmoins, chez un de nos proches parents, pendant le cours d'une suette bénigne, le facies se décompose tout à coup, des selles mêlées de sang se manifestent, et le malade succombe en deux jours.

Le traitement de la suette s'est le plus souvent réduit à la médecine des symptômes et aux prescriptions hygiéniques. L'opium, les évacuants, vomitifs et purgatifs, le sulfate de quinine, sont les trois principales médications qu'on dirige contre la suette grave; ce dernier agent n'a guère trouvé d'indications dans les cas qui nous occupent, et les deux premiers n'ont été généralement employés que dans les circonstances où la diarrhée ou l'intensité de l'embarras saburral les réclamaient positivement.

Les diarrhées et les cholérines qui marchent avec les suettes ou qui leur succèdent ne sont point l'objet d'un traitement uniforme; nous avons même trouvé à ce sujet la plus grande anarchie. Les uns se vouent aux boissons diffusibles et à l'opium; les autres ont recours aux évacuants; enfin les sangsues à l'épigastre, dans la cholérine et dans le choléra sans algidité bien prononcée, ont encore quelques partisans.

Nous pensons, après avoir visité des localités si diverses, que non-seulement il faut varier ses moyens selon les exigences spéciales du cas qu'on a sous les yeux, mais que les diverses épidémies présentent des nuances d'indications qu'il faut savoir saisir. Bien plus, dans le courant de la même épidémie, les indications peuvent aussi changer, comme il nous semble en avoir vu des exemples probants.

Ces différences dans les épidémies nous ont vivement frappé : ici les médecins redoutaient d'employer les diffusibles dans la période algide, parce que la réaction arrivait trop rapide et trop violente, et aboutissait à un état torpide et trop souvent mortel; là, à quelques lieues souvent du premier site, la réaction se maintenait communément entre de justes limites, et l'indication pressante consistait, dans la période algide, à ramener la chaleur par tous les moyens possibles, internes et externes.

Le choléra du canton de Bourmont et même de Lamarche s'accompagne de l'évacuation très-fréquente de lombrics. Dans les environs de Bourmont, le docteur Bézu en trouvait dans les deux tiers des cas, et en rencontrait même chez les vieillards, ce qu'il faudrait peut-être attribuer, selon ce confrère, à la misère de l'année écoulée et à la nourriture trop exclusivement végétale.

Le sulfate de strychnine n'a point répondu à ce qu'on en attendait, du moins dans les localités que nous avons visitées : le docteur Masson, à Mirecourt, n'en a obtenu aucun résultat dans sa clientèle si étendue; le docteur Bézu, dans le canton de Bourmont, les docteurs Mangin, Thouvenel, etc., dans celui de Lamarche, M. Matis (de Dompaire), y ont renoncé à cause de son inefficacité. Ajoutons toutefois qu'on s'est bien trouvé à Bourbonne-les-Bains de l'arnica qui a, sous certains rapports, quelques analogies éloignées avec la strychnine.

Après nous être occupé des maladies prodromiques, consacrons quelques mots aux affections concomitantes. « Les affections épidémiques ou endémiques sont rarement isolées; à moins qu'elles n'aient une très-grande intensité, elles permettent le plus souvent le développement d'autres maladies; c'est ce qu'ou reconnaît à Paris, et ce que nous observons actuellement dans le Midi. » Ainsi s'exprime M. Tholozan dans un récent article de la GAZETTE MÉDICALE. Cette propension a été vérifiée dans plusieurs localités des Vosges et de la Haute-Marne; là, l'épidémie ayant eu une très-grande intensité, ayant sévi avec une rigueur bien supérieure à celle qu'elle a déployée à Paris et à Marseille, elle a absorbé, monopolisé tout le règne pathologique; pendant le choléra, aucune autre affection ne se manifestait, tout se résumant dans cette maladie, dans la cholérine et la suette. Quand certains villages commençaient à présenter quelques affections concomitantes, le médecin saisissait dans ces accidents le signe heureux de la décroissance de l'épidémie.

La cessation de l'influence épidémique s'est trahie par d'autres signes encore : non-seulement des affections intercurrentes se montraient, non-seulement les cas de suette, de cholérine et de choléra devenaient rares, mais les convalescents, qui jusqu'alors s'étaient traînés péniblement sans pouvoir recouvrer la santé, se rétablissaient dès lors avec une rapidité qui surprenait le malade et la population, mais à la cause de laquelle arrivait aisément le médecin habitué à remonter aux origines.

Dans plusieurs localités où il nous a été donné d'assister à l'apparition et au développement de l'épidémie, nous avons constaté que les individus déjà malades, ou minés par les peines morales, les privations et la misère, ont été les premiers atteints, remarque qui, du reste, n'est point neuve. Nous avons été également frappé de la proportion des

---

moins grands (de la grandeur d'une lentille jusqu'à celle d'une noisette) et plus ou moins limités; ces tubercules sont ronds à base large, mous et même pâteux, d'une couleur blanchâtre, pâle, rougeâtre jusqu'au bleu noir, souvent même luisants comme du bronze. Chez les individus très-blancs, ils sont souvent d'un rouge clair, et chez ceux qui ont la peau plus foncée, ils sont aussi plus foncés. Séparés par des sillons plus ou moins profonds suivant leur élévation, ils sont plus ou moins nombreux, douloureux au commencement; ils finissent par devenir insensibles : la peau ainsi affectée se dégarnit de ses poils et les traits du visage s'altèrent souvent à ce point qu'on a donné le nom de léontiasis à ce genre d'affection arrivée à ce degré. Si les tubercules se développent sur le tronc, ils se forment plutôt sur le dos que sur la partie antérieure du thorax et sur celle-ci plutôt que sur l'abdomen; la région du coccyx et les organes génitaux externes de la femme en sont d'ordinaire richement garnis. L'éruption est précédée d'une langueur générale et de l'inertie de l'appareil digestif, quelquefois de douleurs lancinantes aux extrémités. Le développement des tubercules a lieu tantôt en peu de semaines, et tantôt dans l'espace de plusieurs années; les vaisseaux lymphatiques sont engorgés. Le siége des tubercules, c'est l'appareil glandulaire et le corium; leur terminaison a lieu d'ordinaire par atrophie, rarement par liquéfaction : les bras, les cuisses et le cuir chevelu ne présentent jamais ou presque jamais de tubercules. Les ongles s'enflent, se détériorent et s'exfolient; on observe la même chose aux dents qui perdent peu à peu leur éclat, jaunissent ou brunissent, deviennent fragiles, vacillantes et tombent. Des tubercules apparaissent aussi quelquefois sur la muqueuse conjonctivale, sur la muqueuse buccale, jusque sur le larynx et déterminent des lésions variables, suivant l'organe qui en est affecté; dans cette forme de lèpre, la sensibilité est éteinte non-seulement sur le tubercule, mais encore autour de lui jusqu'à une distance de quelques lignes, tandis qu'elle est à l'état normal dans les parties saines de la peau. Une épingle enfoncée profondément dans les chairs n'y détermine aucune douleur. Les lépreux sont profondément affligés, et toujours tristes, leurs jours sont pleins d'amertume et de chagrin; les lépreux se marient souvent, et leurs enfants naissent sains. Il n'est pas vrai que le satyriasis soit un symptôme constant de la lèpre, comme certains auteurs l'ont prétendu; les malades que M. Rigler a vus mourir ont tous succombé aux tubercules pulmonaires, à l'exception d'un seul qui mourut scorbutique.

Les symptômes caractéristiques de la seconde forme de lèpre, la forme anesthésique, sont les suivants : la sensibilité de la peau des extrémités diminue graduellement jusqu'à complète abolition; le malade accuse d'abord dans les membres un engourdissement qui plus tard se convertit en une insensibilité complète plus prononcée aux extrémités qu'aux téguments du tronc et de la tête qui n'en sont jamais affectés; l'insensibilité est plus grande aux extrémités supérieures qu'aux inférieures, aussi la plante des pieds en conserve-t-elle toujours assez pour permettre au malade de se tenir debout et de marcher, d'après les conclusions déduites d'un examen extérieur non corroboré par l'autopsie, la colonne vertébrale ne paraît pas souffrir. Les médecins Damilsen et Boekk, qui ont observé la lèpre de la Norwége, ont constaté, par les autopsies cadavériques, une méningite spinale; ils prétendent que l'anesthésie est précédée de l'hypéresthésie, les parties affectées présentent un état

vieillards atteints dans ces premiers temps de l'épidémie. Quand celle-ci a bien établi son règne, elle prend ses victimes partout. Ces remarques corroborent les observations déjà acquises à la science. Après avoir montré que les diverses épidémies de choléra ont quelques caractères qui les différencient, il était juste de rappeler que leurs allures générales et leurs grands caractères sont partout les mêmes.

FÉLIX JACQUOT.

MÉCANIQUE HUMAINE.

CONSIDÉRATIONS GÉOMÉTRIQUES PROPRES A PRÉCISER LES RAPPORTS DE SITUATION DU FÉMUR AVEC LE BASSIN DANS LES ÉTATS MORBIDES DE L'ARTICULATION COXO-FÉMORALE; par M. GIRAUD-TEULON, D. M. P. à Nice, ancien élève de l'École polytechnique.

§ I. — « S'il est une articulation dont les maladies soient difficiles à » déterminer, s'il en est une dont l'examen symptomatologique réclame » des études spéciales, sans aucun doute c'est l'articulation de la hanche. Nous ne craignons pas de dire que malgré les savants travaux » des J. L. Petit, Sabatier, Brodie, Boyer, etc., etc., il est peu de sujets » aussi obscurs dans la pathologie articulaire et sur lesquels il reste » encore autant de recherches à faire. Dans toute recherche diagnostique sur cet épineux objet, on a d'abord à établir quels sont les » rapports de position de la cuisse et du bassin; 2° à déterminer l'allongement ou le raccourcissement d'un membre par rapport à l'autre, » les causes de ces différences de longueur, véritable chaos de difficultés, etc., etc. » (Bonnet, TRAITÉ DES MAL. ARTIC., t. II, p. 259-315 et suiv. Lyon, 1842.)

« Et d'abord que doit-on entendre par allongement et raccourcissement? Il n'est pas aussi facile qu'on pourrait le croire de répondre à » cette question; car l'inspection aussi bien que la mensuration peuvent faire croire à un allongement ou à un raccourcissement, bien » que les membres soient parfaitement égaux, etc. » (Nélaton, PATHOL. CHIRURG., t. II, p. 259.)

Ainsi, ou d'une façon approchante, s'expriment tous les auteurs qui ont abordé cette question, s'accordant tous, après des préambules analogues, sur l'extrême difficulté que rencontre, dans la pratique, l'appréciation exacte des rapports de situation et de la longueur du membre abdominal.

Mais aucun d'eux a-t-il donné, ce que plusieurs ont cru faire, des règles non pas faciles, mais même tant soit peu précises pour nous guider au lit du malade?

§ II. — Si l'on jette un coup d'œil soit sur les traités généraux de pathologie chirurgicale, soit sur les monographies, on voit trop vite que la difficulté dont il s'agit ici a été plutôt signalée que résolue. Sur le simple fait pratique de la mensuration des membres, dégagé de toute considération pathologique particulière, on trouve dans la science presque autant de procédés et de conseils que d'écrivains; voyez, par exemple, les chapitres auxquels sont empruntées les citations par lesquelles nous sommes entré en matière; une obscurité réelle règne et plane sur tous les résultats fournis par ces méthodes. Quelque précis que chacun ait voulu être, quelque exactitude qu'il ait tâché d'apporter dans sa méthode de mesure, on reconnaît toujours, lorsqu'on cherche à se rendre maître de toutes les circonstances du problème posé, que le point de départ est voilé, que la question n'a pas une base solide. Et quand on se demande où se cache donc ce point de départ si obscur, on se voit invariablement conduit à quelque circonstance ou méconnue, ou négligée, ou vaguement entrevue, mais se rattachant toujours soit à une torsion lombaire, soit à une inclinaison spinale, à quelque rapport de position inconnu entre le bassin et le tronc ou le membre considéré. A chaque pas, dans l'étude de tant de savantes recherches, on sent que l'instinct géométrique, la méthode mathématique ont trop généralement fait défaut.

§ III. — Notre but, dans cet essai, est de tenter de combler cette lacune, d'introduire une marche plus mathématique dans l'étude des rapports de situation du fémur et du bassin dans l'état sain et dans les divers déplacements morbides, et de donner ainsi un point de départ précis, un terme fixe de comparaison aux pathologistes. Si cette prétention devait paraître un peu audacieuse, qu'on veuille bien relire les auteurs, même les plus modernes, et l'on demeurera persuadé, après lecture faite, de la convenance réelle d'un retour sur cette question incomplétement explorée.

Ceci soit dit, bien entendu, sans le moindre soupçon de pensée critique, d'ingratitude intellectuelle vis-à-vis de ceux de nos maîtres qui nous ont ouvert la voie dans ce labyrinthe pathologique. Plein de respect pour eux et de reconnaissance pour leurs leçons, nous ne croyons pas leur manquer, mais bien plutôt répondre à leur appel, en essayant, s'il nous est possible, de remplir quelques-uns des vides qu'ils ont signalés dans le cours de leurs campagnes scientifiques.

§ IV. — Un seul auteur, à notre connaissance, éloigné que nous sommes du centre des publications et des foyers bibliographiques, a formulé d'une manière précise un résultat vraiment absolu dans cet ordre de recherches. M. Parise (voyez Nélaton, t. II, p. 262), signalant d'abord la différence à établir entre les variations de longueur apparentes à la vue et celles reconnues à la mensuration, a établi que sur un sujet sain :

« La plus grande longueur apparente à la mensuration est donnée » par un mouvement combiné d'adduction et d'extension,

» Et le raccourcissement le plus marqué par la flexion unie à l'abduction. »

La différence entre ces deux extrêmes pouvant atteindre jusqu'à 10 ou 13 centim. (quand on prend, ce doit être sous-entendu, ses mesures à partir de l'épine iliaque antéro-supérieure comme point fixe : n'oublions pas cette circonstance.)

§ V. — Ce résultat est positif, aisé à vérifier, incontestable; le seul peut-être qui jouisse de cette qualité parmi tous ceux qui ont été présentés sur cet objet jusqu'à ce jour.

Mais est-il suffisant pour lever toute ambiguïté dans l'interprétation des mesures que fournira l'examen d'un membre malade? Nous ne craignons pas d'avancer que si cette donnée est en elle-même d'une haute valeur, elle est pourtant pour l'objet en question encore fort incomplète. Mathématiquement on ne peut point rapporter d'une manière

---

de laxité plus considérable, une sécheresse habituelle, un aspect livide et une température plus basse; il s'y développe des bulles gangréneuses, surtout aux articulations du coude et du genou, frappées d'insensibilité, et des éruptions eczémateuses; les muscles s'affectent aussi, ils cèdent les uns plus que les autres; les doigts se contractent, se recourbent, et la main, prenant une direction oblique multiplie la série des phénomènes morbides. Tôt ou tard commence l'exarticulation spontanée des doigts et des orteils; des bulles gangréneuses ou de simples gerçures se montrent d'abord sur la face palmaire plutôt que sur la face dorsale des doigts et déterminent la chute des phalanges, chute qui n'a pas lieu en même temps pour tous les doigts; la mutilation se propage lentement dans l'espace de plusieurs années d'un doigt à l'autre, sans suivre une règle déterminée; les doigts et les orteils sont sujets à cette mutilation, les premiers plus que les derniers; quelquefois la main ou le pied tout entier sont éliminés; M. Rigler n'a jamais vu ce dernier cas; les parties mutilées se recouvrent d'une peau qui les protége, souvent même on y a vu naître des rudiments d'ongles.

Les yeux souffrent toujours dans cette forme lorsqu'elle est à son maximum d'intensité; les tarses sont tuméfiés, spasmodiquement contournés; la sécrétion des larmes est augmentée; la sclérotique péri-cornéenne injectée et vasculaire; la chaleur est plus forte qu'à l'état naturel; la pupille est déformée, l'iris bouffi, décoloré; des douleurs violentes existent dans l'orbite, la vue est troublée et souvent abolie pour toute la vie, par suite des désorganisations qui se forment dans l'organe visuel; l'ouïe et le goût n'ont jamais paru altérés; la membrane pituitaire, les cartilages et les os du nez sont ulcérés par suite des tubercules qui s'y développent; le nez s'aplatit; l'odorat alors est aboli; la voix rauque et criarde des lépreux semble indiquer que le larynx est sujet aux mêmes détériorations.

Le moral des lépreux à forme anesthésique n'est pas moins affecté que celui des lépreux à forme tuberculeuse; leur habitude extérieure est déjà empreinte de tous les signes d'une souffrance profonde : ils sont faibles, amaigris, le moindre mouvement les fatigue; ils sont incapables d'exécuter le moindre travail; ils sont résignés et se plaignent rarement; ils succombent presque tous à la tuberculose pulmonaire. Voilà pour les symptômes de ce mal affreux, connu depuis les temps les plus reculés. La lèpre, de l'avis de tous les médecins qui ont pu l'observer de près, n'est pas contagieuse; mais comme les lépreux sont très-hideux à voir, et que souvent leurs plaies exhalent une odeur très-désagréable, ils doivent être tenus loin de la société; nous ajouterons que la transmission héréditaire de la lèpre est une cause puissante de leur séquestration; les enfants des lépreux naissent sains et propres; ce n'est qu'entre 25 et 40 ans que la maladie se développe; l'auteur n'a jamais vu la lèpre sauter une génération; il n'a vu qu'un seul cas où elle se soit développée à l'âge de 8 ans; l'affection est aussi fréquente chez l'homme que chez la femme; la forme anesthésique attaque plus souvent la femme; quant à l'étiologie de ce mal, elle est très-obscure. L'auteur croit, d'après ses recherches, que l'air de la mer, l'abus des poissons salés et des olives peuvent être rangés parmi les causes prédisposantes. D'après Pruner, la lèpre a existé dans le Liban; elle est indigène en Abyssinie; chez les nègres, c'est la forme anesthésique qui prédomine.

exacte et suffisante un point mobile à un point unique, et moins encore, s'il est possible, à un point mobile lui-même. La géométrie nous enseigne qu'il faut absolument, dans de tels cas, trois points fixes auxquels on puisse rapporter les mesures obtenues : nécessité qui, dans les exemples qui nous occupent, a invariablement été méconnue.

§ VI. — Or ces trois points fixes, qu'on est surpris de ne pas voir signalés dans les auteurs, et qu'il semblerait par là devoir être difficile de se procurer, existent cependant, et même, par une heureuse rencontre, réunis sur un seul os. On pourrait en effet rapporter toutes les positions d'un même point du genou à *l'épine pubienne* et à *l'ischion*, comme on les rapporte ordinairement à l'épine iliaque antéro-supérieure (1).

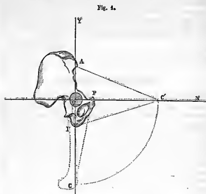
On aurait donc, pour une position quelconque du fémur, trois mesures prises à partir de ces trois points, comme origines fixes, données qui seraient sans doute suffisantes pour déterminer *géométriquement* et avec une exactitude absolue la position et la distance du genou relativement à un point quelconque du bassin. Mais comme il faudrait, pour obtenir ce résultat, recourir aux calculs compliqués de l'analyse appliquée à coordonnées polaires, autant vaut-il dire tout de suite qu'une semblable théorie serait sans application pratique possible. Ajoutons pourtant qu'au moyen d'une remarque qui sera ultérieurement exposée, cette difficulté recevra une solution vraiment simple et fondée sur des calculs éminemment praticables.

Quoi qu'il en soit, s'il est vrai que la proposition de M. Parise, étendue aux points importants du bassin que nous venons de citer, ne saurait nous fournir une notion absolue sur la longueur réelle de la cuisse et ses variations dans telle ou telle position, il est possible cependant de tirer du rapprochement et de la comparaison de ses résultats des conséquences avantageuses à la solution finale du problème que nous poursuivons ici.

§ VII. — Entrons dans le détail.

Considérons d'abord l'axe de circumduction du fémur se mouvant dans le plan de la flexion ou de l'extension directes (c'est-à-dire parallèlement à l'axe du corps), sans abduction ni adduction ; ce plan YOX (Voy. fig. I), vertical et perpendiculaire au plan des épaules chez un sujet bien conformé, passant par le centre de la tête fémorale ou de la cavité cotyloïde, laisse l'épine iliaque antéro-supérieure à 1 ou 2 centimètres en dehors de lui, et l'ischion (le point le plus bas de cette tubérosité) à 1 centimètre environ en dedans. Ces points remarquables se projettent en A et I sur la fig. I. L'axe de mouvement du fémur sera représenté par une droite menée du centre de la tête à l'éminence saillante d'un des condyles (nous choisissons le condyle interne, voyez en note (2) pourquoi) : cet axe sera projeté en OC pendant l'extension en OC' pendant la flexion à 90°.

Fig. 1.



Cela posé, il est visible que, pendant les variations angulaires du fémur se portant de la position OC vers celle OC', c'est-à-dire de l'extension extrême et directe vers la flexion, à 90° et au delà (c'est la démonstration de M. Parise), les lignes AC, AC' décroissent d'une manière continue, les lignes IC, IC' augmentent au contraire de la même façon.

En d'autres termes, pendant le mouvement angulaire du fémur dans le plan de la flexion, et à partir de l'extension directe extrême, les mesures prises entre un même point de l'extrémité mobile du fémur et l'*ischion* varient en sens exactement contraire à celles relevées entre le même point du fémur et l'épine iliaque antéro-supérieure.

« *La plus grande longueur apparente à la mensuration sera pour l'ischion donnée par le maximum de flexion, la plus petite par l'extension directe exacte.* »

§ VIII. — Une figure tout à fait analogue à la précédente étant tracée sur un plan vertical, passant aussi par le centre de l'article, mais parallèle au plan des épaules, démontrerait absolument de la même manière (nous épargnons cette perte de temps au lecteur) que pendant le mouvement angulaire du fémur se portant de l'adduction à l'abduction, les mesures relevées entre le même point mobile du fémur et

(1) M. Parise (Nélaton, *loc. cit.*) a bien entrevu et signalé la possibilité de rapporter la position du genou à l'épine iliaque postéro-supérieure, comme à l'épine iliaque antéro-supérieure ; mais nous ne voyons pas qu'il ait fait ressortir l'avantage qu'on peut trouver à comparer entre elles les mesures recueillies dans les deux cas, ce qui, du reste, eût encore été insuffisant.

(2) Nous choisissons l'éminence saillante latérale du condyle interne, de préférence à son analogue la tubérosité saillante du condyle externe, parce que pour celle-ci, plus souvent que pour la première, le volume des muscles, dans certaines positions du membre, empêcherait la simple mensuration en ligne droite avec un fil ou un ruban. Sous tous les autres rapports, les réflexions qui suivent pourraient s'appliquer aussi bien au condyle externe qu'au condyle interne.

A Constantinople, les Turcs sont plus souvent affectés de cette maladie que les Arméniens et les Grecs ; le nombre des lépreux existant en Grèce, en 1845, était de 550 ; c'est M. le docteur Bouros qui a fourni ces renseignements à l'auteur. Le moyen unique que l'auteur croit devoir être employé pour arrêter les progrès de la lèpre, serait de s'opposer au mariage des lépreux. C'est bien détruire le mal dans sa racine, mais la mise à exécution est aussi cruelle que difficile. La lèpre des Grecs n'a presque rien de commun avec l'éléphantiasis des Arabes ; la lèpre n'a été appelée éléphantiasis que pour désigner l'extension et l'intensité considérable de cette maladie ; l'anesthésie manque à l'éléphantiasis ; on n'y trouve point de formation de tubercules, mais la forme et la fonction des parties affectées sont lésées par une hypertrophie uniforme de la peau ; les yeux ne deviennent jamais le siége de l'affection ; l'exarticulation des doigts n'a jamais lieu et le nez n'est pas atteint.

L'auteur établit les différences qui existent entre la lèpre et les maladies syphilitiques, la lèpre et le vitiligo, le melasma, le pian et le lupus ; la lèpre peut se compliquer de la syphilis, de la gale et du scorbut ; pendant l'épidémie de choléra-morbus, en 1848-49, aucun des lépreux du leprocomium de Scutari ne fut atteint de ce fléau. Pour ce qui regarde le traitement, l'auteur répète ce qui a été dit tant de fois jusqu'ici, qu'il n'existe aucune méthode curative pour ce mal hideux. Le parallèle que l'auteur établit entre le lupus et la lèpre, et certaines affections qui ont été confondues avec cette dernière, offre le plus grand intérêt.

L'espace nous manque pour entrer dans des détails plus étendus ; d'après l'expérience du docteur Rigler, l'éléphantiasis des Arabes se rapproche beaucoup plus de la lèpre des Grecs que ne l'admet M. Pruner ; cet auteur range la lèpre des Grecs parmi les hydropisies ; chez les malades de ces deux affections, on observe une tendance de la nature à déposer dans le tissu cellulaire sous-cutané des épanchements qui présentent différents degrés de plasticité ; ces épanchements se forment sur une large base dans l'éléphantiasis des Arabes ; ils sont plus restreints, au contraire, dans la lèpre des Grecs, le tissu organique infiltré ne tarde pas à s'hypertrophier par l'organisation qui vient s'établir dans l'épanchement même. On observe au microscope des formations qui mettent le procédé hors de doute, savoir : des formations de molécules, de cellules incomplètes, complètes, et à la fin de fibrilles dont les dernières se mêlent si intimement avec le tissu compromis devenu anémique, que leur séparation est désormais impossible ; par la continuation des couches d'exsudation, on peut s'expliquer le volume monstrueux qu'atteignent les parties du corps choisies pour foyer de la maladie.

Le caractère différentiel de l'éléphantiasis des Arabes et de la lèpre des Grecs pourrait consister en ce que les épanchements cutanés de celle-ci ont plus de tendance au ramollissement, tandis que, dans la première, ils tendent à rendre plus dur et plus résistant qu'à l'état normal le tissu intéressé.

L'éléphantiasis des Arabes a été observée partout, dans les quatre parties du monde, mais nous pensons, avec l'auteur, que la côte ouest de l'Afrique, de l'Égypte, de la Syrie, celle de Malabar, de Coromandel, des Barbades et du Brésil favorisent cette affection. Elle est rare à Constantinople, plus commune en Égypte, principalement chez les femmes ; on ne l'observe pas avant la puberté ; ce mal a son siége aux jambes, aux extrémités supérieures, aux grandes

l'ischion comme point fixe, suivront une loi de variation graduelle exactement opposée à celle fournie par l'épine iliaque antéro-supérieure.

« L'abduction qui raccourcit ces dernières augmente au contraire celles obtenues entre le condyle et la tubérosité ischiatique, et réciproquement. »

§ IX. — De même encore, en ce qui concerne l'épine pubienne, on démontrerait que :

« Les distances qui séparent cette éminence de l'extrémité mobile du fémur augmentent pendant l'abduction et l'extension,

» Diminuent au contraire dans les mouvements inverses, c'est-à-dire pendant l'adduction et la flexion jusqu'à 90°.

§ X. — Est-il besoin d'ajouter que, dans les positions mixtes, les distances obtenues pour chacun de ces trois points auront été influencées par leurs éléments propres de raccourcissement ou d'allongement relatifs, dans une proportion en parfaite harmonie avec le degré d'accomplissement de chacune des variations angulaires qui déterminent cette position.

(La suite au prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE.

MÉMOIRE SUR LA CAUTÉRISATION POINTILLÉE NON SUPPURANTE; communiqué à l'Académie de médecine de Belgique par le docteur J. GUÉRIN, membre honoraire (1).

L'Académie n'a peut-être pas oublié qu'il y a bientôt deux ans, j'ai eu l'honneur de lui soumettre un mémoire sur l'emploi des onctions stibiées considéré à un point de vue nouveau, et pouvant constituer ce que j'ai appelé la MÉTHODE STIBIO-DERMIQUE. Ni la médication ni le médicament n'étaient nouveaux. Le caractère seul du mode d'emploi, des circonstances où il avait lieu, des phénomènes physiologiques qui l'accompagnaient, constituait la nouveauté de la méthode. Le mémoire que j'ai l'honneur de lui communiquer sur la cautérisation pointillée non suppurante est en quelque sorte la suite de mou précédent travail : il s'agit de l'emploi du feu, si répandu depuis les temps les plus reculés de la médecine, mais de l'emploi du feu sous une forme particulière, avec un caractère d'action physiologique et thérapeutique mieux déterminé, sinon entièrement nouveau ; le tout en parfait accord avec l'action physiologique et thérapeutique de la méthode stibio-dermique.

§ I. — EN QUOI CONSISTE LA CAUTÉRISATION POINTILLÉE NON SUPPURANTE.

Tout le monde connaît les diverses formes de cautérisation, depuis le moxa des Indiens jusqu'aux applications toutes modernes de l'ammoniaque et de la pommade au nitrate d'argent ; depuis l'ustion complète de la peau avec de volumineux cautères jusqu'au marteau chauffé dans l'eau bouillante, enfin depuis la cautérisation potentielle la plus profonde jusqu'aux applications les plus superficielles des acides concentrés. La cautérisation pointillée n'est ni l'une ni l'autre de ces formes connues : elle en diffère autant par son caractère physique que par son caractère physiologique.

Physiquement, elle consiste dans l'application instantanée sur la peau, à l'aide d'une sorte de percussion élastique, de l'extrémité mousse d'une tringle rougie à blanc, ayant 2 à 3 millimètres de diamètre et touchant la peau au plus pendant un quart de seconde sous forme de points en nombre variable, à la distance les uns des autres de 1 ou 2 centimètres.

Physiologiquement, la cautérisation pointillée non suppurante consiste, ainsi que l'exprime cette dernière qualification, dans une ustion complète de la couche épidermique de la peau, sans phlyctène, sans apparence aucune d'inflammation suppurative ni même de réaction inflammatoire ; en un mot, c'est la cautérisation sans inflammation. On ne saurait donner une meilleure et plus juste idée du caractère physiologique de la cautérisation pointillée parfaitement régularisée qu'en la comparant à la méthode sous-cutanée, dont elle reproduit à l'extérieur et sous une escarre sèche le fait de l'organisation immédiate. Pour que la cautérisation pointillée non suppurante soit ce qu'elle doit être physiologiquement, il lui est donc enjoint de ne produire consécutivement ni suppuration ni même inflammation érythémateuse persistante ; de même que, pour réaliser son caractère physiologique propre, la méthode sous-cutanée ne doit donner lieu à aucune espèce de phénomènes inflammatoires.

On comprend que, pour remplir sûrement cette condition, la cautérisation pointillée doit observer certaines règles, éviter certains inconvénients, en un mot réaliser les conditions de son but et de son résultat. Ainsi elle doit être rapide, produite par des coups secs, quoique fermement appliqués ; les points doivent en être suffisamment et régulièrement espacés ; ne jamais, lorsqu'ils sont renouvelés, être appliqués deux fois de suite sur les mêmes points de la peau ; ne jamais être suivis d'immersion dans l'eau salée ou d'aucun liquide excitant, ni même soumis d'une manière continue à l'action de l'eau simple ou d'applications émollientes.

A la faveur des précautions qui précèdent, les escarres épidermiques sont sèches et jaunes ; elles se détachent au bout de deux à trois fois vingt-quatre heures, sous forme de croûtes exclusivement composées de fragments de cellules épidermiques, laissant après elles une tache jaunâtre, sans rougeur persistante ni sensibilité anormale de la peau.

(1) Ce mémoire, rédigé il y a plus de dix-huit mois, devait être lu devant l'Académie de médecine de Belgique, pour laquelle il a été composé. Une note de M. le professeur Sédillot sur la cautérisation ponctuée, lue récemment à l'Académie des sciences, nous engage à ne pas retarder la publication de notre travail. Nous croyons inutile de réclamer la priorité pour le procédé et les vues que nous y exposons. Depuis plus de dix ans que nous avons vulgarisé la cautérisation pointillée ou ponctuée, que des centaines de médecins de tous les rangs et de tous les pays ont été initiés par nous à cette méthode, qu'un nombre incalculable de malades en ont retiré les plus grands bienfaits, que partout ce moyen est conseillé, appliqué et connu comme de notre invention, nous croyons superflu de revendiquer ce qui nous appartient. Il sera aisé, d'ailleurs, de se convaincre que, pour la théorie comme pour la pratique, pour les idées comme pour les procédés, le faire de M. le professeur Sédillot diffère assez du nôtre pour qu'il soit impossible de les confondre.

lèvres, au scrotum, aux lèvres de la bouche, à la figure et très-rarement aux oreilles ; chez les nègres, c'est le prépuce, dont la longueur est relativement plus grande que dans toute autre race, qui en est atteint de préférence ; aussi les nègres subissent-ils rarement la circoncision. Dans la plupart des cas observés par l'auteur, les glandes lymphatiques de la région inguinale étaient gonflées : ce symptôme parle en faveur de l'opinion de Henle, qui reconnaît comme cause principale de l'éléphantiasis une insuffisance des vaisseaux lymphatiques. M. Pruner parle aussi d'une inflammation des vaisseaux absorbants qui se trouvent autour de la partie compromise ; que l'altération du système lymphatique soit cause ou effet de l'éléphantiasis, il n'en est pas moins vrai qu'elle se développe d'ordinaire chez les individus phlegmasiques.

Le seul traitement contre l'éléphantiasis qui ait une valeur positive consiste dans l'amputation ou l'extirpation des parties lésées.

La syphilis se rencontre dans toute l'étendue de l'empire ; cette affection était très-rare vingt ans auparavant dans les provinces de l'Asie ; l'auteur a constaté que les dévastations de ce mal sont plus considérables et se manifestent plus promptement chez l'homme vivant dans l'état naturel que chez celui qui vit dans une société civilisée. Cette remarque semble militer en faveur de la syphilisation. La syphilis est encore inconnue dans la plus grande partie de l'intérieur de l'Afrique, elle existe au nord de l'Abyssinie et à Choa depuis environ quarante ans ; la blennorrhagie catarrhale se montre ici chez les blancs aussi bien que chez les noirs. Quant au siége du chancre, M. Rigler a noté qu'on le trouve plus souvent que chez nous à la racine de la verge et au pubis : ce phénomène est dû à l'habitude qu'ont les Orientaux de raser les poils de ces parties ou de les enlever au moyen de pâtes épilatoires ; on comprend alors que la peau dénudée de son épiderme offre une surface d'absorption plus rapide ; d'une autre part, la circoncision laissant le gland à nu, ses couches épithéliales s'endurcissent et sont moins susceptibles d'absorber le virus. Le but de notre travail nous empêche de rapporter au long tout ce que ce chapitre offre d'intéressant, nous nous contenterons de rapporter les faits les plus saillants. Ainsi M. Rigler, en parlant des affections secondaires, observe que lorsque l'affection primitive avait eu lieu par l'anus, elles choisissent pour siége de prédilection les ailes du nez ou l'intérieur du nez ; observation déjà faite par M. Prunner en Égypte. Chez les nègres, la syphilis secondaire se montre le plus souvent sous forme d'ulcères du pharynx qui prennent une grande étendue. M. Rigler n'a jamais vu cette affection compliquée d'aucune éruption cutanée chez les nègres, excepté quelquefois de condylomes plats. Nous avons vu ailleurs combien le diagnostic des affections cutanées est difficile ; il nous semble par conséquent que cette opinion de M. Rigler mérite d'être soumise à l'épreuve d'une plus ample observation.

Le bouton d'Alep et la lèpre des Grecs ne se sont jamais présentés comme manifestation de la syphilis constitutionnelle : l'auteur rappelle plusieurs cas de syphilis tertiaire des os du crâne, suivis d'accidents cérébraux, d'hémiplégie, qui ont parfaitement guéri sous l'influence d'un traitement antisyphilitique. M. Rigler préconise un médicament peu usité de nos jours à l'intérieur : c'est le précipité rouge de mercure, auquel il attribue une action plus efficace, surtout contre les affections secondaires du pharynx que celle du sublimé ou du protoïodure ; quoique nous l'ayons aussi employé avec succès

§ II. — ACTION PHYSIOLOGIQUE DE LA CAUTÉRISATION POINTILLÉE.

Les théories physiologiques proposées jusqu'ici pour rendre compte des différents modes connus de la cautérisation se rapportent à deux principales, correspondant aux deux effets les plus ordinaires de la cautérisation : la *fluxion* et la *suppuration*. Dans le premier cas, c'est une *dérivation*; dans le second, c'est un *dégorgement*, c'est-à-dire l'application, sous deux formes distinctes, de la théorie physiologique actuelle de l'inflammation. Mais cette théorie implique l'existence d'un mode de cautérisation dont le siége, l'étendue et l'intensité soient capables de produire les effets qu'elle présuppose : la congestion et la suppuration. Pour les cas où il n'y a ni fluxion ni suppuration, où il y a escarrification épidermique seulement, escarrification sèche non congestive, il faut bien une théorie physiologique qui diffère de celle qu'on a crue capable d'expliquer la cautérisation congestive et suppurante. Or la théorie physiologique, qui nous paraît rendre compte du caractère propre de la cautérisation pointillée, se déduit naturellement des faits qui suivent.

Lorsqu'on applique les points de feu sur un membre atteint d'une paralysie idiopathique incomplète et chronique, ou sur le pourtour d'une articulation qui a été le siége d'une arthralgie à moitié résolue, ou sur le devant d'une poitrine atteinte d'un catarrhe chronique ou d'un engouement tuberculeux commençant, ou enfin sur le siége des douleurs névralgiques les plus persistantes, en même temps que l'on voit la paralysie s'amoindrir, la contractilité reparaître, les pourtours articulaires se détuméfier, la sécrétion catarrhale cesser, la respiration s'éclaircir là où elle était obscure, la douleur névralgique disparaître, on observe ces trois choses : la sensibilité plus ou moins obtuse de la partie de la peau qui correspond à l'organe malade se réveiller; le travail de la nutrition acquérir une nouvelle énergie, et la température normale, aussi bien que la sensibilité de la peau cautérisée, remonter au type normal. Que signifient ces effets physiologiques : réveil de la sensibilité éteinte, restauration de la force, rétablissement de la calorification, extinction de la douleur, et finalement impulsion au travail moléculaire de la nutrition, si ce n'est une stimulation prononcée, incontestable, portée sur les émanations périphériques du système nerveux organique ou ganglionnaire, dont l'action, dans ces circonstances, se trouve au-dessous de son rhythme normal? La cautérisation pointillée est donc la stimulation active, directe, des émanations périphériques du système nerveux ganglionnaire, au même titre que l'action de l'électricité portée directement sur les nerfs eux-mêmes. C'est donc, à l'état chronique, l'analogue de l'effet produit par la méthode stibio-dermique à l'état aigu. Dans l'un et l'autre cas, c'est aux fonctions altérées de la peau que l'on s'adresse, et c'est dans le rétablissement de ces fonctions qu'on peut le mieux apprécier le caractère des deux méthodes, à savoir : la restauration de la sensibilité et de la contractilité organiques.

Cette détermination spécifique que nous posons encore plus que nous ne démontrons pour le moment, acquerra par les développements qui vont suivre le supplément de démonstration dont elle peut avoir besoin.

Ajoutons toutefois que, pour réaliser le but et l'effet physiologique que nous lui assignons, la cautérisation pointillée doit rester rigoureusement dans ses limites; au delà et en deçà son action se compliquerait d'effets qui en altéreraient le caractère.

§ III. — ACTION THÉRAPEUTIQUE ET APPLICATIONS CLINIQUES.

Si la science était fixée sur l'essence de la lésion physiologique dans laquelle se résolvent les causes extérieures de la plupart des maladies, il serait possible d'indiquer d'un seul mot en quoi consiste l'action thérapeutique générale essentielle de la cautérisation pointillée. Nous nous retrouvons, à cette occasion, dans la même obscurité et difficulté que lorsque nous avons dû indiquer l'action thérapeutique de la méthode stibio-dermique. La réserve que nous nous sommes imposée alors est encore celle que nous nous imposons aujourd'hui, et par les mêmes motifs, et à cause des mêmes difficultés. A défaut de notion rationnelle et en attendant que nous nous soyons mis en mesure de la proposer, nous nous contenterons d'abstraire le caractère purement expérimental de l'action curative de la méthode, des applications nombreuses et efficaces dont elle est susceptible. L'Académie pourra, du reste, pressentir, par la très-grande généralité de ses applications, leur lien commun, sous les apparences de diversités morbides qu'elles sont aptes à modifier.

En raison du caractère physiologique de son action, on peut, sans risquer de faire une coupe arbitraire, diviser les applications de la cautérisation pointillée en celles qui ont lieu pour des maladies *de la peau, des membranes muqueuses, des membranes séreuses, des muscles, des os, des nerfs, des organes parenchymateux*.

A. MALADIES DE LA PEAU. — J'ai appliqué la cautérisation pointillée à des cas d'herpès anciens très-rebelles et à des eczémas chroniques ulcérés les plus tenaces.

Dans le premier cas, on observe graduellement, après cinq ou six applications, l'extinction des petites granulations vésiculaires et la cessation des démangeaisons qui les accompagnent. Dans quelques-uns de ces cas, lorsque le derme est le siége d'une rougeur congestive chronique, je fais précéder pendant un ou deux jours la cautérisation pointillée d'applications permanentes de linges humectés d'eau froide. Je possède plusieurs cas de guérisons définitives qu'on n'avait pu obtenir à l'aide des moyens les plus usités.

Dans le second cas, c'est-à-dire dans les eczémas ulcérés, j'ai observé un phénomène très-curieux. Dès la première application, il m'est arrivé de provoquer dans les vingt-quatre heures la formation d'une croûte sèche, persistante, à la surface d'une excavation ulcéreuse qui datait de plusieurs mois, et dans un cas même de deux années. Pour obtenir cet effet, il suffit d'appliquer très-légèrement et très-rapidement le cautère sur la surface dénudée et autour du point ulcéré. Quand la croûte est formée, je ne continue pas moins à répéter les applications du feu sur les mêmes points et sur la croûte elle-même, à la distance de huit à dix jours. La cicatrisation du derme s'opère, et la croûte desséchée tombe en s'émiettant. J'ai soin de continuer très-légèrement les applications sur les points mêmes d'où la croûte s'est détachée jusqu'à ce que la maladie ait disparu complétement.

Je me suis encore très-bien trouvé de la cautérisation pointillée

---

dans les cas susindiqués, nous n'oserions pas être exclusifs en sa faveur, car nous avons retiré fort souvent les mêmes avantages des autres préparations hydrargyriques. C'est au médecin à consulter la tolérance de son malade, son idiosyncrasie, etc., etc.

Dr HUBSCH.
Dr MUHLIG.

(*La suite au prochain numéro.*)

LETTRE SUR L'ORGANISATION MÉDICALE; par M. GAILLARD (de Poitiers).

Le mieux est l'ennemi du bien.

Pour apprécier les améliorations que réclame l'institution des officiers de santé, il faut d'abord s'enquérir des exigences de la médecine rurale.

Le médecin de campagne exerce l'art de guérir dans toute son étendue et dans sa forme primitive; il est à la fois médecin, chirurgien et pharmacien; il ouvre un abcès, panse une fracture, traite les pneumonies et fait les pilules. Dans beaucoup de cas, même des plus graves, il faut qu'il prenne une décision et l'exécute sans avoir un confrère pour l'éclairer et partager sa responsabilité. Ce modeste praticien a donc besoin certainement d'avoir des principes solides, des connaissances variées, une conviction ferme et arrêtée. D'autre part aussi il n'a point à s'occuper de la haute chirurgie; il y a de l'exagération à nous représenter les officiers de santé faisant des amputations, des ligatures d'artères principales, opérant des hernies. Ces grandes circonstances sont heureusement rares et en dehors de la pratique ordinaire, si bien que la plupart des jeunes docteurs en viennent à oublier leurs études opératoires et refusent de se livrer à la chirurgie parce que les occasions de la pratiquer n'existent pas, et qu'au bout de quelques années on se rouille l'esprit et la main. Le médecin qui rencontre une hernie étranglée ou toute autre lésion grave trouve toujours dans son arrondissement quelque confrère plus spécial qui se charge de l'opération.

Les affections chroniques donnent aussi beaucoup moins d'embarras au médecin de la campagne : quand un malade pauvre ou riche voit son affaire traîner en longueur, il va à la ville et en rapporte une consultation qui peut éclairer le médecin ordinaire, et dans tous les cas suffit à couvrir sa responsabilité. Il n'est pas rare d'obtenir ainsi, dans le cours d'une maladie chronique, les opinions diverses de toutes les notabilités du département. Voilà comment se passent les choses autour de nous et partout. Ce qui n'empêche pas que dans l'occasion nos malades de la ville n'aillent consulter aussi leurs médecins de campagne. C'est leur droit. Ainsi la grande classe des affections aiguës doit être surtout l'objet des études des jeunes médecins, et sous ce rapport heureusement les salles des hôpitaux leur offrent d'amples matériaux. Quant aux maladies chroniques que la pratique et l'expérience peuvent seules leur apprendre à bien connaître, ils trouveront dans la coopération de leurs anciens un secours assuré.

Un avantage incontestable de la position des praticiens qui résident à la

pour assurer la cicatrisation d'anciens ulcères atoniques : mais ce résultat est commun à presque tous les modes de cautérisation.

B. Maladies des muqueuses. — La cautérisation pointillée m'a surtout rendu de grands services dans certains catarrhes chroniques des bronches, à la suite de grippes prolongées, de bronchites rebelles et caractérisées par une sécrétion persistante et comme passive. J'ai aussi guéri des bronchites catarrhales qui dataient de six mois et même dans un cas d'une année. Mais le fait le plus curieux sans contredit que j'ai observé, est celui d'un jeune homme qui, depuis deux mois avait essayé une foule de moyens de se débarrasser d'un catarrhe bronchique des plus fatigants, accompagné de pâleur et d'amaigrissement, et qui, à la suite d'une seule application de cent à cent cinquante points de feu sur la paroi antérieure de la poitrine, s'est débarrassé sans retour de son affection, et a recouvré complétement la santé. C'est dans les cas de cette espèce que l'on peut le mieux apprécier et le mode d'action et l'efficacité de la méthode. Je dois ajouter, toutefois, qu'il est rare que je ne fasse pas concourir au succès de la cautérisation pointillée les purgatifs salins plusieurs fois répétés. Ils m'ont toujours paru en activer le résultat.

C. Maladies des séreuses. — C'est surtout dans les sécrétions séreuses anormales que la cautérisation pointillée m'a donné de bons résultats. Elle m'a toujours paru modifier puissamment l'atonie secrétoire de ces membranes dans les hydarthroses chroniques, dans les hydropleurésies chroniques, et surtout dans les engorgements articulaires chroniques suites d'entorses. Dans ces différents cas la résorption du liquide en a été activée, et lorsque l'évacuation de ce dernier avait été nécessaire, la cautérisation a prévenu le retour de toute sécrétion anormale.

D. Maladies des muscles. —Les différentes paralysies du mouvement se résolvent dans des altérations musculaires : à ce point de vue, on peut les considérer comme des maladies des muscles. Or la cautérisation pointillée m'a rendu de très-grands services dans trois sortes de paralysies musculaires : dans la paralysie qui fait suite à une affection cérébro-spinale incomplète, alors que la contractilité n'est pas tout à fait abolie ; dans la paralysie hystérique, dont le caractère est si tranché ; et enfin dans cette espèce de paralysie qu'on a appelée paralysie atrophique, et dont quelques personnes ont fait une maladie propre du muscle. Parmi les succès nombreux que je dois à la cautérisation pointillée, comme moyen de réveiller promptement la contractilité musculaire, j'en citerai deux surtout : le premier est celui d'une jeune fille de 13 ans, que je venais d'opérer du strabisme et chez laquelle cette difformité était compliquée d'une paralysie presque complète de la paupière supérieure. En une seule application, faite en présence de notre collègue M. Phillips, j'ai réveillé la contractilité musculaire, et l'œil, qui jusque-là, depuis la première enfance du sujet, était resté à moitié fermé, s'est ouvert spontanément. Trois autres applications, à trois à quatre jours d'intervalle, ont assuré la persistance de la guérison. Le second cas est celui d'une jeune personne de 20 ans, qui était atteinte d'une paralysie hystérique des plus complètes. La paralysie s'étendait à tous les muscles vertébraux, à ce point que la position assise était totalement impossible. On avait employé les cautères, les gros moxas le long de la colonne vertébrale ; on avait eu inutilement recours à l'électricité ; enfin, depuis deux années, on avait épuisé en vain toutes les ressources de la thérapeutique interne et externe : quelques applications de la cautérisation pointillée le long de la colonne vertébrale, répétées tous les trois jours, ont suffi pour réveiller la contractilité dans tous les muscles vertébraux d'abord, puis dans les muscles des membres inférieurs ; et après deux mois de ce traitement, la malade a pu aller aux bains de mer, où elle a complété et consolidé sa guérison.

E. Maladies des os.—La cautérisation pointillée fait partie obligée de mon traitement des affections tuberculeuses des vertèbres et des articulations. Les malades sont si pénétrés du bienfait qu'elle leur procure qu'ils la désirent et s'aperçoivent eux-mêmes du bien qu'elle leur procure. Ce bien, c'est un développement de force dans la partie malade, c'est une résolution de l'engorgement, c'est une impulsion donnée au travail nutritif et réparateur qui amène la cicatrisation osseuse. J'ai observé à cette occasion un phénomène qui mérite d'être signalé à part. Tous les chirurgiens savent combien de fois, dans le cours des suppurations articulaires ou périarticulaires, il arrive que le pus s'altère, se résorbe partiellement, sous l'influence débilitante de la chaleur et du contact d'un air vicié ; il m'est arrivé souvent de faire cesser immédiatement les accidents produits par cette résorption commençante, à l'aide d'une ou de deux applications de la cautérisation pointillée autour du foyer de la maladie. Que se passe-t-il alors ? Sans doute une secousse imprimée à la vitalité des petits vaisseaux qui sécrètent le pus, car immédiatement ce liquide change de nature et devient plus consistant, devient très-épais, de clair et séreux qu'il était, et les accidents cessent par la résorption cessent.

F. Maladies des nerfs. —Je ne veux considérer ici comme telles que les douleurs névralgiques soit essentielles ou de nature inconnue, soit rhumatismales, soit goutteuses. Toujours est-il que, dans ces différentes catégories de douleurs, la cautérisation pointillée m'a rendu les plus signalés services. Mais la condition de leur succès est que la douleur ne soit liée à aucun état inflammatoire. Et c'est surtout contre les douleurs chroniques, celles qui persistent dans les muscles, dans les articulations, dans la plèvre, après la cessation des symptômes aigus, que la cautérisation pointillée m'a réussi. J'ai pu, dans un certain nombre de cas, m'assurer que cette méthode peut amener des guérisons inutilement recherchées par des applications réitérées de vésicatoires. Je l'ai surtout constaté dans un cas de sciatique très-rebelle et qui datait de plusieurs mois.

Au nombre des guérisons les plus heureuses produites par la cautérisation pointillée, je citerai deux cas d'amaurose essentielle, l'un chez une jeune fille, l'autre chez un adulte. Dans le premier cas, on avait essayé en vain toutes sortes de moyens ; les sangsues, les vésicatoires, les frictions avec la strychnine, les purgatifs. La maladie datait de cinq mois et était venue à la suite d'un accès de céphalalgie. Dès la troisième application aux tempes, au-dessus du sourcil et jusque sur les paupières, la lumière a été perçue, et après un mois de traitement, la guérison était complète. J'observe en ce moment un second cas tout à fait analogue : le succès me paraît fort difficile à obtenir, mais je ne désespère pas d'y parvenir.

G. Maladies des organes parenchymateux. — C'est surtout dans les

---

campagne, c'est qu'il leur suffit de savoir la médecine ; ils n'ont à traiter que des maladies ; le médecin arrive, examine son malade, fixe son diagnostic, formule son ordonnance, l'explique clairement, répond quelques mots à cette famille qu'il domine de toute la hauteur de ses connaissances et de sa position, puis sa besogne est terminée. Il est maître, il est supérieur, il règle les choses comme il le croit juste et convenable. Il n'est pas exposé si souvent que nous aux caprices des affections nerveuses, aux exigences de la haute clientèle, aux questions embarrassantes de ceux qui sont très-instruits, aux fantaisies des belles dames, aux sophismes des grands messieurs, etc. Nous savons par expérience que les difficultés de la pratique dépendent de la position sociale du malade autant que de la gravité de la maladie, et qu'une certaine forme est aussi nécessaire que le fond scientifique. Malgré ces différences capitales qui existent dans la pratique des villes et celle des campagnes, nous admettrons volontiers qu'il est utile de donner à tous ceux qui sont appelés à pratiquer l'art de guérir un savoir médical sensiblement égal et toujours très-suffisant.

De quoi se compose aujourd'hui la masse des connaissances que l'on exige d'un jeune docteur ?

Elles se composent de :

1° Français, latin et grec ;
2° Histoire, géographie et cosmographie ;
3° Géométrie, trigonométrie et algèbre ;
4° Chimie, physique et histoire naturelle ;
5° Médecine.

Quelle que soit notre reconnaissance pour les services que M. Orfila a rendus aux écoles de médecine, nous ne pouvons nous empêcher de dire que son influence sur l'enseignement a été fâcheuse. Autrefois l'étude des sciences accessoires occupait une place modeste dans l'éducation des jeunes médecins ; aujourd'hui cet accessoire a tout à fait envahi le principal, et la moitié au moins du temps dévolu aux études est employé à ces superfluités. Est-ce que la tête d'un étudiant de 20 ans est si vaste qu'on y puisse méthodiquement entasser tant de choses ? Cinq années suffisent-elles pour devenir encyclopédiste ? Ces connaissances diverses peuvent nous procurer le plaisir de citer un vers d'Homère dans une discussion scientifique, ou de paraître convenablement dans un discours académique ; elles assurent au médecin une place dans la famille des lettres ; mais au fond elles sont accessoires à l'art de guérir.

Qu'on n'aille pas au delà de notre pensée et qu'on ne nous fasse pas exclure la littérature et les sciences naturelles de l'éducation de tous les médecins. Ceux qui doivent occuper les sommités de la science, ceux qui veulent accroître son domaine par de nouvelles recherches, ceux qui, par leur position sociale, se trouvent en rapport avec les grands et les savants, les médecins légistes et ceux qui éclairent l'administration dans les questions d'hygiène publique, les professeurs et les maîtres de l'art, auront besoin d'embrasser dans leurs travaux une plus grande étendue du vaste champ des connaissances humaines ; mais en réalité, ces sciences ne trouvent dans la médecine pratique que de rares et minimes applications. Oui, nous prétendons que l'étude des maladies emprunte peu de chose aux sciences accessoires. En fait, tous

affections chroniques des poumons que j'ai employé la cautérisation pointillée avec succès, dans les engorgements consécutifs à des pneumonies incomplétement résolues, à des affections éruptives mal jugées; mais je signalerai d'une manière particulière certains cas de tuberculisation pulmonaire commençante, annoncée par de la toux, de l'oppression, des hémoptysies, de l'amaigrissement, de la fièvre la nuit. J'ai obtenu, à l'aide de la cautérisation pointillée sur la paroi antérieure du thorax, au devant des parties des poumons affectés, des résultats merveilleux. Le bienfait de la méthode n'était pas douteux : après chaque application, les sujets éprouvaient une plus grande liberté de respiration; ils accusaient un bien-être général, qui ne pouvait être mis sur le compte d'aucun autre moyen. C'est sans contredit, à mes yeux, la ressource la plus puissante et la plus sûre contre la phthisie pulmonaire commençante chez les jeunes sujets.

Telles sont les principales catégories de faits qui m'ont permis d'apprécier la rare efficacité de la cautérisation pointillée. L'Académie ne sera point surprise de cette longue énumération de succès, quand je lui dirai que depuis huit à dix ans j'ai chaque jour l'occasion d'appliquer plusieurs fois cette méthode; c'est la base de mes traitements, et j'ose ajouter, c'est la clef de mes principaux succès.

Si en étudiant les circonstances variées et en apparence quelquefois opposées, où j'ai signalé l'utilité de la cautérisation pointillée, on cherchait à se rendre compte du côté général, du lien commun de ces différentes applications, on pourrait le trouver, ainsi que nous l'avons fait pressentir à l'occasion du caractère physiologique de la méthode, dans une action puissante dirigée sur les émanations périphériques du système nerveux ganglionnaire. Dans l'état actuel de nos connaissances et à quelque point de vue doctrinal que l'on se place, on peut admettre qu'il y a dans ces diverses maladies une altération ou une perversion de ce système : tantôt une atonie, tantôt une paralysie incomplète, tantôt une perversion, un simple état anomal. Quel que soit celui de ces états qui existe, la cautérisation pointillée aurait pour effet de relever, de réveiller, de rétablir l'influence du système nerveux à son rhythme normal. C'est ainsi que l'on pourrait s'expliquer l'efficacité et l'uniformité d'efficacité d'un même moyen dans des affections en apparence d'un caractère si différent. Du reste, cette vue, qui n'est encore qu'une hypothèse, sera prochainement pour moi l'occasion d'un travail approfondi, que je me ferai un devoir de soumettre à l'Académie; car il est la suite nécessaire et en quelque façon la théorie des deux mémoires sur la méthode stibio-dermique et sur la cautérisation pointillée que j'ai eu l'honneur de lui soumettre.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR LES FRACTURES DES EXTRÉMITÉS INFÉRIEURES PAR PLAIES D'ARMES A FEU; par M. RIBES.

Monsieur le rédacteur,

M. Hutin a lu à l'Académie impériale de médecine, dans la séance du 22 août, un mémoire sur les résultats des fractures de la moitié supérieure de la cuisse et de la moitié inférieure de la jambe, dont se compliquent les plaies par armes à feu.

M. Hutin, dans ce mémoire, semble vouloir faire croire que mon père, le docteur Ribes, a repoussé trop légèrement et sans examen la chirurgie conservatrice.

Cette assertion est basée sur ce que parmi les 139 militaires examinés par M. Hutin, il y en a 16 qui auraient échappé à l'observation de mon père, quoique ces malades fussent à l'hôtel lors de la visite qu'il faisait dans les salles.

Si M. Hutin a lu avec attention le mémoire de mon père, il a dû voir que ses premières recherches pour trouver des malades ayant eu des fractures comminutives suite de plaies d'armes à feu, dataient de 1796. Cette date n'est pas, il est vrai, dans ce mémoire; mais le paragraphe suivant indique assez qu'il est question des campagnes de la Catalogne sous la République :

« A peine sorti des bancs, je fus envoyé à l'armée d'Espagne en » qualité de chirurgien de première classe. J'étais assez fort en théo» rie, mais je n'avais qu'une expérience de tradition. »

Mon père donne des détails sur ce qu'il fit pendant les trois campagnes de Catalogne. Il dit que, se conformant aux préceptes de ses maîtres, il tenta de conserver tous les membres fracturés par les armes à feu, et qu'il ne fut pas heureux dans cette tentative, car il perdit tous ses malades.

Il continue ainsi :

« Rappelé à Paris (1), je me mis à faire la recherche que je m'étais » proposée. Logeant alors à l'hôtel, j'examinai tous les militaires, et » je n'en trouvai aucun qui eût eu le fémur fracturé et avec plaie des » parties molles voisines. »

Il est bien évident pour tous ceux qui ont lu ses mémoires, que mon père fit ses recherches à son retour de l'armée d'Espagne en 1796. M. Hutin lui-même n'indique pas la date à laquelle il pense que le docteur Ribes s'occupa de ses recherches.

Il doit donc dire, pour l'exactitude de sa critique, en quelle année ces hommes habitaient l'hôtel des Invalides, et s'ils n'ont jamais obtenu la permission de vivre dans leurs familles. Dans ce cas, ils auraient pu échapper à l'examen de mon père, car les militaires invalides qui logent en ville, avec l'autorisation du gouverneur, reçoivent leurs vivres en nature, et ne viennent à l'hôtel qu'une fois par mois, pour assister à la revue du général. Ces invalides n'ont pas de lits dans les chambrées, ils n'entrent que rarement à l'infirmerie, et souvent ils se font soigner chez eux par des médecins de leur choix.

En poussant plus loin la lecture de ce mémoire, il aurait trouvé cet autre paragraphe :

« Rentré aux Invalides (2) après les campagnes de Russie et de Saxe, » je fus fort étonné de voir arriver successivement, de 1814 à 1822, » sept malades à l'infirmerie ayant le fémur fracturé dans son milieu; » mais la solution de continuité paraissait avoir eu lieu chez quelques-

(1) En 1796.

(2) Le docteur Ribes n'a repris son service aux Invalides qu'au mois de mars 1814. A son retour en France, au mois de janvier de la même année, il avait été chargé d'accompagner le pape Pie VII jusqu'à Savone.

les professeurs de pathologie et de clinique se plaignent de l'envahissement de la chimie et des mathématiques, du temps qu'elles occupent au détriment des connaissances médicales : pour suivre avec fruit nos cours, nous demandons des physiologistes, on nous présente des géomètres. Si les sciences accessoires n'ont pas pour tous les docteurs l'utilité que des personnes très-éminentes, mais fort étrangères à la pratique de l'art, ont pu supposer, à plus forte raison sont-elles inutiles aux médecins des campagnes. Quelques bons éléments des belles-lettres et de l'histoire naturelle médicale, telle qu'elle est enseignée dans toutes les écoles de médecine, nous paraissent suffire amplement à l'éducation préliminaire d'un jeune médecin; quand il a reçu ces principes, il est bien en état de suivre nos cours d'anatomie, puis de s'appliquer à la physiologie, base certaine et indispensable de toute instruction médicale, Il a plus besoin de connaître la structure des organes et leurs usages que tous les atomes et les x imaginables. De l'état normal de l'organisme, il passe à l'examen des modifications pathologiques que peuvent subir les tissus et les fonctions; la thérapeutique se déduit plus tard d'un diagnostic bien posé.

La loi qui régit les officiers de santé nous paraît sage en ceci qu'elle éloigne du séjour dangereux des grandes villes les praticiens que leur famille et leur fortune destinent à vivre au milieu des populations rurales. Comme nous l'avons écrit ailleurs, l'éducation du médecin de campagne doit se faire dans sa province : un jeune homme qui a vécu pendant plusieurs années dans les plaisirs et les distractions, les mœurs, les habitudes sociales et le mouvement intellectuel d'une capitale, n'est plus apte à faire un médecin de campagne; il se déplaît dans la maison de ses pères et n'y retourne qu'à contre-cœur. Toute la question est là : diminuer, pour les praticiens du second ordre, la durée des études accessoires, tout en conservant le niveau des études médicales. Les règlements actuels, nous en convenons, ne remplissent pas cette dernière condition, les études médicales des officiers de santé sont insuffisantes et les examens sont illusoires. Sur ce point, nous approuvons les plus grandes exigences. Demandez à tout homme qui se présente pour obtenir un diplôme, cinq années d'études, des examens fréquemment renouvelés et terminés par des actes sévères; que le candidat sache à fond ce qui concerne son art; qu'il n'y ait aucune différence sur cela entre les docteurs et les officiers de santé; mais du moins à ces jeunes praticiens, ne demandez que de la médecine.

Dans tous les pays étrangers, sous diverses dénominations, il existe plusieurs ordres de praticiens; en France, il paraît utile aussi de conserver cette ancienne organisation. Si la loi nouvelle assure aux officiers de santé une bonne et solide instruction médicale, nous croyons qu'elle aura donné au problème si longtemps débattu la solution la plus convenable aux intérêts de la société.

» uns vers la partie inférieure du tiers moyen, ou à la partie supérieure » du tiers inférieur, ce qui est à peu près comme si elle était arrivée » directement dans le milieu de l'os, parce que, dans ce point, les » fractures sont encore très-graves et même mortelles.

» Comment se fait-il donc qu'un grand nombre de malades aient » succombé, malgré les soins les plus assidus donnés par des hommes » instruits et d'une grande expérience, tandis que des malades ayant » le fémur fracturé vers le milieu du corps de l'os, abandonnés à eux-» mêmes, n'ayant reçu presque aucun secours, avaient survécu, » quoique leur accident eût déjà plusieurs années de date? Je crois » qu'on peut répondre que ces individus étaient sans doute surabon-» damment pourvus de cette force, de cette action qui constitue et en-» tretient la vie. Mais nous allons voir que la plupart sont morts plus » tard des suites de leurs blessures. »

Sept observations suivent ce paragraphe.

Si la date de la publication du mémoire de mon père a trompé M. Hutin dans ses recherches statistiques, je puis lui dire à quelle occasion ce mémoire a été publié.

Un de nos plus célèbres chirurgiens, le baron Dupuytren, disait dans ses leçons à l'Hôtel-Dieu de Paris, que les chirurgiens militaires avaient été trop prodigues d'amputations pour les fractures communitives, qu'ils auraient pu conserver bien des membres sacrifiés avec trop de précipitation. Cette critique sévère de Dupuytren était particulièrement dirigée contre les actes de l'homme qui avait donné une si belle impulsion à la chirurgie militaire, contre le baron Larrey. Aussi son ami, le docteur Ribes, qui avait partagé ses fatigues pendant les campagnes de l'empire, et qui était tout à fait du même avis que lui sur la nécessité des amputations dans les cas de fractures communitives, crut devoir relever le gant jeté par Dupuytren, et donner de la publicité aux faits que l'observation et l'expérience lui avaient fournis pendant ses campagnes sous la République et sous l'empire.

En effet, peut-on comparer les soins que les malades reçoivent dans un hôpital de l'intérieur à ceux que les chirurgiens donnent aux leurs, soit sur un champ de bataille, soit dans des ambulances qui sont déplacées à chaque mouvement de l'armée? Les ressources sont-elles les mêmes?

Cette lettre n'a pas pour but de combattre l'opinion de M. Hutin; j'ai voulu seulement, par ces détails, justifier mon père d'une accusation de légèreté portée par M. Hutin, à l'occasion d'une question aussi grave, et traitée par mon père avec tant de discrétion. Du reste, cette question se représente d'elle-même et sera bientôt résolue par les faits, car nos chirurgiens de l'armée d'Orient pourront, suivant qu'ils emploiront l'une ou l'autre méthode, faire juger qui a raison de ceux qui proposent l'amputation immédiate ou de ceux qui préfèrent la conservation du membre.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

I. THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES; par M. HAYS.

Les livraisons trimestrielles d'octobre 1853 et de janvier 1854 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Notes médicales et chirurgicales recueillies dans la guerre avec le Mexique durant les années* 1845, 1846, 1847 *et* 1848; par M. Portes. 2° *Tumeurs anévrismales de l'oreille, traitées successivement par la ligature des deux carotides;* par M. Mussey. 3° *Cas fatal de rétroversion chez une jeune femme enceinte de cinq mois;* par M. Meiys. 4° *Anévrisme volumineux de l'artère poplitée;* par M. Warren. 5° *Extraits des mémoires de la Société de Boston;* par M. Molland. 6° *Cas de chéloïde et remarques sur ces tumeurs.* 7° *Cas d'empoisonnements par le plomb;* par M. Anderson. 8° *Cristaux d'urate de potasse dans l'urine;* par M. Shaw. 9° *Forme particulière d'acide urique dans l'urine;* par le même. 10° *Formes des cristaux d'oxalate de chaux qu'on trouve dans l'urine;* par M. Plummer. 11° *Des matières extractives du sang dans l'urine, et de la présence du fer dans la même excrétion;* par le même. 12° *Observations obstétricales;* par M. Rankin. 13° *Exostose cartilagineuse du condyle, de la branche et de l'angle du maxillaire inférieur, pour laquelle on pratiqua la resection de l'arcade zygomatique et l'ablation de la glande parotide;* par M. Brainard. 14° *Déchirure étendue et contusion; guérison;* par M. Bryant. 15° *Observations sur le vomissement noir, sa nature et sa valeur dans le diagnostic et le pronostic de la fièvre jaune;* par M. Laroche. 16° *Sur la dégénérescence graisseuse;* par M. Ely. 17° *Nouveau mode d'extension dans les fractures;* par M. Crosby. 18° *Extrait des rapports de la Société de Boston.* 19° *Sarcina ventriculi en rapport avec la maladie, etc.;* par M. Durkee. 20° *Choléra épidémique; sa contagion, sa pathologie et son traitement;* par M. Obr. 21° *De l'usage intérieur du chloroforme.*

TUMEURS ANÉVRISMALES DE L'OREILLE; LIGATURE DES DEUX CAROTIDES; par M. MUSSEY.

OBS. — Gordon, âgé de 19 ans, offrait dans la cavité de la conque une tumeur qui s'élevait au-dessus du niveau de l'antitragus. Une autre tumeur couvrait le tragus et s'étendait au dehors; elle était de la grosseur d'une noix muscade. Inférieurement existait une élévation considérable des téguments qui couvrait la fosse scaphoïde. Au-dessous de la racine de l'oreille, dans la pression existante entre l'apophyse mastoïde et la branche de la mâchoire, et couverte en partie par le lobule, existait une autre tumeur ronde, du même caractère, de la grosseur d'une graine de raisin. Toutes ces tumeurs étaient élastiques et compressibles et semblaient communiquer entre elles. On y sentait de fortes pulsations. Un mois avant l'opération une de ces tumeurs avait donné lieu à une hémorrhagie alarmante.

Le 18 novembre M. Massey lia la carotide gauche; les pulsations cessèrent dans les tumeurs. Aucun symptôme alarmant n'eut lieu, si ce n'est que lorsque le malade commença à se lever, ce qui lui fut permis au bout de douze jours, il se plaignit de confusion dans la vision, du côté de l'œil gauche. Ce symptôme disparut peu à peu; les tumeurs diminuèrent faiblement, et comme il était fort douteux que la guérison s'ensuivît, quatre semaines après M. Massey fit la ligature de la carotide droite. L'effet produit sur la vision de l'œil droit, lorsque le malade se leva, fut un peu moins marqué que pour l'autre. Les deux artères furent liées juste au-dessous des omoplates hyoïdiens. Après la seconde opération, les tumeurs diminuèrent bien plus rapidement. L'application du collodion, qu'on répéta tous les deux ou trois jours, contribua beaucoup à diminuer le volume des tumeurs, et sept semaines après la dernière opération, Gordon sortait de l'hôpital. Trois mois après on ne voyait aucune trace de tumeur.

ANÉVRISME VOLUMINEUX DE L'ARTÈRE POPLITÉE PRÉSENTANT QUELQUES PHÉNOMÈNES REMARQUABLES; par M. WARREN.

La maladie avait d'abord suivi le cours d'un abcès en voie de formation, situé profondément. Cette idée avait entraîné un premier chirurgien à faire une incision. Tout l'espace poplité était rempli par une tumeur non limitée, très-tendre au toucher, demi-élastique. On percevait une sensation de fluctuation profonde. La surface de la tumeur était très-rouge et la peau offrait les apparences qu'on observe lorsque la suppuration existe au-dessous. En appliquant l'oreille on sentait une forte pulsation, telle qu'on peut l'observer lorqu'un gros vaisseau est comprimé en partie par une tumeur ou une collection fluide; il n'y avait pas de bruit anévrismal, et avant les symptômes inflammatoires qui vinrent obscurcir la maladie, on n'avait observé aucune pulsation extraordinaire. M. Warren fit appliquer un bandage sur la partie inférieure du membre, il fit la compression de la tumeur et appliqua un tourniquet sur l'artère fémorale. Le malade s'affaiblissant peu à peu finit par succomber.

A l'autopsie, on reconnut un anévrisme de l'artère poplitée qui s'était ouvert du côté interne. L'ouverture avait un pouce de long et comprenait la moitié du calibre de l'artère. Le sac, rempli de concrétions fibrineuses, était formé aux dépens du tissu cellulaire qui avoisinait le vaisseau; le tissu osseux était érodé, l'articulation remplie de pus, et le côté de la capsule qui avoisinait la tumeur presque gangréné. L'intérieur du sac était rempli d'une masse fibrineuse de la grosseur d'une orange; la compression qui avait été maintenue pendant l'espace de dix jours avait presque oblitéré la cavité de l'anévrisme.

EXOSTOSE CARTILAGINEUSE DU CONDYLE, DE LA BRANCHE ET DE L'ANGLE DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE, POUR LAQUELLE ON PRATIQUA LA RESECTION DE L'ARCADE ZYGOMATIQUE ET L'ABLATION DE LA GLANDE PAROTIDE; par M. BRAINARD.

OBS. — W. S., âgé de 32 ans, présentait une tumeur dure, s'étendant de la tempe au-dessous de l'angle de la mâchoire et du milieu de la joue vers l'oreille. Proéminente et irrégulière, elle offrait sur sa surface trois ouvertures fistuleuses convergeant vers l'articulation. Le malade pouvait seulement entr'ouvrir la bouche; cependant on pouvait encore voir que la tumeur s'avançait jusque dans le pharynx; lorsqu'il mangeait, la salive s'échappait par les fistules.

Le patient ayant été soumis à l'action du chloroforme, on fit une incision elliptique, commençant à un pouce au-dessus de l'arcade zygomatique, qu'on prolongea jusque vers l'oreille et vers l'angle de la mâchoire. Les tissus ayant été détachés de la mâchoire et l'os divisé avec la scie à chaînette, la

tumeur fut enlevée jusqu'à l'apophyse mastoïde sur laquelle elle était placée. Le muscle temporal fut divisé, l'arcade zygomatique coupée à ses extrémités antérieure et postérieure, le muscle masséter divisé et l'articulation retranchée au moyen du ciseau et du maillet. Les os étaient tellement confondus qu'une partie de la cavité glénoïde fut enlevée en même temps. On attaqua ensuite la tumeur en dedans des muscles ptérygoïdiens, qui étaient demi-cartilagineux et qui furent divisés à leur attache à l'apophyse ptérygoïde. La masse fut ainsi enlevée.

Les vaisseaux qui donnèrent du sang étaient très-nombreux. Les artères faciale, linguale et carotide externe et de nombreuses petites artères exigèrent la ligature. La neuvième paire, la portion dure et la branche dentaire du lingual furent divisées.

La plaie laissait voir à nu l'os hyoïde, les apophyses mastoïde et styloïde et l'apophyse transverse des vertèbres cervicales; au fond de la plaie, on voyait encore la veine jugulaire et la carotide internes; la fosse temporale, les muscles de la langue et du pharynx, étaient à découvert; la glande parotide avait été détruite en partie par la pression. Le dixième jour toutes les ligatures étaient tombées, et le malade marchait à la guérison.

CAS DE CHÉLOÏDE OBSERVÉE SUR UN NÈGRE DE 16 ANS; par M. J. BURNETT.

OBS. — A l'âge de 3 ou 4 ans une petite tumeur ressemblant à un furoncle apparut sur ce nègre au côté gauche du cou, juste au-dessous de l'angle de la branche de la mâchoire inférieure. On la perça, et il en sortit un drachme ou deux de pus; cependant des lèvres de la plaie lorsqu'elle fut guérie sortit une tumeur charnue, qui continua à croître; au bout de trois ans, elle était de la grosseur d'une orange; on l'enleva; elle apparut de nouveau dans les lèvres de la plaie; et trois années plus tard elle avait 6 pouces de long sur 1 pouce et demi de largeur; elle fut de nouveau enlevée, et de nouveau elle se reproduisit, et en moins de trois ans elle était devenue plus grosse que jamais elle n'avait été.

A cette époque (novembre 1849), elle remplissait l'espace compris entre l'os maxillaire inférieur, le sternum et la clavicule; elle avait environ 12 pouces de long et 4 pouces d'épaisseur, elle avait l'apparence d'une grosse saucisse de Bologne. Elle était lobulée, ne cédant point à la pression et froide au toucher; elle fut enlevée, et on trouva qu'elle reposait seulement sur une base cutanée; toutefois l'hémorrhagie fut plus forte qu'on n'aurait cru. Après avoir eu l'air de se fermer, la plaie s'agrandit bientôt, et la tumeur se reproduisit en dépit de tout traitement. En avril 1853, elle était aussi grosse qu'auparavant. L'enfant fut conduit dans une autre ville où il fut opéré.

M. Burnett le vit quelque temps après; la tumeur s'était de nouveau développée rapidement.

Son père et deux frères de celui-ci avaient le même genre de tumeur et presque dans le même lieu; le père en avait encore d'autres dans différentes parties du corps. Quatre de ses enfants, autre celui dont il est question, avaient la même affection située pour la plupart dans le même lieu.

Cette tumeur incisée offrait l'aspect d'une tumeur fibreuse; au microscope on reconnut qu'elle était composée exclusivement de tissu cellulo-fibreux. C'était, dit M. Burnett, une production fibroïde, aussi simple et innocente dans sa composition que toute autre hypertrophie commune du derme.

NOUVEAU MODE D'EXTENSION DANS LES FRACTURES; par M. CROSBY.

Un grand nombre de moyens ont été inventés pour établir l'extension permanente des membres fracturés. La jarretière, la cravate, le soulier et beaucoup d'autres ont été employés et condamnés à cause de la douleur, de l'inflammation et des escarres qu'ils produisent. C'est à cette cause plus qu'à toute autre que M. Crosby attribue le raccourcissement et la difformité de tant de jambes fracturées.

Pour remédier à ces inconvénients, M. Crosby recommande les bandes enduites d'emplâtre adhésif. Pour cela, on prend des bandes de coton, étendues d'emplâtre adhésif commun, qu'on applique de chaque côté de la jambe; elles doivent être assez longues pour s'étendre depuis le haut du genou jusqu'à la cheville; on laisse dépasser les extrémités de quelques pouces au-dessous du pied, afin de les attacher à l'instrument au moyen duquel l'extension se fait. Ces bandages sont larges de 2 à 5 pouces, suivant le volume du membre, et doivent être récemment enduites; la jambe doit être rasée avant de faire l'application.

On applique un bandage roulé depuis les doigts de pieds jusqu'au genou, pour fixer les bandes adhésives à la jambe et prévenir le gonflement. D'autres bandes adhésives sont placées de chaque côté du genou et s'attachent aux fers vissés aux bords des attelles dites de Godwin, et qui sont situées à 4 ou 5 pouces plus haut que l'articulation du genou. Des bandes circulaires entourent le genou pour serrer les bandes longitudinales.

Les avantages de ces appareils, dit M. Crosby, sont que le chirurgien peut mettre la jambe en position avec beaucoup moins de difficulté pour lui-même et beaucoup moins de douleur pour le patient; que l'extension peut être plus parfaitement maintenue; que dans la période inflammatoire, il peut panser la jambe beaucoup plus facilement, et si la fracture est compliquée et exige d'être pansée tous les jours, on peut le faire avec moins de danger de déranger la fracture. Il n'y a aucune crainte que l'emplâtre adhésif irrite la peau.

CHOLÉRA ÉPIDÉMIQUE, SA CONTAGION, SA PATHOLOGIE ET SON TRAITEMENT; par M. OHR.

M. Ohr est d'opinion que le choléra se transmet par *infection*. Il le regarde comme une affection nerveuse dépendante du grand sympathique dont la puissance nerveuse est déprimée ou paralysée. Par suite de cette théorie, le traitement rationnel qu'il a adopté en 1853, et qui a été couronné de nombreux succès, est le sulfate de strychnine. Sa formule est:

Sulfate de strychnine.	1/4 de grain.
Essence de térébenthine.	2 gros.
Mucilage de gomme arabique	6 onces.

Une cuillerée à café toutes les trente minutes.

M. Ohr l'administre non-seulement dans la période algide, mais il a encore reconnu son efficacité à la deuxième période des selles, des vomissements, des crampes, et même lorsque la cyanose a déjà commencé.

Cette communication n'offre aujourd'hui d'intérêt que par son rapprochement avec les expériences faites par M. Abeille. Du reste, cette méthode n'est point nouvelle: avant M. Ohr, le docteur Magnani avait employé la strychnine dans le choléra de Livourne, en 1837 (GAZ. MED. TOSCANA, 1854, p. 527); à Milan, M. Carlo Calderini annonçait, en 1836, avoir guéri 14 cholériques sur 38 cas des plus graves, soit avec la strychnine, soit avec le sulfate de strychnine (V. GIORNALE OMODEIS, t. LXXXI, mars 1837); et en cela ils n'étaient pas inventeurs eux-mêmes; ils n'avaient fait que suivre les traces du docteur Jenkins (V. LONDON MED. CLIN. JOURNAL, 1833); enfin, dès 1831, M. Zaczkowski, médecin polonais, avait employé les préparations de noix vomique dans le choléra, et prétendait ne perdre qu'un sixième de ses malades.

II. THE MEDICAL EXAMINER;

by GURNEY SMITH and BIDDLE.

Les numéros de novembre et décembre 1853, janvier et février 1854, renferment les travaux originaux suivants: 1° *Mortalité de Philadelphie pendant les mois de juillet, août et septembre* 1853; par M. W. Jewel. 2° *Cas de tétanos traumatique traité avec succès par les agents anesthésiques*; par M. Betton. 3° *Cas singulier de transposition des viscères*; par M. H. Askew. 4° *De l'existence fréquente de l'indigo dans l'urine humaine et de ses rapports chimiques et physiologiques*; par M. Hill Hassal. 5° *Des maladies des matelots*; par M. Horner. 6° *Observations chirurgicales*; par M. W. Brown. 7° *Cas de développement précoce du système sexuel*; par M. Wilson. 8° *Clinique*. 9° *De l'usage de l'emplâtre adhésif dans le traitement de la fracture de la rotule*; par M. Neill. 10° *Emphysème sous-cutané survenu dans le cours d'une pneumonie*; par M. Meigs. 11° *Abcès scrofuleux du cervelet*; par M. Lewis. 12° *Des effets chimiques et physiologiques du café*; par M. Lehmann. 13° *Cas de tumeur pulsatile de l'occiput*; par M. Neil. 14° *Examen microscopique d'un cas de maladie de Bright compliquée de cancer mélanique*; par M. H. Wythes. 15° *Mortalité de Philadelphie pendant les mois d'octobre, novembre et décembre* 1853; par M. W. Jewel. 16° *Du traitement du rhumatisme inflammatoire*; par M. Gibbs. 17° *De l'action de l'alcool dans l'organisme animal*; par M. Ducbeck.

CAS DE DÉVELOPPEMENT PRÉCOCE DU SYSTÈME SEXUEL; par M. WILSON.

OBS. — Ann. G... naquit en mars 1845. Elle n'offrit rien de remarquable à sa naissance, si ce n'est le développement non habituel des seins, qui étaient de la grosseur « d'œufs de poule; » ils augmentèrent rapidement, et au cinquième mois ils étaient aussi développés que ceux d'une jeune fille à l'âge de puberté. A cette époque, la mère remarqua que les linges de l'enfant étaient tachés de sang. Elle reconnut que ce sang provenait des parties génitales. Cet écoulement dura deux jours pendant cinq mois. Après cette époque, il ne se manifesta que tous les trois mois jusqu'à l'âge de 4 ans, époque à laquelle il ne se manifesta plus régulièrement.

L'enfant devint maladive et fut sujette aux indispositions qu'éprouvent habituellement les femmes dont la menstruation est supprimée.

Après avoir employé différents remèdes, les règles reparurent régulièrement, mais seulement tous les sept mois, et continuèrent ainsi à couler pendant cinq jours durant plusieurs années. Sa santé était revenue.

Lorsque M. Wilson la vit, il y avait quelques semaines que l'époque à laquelle les règles apparaissaient habituellement était passée, et sa santé s'était altérée de nouveau. M. Wilson l'examina pendant son sommeil. Elle avait la

taille ordinaire d'une enfant de son âge, mais elle était extrêmement grasse; ses seins étaient à peu près de la grosseur de ceux d'une fille adulte *bien développée*, ce dont elle était très-fière, selon le dire de son père. Le pudendum était recouvert de poils noirs, épais; elle avait tout à fait l'apparence d'une jeune fille qui a dépassé l'âge de la puberté.

DE L'USAGE DE L'EMPLATRE ADHÉSIF DANS LE TRAITEMENT DE LA FRACTURE DE LA ROTULE; par M. NEILL.

Le moyen préconisé par M. Neill est semblable à celui de M. Gama. Ce sont de longues bandelettes de sparadrap qui, une fois appliquées sur les compresses graduées, ne laissent pas craindre de relâchement comme dans l'appareil dextriné. De plus, elles permettent de laisser la rotule à découvert et de resserrer ou relâcher la pression, suivant le besoin.

III. THE AMERICAN JOURNAL OF INSANITY.

La livraison trimestrielle de janvier 1854 renferme les travaux originaux suivants : 1° *Sur les hallucinations.* 2° *De la construction et de l'organisation des établissements destinés aux fous.* 3° *De la folie et des établissements destinés aux fous.* 4° *De la folie considérée dans ses rapports civils.*

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 11 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

DU PÉRINÈVRE, ESPÈCE NOUVELLE D'ÉLÉMENT ANATOMIQUE QUI CONCOURT A LA CONSTITUTION DU TISSU NERVEUX PÉRIPHÉRIQUE.

M. CH. ROBIN lit sous ce titre un mémoire dont nous reproduisons les extraits suivants :

Le périnèvre constitue autour des faisceaux primitifs des nerfs un tube ou gaîne non interrompue, qui s'étend depuis la sortie des nerfs hors de la dure-mère, ou depuis les ganglions pour les nerfs de sentiment jusqu'à la terminaison des tubes nerveux au sein des tissus. Il manque dans les rameaux du grand sympathique dont la coloration est grise et la consistance molle; il existe dans ceux qui ont une couleur blanche. Chaque tube est composé d'une paroi épaisse de quelques millièmes de millimètre, dont la substance est homogène, sans fibres ni fissures; mais elle est un peu granulense et pourvue de noyaux longitudinaux, d'autant plus écartés les uns des autres et d'autant moins nombreux que le tube est plus large. Les réactifs agissent sur lui tout autrement que sur le tissu cellulaire; l'acide azotique surtout le durcit et le plisse en lui donnant une consistance parcheminée; lorsqu'au contraire il agit sur le tissu cellulaire, il le gonfle et le réduit à l'état d'une masse granuleuse jaunâtre.

Chaque filet nerveux, visible à l'œil nu ou non, est enveloppé par le périnèvre; c'est à la résistance considérable de celui-ci, à son peu d'élasticité que les nerfs doivent de pouvoir résister à de fortes tractions ou à la distension que leur font éprouver les tumeurs, bien que les tubes ou fibres primitives dont ils sont formés soient d'une délicatesse extrême.

Entre les filets qu'enveloppe le périnèvre se trouve le tissu cellulaire connu sous le nom de *névrilème*, qui forme en outre une couche assez épaisse autour des gros nerfs. Or, les vaisseaux nourriciers des nerfs se ramifient et se distribuent dans le névrilème seulement. Aucun capillaire sanguin ne traverse le périnèvre pour ramper dans sa cavité entre les tubes ou fibres nerveuses primitives.

En un mot, l'affection morbide connue sous le nom de *névrite* a son siége dans le névrilème, mais nullement au sein même des faisceaux que forment les tubes nerveux, puisque nul capillaire ne les accompagne d'une manière directe. C'est également au périnèvre dépourvu de vaisseaux et n'étant point traversé par eux que les filets nerveux doivent la propriété de traverser des tissus diversement altérés sans participer à cette altération.

Le périnèvre présente encore plusieurs autres particularités anatomiques et physiologiques intéressantes à étudier : telles sont entre autres celles qui sont relatives à la manière dont cet élément anatomique tubuleux se ramifie pour envelopper d'une manière immédiate les filets nerveux jusque dans leurs dernières ramifications.

Le périnèvre, en un mot, se subdivise d'une manière correspondante, et finit par n'envelopper plus qu'un seul élément sur lequel il est immédiatement appliqué. Lorsque ce tube se ramifie lui-même en deux ou plusieurs branches, le périnèvre le suit dans ces ramifications.

Si un élément nerveux se termine par une extrémité libre et aiguë, comme on le voit dans les appareils électriques, dans les muscles, etc., le périnèvre s'amincit peu à peu et cesse d'exister un peu avant la terminaison même du tube nerveux.

Si l'élément nerveux se termine dans un corpuscule de Pacini, le périnèvre l'accompagne jusqu'à ce renflement, dont les couches sont en continuité de substance avec lui; si, au contraire, il se rend à un corpuscule du tact, le périnèvre l'accompagne jusqu'à ce corpuscule et se confond avec lui; en sorte que les corpuscules de Pacini et ceux du tact peuvent être considérés comme une dépendance du périnèvre.

Le périnèvre offre assez souvent une modification de structure qui peut être sénile ou pathologique. Il n'est guère de sujet ayant dépassé 60 ans sur lequel on ne puisse rencontrer cette disposition. L'altération dont il s'agit est caractérisée par un dépôt de granulations graisseuses, tantôt éparses, tantôt plus ou moins rapprochées ou même contiguës, de manière à former des plaques d'étendue et de configuration variées. Ces granulations graisseuses sont incluses dans l'épaisseur de la substance du périnèvre. Partout où elles sont abondantes et rapprochées, elles masquent en partie ou entièrement les noyaux ovoïdes, allongés, finement granuleux, à contour net, mais pâle, qui sont propres à la substance de ces tubes.

(Comm. : MM. Serres, Rayer, Bernard.)

— M. LEGRAND prie l'Académie de vouloir bien prendre connaissance d'une note qu'il lui a adressée sous pli cacheté, et dont elle a accepté le dépôt dans la séance du 19 décembre 1853.

Le paquet ouvert en séance renferme une note ayant pour titre : NOUVELLE THÉRAPEUTIQUE DU CHOLÉRA-MORBUS ASIATIQUE.

Dans cette note, après avoir exposé les motifs qui l'ont porté à considérer cette maladie comme une gastro-entéralgie portée à son summum d'intensité, et par suite à employer pour le traitement de cette terrible maladie des moyens analogues à ceux qu'il emploie depuis longtemps avec succès pour combattre la gastralgie simple, il donne l'observation de deux cas bien caractérisés de choléra qu'il a guéris par cette médication, dont l'agent principal est l'extrait aqueux de noix vomique dans la proportion de 15 à 25 centigrammes pour 150 grammes de véhicule, administré par cuillerée à bouche, de deux en deux heures.

(Renvoi à l'examen de la Section de Médecine.)

L'Académie renvoie à la même section deux lettres également relatives au choléra, l'une de M. MARTEAU, l'autre de M. ERZ. Cette dernière est écrite en allemand et porte le timbre de Francfort-sur-le-Mein.

— M. SERRES, à l'occasion de ces communications, annonce que la section de médecine a arrêté les bases du programme pour le prix Bréant, et espère pouvoir la soumettre à l'Académie dans la séance du 25 de ce mois.

CŒUR ARTÉRIEL ACCESSOIRE DANS LES LAPINS.

M. SCHIFF communique sous ce titre un mémoire dans lequel il se propose de démontrer l'existence d'un cœur artériel chez le lapin.

Chez beaucoup d'animaux inférieurs, dit l'auteur, on connaît des parties plus ou moins étendues du système vasculaire qui possèdent un mouvement rhythmique indépendant du centre circulatoire, et qui, par leurs contractions et par leurs expansions alternatives, aident ou remplacent l'action du cœur.

Mais pour les animaux supérieurs, on a cru que tous les mouvements alteratifs que l'on aperçoit dans les vaisseaux périphériques étaient produits seulement par l'impulsion du cœur, jusqu'à ce que, l'année passée, Warthon Jones eût découvert, dans les ailes des chauves-souris, une contraction rhythmique et indépendante de beaucoup de veines. Dans les autres parties de ces mêmes animaux, dans les artères, et chez d'autres animaux, Jones n'a pas pu trouver une contraction rhythmique des vaisseaux.

D'après les observations de l'auteur, les artères de l'oreille des lapins possèdent, jusque dans leurs plus petites ramifications, un mouvement rhythmique indépendant de l'impulsion du cœur central. Ces artères présentent une expansion, pendant laquelle le sang est en partie aspiré, et une contraction par laquelle elles aident la circulation. Non-seulement il est établi, par les recherches et les expériences de M. Schiff, que ce mouvement est indépendant de l'impulsion du cœur central, mais ce physiologiste démontre qu'il est sous la dépendance du système nerveux, particulièrement de la partie cervicale de la moelle épinière.

— M. VIERORDT, professeur de physiologie à l'Université de Tubingue, annonce avoir imaginé un petit appareil au moyen duquel les battements du pouls sont figurés par une ligne ondée qui donne, en les amplifiant dans un rapport déterminé, les déplacements de l'artère, en même temps qu'elle marque les intervalles entre les pulsations consécutives. La courbe est tracée par une pointe que le battement de l'artère fait mouvoir de haut en bas, sur une bande de papier couverte de noir de fumée, qui se meut horizontalement et avec une vitesse constante.

M. Vierordt adresse quelques épreuves des tracés ainsi obtenus, et annonce l'intention d'envoyer prochainement sur ce sujet un mémoire qu'il destine au concours pour le prix de physiologie expérimentale.

A l'occasion de cette lettre, M. Flourens rappelle que le moyen employé par M. Vierordt pour les battements de l'artère avait été déjà employé par les physiciens; il l'a été notamment par M. Duhamel, dans ses recherches sur les vibrations d'une corde flexible chargée d'un ou de plusieurs curseurs.

— M. SANSON (ALPH.), chargé par le ministre de l'instruction publique d'une mission scientifique pour les régions qui sont aujourd'hui le théâtre de la guerre, se met à la disposition de l'Académie pour les observations qu'elle croirait convenable de lui indiquer dans le domaine des sciences naturelles et médicales; si l'Académie veut bien lui préparer des instructions, il les recevra par la voie de l'ambassade française à Constantinople.

Une commission, composée de MM. Serres, Duméril, Élie de Beaumont et Regnault, est invitée à préparer les instructions demandées.

— M. Heurteloup prie l'Académie de vouloir bien compléter la commission à l'examen de laquelle avait été renvoyé son mémoire intitulé : La lithotripsie sans fragments.

MM. Velpeau et Rayer remplaceront dans cette commission MM. Roux et Lallemand.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 19 septembre. — Présidence de M. Bostan.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Le rapport de M. de Montozon, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Château-Gontier, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Châtelain. (Comm. des épid.)

2° Le rapport final de M. le docteur du Ganoy, médecin des épidémies de l'arrondissement du Puy, sur une épidémie de variole qui a régné dans la commune de Saint-Étienne-du-Vigan depuis le mois de mai jusqu'au 15 août dernier.

Le même ministre transmet une notice contenant la relation sommaire des observations faites par M. Thomas, pendant sa mission dans la Haute-Marne, sur les épidémies de suette et de choléra qui ont affligé ce département.

— M. Ribes fils écrit au sujet de la communication de M. Hutin relative au résultat des fractures de la moitié supérieure de la cuisse et de la moitié inférieure de la jambe dont se compliquent les plaies par armes à feu. (Voir ci-dessus.) (Renvoi à la comm. nommée.)

—M. Martin, médecin de l'Hôtel-Dieu d'Arles, adresse un mémoire ayant pour titre : Du choléra épidémique observé dans la ville d'Arles et son territoire en 1854, faisant suite aux quatre choléras des années précédentes (1832, 1835, 1837 et 1849). L'auteur désigne le choléra de 1854 sous le nom de choléra avec prédominance du caractère asthénique. (Comm. du choléra de 1854.)

— M. Letellier (de Napoléon-Saint-Leu-Taverny) communique une observation relative aux effets des vapeurs des huiles essentielles, dont il préconise l'emploi contre la cause du choléra. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

— M. Rancurel, chirurgien en chef de l'hôpital civil de Douéra, envoie un rapport médico-légal relatif à l'empoisonnement par l'*attractylis gummifera*, en réponse aux assertions de son interne, M. Commaille. (Comm. nommée, M. Chatin, rapporteur.)

— M. Mathieu présente une modification qu'il a fait subir à l'instrument de Fahestock. Comme on le voit sur le dessin, cet instrument est muni de trois anneaux et n'a plus de manche. Sa manœuvre n'exige jamais que l'emploi de la main droite, quel que soit le côté sur lequel on opère; elle se compose de trois temps, qui se réduisent pour l'opérateur à un seul mouvement, lequel consiste simplement à rapprocher les deux anneaux fixes maintenus par l'indicateur et le médius, et l'anneau mobile, qui fait avancer le pouce.

On obtient ainsi et d'une manière instantanée la fixation de l'amygdale, son élévation et sa section, trois temps qui, on le répète, se réduisent au simple rapprochement des anneaux dans une direction constante.

L'instrument se démonte entièrement en imprimant un quart de tour à la clef, ce qui permet de l'entretenir dans un état de propreté très-facilement.

— M. Charrière fils adresse une note en réponse à la réclamation faite dans la dernière séance par M. Mathieu, au sujet d'un nouveau modèle d'aiguille brisée.

M. Mathieu dit avoir fait ces mêmes aiguilles, il y a trois ans, pour M. Chassaignac, qui les a employées dans son service. M. Charrière a pris des renseignements auprès de ce chirurgien, et sa réponse consiste en ce qu'il avait voulu, en effet, essayer des aiguilles présentées par ce fabricant, mais que ces essais n'avaient pas été heureux; que les deux pointes de l'aiguille s'étaient écartées en faisant hameçon dans les tissus, et qu'il avait été obligé d'y renoncer complétement.

M. Chassaignac a ajouté que les aiguilles de M. Charrière, dont le principe diffère en tout de celles de M. Mathieu, étaient justement ce qu'il avait demandé à ce dernier; elles ont été employées avec succès dernièrement par MM. Giraldès et Richard, dans leurs services à l'hôpital.

— M. Alix adresse un paquet cacheté. (Le dépôt est accepté.)

Traitement de l'orchite par le collodion.

M. Velpeau, à l'occasion du procès-verbal, rappelle qu'il a adressé à M. Bonnafont une question relative à la durée de l'orchite. M. Bonnafont lui ayant répondu que les observations détaillées devaient être publiées dans le prochain numéro de la Gazette hebdomadaire, M. Velpeau y a recouru, et a été frappé du résultat très-singulier que lui a donné le dépouillement de ces observations.

Il a trouvé :

Pour une première observation. .	21 jours	de durée.
Pour une seconde —	29 —	—
Pour une troisième —	33 —	—
Pour une quatrième —	26 —	—
Pour une cinquième —	22 —	—
Pour une sixième —	16 —	—
Et pour une septième —	10 —	—

Ce qui donne pour ces 7 malades un total de 157 jours, soit 22 jours 1/2 en moyenne pour chaque malade.

Il résulte de là que le traitement par le collodion donne une durée moyenne de 22 jours 1/2, tandis que la durée moyenne, par les autres traitements, est de 16 à 18 jours.

Procédé pour déterminer la richesse du lait.

M. Bussy, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Boutron et Boullay, lit un rapport sur un nouveau procédé propre à déterminer la richesse du lait, par M. Marchand, pharmacien à Fécamp.

Le fait sur lequel repose ce nouveau procédé est celui-ci : Si l'on agite du lait avec parties égales d'éther en volume, on dissout, comme on le savait déjà, le beurre que renferme le lait; mais si l'on ajoute au mélange un volume d'alcool égal à celui de l'éther, le beurre, primitivement dissous, se sépare et vient surnager le liquide sous forme d'une couche huileuse, de telle façon que si l'on opère dans un tube gradué, on pourra lire directement sur le tube la quantité de matière huileuse qui s'est séparée, et qui se trouve dans un certain rapport avec la quantité de beurre elle-même contenue dans le lait essayé.

Pour éviter la coagulation partielle du caséum qui aurait lieu par le mélange du lait avec l'éther et l'alcool, et qui s'opposerait à la séparation complète et facile du beurre, M. Marchand a eu l'heureuse idée d'ajouter au lait essayé une petite quantité de soude caustique, qui, sans altérer la matière grasse dans les conditions dans lesquelles on agit, présente cet avantage de maintenir le caséum dans un état de dissolution indispensable à la réussite de l'essai.

L'essai se fait dans un tube divisé en trois capacités égales correspondantes aux quantités de lait, d'éther et d'alcool qu'on doit employer.

Toute la manipulation consiste en ceci : introduire dans le tube d'essai une quantité déterminée de lait; ajouter une goutte de dissolution de soude caustique à 36° de densité. Agiter le mélange, sur lequel on verse ensuite un volume d'éther égal à celui du lait; agiter de nouveau, enfin ajouter l'alcool de 86 à 90° centésimaux; agiter encore pendant quelques instants, et jusqu'à ce que les caillots de cé sérum qui auraient pu se former par le mélange soient entièrement divisés. Laisser déposer à une température de 43° environ. On voit alors la matière huileuse surnager. Au bout d'un certain temps, cette couche huileuse plus ou moins colorée en jaune est devenue transparente; elle cesse d'augmenter de volume. Le liquide inférieur devient lui même d'une transparence presque complète. On lit alors sur le tube le nombre de centièmes occupé par la couche supérieure, et l'on cherche dans le tableau dressé par M. Marchand à quelle quantité de beurre correspond la proportion de matière grasse indiquée par l'instrument. L'expérience ne dure pas en tout plus de douze à quinze minutes.

Après quelques observations critiques relatives aux corrections qu'exige ce procédé, M. le rapporteur termine son rapport en ces termes :

En somme, le butyromètre de M. Marchand est un moyen nouveau mis à la disposition des chimistes et même des personnes étrangères à cette science pour déterminer la proportion de beurre que renferme le lait, et pour apprécier approximativement sa valeur vénale.

Le procédé est simple, d'une exécution très-facile. Le résultat peut être obtenu en quelques minutes et avec une exactitude suffisante pour la pratique. Toutefois, de même que tous les procédés qui ne tiennent compte que d'un seul élément, il ne donne pas une idée absolue de la richesse du lait, mais seulement sa richesse relativement au beurre.

Ce nouveau travail, dit en terminant M. le rapporteur, est un titre de plus que M. Marchand s'est acquis à la bienveillance de l'Académie. La commission propose, comme l'a déjà fait la commission qui a rendu compte du travail du même auteur sur les eaux potables, de porter son nom sur la liste des candidats regnicoles.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

— M. Robinet lit au nom de la commission des remèdes une série de rapports officiels sur des remèdes secrets ou nouveaux proposés contre le choléra. Aucun des moyens proposés n'étant nouveau ou utile, la commission déclare qu'il n'y a pas lieu d'appeler sur eux l'attention du ministre. (Adopté.)

— M. Heurteloup présente deux malades qu'il a opérés, vendredi dernier, en présence de MM. Velpeau et Rayer, par le procédé de lithotripsie dont il est inventeur. Ce procédé a pour résultat d'extraire la pierre immédiatement par les voies naturelles.

La séance est levée à quatre heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE.

MEDICINES, THEIR USES AND MODE OF ADMINISTRATION; by J. MOORE NELIGAN.

AN ESSAY ON THE ACTION OF MEDICINES IN THE SYSTEM; by F. W. HEADLAND.

ON THE CLASSIFICATION OF MEDICINES ACCORDING TO THEIR ACTION ON THE HUMAN BODY; by A. FLEMING.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

L'essai de Frédérick William Headland sur l'action des médicaments dans l'économie, ou sur le mode suivant lequel les agents thérapeutiques, introduits dans l'estomac, produisent leurs effets particuliers sur l'organisme, a été couronné par la Société médicale de Londres en 1852, médaille d'or de Fothergill. Pour apprécier convenablement ce travail, il faut se rappeler que la question proposée a été formulée par la Société médicale de Londres et que l'auteur a dû se conformer à un programme qui lui était tracé à l'avance. Il a suivi pour les doctrines celles qui ont actuellement cours en Angleterre et qui y ont été introduites par les Billing, les Pereira, les Sigmund et les travaux de Golding Bird, de Garrod, de Bence-Jones. A ces errements, il a ajouté des expériences originales et des vues nouvelles, à tel point que le nom d'Headland est aujourd'hui cité en Angleterre à côté de ceux des auteurs recommandables que nous venons de nommer. Cet essai étant destiné à faire autorité dans la question du mode d'action des médicaments, nous dirons ici en peu de mots la doctrine générale de l'auteur telle qu'il la formule en dix axiomes :

1° Les médicaments n'agissent point *sur l'économie* par l'intermédiaire du système nerveux de l'estomac. Pour agir, ils doivent passer du canal intestinal dans la circulation.

2° La plupart des agents médicamenteux sont susceptibles de se dissoudre dans le tube digestif, d'être absorbés et de passer ainsi dans la circulation.

3° Les substances insolubles ne passent point dans la circulation.

4° Il y a des agents qui agissent localement sur la muqueuse stomacale ou intestinale par irritation ou toute autre action analogue dont les effets peuvent se propager à distance par la révulsion.

5° Une fois introduite dans le sang, la substance médicamenteuse doit traverser le centre circulatoire avant de pouvoir agir sur les organes qu'elle influence.

6° L'action des médicaments sur le sang ou par l'intermédiaire de ce fluide sur les différents appareils de l'économie permet de les diviser en quatre classes : *hæmatica*, *neurotica*, *astringentia*, *eliminantia*.

7° Parmi les médicaments *hæmatiques* : *les uns* propres au sang, trouvent leurs analogues dans ce fluide, se combinent avec lui de manière à remplacer certains principes qui s'y trouvent en moins, et peuvent, sans être éliminés, rester dans la circulation un temps plus ou moins long ; *les autres*, qui n'appartiennent point aux principes naturels de la constitution du fluide vital, doivent tôt ou tard être excrétés par les glandes ; ils sont applicables à ces désordres morbides qui dépendent non point de l'absence d'un des principes naturels de l'économie, mais de la présence d'un agent nuisible dans le sang, agent qu'il faut détruire ou éliminer. Les premiers, *restaurantia*, comprennent six espèces : *alimenta*, *acida*, *alkalia*, *tonica*, *chalybeata*, *solventia*. Les seconds, *catalytica*, comprennent huit ordres : *antiphlogistica*, *antisyphylitica*, *antiscrofulosa*, *antiarthritica*, *antiscorbutica*, *antiperiodica*, *anticonvulsiva*, *antisquamosa*.

8° Les médicaments *névrotiques* agissent par l'intermédiaire du sang sur les nerfs ; leur action est momentanée ; ils paraissent produire des changements moléculaires sur les fibres nerveuses ; ils se divisent en trois genres : 1° *stimulantia* comprenant les stimulants généraux et les stimulants spéciaux ; 2° *narcotica*, divisés en *inebriantia*, *somnifera*, *delirantia* ; 3° *sedantia*, comprenant les sédatifs généraux et les sédatifs spéciaux.

9° Les *astringents* agissent toujours par le moyen du sang sur la fibre musculaire que leur contact excite ; c'est principalement sur les muscles de la vie organique que leur action est manifeste ; c'est par suite de cette action portée sur les parois des vaisseaux capillaires et sur les conduits des glandes qu'ils agissent comme styptiques. Tous les astringents coagulent l'albumine.

10° Les substances *éliminatrices* agissent sur les sécrétions de certaines glandes qu'elles stimulent par leur présence en même temps qu'elles sont éliminées par elles. Elles comprennent six espèces : *sialagogues*, *expectorants*, *cathartiques*, *cholagogues*, *diaphorétiques*, *diurétiques*.

Nous n'étendrons pas cette analyse au delà de ce simple aperçu ; nous voulons seulement, en terminant, donner les moyens de comparer la classification d'Headland avec celle qu'Alexandre Fleming, professeur de matière médicale à Cork, a proposée en 1852, dans le journal trimestriel de Dublin, sous le titre de CLASSIFICATION DES MÉDICAMENTS SUIVANT LEUR ACTION PHYSIOLOGIQUE. Cet arrangement comprend dans une première division, qui est la plus considérable, tous les médicaments qui sont employés à cause de leur action physiologique sur l'organisme : *tonics*, *atonics*, *stimulants*, *sédatifs*, *tétanics*, *narcotics*, *parturients*, *évacuants*, *astringents*, *irritants*, *émollients*. La seconde division, médicaments non physiologiques, ne comprend qu'une classe, celle des *anthelmintiques*.

Les *toniques*, dit l'auteur, opèrent lentement, mais longtemps et sans réaction ; ils favorisent la digestion et l'appétit, *augmentent d'une manière permanente la force et le poids du corps*, enrichissent le sang, aident à la nutrition. Tous les toniques favorisent l'assimilation, mais de différentes façons ; de là quatre classes : 1° l'huile de foie de morue, 2° le fer et ses composés, 3° les toniques amers végétaux, 4° les toniques acides (acide sulfurique, nitrique, chlorhydrique, citrique).

Les *atoniques diminuent d'une manière permanente la force et le poids du corps*, indépendamment de toute évacuation ; ils comprennent le mercure, l'arsenic, l'iode, la potasse, la soude, la chaux, la magnésie et leurs composés.

Les *stimulants accroissent temporairement l'activité fonctionnelle, indépendamment de toute inflammation locale* ; leur action est suivie de réaction. Ce sont les liqueurs alcooliques, l'éther et ses composés, les composés ammoniacaux, les principes distillés des labiées, des ombellifères, etc. ; les alcorésines, copahu, cubèbe, matico ; les gommes résines, assa-fœtida, ammoniaque, galbanum ; le musc et le castoreum.

Les *sédatifs diminuent temporairement l'activité fonctionnelle, indépendamment de toute évacuation* ; leurs effets amènent une réaction. Les *sédatifs purs* sont la digitale, l'aconit, la ciguë, l'acide hydrocyanique, etc. ; les *sédatifs atoniques et irritants* sont l'émétique, le nitrate de potasse ; les *sédatifs irritants* sont le tabac et le colchique ; les *sédatifs mydriacés* sont la belladone, la stramoine, la jusquiame.

Nous passons sous silence les *tétaniques*, les *narcotiques* et les autres divisions de la classification du professeur Fleming ; elle s'appliquerait facilement à un cours, ou à un ouvrage de matière médicale ou de thérapeutique ; elle comprend dans son cadre toutes les substances de la matière médicale ; elle est susceptible de s'accommoder aux progrès de la science ; mais elle ne forme point, à notre sens, une classification véritablement scientifique. Ce système est encore à trouver ; on ne saurait fonder, dans l'état actuel de la thérapeutique et de la physiologie, que des essais de classification physico-chimique dans le genre de celui du docteur Headland. Ce qui nous faisait dire, en commençant cet article, qu'il valait mieux aujourd'hui, dans un ouvrage de thérapeutique ou de matière médicale, adopter une classification artificielle plutôt que de chercher la classification rationnelle des médicaments, qui ne fournirait que des ébauches systématiques et bien imparfaites.

THOLOZAN.

VARIÉTÉS.

MOUVEMENT DU CHOLÉRA DANS PARIS ET DANS LES COMMUNES RURALES.

Septembre. . .	15	16	17	18	19	20	21
Admissions aux hôpitaux	8	4	5	11	6	12	5
Cas déclarés à l'intérieur	3	3	6	2	6	2	5
Totaux.	11	7	11	13	12	14	10

	Septembre...	15	16	17	18	19	20	21
Décès :	Dans les hôpitaux civils..	12	4	10	7	9	8	6
	— militaires..	4	5	1	2	3	3	0
	A domicile : 1er arrond...	0	0	0	2	1	1	0
	2e —	1	3	0	0	1	1	0
	3e —	0	1	0	0	1	1	1
	4e —	0	1	0	0	0	0	0
	5e —	4	1	0	0	1	2	0
	6e —	0	0	1	0	1	1	2
	7e —	2	0	0	1	0	2	0
	8e —	0	0	4	0	1	0	1
	9e —	0	1	1	1	0	0	0
	10e —	2	5	4	1	2	5	4
	11e —	0	1	1	0	0	0	2
	12e —	1	2	0	1	4	1	2
	Communes rurales.....	3	18	4	4	11	4	4

RÉCAPITULATION DES DÉCÈS CHOLÉRIQUES :

Dans les hôp. civils et militaires...	16	9	11	9	12	11	6
A domicile et dans les comm. rurales.	13	33	15	10	23	18	16
Totaux généraux des décès...	29	42	26	19	35	29	22

Nous sommes heureux de voir se réaliser nos espérances au sujet de la décroissance du choléra. Le bulletin qui précède constate une diminution telle sur les précédents, qu'on peut en induire la prochaine cessation de l'épidémie.

RÉCAPITULATION DEPUIS LA RECRUDESCENCE JUSQU'AU 21 SEPTEMBRE.

Admissions dans les hôpitaux civils. .	4,293	6,140
Cas déclarés à l'intérieur	1,847	
Décès dans les hôpitaux civils.	3,144	10,349
— — militaires ..	592	
— à domicile.	4,271	
— dans les communes rurales.	2,342	

Le chiffre des décès cholériques pour toute la France est, à la date du 14 septembre, de 82,050.

— Les nouvelles des départements sont très-rassurantes. L'épidémie est partout en décroissance et ne s'étend pas.

— CHOLÉRA A LONDRES. — Semaine du 2 au 9 septembre 1854 :

Mortalité générale.	3,413
— due au choléra ...	2,050
— due à la diarrhée. .	276

Cette mortalité se répartit de la manière suivante :

1° Sous le rapport du sexe :

Hommes. ...	954
Femmes. ...	1,096

2° Sous le rapport de l'âge :

Au-dessous de 15 ans. .	614
De 15 à 60 ans.	1,128
De 60 et au-dessus ...	287

3° Sous le rapport des localités :

Quartier de l'ouest.	545
— du nord.	208
— du centre.	417
— de l'est	208
— du midi.	972

Observations météorologiques : Hauteur barométrique moyenne, 30,1 p.=76°,4 cent.; hauteur thermométrique moyenne, 59°,2 Fah. =15°,1 centig.; électricité positive, vent du nord-est.

— Par décret impérial du 14 septembre 1854 ont été nommés au grade de chevalier de la Légion d'honneur les médecins militaires qui ont rendu de grands services à la première division de l'armée d'Orient. Ce sont :

M. Moreau, médecin aide-major de première classe au 20e de ligne;

M. Maupon, médecin aide-major de première classe au 1er régiment de zouaves;

M. Levié, médecin aide-major de première classe au 27e de ligne.

Par le même décret a été également nommé chevalier de la Légion d'honneur, en récompense des services distingués qu'il a rendus au corps expéditionnaire de la Baltique : M. Nogués, médecin aide-major de première classe au 1er régiment de grenadiers de la garde impériale, détaché au 51e de ligne.

— Un décret impérial, en date du 12 août 1854, étend à l'Algérie le bénéfice de la convention sanitaire internationale, dont l'exécution a été réglée par les décrets du 21 décembre 1850 et du 4 juin 1853.

Les modifications apportées à ces derniers décrets, en ce qui concerne l'Algérie, ne portent que sur la composition des *commissions* sanitaires transformées en *conseils*, et n'ont d'autre but que d'adapter l'institution aux exigences locales.

— M. Paul Rambourg, maire de la ville de Commentry (Allier), vient de donner 200,000 fr. à cette ville, pour l'érection d'un hôpital destiné aux ouvriers malades du pays.

— Une question qui ne manque pas d'importance va être prochainement débattue devant le tribunal de Marseille. Le jury médical des Bouches-du-Rhône a saisi dans les pharmacies homœopathiques des médicaments préparés suivant les prescriptions hahnemanniennes et a fait poursuivre les pharmaciens, en se basant sur les trois motifs suivants :

« 1° Ces pharmaciens n'ont pas dans leur officine le registre prescrit pour la vente des substances vénéneuses, ce qui est conséquent avec leurs principes, puisqu'un médicament homœopathique ne peut jamais être un poison;

« 2° Ils n'ont pas non plus les médicaments marqués d'un astérisque au Codex, et que tout pharmacien est tenu, aux termes des lois et règlements, d'avoir tout préparés à l'avance;

« 3° Enfin ils sont accusés du délit commun de tromperie sur la qualité de l'objet vendu, l'analyse chimique ne permettant pas, au moins dans la grande majorité des cas, de constater, dans les globules et dans les dilutions, la matière active qu'on prétend y être renfermée. »

— CE QUE COUTE LE CHOLÉRA. — Les commissaires chargés de rechercher les causes de la gravité du choléra à Newcastle-upon-Tyne, dans l'automne dernier, viennent de faire paraître leur rapport, dont nous extrayons les faits suivants :

Pendant la durée de l'épidémie de Newcastle, une dépense de 875,000 fr. a été faite, à des titres divers, par la ville et les différentes associations de secours. L'emploi judicieux d'une somme aussi considérable, quelques mois avant le début de l'épidémie, aurait pu faire beaucoup pour diminuer ou éloigner non-seulement la calamité de 1853, mais les épidémies analogues, dont l'invasion est à craindre dans les années suivantes.

L'enquête de Gateshead présente des faits analogues.

L'état de salubrité de Tynemouth était des plus mauvais avant 1849, et pendant l'épidémie de cette année, la ville souffrit beaucoup. Depuis cette époque, les autorités locales ont pris telles mesures qu'il convenait au point de vue de l'hygiène publique; aussi en 1853 cette ville fut atteinte par le choléra, mais ne perdit que 9 personnes sur 30,000 habitants.

— SOLDE DES MÉDECINS MILITAIRES DANS L'INDE ANGLAISE. — Le nombre des médecins adjoints admis chaque année au service de la compagnie des Indes Orientales est de 50 par an, chiffre à peu près égal à celui du recrutement annuel des médecins militaires dans notre armée en temps de paix.

La solde de ces médecins adjoints est de 5,580 fr. par an pour les corps d'infanterie européenne ou indigène; elle est de 5,850 fr. pour l'artillerie à pied et le génie; de 8,350 fr. pour l'artillerie à cheval et la cavalerie.

Dans le grade de médecin major, la solde est respectivement pour les différentes armes que nous venons de nommer, de 9,250 fr., 9,800 fr. et 14,025 fr.

Dans le cas où par suite de maladie un médecin serait obligé de quitter le service avant d'avoir servi trois ans, on lui assure une pension de 3 fr. 50 c. par jour pour la vie. Jusqu'à douze ans de service, cette pension s'élève graduellement à 8 fr. par jour. Après vingt ans de service, la pension est de 4,775 fr.; à vingt-quatre ans, elle est de 6,250 fr.; à vingt-huit ans, elle est de 7,500 fr.; à trente-deux ans de service elle s'élève à 9,125 fr.; à trente-cinq ans, à 12,500 fr.; à trente-huit ans, à 17,500 fr.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

Du mémoire de M. Thore, inséré dans votre numéro du 2 septembre, ressortent les faits suivants :

Sur 8 *non vaccinés* atteints de fièvres continues graves, dites typhoïdes, 1 seul a succombé.

Ce rapport de mortalité—1 sur 8—s'accorde *très-bien* avec celui donné par Stoll—1 sur 7 6/10. Cela est tout simple!

Mais ce rapport ne s'accorde *nullement*, ce qui est très-remarquable, savoir :

1° Avec le rapport—1 sur 3—donné par MM. Louis et Chomel pour les hôpitaux de Paris;

2° Avec le rapport—1 sur 4 1/3—donné par M. Forget, pour l'hôpital de Strasbourg;

3° Avec le rapport—1 sur 4 1/2—donné par M. Delaharpe pour l'hôpital de Lausanne, et relevé sur 588 malades. (GAZETTE HEBDOMADAIRE, 16 juin 1854.)

Or, dans ces trois rapports, dont la *moyenne* est 1 sur 4, variolés et vaccinés sont confondus.

Ou l'arithmétique est fausse, ou la conclusion forcée de cette courte dissertation est celle-ci :

Les fièvres continues aiguës présentent, chez les VACCINÉS, *un danger* AU MOINS *deux fois plus grand que chez les* NON-VACCINÉS.

Voilà ce qu'il est important de savoir et d'expliquer. *Le nom* donné à la fièvre ne prouve rien; *le danger*, voilà ce qui, aux yeux de la science, différencie réellement les maladies *intestinales* des vaccinés et des non-vaccinés.

Agréez, etc.

H. CARNOT.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE GÉNÉRALE.

INSTRUCTION MÉDICALE POUR L'ARMÉE D'ORIENT, ÉTABLIE OFFICIELLEMENT PAR LE CONSEIL DE SANTÉ DES ARMÉES DE TERRE.

(Troisième et dernier article. — Voir les nos 24 et 33.)

Le Danube sépare la Bulgarie de la Valachie; la première vient mourir sur sa rive droite et la seconde sur sa rive gauche; mais le pays présente, sur l'un et l'autre bord, des conditions topographiques bien différentes.

La Valachie se déroule en immenses plaines basses, presque à fleur d'eau, inondées deux fois par an, au printemps, après les pluies abondantes de l'hiver, et en juillet, à la suite de la fonte des neiges. Après cette seconde crue, la plus considérable, les eaux se retirent en laissant les plaines profondément trempées d'humidité, couvertes de gras limon, d'insectes et de poissons qui, sous une température de + 38° à l'ombre, sont bientôt travaillés par une active putréfaction. A cette époque, il ne faut pas chercher seulement les foyers palustres dans les îles basses et putrescentes du fleuve, dans les immenses marais qui le bordent, dans les nombreuses mares qu'il a laissées, en se retirant, au fond de toutes les cavités de la plaine, dans les plages riveraines couvertes de joncs et de roseaux trempant leur racine dans la vase; car toute la campagne s'est faite marais et exhale des vapeurs empoisonnées. Ajoutons, pour compléter cette esquisse topographique, que ces plages basses ne forment pas une bande étroite le long du fleuve, mais s'étendent au loin : à Bucharest seulement commencent les premières ondulations qui, se renflant de plus en plus en allant vers le nord, vont se relier aux contre-forts des monts Krapacks. Notons enfin que cette plaine immense est parcourue en tous sens par une multitude de fleuves, de torrents, de ruisseaux qui, débordant et se desséchant tour à tour, reproduisent ainsi dans l'intérieur des terres les conditions palustres que nous avons rencontrées le long du Danube.

La Bulgarie, sur la rive droite, présente des conditions topographiques et hydrologiques tout opposées : au lieu d'une plaine inondée, c'est une sorte de plateau qui, descendant du Balkan, ne va pas mourir sous forme de plages basses au bord du Danube, mais se termine brusquement au fleuve, ou tout près de lui, par des falaises abruptes, rocheuses ou argileuses. Ce plateau, qui se maintient partout à une certaine altitude, excepté probablement vers l'embouchure du fleuve, est coupé d'espace en espace de plaines alluviales traversées par les cours d'eau qui vont se jeter dans le Danube. La province, bien plus riche que la Valachie, ne compte pas un seul grand cours d'eau, mais de nombreuses fontaines bien entretenues fournissent partout une eau abondante et salubre.

La presse médicale a déjà fait pressentir quelle différence dans l'état sanitaire doit nécessairement résulter du campement sur l'une ou l'autre rive danubienne; nous voulons revenir sur ce point à peine touché, en nous appuyant sur ces faits déjà acquis à la science, pour en induire ceux que l'avenir nous réserve.

Dans les campagnes de l'empire les plus chargées de grandes et meurtrières batailles, c'est le feu de l'ennemi qu'il faut accuser d'un tiers, rarement de moitié, des hommes mis hors de combat; et la maladie est passible des deux autres tiers. En Algérie, la disproportion est bien plus marquée encore : sur 100 hommes qui meurent, il y en a 1 ou 2 qui succombent au champ d'honneur, comme on dit. Pendant le siége de Rome et les affaires qui l'ont précédé, 1,000 hommes à peu près ont été mis hors de combat, parmi lesquels 162 seulement tués sur place durant le siége; or dans les cinq mois pacifiques qui ont suivi la prise de possession (juillet à novembre), les hôpitaux ont reçu 12,463 malades, sur lesquels 653 ont succombé.

Il est donc une arme bien plus terrible que les inventions les plus meurtrières de l'homme : c'est la maladie, c'est l'épidémie. Autrefois, quand les Arabes voulaient se venger des Turcs habitant quelques villes du pays qui répond à l'ancienne Mésopotamie, ils ne perdaient pas leur temps à leur envoyer quelques balles; ils barraient certains cours d'eau, coupaient les digues, et l'inondation engendrait une épidémie de fièvres palustres qui se chargeait de la vengeance. Dispenser la maladie à son ennemi en conservant la salubrité dans ses campements, tel est le grand secret. Les bouillants guerriers riront de ce système que leur fougue dédaigne; mais Fabius, le temporisateur, qui fit plus de mal à Annibal que tant de courageux imprudents, n'affecterait certes point ce dédain irréfléchi.

Nous supposons les armées alliées occupant les plateaux riverains de la Bulgarie, en évitant avec soin les plaines alluviales, et les Russes étalés dans les marais de l'autre bord danubien, pendant la saison endémo-épidémique; et nous supposons à peu près ce qui existe. Si l'on sait résister aux tentations qui solliciteraient si vivement à passer le fleuve et à courir s'emparer des campements ennemis, c'est-à-dire à aller s'enterrer dans le même cimetière, on conservera un état sanitaire satisfaisant ou tout au moins passable, tandis qu'il adviendra aux Russes quelque chose qui leur rappellera la désastreuse campagne de 1828 et 1829, de laquelle il ne revint pas un homme sur dix. Il faut s'attendre à voir toutes les vieilles moustaches soulevées par le rire, si elles viennent à lire cette espèce de système de guerre exposé par un médecin. Quand, suivant les préceptes insérés au guide presque officiel des officiers du génie ou de l'artillerie, vous établirez votre camp dans une forte position, en l'appuyant sur *un marais* (*sic*) par exemple; eh bien! alors vous n'attendez point que l'ennemi vous tue, vous vous tuez vous-même, vous succombez sans combat avant l'heure de la gloire. Avouez qu'ici ce n'est plus le médecin qui donne prise à la critique de l'homme de guerre.

Prendre par la famine est, depuis l'origine des temps, considéré comme bonne guerre, et le rôle presque passif que ce système impose est réputé fort digne par les plus grands généraux. Prendre par la maladie ne serait pas une tâche moins noble, et le moyen n'est certes pas moins puissant. Que tout dédain cesse donc; il n'a point de raison d'être. Seulement, pour établir un pareil système, il faudrait appeler les médecins au même titre que le génie et que l'artillerie, à coopérer aux opérations et à participer aux déterminations. Ce rôle leur est impossible aujourd'hui; car subalternisés, réduits à l'état d'un rouage accessoire de l'administration, ils n'ont pas même de communication directe avec le commandement, qui ne sait de leurs affaires que ce que des intermédiaires veulent bien lui en transmettre.

FEUILLETON.

LA TURQUIE ET SES HABITANTS AU POINT DE VUE MÉDICAL.

(Suite. — Voir les numéros 30, 31, 32 et 38.)

Le quatrième chapitre traite des maladies de l'appareil digestif. Le peu d'activité intellectuelle des Orientaux, l'usage déréglé des aliments de toutes sortes et des boissons alcooliques, la négligence à entretenir la propreté de la bouche, et mille autres causes qu'il serait trop long d'énumérer, déterminent les maladies de l'appareil digestif dont on a pourtant exagéré la fréquence en Orient : cette exagération est due en grande partie aux diagnostics erronés de ceux qui pratiquaient, sans le trop connaître, l'art de la médecine à Constantinople jusqu'à une époque encore très-rapprochée. Combien, en effet, n'avons-nous pas rencontré de praticiens placer dans les intestins et le foie, le foie surtout, un mal qui avait son siége dans les organes de la respiration ou de la circutation. Les maladies de l'appareil digestif augmentent de fréquence à mesure qu'on avance vers le sud, où les maladies de l'appareil respiratoire diminuent dans la même proportion, le niveau de la terre égal d'ailleurs. Constantinople se présente comme un point de transition, c'est-à-dire que pendant l'hiver les maladies pulmonaires font leur cours, tandis qu'en été la dyssenterie sévit avec une intensité inconnue dans le Nord.

Les Orientaux sont réputés pour la blancheur de leurs dents; M. Rigler remarque avec raison que cette observation est juste pour les habitants de l'Asie Mineure, de la Roumélie et de l'Afrique qui vivent dans l'état primitif, mais qu'elle ne s'applique pas aux habitants des grandes villes où l'on rencontre très-fréquemment la carie et toutes les altérations connues; la stomatite est beaucoup plus fréquente que chez nous. M. Rigler la désigne sous le nom de *stomatite diphthéritique*; nous sommes portés à croire que cette forme spéciale, qui se montre le plus souvent près des dernières molaires, ordinairement d'un seul côté, mérite le nom de *stomatite ulcéreuse cachectique*, sous lequel l'un de nous l'a décrite dans la GAZETTE DE LA SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE VIENNE (1). La dentition est d'ordinaire plus tardive à Constantinople que chez nous, nous avons souvent observé, de même que l'auteur, des enfants qui avaient dépassé dix mois et n'avaient encore aucune dent.

Dans sa longue carrière médicale, M. Rigler n'a rencontré que deux cas de croup de pharynx dont il a pu suivre toutes les phases qui ont eu une issue funeste. On observe quelquefois durant le printemps des épidémies de croup très-sérieuses; mais c'est à tort que l'on parle de la fréquence de cette maladie, qui est confondue par les empiriques avec la laryngite spasmodique,

(1) ZUR PATHOLOGIE DER MUNOSCHLEIMHANT, von doctor Muhlig, 1852.

Laissez donc l'ennemi dans ce marais et tenez-vous sur la colline. Ce système n'est point tout à fait neuf du reste. Le danger du campement dans les endroits humides et déclives avait frappé l'un des hommes les plus richement organisés parmi tous les généraux de notre temps, Bugeaud, colonisateur, grand capitaine, agriculteur, administrateur, homme de cœur et de tête, et père du soldat. Dans un ordre daté de Sidi-Aïcboun, il recommande aux chefs de colonnes de ne pas camper au bord de l'eau, malgré la commodité de ce voisinage; il désigne les hauteurs et les coteaux comme lieu d'assiette du camp. « Une seule nuit passée dans un bas-fond, dit-il, suffit quelquefois pour donner une centaine de malades sur un effectif de trois mille hommes. » Nous ne recommandons ici que l'application en grand de cette utile mesure.

Il n'est pas besoin d'établir ici quelle complète opposition règne dans l'état sanitaire de telle population échelonnée le long de la montagne et de telle autre étalée dans la vallée marécageuse; on ne vit point dans la déserte campagne de Rome, mais on prospère à Frascati, à Albano et à Tivoli; on meurt dans la plaine pontine, on végète sur les premiers gradins de la montagne, on fleurit sur les sommets.

Quelques chiffres vont montrer quelle différence de salubrité peut provenir, je ne dirai pas de l'habitation en plaine ou sur les plateaux, mais dans les différents quartiers d'une même ville. A Rome, la seule influence des sites a fait varier les malades, en 1850, de 13 p. 100, corps occupant les quartiers insalubres, à 2 p. 100, corps stationnés dans les régions saines de la ville; en 1851, de 29 p. 100 à 6 p. 100; en 1852, de 15 p. 100 à 6 p. 100; en 1853, de 28 p. 100 à 3 p. 100. Ainsi, en moyenne, les quartiers les plus sains n'ont eu que 4 malades, tandis que les quartiers insalubres en fournissaient 21; c'est à peu près la proportion de 1 à 5. Notons, avant de continuer, que la vieille expérience qui, du temps de Doni déjà, avait catégorisé les quartiers selon leurs degrés de salubrité, a reçu la plus éclatante confirmation pendant le séjour de l'armée française à Rome, et que ce sont les mêmes sites qui ont à peu près invariablement le plus souffert chaque année.

Si des points aussi rapprochés, situés dans une même ville, présentent des conditions de salubrité si opposées, quel serait donc le contraste entre deux armées dont l'une croupirait dans la fange des bords marécageux du Danube, tandis que l'autre s'aérerait aux vents qui battent les plateaux secs et élevés de la rive opposée? Cela vaut bien qu'on y songe mûrement, et que le commandement militaire, tout en conduisant la campagne d'après les exigences de la guerre et pour la plus grande utilité de sa cause, ne perde point de vue que les indications de l'hygiène peuvent devenir son plus puissant auxiliaire, pour ne pas dire davantage.

P.-S.—Cet article a été rédigé, comme on a pu le voir, avant les circonstances où nous nous trouvons actuellement. Le principe qui le domine, c'est-à-dire le principe de *la guerre par la maladie*, demeure néanmoins vrai et fécond; mais les applications que nous avons alors formulées ne sont plus de saison, du moins pour le moment. Les armées anglo-françaises et russes ne vont plus se trouver face à face sur l'une et l'autre rive du Danube; le Moscovite a fui, et les provinces moldovalaques nous sont largement ouvertes.

Le militaire, classe la plus jalouse et la plus exclusive peut-être de la société humaine, ne sait encore faire la guerre que par la poudre et par la famine. Le troisième terme de cette terrible trinité, c'est la maladie; mais le maniement de cette arme ne lui appartient pas, et les hommes qui sont aptes seuls à diriger, au bénéfice de leur cause, ce fer à deux tranchants, se trouvent réduits, en France surtout, au rôle subalterne d'agents d'administration. C'est à peine si on leur laisse parfois assez d'initiative pour nous prémunir contre le mal. La possibilité de faire tourner l'épidémie à la ruine de l'ennemi a pu être pressentie par les nôtres; mais l'autorité militaire, qui nous consulte à peine pour se sauvegarder, n'a jamais songé à faire tourner notre science à l'attaque. Nous avons pourtant montré l'influence puissante des sites à l'égard des endémo-épidémies. Par le changement de lieu, on n'évite point les épidémies accidentelles, le choléra, par exemple, comme les endémies; mais il n'en reste pas moins constant que, même dans de telles occurrences, il existe des mesures hygiéniques et préservatrices de la plus haute utilité.

Ce n'est ni le fer ni le feu de l'ennemi qui ont détruit les grandes armées: ce sont les éléments et c'est la maladie. Dans les campagnes de l'empire, remplies des batailles les plus meurtrières, la chirurgie a toujours eu beaucoup moins à faire que la médecine. Dans l'expédition russe contre la Turquie avant 1830, et dans celle qui a été dirigée longtemps auparavant contre la Crimée, c'est la maladie, bien plus que le fer ennemi, qui a changé les camps en ossuaires. Aujourd'hui les mêmes scènes se représentent; des témoins oculaires nous le rapportaient hier encore: c'est la maladie, plus encore que le courage des Turcs, qui a chassé les Russes de Silistrie. Aujourd'hui ceux-ci effectuent leur retraite en traînant 70,000 malades; il en meurt quelquefois près d'un millier dans une journée, et les voitures ne s'arrêtent que pour jeter des cadavres aux fosses à peine grattées sur la terre.

Notre position n'a rien qui rappelle ce tableau; mais si la poudre a été muette jusqu'à présent, la maladie n'est malheureusement point restée oisive. A Gallipoli, 800 hommes meurent du choléra sur un effectif de 8,000; c'est l'équivalent de 100,000 décès à Paris. 30,000 hommes environ partent pour l'expédition de la Dohrouska, et, après moins de quinze jours, si nous sommes bien renseigné, 2 à 3,000 hommes, c'est-à-dire près d'un dixième de l'effectif, a disparu sous les coups combinés du choléra, de la dyssenterie, des fièvres palustres, de la calenture, etc.; en un très-petit nombre de jours, comme on nous l'assure, un régiment de ces durs zouaves, enfants de l'Afrique, perd près de 200 hommes!

Les armées sont tuées sans se battre; il en est ainsi depuis le commencement des siècles; leur principal agent destructeur, c'est la maladie; l'histoire le prouve à partir de la plus haute antiquité. Le médecin est incontestablement l'homme le plus apte à formuler des indications quant aux sites à occuper, à la répartition des marches et des travaux selon les heures et les saisons, à l'hygiène privée et publique, aux mesures prophylactiques, etc.; consultez-le donc, car il est souvent le maître de la maladie, comme le soldat est le maître du fer, et parce que la maladie tue plus que le fer.

FÉLIX JACQUOT.

---

la bronchite capillaire et la pneumonie; l'angine tonsillaire est plus fréquente pendant le printemps et pendant l'automne que pendant l'hiver à Constantinople, tandis qu'on observe le contraire en Égypte. M. Rigler ne l'a jamais observée chez les hommes à peau foncée; Prunner aussi a remarqué leur presque immunité pour cette affection. La parotite est une maladie très-commune à Constantinople; la forme primitive règne presque tous les printemps épidémiquement: sur 100 cas, 36 se sont terminés par suppuration, 2 par la mort et le reste par résolution. La mort a été le résultat d'une méningite consécutive. La parotite est compliquée quelquefois de rhumatisme articulaire. M. Rigler n'a jamais vu ce mal attaquer des enfants au-dessous de 10 ans. Si M. Rigler dit n'avoir vu qu'un seul cas de parotite compliquée avec l'orchite, notre propre expérience nous a donné des résultats différents; dans les diverses épidémies que nous avons eu occasion d'observer cette complication était très-fréquente. La parotite secondaire se montre dans le cours des fièvres typhoïdes, de la scarlatine, de la variole et de la dyssenterie chronique.

M. Rigler a observé, contrairement aux idées de M. Tanquerel, un cas de salivation déterminée par une irritation chronique du foie dépendante d'une maladie du cœur; elle se manifestait de temps en temps sans que le mercure eût été employé à l'intérieur ou à l'extérieur, et sans autre cause visible cette salivation, dont la quantité était d'une livre et demie par vingt-quatre heures, amenait un soulagement sensible à l'état du malade.

La gastrite joue un grand rôle parmi les vieux médecins et les charlatans de Constantinople qui, non-seulement classent sous cette dénomination les états les plus variés de l'estomac, depuis un simple catarrhe de la muqueuse jusqu'à la dégénérescence carcinomateuse, mais encore des péritonites, des péricardites, des fièvres typhoïdes, etc., toutes les fois qu'il y a une légère sensibilité à la région épigastrique, sensibilité souvent déterminée par le toucher trop rude ou trop brusque. Une telle misère médicale ne doit pas nous étonner quand nous lisons, dans la GAZETTE MÉDICALE DE MILAN de 1843, la description d'un cas suivi de mort relaté par le médecin italien Casorati. Après avoir succinctement décrit les ulcérations évidemment typhoïdes de l'iléon, il nomme la maladie *una gastro-enterite universale secutissima*. M. Rigler fait observer que, malgré la fréquence de la complication d'une irritation de l'estomac et du foie avec la plupart des maladies aiguës et chroniques, toutefois les lésions essentielles et profondes de cet organe sont très-rares en Turquie; ainsi il n'a rencontré que 4 cas dont les symptômes permettaient d'admettre des ulcérations dans l'estomac (*ulcus perforans*, Rokitansky). Le cancer du pylore est une maladie presque entièrement inconnue en Orient.

On fait le diagnostic de l'hépatite aussi souvent que celui de la gastrite. M. Rigler a observé avec justesse qu'on confond ordinairement les affections secondaires du foie avec les affections de cet organe; nous ne nierons pas la plus grande fréquence des maladies hépatiques en Orient qu'en Occident; cette fréquence n'est pas due tant à l'élévation de la température qu'au genre de vie particulier et à certaines causes spéciales, telles que les fièvres intermittentes et la dyssenterie. Parmi les causes de l'affection primitive du foie à Constantinople, M. Rigler range les changements rapides de la température;

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

RECHERCHES SUR LES MODIFICATIONS GRADUELLES DES VILLOSITÉS DU CHORION ET DU PLACENTA (lues à la Société de biologie dans sa séance du 4 février 1854); par M. le docteur CH. ROBIN, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

(Suite et fin. — Voir le n° 37.)

DE L'ALTÉRATION DITE GRAISSEUSE DU PLACENTA.

La lésion dont il s'agit ici est celle qu'on décrit généralement sous le nom d'*induration du placenta, encéphaloïde, dégénérescence squirrheuse, cancéreuse* et *tuberculeuse* du placenta. Dans ces derniers temps, elle a reçu celui de *dégénérescence graisseuse*. La connaissance des faits précédents en simplifie singulièrement l'étude.

Cette lésion se présente sous forme de masses grisâtres, moins rouges, moins humides que le reste du tissu placentaire, ou même blanchâtres; elles sont plus dures que ce tissu et ne se laissent pas aussi facilement dilacérer en longs filaments. Elles peuvent occuper une partie seulement d'un cotylédon, la totalité de l'un d'eux et quelquefois même plusieurs d'entre eux, le quart, la moitié ou plus du placenta, et déterminer alors l'accouchement avant terme, etc., etc. Ainsi que l'observe M. Druitt, c'est surtout à la circonférence de l'organe que se rencontre cette altération. Ce sont surtout les cotylédons de la circonférence qui sont atteints. On peut même, comme le dit ce médecin, rencontrer constamment la lésion dont il s'agit sur les cotylédons les plus extérieurs du placenta, au moins sur une petite partie de quelques-uns d'entre eux; mais ce ne sont que certaines ramifications qui sont lésées, comme je l'ai dit plus haut (4°), et elles sont perdues au milieu des ramifications restées perméables, comme celle dont j'ai parlé; car il n'est pas rare de trouver des placentas qui partout offrent l'aspect extérieur normal, qui nulle part n'offrent de cotylédons décolorés et dont l'aspect extérieur n'est modifié en rien.

Ce sont toutes ces lésions qui sont indiquées dans divers auteurs classiques ou dans des publications spéciales, comme causées par l'*inflammation du placenta* ou *placentite*; mais elles ne sont qu'une conséquence de l'évolution naturelle aux *villosités choriales*, se manifestant accidentellement dans le placenta, en raison de causes peu connues. Je dis peu connues, parce que ce sont les mêmes altérations que quelques médecins ont considérées comme un produit résultant d'une *transformation du sang, de la fibrine en particulier*, à la suite des apoplexies placentaires dont il sera parlé plus loin.

a. On trouve, sur certains placentas, une ou plusieurs portions de cotylédon, ou bien un ou plusieurs cotylédons qui semblent un peu déprimés, plus durs qu'à l'état normal, formant une masse assez compacte, se déchirant en petits fragments dont la surface est filamenteuse, irrégulière. Ces filaments sont plus courts que ceux que donne la déchirure du tissu placentaire normal. Leur aspect extérieur est assez exactement celui que présente la fibrine arrivée à certaines phases des modifications qu'elle éprouve dans les tumeurs anévrismales, etc. Ce tissu est formé de villosités offrant l'oblitération fibreuse à un degré avancé, c'est-à-dire celui dans lequel les fibres sont fortement serrées les unes contre les autres et très-adhérentes à la face interne du canal des ramifications; celles-ci forment de petits cordons ou filaments, pleins, résistants, ne se laissant pas déprimer. La substance propre choriale est devenue très-granuleuse, souvent plus mince, ses noyaux sont moins nombreux qu'à l'état normal, et ordinairement ne s'obtient qu'après l'action de l'acide acétique. Les granulations dont je viens de parler sont généralement petites et grisâtres; elles ne sont pas toutes graisseuses. Il n'y a, dans le cas décrit ici, qu'un certain nombre de ramifications qui offrent des granulations graisseuses; il n'est pas rare de trouver de ces produits dans lesquels aucune subdivision ne contient de granules graisseux, même en petite quantité. Cependant, quand la coloration des cotylédons est jaunâtre ou gris-jaunâtre très-prononcé, on trouve des granulations graisseuses éparses ou accumulées sur beaucoup de subdivisions, mais non sur toutes sans exception. Les villosités sont adhérentes les unes aux autres, un peu de matière amorphe, dense, et des granulations moléculaires peu abondantes leur sont interposées.

b. Il est des placentas chez lesquels une portion de cotylédon, mais habituellement un ou plusieurs cotylédons, une grande partie même du placenta offre la disposition suivante. Les cotylédons sont nettement séparés les uns des autres par des sillons profonds; la surface utérine du placenta offre des lobes saillants bien distincts, dont chacun est un cotylédon. Ceux-ci sont plus durs que le tissu normal, offrent une certaine friabilité, et ont pourtant une déchirure filandreuse, mais ne se laissent pas aussi facilement dilacérer en filaments que les parties saines. Au lieu d'être gris-rougeâtre, leur tissu est gris, ou gris-jaunâtre, quelquefois jaune ou blanchâtre, moins humide que le tissu placentaire sain (*desséchement du placentaire*, de quelques auteurs). Plus profondément, en s'approchant du chorion, le tissu reprend un peu son aspect normal, bien qu'il reste plus dense, moins rougeâtre, moins humide. Ce sont certainement des pièces de ce genre qui ont servi à M. Barnes dans sa description de la dégénérescence graisseuse du placenta.

Ces portions de tissu sont toutes composées de villosités oblitérées par du tissu cellulaire, comme dans le cas dont il a été question ci-dessus. Seulement on trouve que beaucoup d'entre elles ont leur substance propre parsemée des granulations graisseuses décrites plus haut et sur l'arrangement ou la quantité desquelles je ne reviendrai pas.

En général, partout où les granulations graisseuses sont abondantes, les noyaux de cette substance ont disparu en partie, et même en totalité, dans les portions où ces granulations graisseuses se touchent et occupent la plus grande partie de l'épaisseur de cette substance. Mais il ne faut pas croire que toutes les ramifications soient ainsi chargées de graisse; même dans les portions les plus blanchâtres, il est des ramifications dont les parois ne renferment pas trace de granulations graisseuses, ou dans lesquelles on n'en voit que de loin en loin. Les courtes ramifications qui n'ont jamais été vasculaires, et mentionnées précédemment en particulier, n'en contiennent pas souvent.

Il ne faut pas oublier de noter un fait qu'on n'observe cependant que rarement, et surtout qui ne se voit que sur un petit nombre de ramifications. Il s'agit de celles qui ne sont pas oblitérées par du tissu cel-

---

en effet, la chaleur favorise l'inflammation de l'enveloppe séreuse du foie, comme aussi de son parenchyme; la vie sédentaire, les passions vives et surtout l'abus des spiritueux, l'hypérémie active du foie, donnent souvent naissance à l'ictère, tandis que la passive jamais. M. Rigler fait remarquer que l'inflammation de l'enveloppe péritonéale du foie est souvent accompagnée, surtout en été, de pleurésie et même de pneumonie du côté droit; il a noté que l'hypérémie active du foie est plus grave pendant l'été. Les symptômes principaux sont une augmentation de volume, une sensibilité plus exaltée, une sensation de plénitude dans l'hypocondre droit et l'ictère. L'autopsie n'ayant pas été pratiquée, nous ne pouvons décider si une sécrétion morbide a eu lieu dans le parenchyme de l'organe, ou si c'est une simple congestion.

M. Rigler n'a rencontré que trois cas d'abcès du foie; nous-mêmes nous en avons observé jusqu'à présent six cas, dont quatre ont servi de base à un travail publié par l'un de nous dans la GAZETTE DE LA SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE VIENNE (1). Il est digne d'attention que tous les cas que nous avons vus jusqu'à ce jour s'étaient manifestés à la suite de la dyssenterie, et que les autopsies ont démontré des ulcérations dyssentériques du gros intestin dans un cas où nous avons observé ces mêmes ulcérations, quoique le malade n'ait présenté aucun des symptômes de la dyssenterie durant sa vie. Notre expérience est loin de nous prouver l'existence, à Constantinople, d'une hépatite suppurative primitive. M. Rigler n'est pas tout à fait dans le vrai lorsqu'il soutient que le foie est presque constamment affecté dans la dyssenterie; nous pouvons dire que cette complication est rare à Constantinople, tandis qu'elle devient plus fréquente dans le Midi, où la dyssenterie offre plus de gravité, comme par exemple en Algérie, où M. Cambas l'a rencontrée une fois sur vingt.

La cirrhose du foie, que l'auteur considère comme très-fréquente en Orient nous semble au contraire très-rare; nous n'en connaissons qu'un seul cas bien diagnostiqué, c'est M. Rigler lui-même qui nous l'a fait voir à l'hôpital de la Clinique; d'autre part, nous sommes parfaitement de l'avis de l'auteur quant à la fréquence du foie lardacé et du foie graisseux que l'on observe comme suite des fièvres intermittentes, de la syphilis, des scrofules et des tubercules, et de l'abus des spiritueux.

M. Wartbuchler a rencontré dans les cadavres des nègres la tuberculisation du foie, mais jamais l'encéphaloïde. M. Rigler n'a pas vu à Constantinople les acéphalocystes du foie, mais, après la publication de son ouvrage, nous les avons trouvés trois fois dans des cadavres d'individus morts à l'hôpital antrichien.

Les calculs du foie sont fréquents, surtout chez les femmes; l'huile d'olive prise abondamment constitue un remède populaire très-usité en pareil cas. L'ictère est assez commun, surtout lorsqu'il y a de brusques changements de température.

Les engorgements de la rate sont fréquents par suite des fièvres, la rate atteint parfois un volume monstrueux. La péritonite idiopathique est rare; celle dépendant de la tuberculisation est plus commune.

(1) BEITRAG ZUR ARTROLOGIE DER HEPATITIS; von Dr Muhlig, 1852.

lulaire dans toute leur longueur, dont l'extrémité terminale a son canal vide et affaissé dans une longueur plus ou moins grande, tandis que les subdivisions les plus grosses sont oblitérées, comme il est dit plus haut.

Les cotylédons atteints le sont toujours davantage du côté de leur face adhérente à l'utérus que dans leur profondeur du côté du chorion; là, en général, ils reprennent peu à peu leur mollesse, leur humidité et leur teinte rougeâtre. Ils offrent cette particularité que, sur le placenta vide de sang, ils sont plus saillants que sur les cotylédons sains, tandis que, sur les placentas injectés, ils sont au contraire déprimés à côté des autres. Ce fait tient à ce que, sur le placenta vide, les ramifications restées vasculaires se sont toutes un peu affaissées sur elles-mêmes, bien que le conduit veineux et même l'artériel renferme encore des globules sanguins; dès lors les ramifications oblitérées, ne s'affaissant pas, donnent aux cotylédons qu'elles forment un volume plus considérable qu'aux autres. Au contraire, lorsque les cotylédons sains et vasculaires sont distendus par l'injection, ils constituent une masse plus volumineuse que ceux dont les subdivisions sont oblitérées par du tissu cellulaire et forment un relief à côté des précédents.

C'est faute certainement de connaître le fait de l'oblitération naturelle des *villosités* choriales proprement dites, l'oblitération accidentelle, mais analogue à la précédente, des villosités du placenta, qu'on s'est exagéré la valeur du dépôt graisseux, qui n'est qu'une complication de l'oblitération. Les granulations et gouttes graisseuses, donnant aux villosités dans lesquelles elles existent un aspect tout particulier et remarquable, ont plus frappé que les autres modifications, qui, pour être bien appréciées, exigeaient la connaissance des phénomènes qui se passent dans les villosités non placentaires.

C'est là certainement ce qui a fait donner le nom de *dégénérescence graisseuse*, nom qui, ainsi qu'on le voit, n'est pas complétement exact.

Il existe en outre, dans les cotylédons ainsi affectés, une petite quantité de matière amorphe, avec des granulations moléculaires grisâtres et graisseuses libres.

Les altérations qui viennent d'être décrites sont indépendantes de l'hémorrhagie ou apoplexie placentaire. Pour se rendre compte de leur production, l'on a certainement exagéré le fait de leur coïncidence. Il est fréquent de trouver ces lésions sans qu'il y ait de caillots dans le placenta, à quelque phase de modification que ce soit. Ce sont deux lésions indépendantes l'une de l'autre. Lorsque de la fibrine se rencontre dans le placenta à un degré de modification assez avancé pour offrir une complète décoloration ou seulement la teinte gris-jaunâtre des cotylédons à subdivisions oblitérées, avec dépôt ou non de gouttes graisseuses, c'est à la face profonde du placenta, contre le chorion lui-même, que se trouve cette fibrine. Mais le sang épanché à la surface utérine des cotylédons, dans leur épaisseur, arrive à une époque assez avancée de la grossesse ou détermine l'avortement avant que ses caillots soient décolorés à ce point. Il est possible que l'oblitération des branches d'un ou de plusieurs cotylédons, vienne modifier la circulation du placenta pris dans son ensemble ou d'un cotylédon incomplétement affecté, et que de la sorte elle soit cause d'hémorrhagie; mais la lésion du placenta dont il est question dans ce travail est certainement indépendante de l'hémorrhagie.

c. Il n'est pas rare de trouver une partie d'un cotylédon ou même une partie du placenta parsemée de petits grains calcaires qui, quelquefois sont confluents et forment des concrétions plus ou moins volumineuses (*ossification* ou *calcification du placenta*). Ces petits grains sont disposés sous forme de plaques ou d'amas, à la face adhérente du placenta, dans les interstices des cotylédons ou à l'état de granulations disséminées dans leur épaisseur. Il en est qui sont situées à la face fœtale de l'organe, et celles qui ont la forme de concrétions en aiguilles ou en stalactites sont souvent dans l'épaisseur du placenta. Je ne m'occuperai ici que des premières.

C'est surtout dans les cotylédons dont les ramifications sont oblitérées en tout ou en partie que se trouvent les grains calcaires. Ils sont placés, non pas dans l'épaisseur même des villosités, mais à leur surface, à laquelle ils adhèrent assez fortement. Ils les entourent, les englobent quelquefois. Ils les déforment toujours. Ces grains sont irréguliers, polyédriques, variant en volume depuis quelques centièmes de millimètre jusqu'à celui de plusieurs millimètres. Ils renferment des carbonates et phosphates de chaux et de magnésie. Ils sont complétement amorphes et n'ont rien de ce qui caractérise la structure des os. Il n'est pas rare de trouver un certain nombre des ramifications auxquelles adhèrent les grains calcaires renfermant des granulations graisseuses éparses ou agglomérées, mais elles n'y sont pas habituellement en grande quantité.

CONCLUSIONS.

Il résulte de ces recherches :

1° Que les altérations du placenta appelées *dégénérescence ou transformation fibreuse*, *fibrineuse*, *squirrheuse*, *tuberculeuse*, *graisseuse et calcaire du placenta* se rattachent à une seule et même modification des villosités du placenta.

2° Cette lésion est caractérisée par l'*oblitération fibreuse* de la cavité des villosités placentaires qui deviennent imperméables au sang fœtal.

3° Cette oblitération n'est que l'apparition dans le placenta d'un phénomène qui est normal dans les *villosités choriales* proprement dites, mais qui est anormal lorsqu'il s'étend à l'organe d'hématose du fœtus.

4° Bien que l'oblitération progresse, en général, de la périphérie vers le centre de l'organe, du chorion non vasculaire vers le placenta, et graduellement du côté de son hile vasculaire, ce phénomène, qui est normal dans les villosités choriales qui ne se mettent pas en rapport avec les parois utérines, est accidentel et pathologique dans les villosités qui se sont développées au placenta.

5° Cette oblitération peut avoir lieu avec ou sans *dépôt de granulations graisseuses* dans les parois propres des villosités. Ce dépôt est une complication très-fréquente, sinon constante, de l'oblitération; mais elle n'affecte jamais toutes les ramifications d'une villosité. Sans pouvoir dire encore exactement quels sont ceux des actes d'assimilation ou de désassimilation nutritives qui amènent la formation ou le dépôt de graisse, on sait que tous ceux des tissus profonds qui ne sont pas vasculaires offrent un phénomène analogue à mesure des progrès de l'âge, et ceux qui sont vasculaires en font autant lorsqu'ils perdent pathologiquement leurs vaisseaux.

6° Cette conclusion s'applique également aux grains calcaires isolés ou confluents qui se produisent à la surface et dans les interstices des

---

La diarrhée catarrhale s'observe pendant toute l'année, mais surtout dans les variations de la température : elle a moins de tendance que la dyssenterie à la chronicité.

M. Rigler consacre un long chapitre à la dyssenterie, cette maladie si commune de l'Orient depuis la disparition de la peste et depuis que la variole, par suite de l'introduction de la vaccine, a perdu de sa véhémence. La dyssenterie est la maladie qui compte le plus de victimes : sa fréquence et sa gravité va en croissant du nord au midi; les causes occasionnelles de cette affection sont, d'après l'auteur, la chaleur, les aliments et les fruits, et surtout le refroidissement; elle règne le plus souvent, à Constantinople, vers la fin de l'été et en automne, du mois d'août à la mi-décembre; en Egypte, elle paraît à l'époque de l'inondation; en Afrique, à l'époque des pluies périodiques. La dyssenterie chronique dure quelquefois pendant plusieurs mois et dépasse souvent le cours d'une année; un de nous, atteint de ce mal en février 1852, ne s'en est vu débarrassé qu'en décembre de la même année; la dyssenterie se montre quelquefois au printemps, lorsqu'à des nuits très-froides succèdent des journées très-chaudes; l'abus des fruits et de l'eau-de-vie est aussi rangé par l'auteur comme cause déterminante; cette maladie a une grande tendance à passer à la chronicité; c'est alors qu'on observe souvent la kératomalaxie (1), des parotites, des otorrhées, des ulcères gangréneux de la bouche, la paralysie du sphincter de l'anus; la peau offre quelquefois une éruption pareille à l'ectyma et des pétéchies; souvent les malades, perdant le sentiment de la saturation par suite de l'anesthésie du nerf vague, remplissent leur estomac au point d'exciter le vomissement des matières ingérées; l'intensité de la maladie n'est pas la même tous les ans. M. Rigler cite comme très meurtrières les épidémies de 1842-43-45. Nous y ajouterons celle de 1852. Sur 100 malades, 40 à peine se rétablissaient; le reste succombait soit dans la période aiguë, soit aux suites, parmi lesquelles M. Rigler classe surtout les épanchements pleurétiques, les pneumonies et les tubercules pulmonaires; on observe aussi souvent le sphacèle des intestins. Les pneumonies siégent d'ordinaire dans le lobe droit inférieur, et donnent lieu à des accidents nerveux qui constituent le tableau de la dyssenterie nerveuse des anciens; la dyssenterie, à Constantinople, se présente sous des formes plus graves chez les étrangers que chez les indigènes; parmi les troupes, elle choisit de préférence les recrues albanaises; chez les femmes, elle est plus rare et moins dangereuse que chez les hommes. La dyssenterie assume aussi quelquefois l'aspect cholériforme; quant au traitement, la diète absolue est de rigueur; les émissions sanguines locales sont préférables aux saignées générales, la médication interne varie suivant les cas spéciaux. M. Rigler ne nous dit rien de nouveau à ce sujet.

Il est hors de doute que les hernies intestinales sont plus fréquentes ici que dans le reste de l'Europe; les causes, d'après l'auteur, sont l'usage des ceintures trop serrées, les excès sexuels, la faiblesse et le manque de tonicité de la fibre musculaire chez les habitants des grandes villes. On rencontre

(1) Voir l'article publié à ce sujet en 1850, dans L'ABEILLE MÉDICALE, et reproduit par les ANNALES D'OCULISTIQUE de Belgique, par le docteur Charles Hübsch.

ramifications des villosités placentaires, mais bien plus rarement que le dépôt de granulations graisseuses décrit plus baut.

Dans une procbaine note, je parlerai: 1° des caillots apoplectiques du placenta qu'on rencontre soit dans l'épaisseur ou dans les intervalles des cotylédons, des différentes modifications qu'ils peuvent offrir et qui sont les mêmes qu'ils présentent dans d'autres parties du corps, sans que jamais ils se transforment en quelque tissu que ce soit. C'est, probablement, à l'une de leurs phases de modifications que se rapportent les plaques blanchâtres, qu'on trouve quelquefois à la face fœtale du placenta, entre la base du point d'attacbe des villosités placentaires; il est possible du reste qu'elles soient dues à une autre cause. La coupe de ces plaques est lardacée, demi-transparente ou opaque; elles déchirent en couches ou lamelles flexibles, élastiques, analogues en un mot aux couches décolorées de la fibrine des anévrismes; elles offrent leurs caractères chimiques et ont une structure analogue, avec quelques différences que je signalerai. 2° Je me propose de traiter en dernier lieu spécialement de la couche jaunâtre, de consistance molle et friable, qui forme un cercle complet ou discontinu autour du placenta. Il est formé de matière amorphe, de granulations graisseuses libres, et des éléments de la muqueuse utérine parsemés de granulations graisseuses incluses dans leur épaisseur; mais ces divers éléments offrent des particularités qu'il importe de signaler en ce que, par leur constance, elles viennent éclairer plusieurs points d'anatomie pathologique de l'adulte encore obscurs. 3° Je traiterai en même temps de la couche grisâtre demi-transparente, assez élastique, un peu gluante, qui tapisse la face adhérente des cotylédons placentaires, et passe sans discontinuité de l'un à l'autre. Cette étude est plus importante encore que la précédente en raison des éléments que renferme cette couche et en raison aussi des modifications normales et constantes de l'épithélium de cette région. Depuis que j'ai signalé ces modifications à la fois curieuses et remarquables (1), j'ai reconnu qu'elles étaient indispensables à connaître en détail. Le fait est nécessaire pour qu'on puisse se rendre un compte exact des limites entre lesquelles sont susceptibles de varier certains éléments anatomiques selon les conditions nnrmales ou pathologiques dans lesquelles ils se trouvent placés, et pouvoir juger par là celles qu'ils offrent quelquefois dans les produits morbides où jusqu'à présent elles n'ont pas toujonrs été bien appréciées.

(1) Ch. Robin, MÉMOIRE POUR SERVIR A L'HISTOIRE ANATOMIQUE ET PATHOLOGIQUE DE LA MEMBRANE MUQUEUSE UTÉRINE, DE SON MUCUS ET DES OEUFS, OU MIEUX, GLANDES DE NABOTH, lu à la Société philomathique le 18 mars 1848 (ARCH. GÉN. DE MED. Paris, in-8°, 4e série, t. XVII, p. 201).

MÉCANIQUE HUMAINE.

CONSIDÉRATIONS GÉOMÉTRIQUES PROPRES A PRÉCISER LES RAPPORTS DE SITUATION DU FÉMUR AVEC LE BASSIN DANS LES ÉTATS MORBIDES DE L'ARTICULATION COXO-FÉMORALE; par M. GIRAUD-TEULON, D. M. P. à Nice, ancien élève de l'Ecole polytechnique.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

§ XI. — Nous disions, en commençant ce travail, que les auteurs qui se sont occupés de ces difficiles questions avaient jusqu'à ce jour constamment négligé de se donner une base fixe et sans variations possibles pour y rattacher les résultats de leurs mensurations, et arriver à formuler des conséquences précises. On voit, en jetant les yeux sur les propositions qui précèdent, combien peu emportent avec elles le cachet de la certitude, les assertions déjà énoncées dans la science sur les changements de longueur du membre pelvien apparents soit à la vue, soit à la mensuration. Aucune de ces énonciations ne tient compte d'une manière tant soit peu mathématique (que ce mot ne choque pas; songeons qu'il s'agit ici uniquement de *mesures*), des inclinaisons diverses du fémur sur le bassin. Or le simple rapport de *position* de ces os entre eux (nous ne parlons pas des distances qui séparent les saillies osseuses, mais seulement des inclinaisons angulaires) ne peut être connu avec quelque certitude que par le rapprochement des résultats des trois opérations que nous vennns de décrire, tandis que jusqu'à ce jour le seul pas fait dans la voie des procédés exacts n'a conduit à considérer qu'une seule de ces propositions prise isolément, celle déjà formulée par M. Parise relativement à l'épine iliaque antéro-supérieure.

Il ne faut pourtant rien moins que la considération de ces trois propositions générales prises dans leur ensemble et discutées dans chaque cas synoptiquement, pour fixer, non pas encore la variation de longueur (les calculs seraient trop compliqués), mais le simple rapport de position du membre.

Notons d'ailleurs que nous ne signalons ici qu'une des causes des obscurités qui planent eucore sur cet unique point de fait, l'appréciation des altérations de rapports du fémur et du bassin. Nnus nmettons tout ce qui se rattache aux inclinaisons multiples du bassin sur l'axe du tronc, quoique, dans la plupart des cas relatés dans la science, ces données soient confondues avec celles fournies par les rapports du fémur et de l'os iliaque, et tissues en quelque sorte avec elles, et que les auteurs s'appuient sur les unes et les autres, sans chercher ou sans réussir à faire la part exacte d'influence de chacune sur les résultats ultimes.

§ XII. — La première chose à faire en pareille matière, avant de songer à déterminer les variations de longueur du membre abdominal dans l'état sain ou les conditions morbides, c'est dnnc de fixer d'abord *la position* affectée par le membre malade. M. Bonnet, dans son savant ouvrage, a judicieusement exposé cette nécessité et consacré à ce premier chef un important chapitre. La considération attentive de la proposition de M. Parise, étendue, comme nous l'avons fait ci-dessus, à l'épine pubienne et à l'ischion, va, nous l'espérons, devenir un adjuvant utile aux préceptes posés par l'éminent chirurgien de Lyon.

souvent les fistules à l'anus; elles sont déterminées par les hémorroïdes, les condylomes, et par l'application trop souvent réitérée des sangsues dans cette région.

En traitant de l'helmintiose, M. Rigler cite les espèces de vers suivantes qu'il a rencontrées : le ténia solinm, l'ascaris lombricoïde, l'oxyuris vermicularis, l'echynococus et le cysticercus cellulosa; le botriocephalus latus n'existe pas; le tricocephalus dispar s'observe quelquefois; d'après Prunner, le ténia n'existe pas en Égypte, mais il est endémique sur les montagnes de la Syrie, aux environs d'Alep, sur les montagnes d'Asie, en Arabie, en Abyssinie et dans le pays des nègres. On le trouve dans la plupart des cadavres des nègres, rarement seul, mais ordinairement accompagné d'ascarides; le kousso constitue un spécifique contre cet helminthe; la filaria medinensis, d'après Prunner, est endémique à Kordofan, au Sennaar et à Darfur; elle y est connue sous le nom de *jertil:* on la rencontre encore dans l'ouest de l'Afrique, à la côte d'Or et dans les contrées basses des Indes et de la Perse, et très-rarement sur les côtes d'Afrique.

Le chapitre suivant traite des maladies des organes respiratoires. La constitution catarrhale commence à Constantinople vers la mi-novembre et sa terminaison vers la mi-mai; on croyait, de temps immémorial, que l'Égypte offrait une immunité contre les maladies des poumons et surtout les tubercules; il est avéré aujourd'hui que cette immunité existe pour les étrangers venant du Nord, mais qu'au contraire les nègres venant des régions plus méridionales succombent très-souvent à ces affections.

Les pneumonies sont très-fréquentes à Constantinople, mais elles sont aussi très-souvent méconnues de ceux qui ne connaissent pas encore la science de l'auscultation et de la percussion, et le nombre en est grand! L'emphysème pulmonaire semble être plus fréquent ici que chez nous; parmi les causes nombreuses énumérées par l'auteur, l'abus du nargbilé en est une des principales.

Passant en revue les maladies des organes respiratoires, M. Rigler remarque que le croup se présente presque chaque année sous forme d'épidémie vers le mois de décembre, en même temps que la coqueluche. Nous devons ajouter que le croup est une maladie plutôt rare, et que le nom d'épidémique ne saurait lui convenir, eu égard au petit nombre de victimes qu'il moissonne; on confond ici sous le nom de croup une foule de maladies qui offrent quelque ressemblance, mais dont la nature est tout à fait différente.

De la bronchite, l'auteur passe à l'hémoptysie, qu'il considère comme symptôme de tubercules ou de maladies du cœur; il nous permettra de lui faire à ce sujet quelques objections; le nombre extraordinaire d'hémoptoïques que l'on rencontre à Constantinople est prodigieux, ce qui ne les empêche pas d'arriver à un âge très-avancé : un prêtre arménien catholique, l'abbé Cuzzianti, qui avait craché du sang en grande quantité durant vingt ans de sa vie, est mort il y a huit ans, âgé de 102 ans! Un professeur de l'École de médecine, très-âgé, est sujet depuis son adolescence à des hémoptysies aux moindres variations atmosphériques. Nous connaissons un très-grand nombre de médecins qui ont des hémoptysies fréquentes qui ne les empêchent pas de vaquer à leurs occupations; un Belge établi à Péra a plusieurs hémoptysies chaque année; il est père de douze enfants gros et dodus; nous pourrions

Que l'on dresse, par exemple, le tableau (1) des mesures obteuues dans les diverses positions extrêmes du côté sain, pour chacun des trois points que nous avons considérés (en y joignant même, si l'on veut, comme moyen de supplément et de contrôle, l'épine iliaque postéro-supérieure), et qu'on les compare aux chiffres correspondants recueillis du côté malade, on obtiendra certaines notions positives fort loin d'être indifférentes. On jugera, par cette comparaison, de l'étendue qu'il sera possible de donner à chacun des mouvements du fémur du côté affecté.

On pourra ainsi *préciser* le degré de flexion ou d'extension, d'adduction ou d'abduction qu'il sera possible d'imprimer au membre, écarté au maximum de sa position ordinaire, et apprécier avec plus d'exactitude que par le simple coup d'œil l'habitude même du membre malade, résultats bien loin d'être sans avantage pour l'opinion à se former du cas considéré, surtout quand on les aura rapprochés des autres éléments de diagnostic.

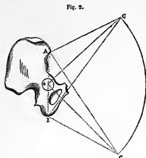
§ XIII.—Mais la longueur, même absolue du membre, ses variations, son allongement ou son raccourcissement réels, quels procédés pourront donc dégager ces inconnues si essentielles ?

Nous y parviendrons au moyen d'une considération supplémentaire toute géométrique, que nous allons exposer.

Quand nous jetons les yeux sur la cavité cotyloïde entourée des trois points saillants indiqués plus haut, nous observons ce qui suit : le point le plus bas de l'ischion, l'épine iliaque antéro-supérieure et le centre de la cavité « ou de la tête fémorale » *se trouvent sur une seule et même ligne droite ;* en outre, ce dernier point, le centre du cotyle, occupe, à peu de différence près, le *milieu de cette ligne droite.*

Il suit de là que, dans toutes les inclinaisons possibles du fémur sur le bassin, le rayon virtuel du mouvement, c'est-à-dire la ligne menée du centre de l'article au point du genou que nous avons choisi (OC), et les lignes menées de ce dernier point à l'ischion (CI) et à l'épine iliaque antéro-supérieure (CA), comme aussi la ligne AOI, qui réunit ces deux apophyses, *tout cela est dans le même plan et forme toujours, et dans toutes les positions du membre, la figure ci-dessous :*

Fig. 2.



un triangle AIC avec une ligne médiane (OC) joignant le sommet mobile C à un point O, très-voisin *du milieu* du troisième côté, ou base fixe.

La considération de ce triangle va nous fournir un résultat précieux, à savoir : la connaissance exacte de la distance OC, c'est-à-dire *du point mobile pris sur le genou au centre de l'article*, dans toutes les positions du membre, ce que l'on pourrait appeler véritablement *la longueur propre de la cuisse.*

Nous savons en effet que, « dans tont triangle, la somme des quarrés » de deux côtés adjacents égale deux fois le quarré de la ligne qui joint » leur sommet commun au milieu du côté opposé, plus deux fois le » quarré de la moitié de ce troisième côté. » (Legendre, 3e livre.)

Si nous appelons *a*, *i* les deux côtés AC, IC, *l* la distance de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'ischion (1), *x* la distance OC, c'est-à-dire le rayon virtuel du mouvement, nous avous l'expression :

$$a^2 + i^2 = 2\,x^2 + 2\left(\frac{1}{2}l\right)^2$$

$$= 2\,x^2 + \frac{1}{2}\,l^2$$

d'où

$$x^2 = \frac{a^2 + i^2 - \frac{1}{2}\,l^2}{2}$$

Une simple extraction de racine quarrée nous donne donc la valeur

(1) Nous donnons ici le tableau des distances recueillies entre le condyle interne du fémur (tubérosité saillante) aux points saillants déjà indiqués, sur le squelette :

Positions du membre.	Épine il. ant.-supér.	Ischion (point le plus bas).	Épine pubienne.
Extension droite régulière	0,43	0,285	0,36
Extension avec 60° d'abduction (maximum physiologique)	0,40	0,315	0,395 ×
Extension avec le maximum d'adduction, 20 à 30°.	0,44 ×	0,275 ×	0,32
Flexion à 90° (directe).	0,355 ×	0,355 ×	0,305
Flexion avec abduction	0,37	0,33	0,365
Flexion avec addnction	0,40	0,32	0,285 ×
Différences maximums correspondant aux positions suivantes.	0,085	0,08	0,11
	Flexion directe comparée a l'extension.	Situation inverse.	Extension avec abduction comparée à la flexion avec adduction.

(1) La longuenr *l* est très-aisée à obtenir au moyeo d'un compas d'épaissenr, on d'un simple compas à pointes mousses, ou même nn simple fil de fer recourbé. Toutes les autres mesures, à peu d'exceptions près, peuvent s'obtenir au moyen d'un simple ruban métrique.

pousser nos citations très-loin, mais il nous suffit de constater le fait et de rassurer les pauvres hémoptoïques, qne la croyance générale des médecins rend tristes et mornes. On peut attribuer la fréquence de l'hémoptysie à l'élévation de la ville, qui est bâtie en amphithéâtre sur une colline de 350 pieds au-dessus du niveau de la mer, à l'absence d'arbres tout autour d'elle, aux vents continuels qui soufflent tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, aux brusques changements de température, aux montées à pic qu'on est forcé de faire pour arriver au sommet, aux fréqnents passages en bateau d'une rive à l'autre tandis que le corps est en sueur, etc., etc. Toutes ces causes réunies déterminent chez les hommes sanguins des fluxions de poitrine on des inflammations graves d'autres organes, souvent mortelles; chez les faibles cachectiques et les lymphatiques, des arrêts de circulation locale, des congestions des poumons et nécessairement des crachements de sang. Le docteur Rigler est trop exclusif dans sa conclusion; d'ailleurs, nous qui le connaissons depuis fort longtemps, nous connaissons aussi son faible pour les tubercules, qu'il sait toujours découvrir quelque part, et si tous ceux qu'il a déclarés tuberculeux jusqu'à ce jour étaient morts, la brèche eût été trop sensible; nous avons soigné un nombre immense de tuberculeux dans les hôpitaux militaires auxquels nous sommes attachés · parmi les symptômes les plus rares, nous rangeons l'hémoptysie; sur 100 tuberculeux attentivement suivis, 5 seulement ont eu des hémoptysies.

La pneumonie, quoique plus fréquente durant les temps froids, s'observe aussi quelquefois en été; cette dernière est plus grave et surtout associée à la dyssenterie chronique, au choléra (1847-1848) dans la période de réaction. Nous l'avons vue compliquée à la rougeole et à la variole; elle devient alors promptement mortelle; les malades meurent suffoqués en peu d'heures; sa gravité est telle, dans ce cas, que sur 100 cas de rougeole avec pneumonie double, à peine compte-t-on 15 guérisons. Nous avons observé certaines épidémies de pneumonie où la maladie cédait rapidement à l'action du tartre émétique et la saignée fréquente, tandis qne nous en avons observé d'autres (celles compliquées d'exanthèmes, par exemple) où le tartre émétique et la saignée hâtaient le dénouement fatal; dans ces cas le calomel, soit seul, soit uni à l'opium ou à la digitale, opérait des prodiges. De 1845 à 1848, M. Rigler a compté durant l'hiver 32 pneumonies par 100 maladies, chiffre énorme et qui suffit à lui seul pour faire connaître la constitution médicale dominante en hiver à Constantinople; sur 2,000 malades examinés avec soin, il a noté que le poumon droit est plus souvent attaqué que le gauche, le sommet plus souvent que la base, chez les nègres surtout, dans la proportion de 80 à 85 p. 100; la prédisposition tuberculeuse fouroit l'explication de ce fait. Le docteur Rigler a sans doute recueilli ses observations dans les hôpitaux où la tuberculose se rencontre si souvent, car dans la pratique civile on voit la pneumonie occuper indistinctement un lobe ou l'autre ou les deux à la fois.

La pleurésie n'est pas rare en Égypte ; à Constantinople elle est aussi fréquente que la pneumonie: sur 2,000 pleurétiques, l'auteur l'a trouvée 1,153 fois du côté gauche; dans un quart de ces cas, tes douleurs étaient si peu intenses et l'état général des malades si peu altéré qu'ils ne se présentaient aux hôpitaux que lorsque des épanchements considérables existaient déjà. Si l'on

d'x, c'est-à-dire la distance absolue du point choisi sur le condyle interne du fémur au centre de l'article, quelle que soit la position du membre.

§ XIV. — Est-il nécessaire de remarquer que dans l'état physiologique, c'est-à-dire du côté sain, cette valeur d'x, pour toutes les positions du fémur, est nécessairement *constante*, puisque la surface de la tête de l'os mobile demeure toujours en parfait contact avec celle de la cavité : leurs centres coïncident donc ; cette distance, enfin, est donc la longueur normale du rayon de circumduction du membre, la longueur de la cuisse dans l'état sain ; appelons-la R.

En comparant la valeur d'x, ou longueur de la cuisse variable avec les déplacements morbides, calculée d'après les mesures relevées dans diverses positions de la cuisse malade, avec la constante R donnée préalablement par la même opération sur le côté sain, on est conduit bientôt à des conséquences intéressantes. C'est avec leur secours que nous espérons jeter quelque lumière supplémentaire sur les cas de déplacements du fémur, qui, dans l'état actuel de nos connaissances, laissent évidemment des *desiderata*.

§ XV. — Et d'abord, dans le champ que nous parcourons ici, un premier résultat général, parfaitement établi dans la science, ne laisse guère de place au doute ou à l'incertitude entre deux grandes classes de déplacements du fémur sur le bassin. M. Gerdy, condensant et élucidant les travaux des anciens, a établi et démontré que toute luxation accidentelle *en dehors* de la cavité cotyloïde était nécessairement accompagnée de rotation du membre *en dedans et d'adduction*, et inversement que, dans la luxation sur le côté interne, le membre présentait toujours la situation contraire, c'est-à-dire *la rotation en dehors et l'abduction*.

Une seule exception à cette règle a été indiquée par M. Malgaigne comme pouvant se rencontrer dans la luxation ilio-pubienne ou sus-pubienne confirmée et prolongée. Nous aurons égard à cette remarque lors de l'examen détaillé que nous ferons de ce qui se rapporte à cette luxation.

Quoi qu'il en soit, on peut, comme règle très-générale, admettre *à priori* la fatalité presque absolue de la loi énoncée et démontrée par M. Gerdy, et prononcer, sur la seule vue de l'attitude d'un membre, l'exclusion du genre de luxation incompatible avec cette attitude.

Cependant si, à raison de certaines circonstances de détail difficiles à prévoir nettement, mais relatives soit à l'ancienneté de l'affection, soit à un état morbide local où prédomineraient la douleur et le besoin d'immobilité, l'inspection seule était inhabile à caractériser la situation du membre, les distances du genou à l'épine pubienne du côté sain et du côté malade, comparées entre elles, trancheraient nécessairement la question en précisant les limites que pourraient atteindre les mouvements d'abduction ou d'adduction du côté malade.

Cela posé, tout doute soulevé sur l'existence ou la non-existence d'une luxation, ou ses degrés d'accomplissement, ne saurait donc porter que sur les caractères qui la pourraient différencier des autres luxations sur le même côté externe ou interne, ou de l'absence de tout déplacement. En d'autres termes, nous n'avons à chercher de signes différentiels positifs qu'entre les déplacements opérés sur le même côté de la cavité, ou entre ceux-ci et la conservation des rapports normaux de la tête du fémur et de l'acétabulum.

§ XVI. — La question se présente donc ainsi : Voici un malade dont le membre abdominal offre les apparences générales d'une luxation *en dedans*. Cependant les données séméiotiques sont obscures ; le chirurgien est dans le doute : 1° sur le point de savoir s'il y a luxation effectuée ; 2° dans le cas d'affirmative, sur le point de la région ilio ou ischio-pubienne avec lequel peut être en rapport la tête fémorale.

La première chose à faire est d'abord de nous assurer par la comparaison des mesures prises entre le genou (condyle interne) et les points saillants indiqués plus haut, particulièrement l'épine pubienne (ou même l'épine iliaque postéro-supérieure), tant du côté sain que du côté malade, de la véritable attitude ou position du membre. Je suppose que nous ayons reconnu qu'en effet le membre, plus ou moins fléchi ou étendu (et nous avons même une notion exacte du degré de flexion), est effectivement dans l'abduction ou que les mouvements d'adduction sont vraiment très-limités.

Cette première certitude acquise exclut pour nous la pensée d'une luxation accomplie en dehors. Nous abordons alors nettement la recherche propre à résoudre la difficulté énoncée au paragraphe précédent.

§ XVII. — Pour cela, cependant, il nous faut encore aborder quelques discussions générales préliminaires. Il est un état de l'articulation que nous devons préalablement prendre en considération : je veux parler du cas où les rapports de la tête fémorale et de la cavité seraient altérés sans que pourtant le déplacement eût atteint la proportion d'une luxation accomplie. On sait que les cas qui peuvent se ranger sous ce chef sont nombreux, et que particulièrement toute menace de luxation spontanée doit, pendant un certain temps, offrir les caractères qui se lient avec cette supposition. C'est, à proprement parler, la première période de toute coxalgie.

Or qu'arrive-t-il pendant cette propulsion de la tête du fémur hors de la cavité, soit par la sécrétion exagérée d'un liquide intra articulaire, soit par le gonflement du bourrelet graisseux cotyloïdien, etc.?

Les auteurs modernes ont démontré un premier fait à cet égard : c'est que tant que la capsule articulaire est intacte, la tête fémorale ne peut être repoussée par les causes qui ont été supposées ou reconnues dans les autopsies, prises seules ou réunies ensemble, d'une distance à peine égale à 1 centimètre. Cet éloignement de la tête, qui ne dépasse guère ordinairement 5 millimètres, est trop faible pour se traduire à l'extérieur par un changement perceptible de la longueur du rayon de circumduction du membre.

§ XVIII. — Mais quand la capsule a cédé en sera-t-il encore de même?

On se rappelle sans peine les longs débats agités sur ce point ; les autopsies, les argumentations produites pour ou contre l'opinion de l'illustre J. L. Petit sur l'absence d'allongement observable quand la tête est repoussée hors de la cavité dans les déplacements en haut et en dehors. Sans prétendre revenir sur ces savantes discussions, nous allons nous efforcer de tirer quelque lumière du rapprochement à faire entre les résultats déjà acquis et ceux que peut fournir l'examen géométrique de la région.

Cherchons donc de quelle façon varie la distance que nous avons nommée x pendant la première période de toute propulsion de la tête du fémur hors de l'acétabulum, quand on suppose *intacts* (ceci est

---

vent obtenir la résorption du liquide par les moyens thérapeutiques en retenant le malade à l'hôpital, on est sûr de l'insuccès de l'entreprise ; le malade dépérit et meurt, tandis qu'un changement d'air, le retour dans la patrie, amènent les plus heureux résultats. Nous devons rendre hommage, en cette occasion, au gouvernement de S. M. le sultan qui, mû par un sentiment très-noble d'humanité et de générosité, malgré les dénégations de ses détracteurs, a établi le système de la réforme sur des bases très-larges et très-bien entendues ; la réforme a lieu toutes les fois qu'un certain nombre de malades se présente dans un hôpital. Ces malades ne sont remplacés que dans des cas d'urgence, à part quoi le cadre du bataillon reste diminué de quelques hommes sans préjudice pour personne.

Dans le chapitre qui renferme le traitement de la pleurite, M. Rigler parle naturellement de la thoracentèse, que quelques médecins ont voulu récemment mettre en vogue ; mais il avoue qu'il a dû y renoncer après l'avoir pratiquée dix fois avec le trocart de Schulz, 1 seul malade sur 10 ayant été guéri. M. le docteur Beyran a publié, il y a deux ans, dans L'UNION MÉDICALE, un article remarquable sur la paracentèse du thorax, suivie de 2 cas de guérison ; il est curieux que M. Beyran ait obtenu de si heureux résultats de ses premières tentatives et sans avoir pris les précautions nécessaires pour empêcher l'entrée de l'air dans la cavité thoracique. Cette opération a fait du bruit dans la ville à cette époque, et quelques témoins indiscrets nous ont assuré que les malheureux opérés ont dû se transporter dans des régions extra-orbem pour compléter leur guérison ; à leur retour, M. Beyran nous donnera de leurs nouvelles. Les nombreuses expériences pratiquées en France et en Angleterre ont réduit à sa juste valeur l'efficacité de cette opération ; longtemps en vogue en Allemagne et surtout à Vienne et à Prague, les résultats peu satisfaisants qu'on en obtenait l'ont fait rentrer dans les limites que la science lui a tracées. C'est tout au plus un palliatif lorsque le liquide trop considérable menace de suffoquer le patient.

Dr HUBSCH.
Dr MUHLIG.
(*La suite prochainement.*)

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 20 septembre 1854, sont nommés juges du concours pour l'agrégation de la Faculté de médecine de Montpellier, savoir :

1° Pour la section de médecine : MM. Parlier et Bonrely, juges ; M. Lassalvy, juge suppléant.

2° Pour la section de chirurgie : MM. Courty et Quissac, juges ; M. Chrestien, juge suppléant.

3° Pour la section des sciences anatomiques et chimiques : MM. Bourdel et Brousse, juges ; M. Lombard, juge suppléant.

— Par arrêté, en date du 20 septembre 1854, M. le docteur Négrier, professeur d'accouchements, des maladies des femmes et des enfants à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, est nommé de nouveau directeur de ladite école.

nécessaire à dire) le rebord osseux de la cavité cotyloïde et le fémur lui-même.

§ XIX. — Ici nous avons deux cas à considérer : 1° celui où la tête s'éloigne du fond de la cavité, la direction de la cuisse demeurant plus ou moins dans le plan même de la circonférence de la cavité ou dans le parallélisme avec lui; 2° celui, au contraire, où la direction générale du fémur se rapprocherait de la perpendiculaire au plan de cette circonférence.

On va voir que cette distinction est importante à faire, et cela par les résultats qu'elle fournira.

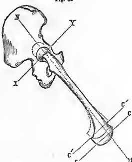
§ XX. — Dans la première catégorie se rencontrent les cas où la cuisse se trouve dans l'extension directe ou combinée avec un certain degré d'adduction ou d'abduction, et ceux où elle serait dans une flexion même assez prononcée, mais sans *abduction* notable. Il est aisé de reconnaître que, dans ces diverses situations, en effet, la direction de l'axe de la cuisse est plus ou moins exactement couchée dans le plan de la circonférence cotyloïdienne ou parallèle avec lui.

Dans l'une ou l'autre de ces circonstances, imaginons maintenant une force quelconque agissant sur la tête fémorale, de façon à la chasser de la cavité articulaire et à la diriger vers un point de la circonférence de cette cavité. Cette définition même des actions dont nous étudions ici l'effet conduit à la très-simple et naturelle décomposition de ces actions en deux forces, l'une repoussant directement la tête, suivant le rayon moyen de l'article jusqu'à une distance de 2,5 à 3 centimètres de son fond; la seconde se résumera en une force dirigée vers un des points de la circonférence cotyloïdienne, suivant l'axe de la cuisse.

La première de ces composantes, agissant dans un sens perpendiculaire à cet axe, sera sans influence sensible sur la variation éprouvée par la distance x, devenue par rapport à la direction de R une oblique très-rapprochée de la perpendiculaire.

Jetons les yeux sur la fig. III, dans laquelle le plan du dessin étant

Fig. 3.



supposé contenir la circonférence de la cavité cotyloïde et l'axe même de la cuisse ou du moins une parallèle à cette ligne et peu distante d'elle, la distaote $cc—xy$ représente la longueur normale R.

Si l'on suppose en action la seconde des composantes que nous venons de considérer, la tête étant déjà repoussée suivant le rayon moyen de la cavité, cette éminence sera conduite par ladite composante vers un des points de la circonférence cotyloïdienne. Or si l'action a lieu suivant la direction mn, il est visible que cc vient en $c'c'$, et que conséquemment x devient inférieur à R de cette quantité. Inversement, si la tête du fémur était repoussée dans la direction contraire nm, la différence s'observerait en sens opposé, et x serait plus grand que R de la même quantité, laquelle n'est autre que la grandeur même du rayon de la cavité articulaire 2,5 ou 3 centim.

Quant aux mouvements de la tête fémorale qui seraient produits dans la direction xy, c'est-à-dire sur la perpendiculaire à l'axe même du membre, et qui s'arrêteraient au rebord cotyloïdien, il est visible que l'obliquité de la cuisse sur la direction de x serait trop peu considérable pour altérer sensiblement cette variable.

Si maintenant on veut bien reconnaître que les seuls cas où la cuisse se maintienne dans une direction peu éloignée du parallélisme au plan de la circonférence cotyloïdienne sont bien ceux que nous avons relatés, c'est-à-dire pour lesquels le membre est dans l'extension avec ou sans abductioo, ou dans la flexion, sans abduction notable, on est conduit à formuler comme il suit la conséquence des développements qui précèdent.

§ XXI. — Lorsque l'axe de la cuisse est dans le plan de la circonférence cotyloïdienne ou dans un plan sensiblement parallèle à ce dernier, l'*allongement* réel de la cuisse ne pourra être observé que si la tête fémorale est chassée sur un point de la circonférence articulaire appartenant au quart inférieur et interne de cette circonférence. Dans tous autres cas de déplacement, il y aura raccourcissement plus ou moins appréciable, d'autant plus appréciable que la tête se dirigera vers la partie supérieure et externe de ladite circonférence.

(La suite au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Les numéros de janvier, février et mars 1854 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Du genre de mort par l'inhalation du chloroforme*; par M. E. R. Bickersteth (de Liverpool). 2° *Cas de kystes du testicule de l'espèce décrite par H. Cooper sous le nom d'hydatide ou maladie enkystée du testicule*; par M. Trélat, aide d'anatomie de la Faculté. 3° *De la rupture pulmonaire chez les enfants, et de l'emphysème général qui lui succède*; par le docteur Ozanam. 4° *Essai sur les préparations de scille*; par le docteur Chateau. (L'auteur cooclut que la scille a une action directe hyposthénisante sur le système ganglionnaire et cérébro-spinal, et que cette action se traduit d'abord par les hypersécrétions urinaires et intestinales, et certainement ensuite par la paralysie et la mort, si on exagérait les doses du médicament.) 5° *De quelques accidents de la maladie connue sous le nom d'oreillons*; par M. le professeur A. Trousseau. 6° *De l'éthérisation dans la folie au point de vue du diagnostic et de la médecine légale*; par le docteur A. Morel. 7° *De la paracentèse du thorax*; par le docteur Marotte, médecin de la Pitié. 8° *Des signes stéthoscopiques du rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche du cœur, et spécialement du bruit de souffle au second temps*; par le docteur Hérard, médecin des hôpitaux. 9° *De la névralgie faciale et de la névralgie du cuir chevelu*; par le docteur F. Neucourt. 10° *Recherches sur la structure intime du tubercule*; par le docteur L. Mandl. (Premier article.) 11° *Anatomie pathologique du rhumatisme articulaire aigu*; par M. Cossy. 12° *Recherches sur la tumeur lacrymale*; par M. Béraud, prosecteur des hôpitaux. (Deuxième article.) 13° *Étude sur la théorie de la menstruation et de la fécondation*; par M. T. L. Bischoff (de Giessen). (Nous ajournons à notre prochaine revue le compte rendu de ce travail, dont nous n'avons à notre disposition que la première moitié.)

DU GENRE DE MORT PAR L'INHALATION DU CHLOROFORME; par M. BICKERSTETH, chirurgien de Liverpool.

L'auteur a surtout cherché à élucider les deux points suivants :

1° Dans la mort provenant de l'inhalation du chloroforme, quels sont, des organes de la respiration ou de la circulation, ceux qui cessent les premiers de fonctionner?

2° Si la fonction respiratoire est abolie la première, est-il possible de la remplacer, au moyen de la respiration artificielle pendant un temps assez long pour faire surmonter au malade le narcotisme et la paralysie produite par le chloroforme?

Les expériences instituées par l'auteur pour arriver à cette détermination ont été faites avec une telle précision, et sont si probantes, que nous croyons devoir les rapporter ici, avec leurs détails les plus essentiels.

Exp. I. — Un lapin adulte est soumis aux inhalations du chloroforme. Au bout de cinq minutes, l'insensibilité est complète. L'inhalation est continuée, et au bout d'une minute et demie, la respiration devient plus fréquente que dans l'état normal et ensuite très-courte. Après deux minutes et demie d'insensibilité, la respiration cesse complétement. On ouvre sur-le-champ la poitrine, et on constate que le cœur bat avec vitesse et irrégulièrement. Il cesse de battre au bout de quatre minutes.

Exp. II. — Du chloroforme est administré à un gros chien. Aussitôt que l'anesthésie est produite, on fait une petite ouverture à la paroi abdominale, de manière à pouvoir y introduire le doigt et l'appliquer contre le diaphragme. On continue l'inhalation, et on note avec soin les mouvements du diaphragme.

Au bout de deux minutes, celui-ci ne se contracte que vingt-cinq fois par minute au lieu de quarante-huit, et ne s'abaisse qu'incomplétement. Au bout de trois minutes, ses mouvements deviennent plus rapides; il se contracte cinquante fois par minute, mais beaucoup plus incomplétement. Après une minute et demie passée dans cet état, la respiration devient faible, irrégulière et cesse tout à coup. Pendant ce temps, l'action du cœur reste normale; elle conserve sa régularité deux minutes après la dernière respiration; mais alors les mouvements du cœur s'affaiblissent, et au bout de trois minutes et deme, on ne les sent plus du tout.

Exp. III.—On fait respirer du chloroforme à un gros lapin, et lorsque l'anesthésie est produite, on fait, comme dans le cas précédent, une ouverture à l'abdomen. La respiration s'arrête. Après avoir attendu une minute et demie pour être sûr qu'elle est bien arrêtée, l'expérimentateur ouvre la poitrine: le cœur bat rapidement, mais avec irrégularité; la trachée est ouverte; on y introduit un tube à insufflation, et après avoir piqué en plusieurs endroits la plèvre pulmonaire, on fait passer un courant d'air continu à travers le poumon. Les mouvements du cœur se régularisent immédiatement. On en compte soixante par minute. Cet état dure vingt-cinq minutes, au bout desquelles on cesse la respiration artificielle. Le cœur continue à battre régulièrement pendant trois minutes; ses mouvements s'affaiblissent, puis ils s'arrêtent quatre minutes après la dernière insufflation.

Exp. IV. — Le chloroforme est employé, comme dans les cas précédents. Anesthésie complète au bout de huit minutes. Quelques minutes après, la respiration s'arrête. L'abdomen est ouvert et le doigt appliqué sur le diaphragme à l'endroit qui répond au cœur. Le cœur bat rapidement et avec régularité; le diaphragme est immobile. On ouvre la trachée et on opère la respiration artificielle au moyen d'une vessie en caoutchouc. L'air insufflé remplit le poumon, qui revient sur lui-même par sa contractilité propre. De cette manière il se fait vingt à vingt-cinq inspirations par minute. Immédiatement après qu'un petit nombre d'insufflations ont été faites, l'action du cœur devient plus lente et ses contractions plus fortes et plus complètes. Au bout de quatre minutes, le diaphragme commence à s'abaisser. Ses mouvements arrivent à s'opérer régulièrement trente fois par minute. On substitue aux insufflations d'air pur des insufflations d'air saturé de vapeurs de chloroforme. L'action du diaphragme s'affaiblit graduellement et s'arrête à la troisième ou quatrième minute. Pendant tout ce temps, le cœur a battu régulièrement. A ce moment, ses mouvements deviennent beaucoup plus vifs et persistent encore six minutes après que le diaphragme a cessé d'agir. Quand ils ont cessé, on essaye en vain de les faire renaître en substituant l'air pur à l'air saturé de chloroforme.

Exp. V. — Un chat est rendu insensible par l'action du chloroforme Un tube est adapté à une ouverture de la trachée. Le thorax est ouvert et le péricarde mis à nu. Le diaphragme s'abaisse régulièrement; le cœur se contracte avec force. On commence la respiration artificielle avec de l'air saturé de chloroforme. Au bout de sept minutes, le diaphragme commence à se mouvoir irrégulièrement; ses mouvements cessent à la onzième minute. Pendant tout ce temps, l'action du cœur reste forte et irrégulière; mais, à partir de la onzième minute, elle s'accélère et s'affaiblit en quatre minutes après que le diaphragme a cessé de se mouvoir; elle est si faible qu'on craint de la voir s'arrêter. La vapeur de chloroforme est remplacée par de l'air pur. L'effet se produit immédiatement; l'action du cœur devient plus énergique et plus lente. Au bout de trois minutes, le diaphragme commence à se mouvoir, d'abord convulsivement, puis, après quelques minutes, d'une manière naturelle. On revient à l'air mêlé de chloroforme. Le diaphragme cesse bientôt de se mouvoir. Les mouvements du cœur, réguliers jusque-là, s'affaiblissent bientôt et sont prêts à s'arrêter. On revient à l'air pur, et on réussit, au moyen de quelques insufflations, à rendre à ces mouvements toute leur force. Cinq minutes après, le diaphragme agit aussi complétement. La respiration artificielle est suspendue, et l'animal meurt, comme dans les expériences précédentes, par la cessation de la respiration, puis par celle des battements du cœur arrivant quatre minutes après la première.

De ces expériences, il résulte évidemment que, dans les cas de mort par le chloroforme, ce sont les mouvements respiratoires qui cessent les premiers; ceux du cœur ont toujours persisté trois à quatre minutes après ceux de la respiration.

Il en résulte aussi que la respiration artificielle, opérée avant que les contractions du cœur soient gravement compromises, peut rendre à celles-ci toute leur vigueur.

A côté de ces faits, le chirurgien de Liverpool a rassemblé un certain nombre d'observations faites sur l'homme où la respiration artificielle rétablit les mouvements respiratoires naturels, alors que la vie paraissait avoir cessé. Dans ces observations, on put constater également que la respiration fut suspendue avant le pouls, et que le pouls reparut sous l'influence de la respiration artificielle, même avant que le malade eût fait sa première inspiration.

Du reste, l'auteur ne nie pas d'une manière absolue l'action du chloroforme sur la circulation. Voici comment il s'exprime dans un endroit de son mémoire où il semble avoir voulu faire quelques réserves:

« Je veux que l'on me comprenne bien lorsque je dis que la mort commence toujours par les organes de la respiration, et que le cœur ne cesse de battre que par l'inaction des poumons: je ne nie point qu'il y ait des idiosyncrasies nerveuses particulières et individuelles qui échappent à la règle ordinaire; cependant je n'en ai jamais rencontré; je n'ai pas vu de cas dans lesquels le cœur m'ait paru particulièrement susceptible et pouvant être atteint primitivement. Mais lorsque le malade absorbe du chloroforme en quantité considérable, après que la respiration s'est arrêtée, le cœur est directement affecté et cesse de battre aussitôt; si même la dernière inspiration a introduit dans le système une quantité suffisante de vapeur de chloroforme pure, le cœur cesse de battre et semble s'être arrêté au même moment que la respiration, tandis qu'il y a réellement entre la cessation des deux fonctions un intervalle suffisant pour que l'absorption du chloroforme, entrée pendant la dernière inspiration, ait pu s'effectuer. »

Le mémoire de M. Bickerstetth n'est pas seulement un plaidoyer en faveur de la mort par asphyxie, plaidoyer aidé de faits et qui met en demeure les partisans de la mort par syncope d'étudier, eux aussi, la question expérimentalement; il contient des remarques dont quelques unes ont une très-grande portée.

Ainsi, par exemple, il résulte de faits peu nombreux il est vrai, mais bien constatés par l'auteur, que chez quelques individus qui sont sous l'influence du chloroforme, le pouls s'arrête soudain au moment où le chirurgien fait la première incision, bien que la respiration soit tout à fait normale. C'est là un phénomène rare, mais il est incontestable, et semble lié en quelque sorte à l'ébranlement causé au système nerveux par la première atteinte qu'il éprouve. Dans les cas rapportés par l'auteur, cet ébranlement nerveux s'est promptement dissipé; les battements du cœur ont reparu bientôt; en un mot la syncope n'a duré que quelques instants. Mais les choses peuvent se passer autrement: le cœur peut ne pas reprendre ses fonctions, la mort peut arriver.

Nous voilà donc ramenés pour expliquer certaines terminaisons funestes imputables au chloroforme, au mécanisme de la syncope. Évidemment la question a besoin d'être encore étudiée.

CAS DE KYSTES DU TESTICULE DE L'ESPÈCE DÉCRITE PAR A. COOPER SOUS LE NOM D'HYDATIDE OU MALADIE ENKYSTÉE DU TESTICULE; par M. TRÉLAT, aide d'anatomie de la Faculté.

Voici l'observation un peu abrégée qui a servi à M. Trélat de texte à des observations intéressantes d'anatomie pathologique et de diagnostic:

Obs. — Malade de 40 ans, bien constitué; deux ans avant d'entrer à l'hôpital, il s'aperçut que son testicule droit augmentait de volume; au bout de dix mois, il consulta un médecin qui plongea le trocart dans la tumeur. Cette ponction ne donna issue qu'à une petite quantité de liquide; le testicule conserva à peu près le même volume. Au bout de six semaines et trois mois après, seconde et troisième ponctions suivies du même résultat.

A son entrée à l'hôpital, on reconnait l'existence d'une tumeur pyriforme, verticalement allongée, située au côté droit des bourses. En haut et en avant, cette tumeur est fluctuante; en bas, la fluctuation est perceptible dans une moindre étendue; il semble qu'on ait sous les doigts une tumeur distincte de la précédente. Ces deux tumeurs ponctionnées isolément ont donné issue à un liquide citrin et se sont affaissées. On put sentir alors une masse centrale régulière, sans bosselures, offrant à la pression une résistance toute spéciale qui tenait le milieu entre la fluctuation et une certaine dépressibilité. La peau des bourses est saine, mobile sur la tumeur. Pas de douleur. Si on comprime la partie malade, on ne provoque aucune sensation spéciale. La sensibilité propre de l'organe a disparu. Le cordon n'offre ni dureté, ni nodosités, ni augmentation de volume.

La castration ayant été pratiquée, voici ce qui est résulté de l'examen de la pièce pathologique:

La tumeur est entourée de tous côtés de la tunique vaginale dont, à part quelques adhérences, la cavité est libre et contient une petite quantité de liquide. Ce sont ces adhérences qui terminaient la distinction des deux petites tumeurs transparentes notées plus haut. Sous la tunique vaginale, l'albugine se présente à l'état normal. A la partie interne et postérieure de celle-ci se trouvent le cordon et l'épididyme qui n'ont pas été atteints par la maladie. Une injection au mercure pratiquée dans le canal déférent s'était arrêtée au niveau de la queue de l'épididyme.

La tumeur, divisée suivant son grand axe, présentait à la partie supérieure un espace de 3 à 4 centim. rempli d'une matière rouge brunâtre, mêlée d'un peu de liquide de la même couleur. Sur les limites de cet espace existent quatre petits foyers sanguins qui ne dépassent pas le volume d'un très-gros pois.

Tout le reste de la tumeur était constitué par une tumeur fibreuse blanche, circonscrivant une quantité considérable d'aréoles rondes ou ovales de diverses grandeurs. Les unes contenaient un liquide limpide, mais visqueux et filant; les autres une substance blanche formée de couches concentriques, s'emboîtant les unes dans les autres, sans adhérer aux parois du kyste. Cette substance avait parfois l'aspect de tôle, parfois celui d'une perle; il n'y avait là aucune analogie avec le tubercule ou le pus concret. Sur les limites de la tumeur, on remarquait sous la tunique albuginée une lame mince, de couleur noisette, que le microscope fit reconnaître comme étant le vestige du

testicule. Le liquide filant contenu dans quelques aréoles est très riche en albumine; il ne contient pas de spermatozoïdes; on n'y rencontre que des débris vasculaires, des cellules d'épithélium et quelques corpuscules arrondis nageant dans son intérieur.

La substance concrète a montré sous le microscope des filaments bizarres, des lames déchiquetées, des cellules épidermiques et des cristaux de cholestérine. L'amas rouge brun, situé en face de la tumeur, était de fibres et de cellules irrégulières, qui n'étaient probablement que des globules sanguins altérés.

En aucun point de la tumeur, on n'a trouvé d'éléments cancéreux.

L'opération a eu un succès complet. En moins de trois semaines, la cicatrisation était obtenue sur tous les points.

L'auteur se pose une première question : La tumeur dont il s'agit ici était-elle cancéreuse?

On ne peut pas invoquer comme argument la non-acidité de la maladie, vu la date récente de l'opération. Mais dans les quatre observations analogues à celle-ci relatées par A. Cooper, le mal une fois enlevé ne s'était pas reproduit. Dans une cinquième observation rapportée par M. Cruveilhier et presque identique à celle de M. Trélat, le malade a succombé quelques mois après à une tumeur développée entre la sixième et la septième vertèbre cervicale. Ici encore ce n'est pas à proprement parler une récidive. Voilà déjà des présomptions.

Mais ce qui tranche la question, c'est l'examen microscopique qui n'a fait reconnaître dans la tumeur aucun élément cancéreux.

C'est donc là bien évidemment un exemple de tumeur non cancéreuse; c'est la tumeur enkystée du testicule telle que l'a décrite A. Cooper. Mais comment expliquer l'origine de ces kystes?

Ces kystes ne sont-ils qu'une déformation, un changement survenu dans des organes existant à l'état normal? Sont-ils dus, en un mot, comme le pensait A. Cooper, à une distension des tubes séminifères oblitérés, ou bien sont-ils un produit nouveau formé de toute pièce dans l'organe malade?

C'est cette seconde opinion qu'adopte M. Trélat. Les raisons qu'il fait valoir sont à peu près celles qui ont été développées par M. Gosselin dans son mémoire sur les kystes superficiels du testicule, dont la Gazette Médicale a déjà rendu compte.

Le diagnostic, suivant A. Cooper, se tire de l'examen des sept caractères suivants :

1° Dépressibilité plutôt que fluctuation;
2° Tumeur plus pesante;
3° Conservation de la forme de l'organe;
4° Absence de transparence;
5° Sécrétion de constriction du testicule par le fait de la compression;
6° État variqueux des veines du cordon et du scrotum;
7° Testicule ne pouvant pas être serré, comme dans l'hydrocèle, à la partie inférieure et postérieure de la tumeur.

M. Trélat n'accorde de l'importance, et avec raison, qu'au premier, au troisième, au quatrième et au septième signe indiqués par le chirurgien anglais. Mais le signe par excellence, c'est, il faut bien l'avouer, la ponction, qu'aucun chirurgien ne néglige dans les cas douteux.

De la rupture pulmonaire chez les enfants et de l'emphysème général qui lui succède; par M. Ch. Ozanam.

La rupture pulmonaire et l'emphysème général qui en est la suite ne constituant point par eux-mêmes une maladie, mais survenant le plus souvent comme complication dans le cours de certaines maladies graves de l'appareil pulmonaire, on comprend que ces lésions aient pu souvent échapper à l'observation, et que leur étude ait été un peu négligée pour celle de l'affection principale. Ce n'est, en effet, que depuis peu d'années que cette lésion a été l'objet d'une étude spéciale de la part de MM. Roger et Natalis Guillot.

Le travail de M. Ozanam confirme à plusieurs égards et complète les recherches de ses devanciers sur ce point intéressant d'anatomie pathologique.

Voici en quels termes l'auteur résume le résultat de ses recherches sur le mécanisme de production de ces accidents et sur les conséquences pratiques qui s'en déduisent :

Toute affection pulmonaire, tout effort violent de la respiration peut, chez les jeunes sujets, amener une rupture pulmonaire.

Cette rupture est suivie d'un emphysème externe et interne.

A l'intérieur, l'emphysème suit les couches celluleuses et décolle la peau.

A l'extérieur, il suit les conduits bronchiques et les gaînes vasculaires, décolle et dissèque les séreuses.

Cet emphysème, mortel huit fois sur neuf, peut cependant guérir.

Il y a quatre modes de guérison, dont les éléments se prêtent un mutuel secours.

L'indication thérapeutique consiste : *a* à calmer la respiration, à la rendre presque insensible; *b* à évacuer l'air infiltré par des ponctions avec un trois-quarts très-fin.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 18 septembre. — Présidence de M. Combes.

De la cautérisation cutanée dans les maladies du système osseux.

M. Bouvier lit sur ce sujet un mémoire dont voici un extrait :

Depuis longtemps, dit l'auteur, j'ai été frappé de l'abus que l'on fait de la cautérisation révulsive dans les maladies des os, notamment dans le mal vertébral, la tumeur blanche, la coxalgie.

Les cas de ce genre forment deux catégories. Dans l'une, les irritations cutanées ne sont ni nécessaires ni même utiles, et le traitement interne presque seul conduit à la guérison. Dans l'autre, quelque symptôme spécial réclame l'emploi de la dérivation ou de l'excitation cutanée. Mais il n'est pas pour cela nécessaire de détruire le derme, il suffit d'agir sur les couches superficielles de la peau, sur les tissus sus-dermiques.

D'une part, la simple douleur de l'électrisation cutanée, la rubéfaction par les liniments irritants ou les sinapismes, les vésicatoires, les ventouses sèches prolongées, la pustulation du tartre stibié, de l'huile de croton, les applications de créosote, d'ammoniaque, etc., peuvent dispenser plus souvent qu'on ne le croit d'avoir recours à la cautérisation. En second lieu, quand l'insuffisance de ces moyens indique l'emploi de la cautérisation, on peut substituer à celle que l'on met communément en usage la simple ustion de l'épiderme et du corps muqueux de la peau, comme l'a très-bien indiqué M. Sédillot.

Je me sers de deux procédés pour produire cette cautérisation épidermique. L'un n'est autre que l'allumette de M. Goudret, dont la flamme est rapidement appliquée ou promenée sur différents points de la peau, où elle produit autant de petits *moxas épidermiques*. L'autre est l'application également instantanée, mais répétée dans plusieurs points, d'un disque métallique monté sur une tige ou un manche, comme un cachet ordinaire, et chauffé à la flamme d'une lampe à alcool. Le stylet de M. Sédillot ou la sonde de femme des trousses peuvent évidemment servir au même usage. L'essentiel, quelque instrument que l'on emploie, est de ne pas trop le chauffer et de ne pas prolonger le contact au point de désorganiser le derme.

L'intégrité du derme, tel est, en effet, le caractère de cette méthode; c'est ce qui la distingue des cautérisations transcurrentes, ponctuées, qui se pratiquent avec le fer rouge, quelque réduites que soient ses dimensions. De là dérive la propriété qui lui est particulière, de ne déterminer aucune solution de continuité, aucune inflammation suppuratique.

J'ai réussi, par cette seule ustion épidermique, à calmer la douleur symptomatique de lésions osseuses, à guérir la paralysie liée à un mal vertébral, à procurer la résorption d'abcès ossifluents, aussi bien que par les procédés ordinaires de cautérisation.

D'après les faits que j'ai observés, cette méthode peut remplacer, dans tous les cas d'affection osseuse, non-seulement le fer rouge, mais encore les cautères calci-potassiques, les moxas, les traînées d'acides concentrés, que l'on prodigue dans le traitement de ces maladies, et qui produisent des plaies larges, profondes, de véritables ulcères, le plus souvent inutiles au but qu'on se propose.

J'ai été heureux de voir un chirurgien éminent comme M. le professeur Sédillot provoquer à cet égard une réforme que, de mon côté, j'appelais de tous mes vœux (1).

Expérience pour déterminer l'action des fluorures sur l'économie animale.

M. Maumené communique les résultats d'une expérience qu'il a tentée dans le but d'étudier l'influence des fluorures sur l'économie animale. Cette expérience se rattache à un système d'étude que l'auteur a entrepris et qui a pour objet d'essayer sur les animaux l'influence des sels dont la présence a été constatée dans quelques eaux et dont on est loin encore de connaître toute l'action hygiénique, en particulier en ce qui concerne la production du goître.

Au premier rang des matières suspectes, dit l'auteur, on doit placer les fluorures : l'analyse n'a pas indiqué ces corps dans les eaux des pays à goître; mais ce n'est pas faire injure aux chimistes qui ont examiné ces eaux que de supposer l'omission du fluor dans leurs recherches. Il n'est pas impossible

(1) Il est inutile de faire remarquer que cette communication, postérieure au mémoire sur le même sujet inséré dans le dernier numéro de la Gazette Médicale, ne fait que reproduire sous une autre forme la plupart des idées renfermées dans ce travail.

ainsi d'attribuer aux fluorures une part d'action, au moins dans l'hygiène des goitreux. En tout cas, leur étude peut être utile au point de vue toxicologique. Voici le résultat donné par l'expérience :

Une petite chienne a été soumise au régime suivant : tous les jours je saupondrais sa pâtée de fluorure de calcium naturel bien pulvérisé : 5 milligr. d'abord, puis 10, 15, jusqu'à 50. Les premiers jours l'animal vomit une ou deux minutes après l'ingestion ; un peu plus tard il ne vomit que par intervaltes et longtemps après avoir mangé. Craignant l'influence mécanique des bords aigus du fluorure solide, je préparai du fluorure de sodium en une dissolution titrée dont j'employais chaque jour une ou plusieurs pipettes. Je commençai par 20 milligr., et j'élevai la dose peu à peu jusqu'à 120. L'animal montrait un peu d'hésitation lors des premières épreuves, parce que le liquide mêlé aux aliments ne se trouvait pas suffisamment déguisé ; mais au bout de quelques jours je versai le fluorure dans du café au lait ; depuis ce moment le sel fut absorbé sans la moindre difficulté et avec la même avidité que si le café eût été parfaitement pur. Pendant plus de quatre mois la chienne avala près de 10 grammes de fluorure de sodium ; elle parut n'éprouver aucune gêne, aucun abattement, elle sembla même s'en porter mieux. Dans les derniers jours, on vit distinctement apparaître un gonflement général du cou, une sorte de collier ou bourrelet qui était assez marqué pour attirer l'attention des personnes étrangères.

L'expérience fut interrompue, bien à regret, par la disparition de la chienne dont je fus plusieurs mois sans nouvelles. Le gonflement n'a pas disparu ; dans ce moment même, au bout de trois ans, il existe sans doute encore, mais la chienne est devenue massive et la saillie du cou n'est plus distincte.

Ce gonflement est-il un goître? Je suis porté à le croire, tout en indiquant ces faits avec réserve. Il ne m'a pas été possible de donner suite à cette première épreuve, et je crois devoir la publier sans plus attendre.

M. Maumené adresse, en outre, une note qui se rattache à ses recherches sur les eaux de la ville et de l'arrondissement de Reims.

Dans ce travail, auquel l'Académie accorda en 1851 le prix de statistique, l'auteur avait traité quelques questions que MM. Boutron et Boudet ont aussi abordées dans un mémoire lu récemment à l'Académie de médecine (action de l'eau sur le savon, théorie des bicarbonates, etc.). La discussion de ce travail forme l'objet de la nouvelle note de M. Maumené, étant à certains égards une réfutation des opinions soutenues par les deux chimistes que nous venons de nommer, et, à certains égards une réclamation de priorité.

L'Académie, n'ayant point été appelée à se prononcer sur le travail de MM. Boutron et Boudet, doit se borner à mentionner la réclamation de M. Maumené.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 26 septembre. — Présidence de M. Rostan.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Une lettre par laquelle M. le ministre des affaires étrangères l'informe que des expériences pour la guérison du choléra par les laxatifs sont entreprises à l'hôpital du Christ, à Londres, et qu'elles sont suivies d'un assez grand succès ;

2° Des lettres relatives à des remèdes et spécifiques proposés contre le choléra, y compris une lettre de M. le professeur Burggraeve (de Gand), qui annonce avoir guéri un cholérique en le soumettant aux courants galvano-électriques à travers une forte solution saline. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

Le même ministre transmet, avec demande d'avis :

1° Des échantillons provenant d'une source sulfureuse et ferrugineuse découverte en procédant à l'exécution des travaux de reconstruction du pont d'Austerlitz, près de la culée de la rive droite dudit pont ;

2° Des échantillons provenant d'une source minérale, dite de Hontalade, située près du hameau de Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées). (Comm. des eaux minérales.)

— M. Padioleau (de Nantes) adresse le résultat des observations qu'il a recueillies dans l'épidémie cholérique qui règne actuellement à Nantes, et qui paraît en décroissance.

Le nombre des victimes s'élève jusqu'ici à 510 : 329 à domicile, 181 dans les hôpitaux.

Les décès sont ainsi répartis :

Enfants.	131
Femmes.	114
Hommes.	84
	329
Plus, dans les hôpitaux.	181
	510

— M. le docteur A. Legrand adresse un complément à la communication qu'il a faite à l'Académie dans la séance du 12 courant, en mettant sous ses yeux la formule qu'il emploie depuis longtemps et avec un succès presque constant pour arrêter la diarrhée qui précède si souvent l'invasion du choléra-morbus asiatique.

Voici cette formule :

Prenez : Poudre de noix vomique torréfiée 1 gramme.
Magister de bismuth. . . . . 2 —
Diascordium. . . . . 7 —

Pour faire S. A. 20 pilules.

Ces pilules sont prises au moindre dérangement qui survient dans le nombre ou dans la nature des évacuations alvines, à la dose d'*une immédiatement avant chaque repas* ; deux ou trois par jour par conséquent, si l'on fait deux ou trois repas. Mais si à cette dose on n'obtient aucune amélioration, on peut doubler ou tripler la dose, de manière à en prendre 4, 6 et 9 par jour.

— M. Aladane de Lalibarde transmet à l'Académie les résultats obtenus à l'aide du sulfate de strychnine, dans la période cyanique algide du choléra.

— M. Rabelleau (de Sully-sur-Loire) communique une note sur le choléra-morbus. L'auteur prétend trouver une grande analogie entre cette maladie et l'affection décrite en l'an XI par Hallé, chez les ouvriers des mines d'Anzin, exposés aux émanations du gaz acide carbonique. Cette analogie le porte à penser que le choléra est dû à la présence d'un excès d'acide carbonique dans l'économie.

— M. Boniteau adresse un mémoire sur la cause du choléra et des fièvres.

— M. d'Agar de Bus, d'Issoudun (Indre) adresse une note sur la prophylaxie du choléra.

(Toutes les communications précédentes sont renvoyées à la commission du choléra de 1854.)

— M. Witmark (de Hambourg) adresse une addition à sa précédente communication sur le traitement du choléra. (Comm. des remèdes secrets.)

— M. Prime (de Nantes) communique une observation de toux nerveuse qui a duré quatre ans sans discontinuer, et s'est éteinte d'elle-même, après avoir résisté à tous les moyens imaginables.

— M. Metz, conseiller sanitaire du roi de Prusse à Aix-la-Chapelle, communique un mémoire sur l'emploi du froid après l'opération césarienne. (Comm. : MM. Cazeaux, P. Dubois, Velpeau, Danyau.)

— M. Castano, médecin à l'hôpital Saint-André à Rome, transmet un mémoire contenant des vues et des appréciations nouvelles sur la nature de la syphilis. (Comm. : M. Ricord.)

— M. Mathieu adresse une lettre de M. le docteur Girand-Teulon (de Nice), par laquelle il peut, dit-il, établir son droit de priorité sur l'aiguille à clapet latéral, dont le principe, d'ailleurs, n'est pas nouveau.

— M. Bonnafont, à l'occasion du procès-verbal, donne quelques explications sur les faits contenus dans le mémoire publié par M. Armand dans la Gazette hebdomadaire, et qui ont fait le sujet des nouvelles observations présentées par M. Velpeau dans la dernière séance. M. Velpeau, suivant M. Bonnafont, aurait donné une fausse interprétation à ces faits en en déduisant une moyenne plus élevée qu'elle n'est en réalité. Il résulte des développements dans lesquels entre M. Bonnafont sur ces faits que leur résultat, bien qu'inférieur à celui de ses propres observations, est encore supérieur à celui de MM. Velpeau et Ricord, et qu'ils donnent une moyenne, non pas de vingt et un jours, comme l'a dit M. Velpeau, mais de seize jours. Quant à la différence entre les résultats de M. Armand et les siens, qui ont donné pour moyenne douze jours, M. Bonnafont l'explique par la manière différente dont a procédé M. Armand.

M. Bonnafont persiste donc à considérer les résultats de M. Armand, malgré leur infériorité relativement aux siens, comme favorables à sa méthode, et il termine en faisant ressortir l'avantage qu'offre ce mode de traitement au double point de vue de sa simplicité, et surtout au point de vue de l'économie qui en résulte, circonstance à prendre en sérieuse considération dans un grand établissement, lorsque l'on songe qu'il s'agit d'une maladie aussi commune.

M. Velpeau persiste, à son tour, dans sa manière d'interpréter les faits de M. Armand comme ceux de M. Bonnafont, dont les résultats ne diffèrent pas des siens et de ceux de M. Ricord. Il y a évidemment entre M. Bonnafont et lui un malentendu, qui provient de ce que M. Bonnafont ne compte la durée de la maladie qu'à dater du jour où l'on a commencé le traitement, tandis qu'il faut en réalité la faire dater du début même des accidents. Or, si l'on prend ce point de départ, on verra que la moyenne est bien celle qu'il a indiquée.

Cette discussion n'a pas de suite.

Tumeur sanguine du fémur ; encéphaloïde chez un enfant.

M. Jobert (de Lamballe) lit un rapport sur deux observations adressées par M. Pamard, correspondant de l'Académie à Avignon.

Le premier fait est relatif à une tumeur sanguine osseuse développée à la partie inférieure du fémur droit. Le malade portait depuis longtemps au-dessus du genou droit une tumeur dure presque indolente et qui s'était développée très-lentement. Étant debout, il fut pris tout à coup d'un élancement excessivement pénible dans le lieu où siége la tumeur. Le genou se tuméfia, des douleurs intolérables se développent, et la tumeur va sans cesse en augmentant. M. Pamard constate au-dessus du genou une tuméfaction de la cuisse telle que le volume du membre était au moins le double de celui du côté opposé. Les téguments étaient tendus, rénitents; on apercevait du côté externe une fluctuation profonde, obscure, et un mouvement d'expansion correspondant aux battements du cœur.

Le doute qui régnait sur la nature de la tumeur primitive, sur l'état des parties profondes, engagea M. Pamard à recourir à l'opération. Après une ponction exploratrice qui donna lieu à l'issue d'un sang rutilant, l'opération fut pratiquée à la réunion du tiers inférieur avec le tiers moyen.

L'examen de la pièce offrait les lésions suivantes : A la partie externe du fémur et immédiatement au-dessus du genou existait une espèce de poche

anévrismale de la grandeur d'une petite orange; elle existait par sa base en tumeur osseuse qui était perceptible pendant la vie, et cette tumeur elle-même formait les deux tiers environ de la paroi latérale de la poche.

Cette tumeur n'était recouverte par aucune membrane; le périoste était détruit. La surface rugueuse était percée d'une infinité de trous d'où suintait du sang, incisée en deux parties. Cette tumeur s'insérait sur le fémur et communiquait directement avec la cavité médullaire dont la membrane était très-congestionnée. La poche était elle-même percée à son côté inférieur et externe d'un large trou par où le sang s'était épanché entre les muscles; il y avait également dans son intérieur de larges et nombreuses couches de fibrine ancienne et nouvelle.

Ce fait est intéressant, en outre, en ce qu'une tumeur, probablement de même nature, s'est développée chez ce malade à un des doigts de la main gauche. M. le rapporteur se demande si, dans ce cas, on n'a pas eu affaire à l'une de ces diathèses semblables à celles qu'on obtient dans certaines tumeurs ou dans les anévrismes même.

Dans le deuxième fait, il s'agit d'un cancer à un âge où toute dégénérescence cancéreuse est une exception. C'était un sarcocèle chez un enfant âgé de 17 mois. L'examen de la tumeur n'ayant laissé aucun doute sur sa nature, M. Pomard l'opéra, et le petit malade guéri.

M. le rapporteur, après quelques mots d'éloges pour l'esprit modeste et le jugement éclairé de l'auteur, propose de lui adresser des remercîments et de déposer son mémoire dans les archives.

M. Robert ne veut point laisser sans critique le fait relatif à l'enfant opéré d'un cancer encéphaloïde qui aurait guéri, au dire de M. le rapporteur. Si par ce mot on veut dire que l'enfant a guéri des suites de l'opération, il n'y a là rien que de très-naturel; mais si l'on veut donner à entendre qu'il est guéri de l'encéphaloïde, c'est une autre question. On sait que ces sortes de guérisons de l'encéphaloïde sont très-contestées aujourd'hui. On remarquera en outre qu'il s'agit d'un enfant, et que l'encéphaloïde est une affection très-rare à cet âge. Il y avait donc là une double circonstance qui exigeait des détails plus précis que ceux que renferme cette observation.

M. Jobert: L'observation, quoique courte, est tellement précise qu'il n'est pas possible de conserver le moindre doute sur la nature de la tumeur.

M. Robert: Il s'agit d'un cancer encéphaloïde. L'enfant est-il guéri ou non de son cancer? S'il est guéri, c'est un fait à encadrer; car il serait unique.

M. Velpeau: La question qui vient d'être soulevée est très-importante, et mérite d'être sérieusement examinée. M. Robert vient de dire que le cancer encéphaloïde ne guérit pas. Tous les chirurgiens ne seront pas de son avis. Il existe aujourd'hui parmi les jeunes savants une exigence telle qu'on n'aurait pas le droit, suivant eux, de diagnostiquer un cancer tant que l'on n'a pas préalablement déterminé ses caractères microscopiques. Sans doute il est des cas où l'intervention du microscope est utile; mais dans le plus grand nombre, on peut se dispenser d'y recourir.

Quant au fait de M. Pamard, bien qu'il manque de détails au point de vue anatomo-pathologique, il ne peut laisser aucun doute pour les chirurgiens familiarisés avec le diagnostic de ces tumeurs. On ne manquera pas de dire sans doute que puisque le malade a guéri, c'est qu'il n'avait pas un cancer. M. Robert paraît disposé à résoudre la question dans le même sens; mais c'est ce qui reste à démontrer.

M. Robert: Il est plus difficile qu'on ne semble le croire de diagnostiquer le cancer. Pourquoi, quand on possède un nouveau moyen d'investigation plus précis que ceux que l'on avait jusque-là, s'obstiner à n'en point tenir compte.

M. Jobert espère, puisque la discussion paraît devoir s'engager là-dessus, que M. Robert fera connaître les faits sur lesquels il fonde les propositions qu'il vient d'émettre. Quant au fait rapporté par M. Pamard, qui est un des chirurgiens les plus distingués de la province, M. Jobert ne comprend pas qu'on le mette ainsi en question.

M. Velpeau tient à déclarer, avant que cette discussion s'engage, qu'il n'est pas un adversaire du microscope. Au contraire, il a toujours poussé aux recherches microscopiques. Mais il pense qu'on a été beaucoup trop vite dans les conséquences qu'on en a déduites. C'est ce qu'il se propose de prouver.

M. Larrey demande dans l'intérêt de M. Pamard lui-même que la partie du rapport relative à la deuxième observation soit modifiée, et que l'on dise que le petit malade est guéri de l'opération et non point du cancer.

M. Moreau demande le renvoi du mémoire au comité de publication et exprime le désir qu'on demande à M. Pamard des renseignements sur l'état actuel de cet enfant.

M. Jobert se refuse à la modification proposée par M. Larrey.

La discussion est close. M. Pamard étant correspondant, il n'y a pas de conclusion à prendre.

Paralysie générale.

M. Scipion Pinel lit un mémoire ayant pour titre : Des différentes formes de la paralysie générale et de ses conditions anatomiques.

Du résumé général de ce travail, l'auteur tire les conclusions suivantes :

La paralysie générale, la cérébrite paralytique considérée dans ses rapports avec les altérations encéphaliques se présente sous quatre formes principales.

La première, la forme suraiguë, se lie à une congestion inflammatoire de la périphérie et de quelques centres du cerveau.

La seconde forme est caractérisée par la désorganisation lente et chronique de la substance corticale, et surtout de la couche moyenne de cette substance et par des ramollissements partiels des corps striés.

La troisième forme est marquée par une hypertrophie aiguë de la substance blanche, hypertrophie qui gonfle chaque hémisphère et qui coïncide avec un état fébrile très-prononcé.

Enfin la quatrième forme se révèle par l'atrophie de quelques circonvolutions, ou même d'un lobe entier, compliquée souvent d'épanchements sanguins ou séro-sanguins à la périphérie cérébrale.

Ces diverses altérations correspondent à des altérations analogues des corps olivaires, que nous regardons comme les organes propres à l'articulation des sons laryngiens, à l'exercice de la voix et de toutes ses modifications.

La connexion et les rapports des corps olivaires avec le bulbe rachidien et avec le mésocéphale expliquent assez l'influence des altérations encéphaliques sur l'organe de le parole. (Comm.: MM. Londe, Cruveilhier, Bricheteau.)

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

BIBLIOGRAPHIE.

Des plaies des artères; par M. Louis Porta, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Pavie. —Milan, 1852.

Notre illustre J. L. Petit a été le point de départ d'une foule de travaux importants sur les maladies chirurgicales des artères. Depuis qu'il a pris la nature sur le fait et l'a révélée par sa fameuse théorie du caillot en forme de *couvercle* et de *bouchon*, de nombreux expérimentateurs sont venus confirmer et compléter la belle découverte de l'hématose naturelle. Le plus célèbre d'entre eux, l'Anglais Jones, a décrit avec beaucoup de vérité et de précision la cicatrisation des artères entièrement coupées; il a étudié les propriétés vitales et la réaction inflammatoire des parois de l'artère; il en a même exagéré les effets en voyant partout des exsudations de lymphe plastique comme moyen d'oblitération des artères coupées ou liées. Béclard en France a insisté surtout dans ses expérimentations sur la nature, la direction et l'étendue de la plaie artérielle, et sur ses rapports avec la formation, le degré et le danger de l'hémorrhagie. Il a confirmé également la faculté qu'ont les plaies des artères de se cicatriser sans sacrifier la perméabilité du vaisseau.

La question paraissant épuisée à ce point de vue, M. Porta est remonté à la source profonde, inépuisable, d'où tant de travaux étaient déjà sortis, pour en rapporter une idée nouvelle que, comme les expérimentateurs précédents, il se propose d'exploiter à son tour. L'idée de J. L. Petit n'avait été appliquée qu'à l'étude de l'hématose dans les vaisseaux entièrement coupés et dont la cicatrisation entraîne forcément l'oblitération. M. Porta se propose de l'appliquer à l'étude des artères blessées qui se cicatrisent tout en restant perméables. C'est ce procédé de guérison dans les divers genres de plaie des artères qui lui paraît avoir besoin de démonstration.

Pour atteindre ce but, assurément digne de toute la sollicitude des hommes de science, le professeur de l'Université de Pavie ne se contente pas de l'observation directe des faits qui, depuis J. L. Petit et Foubert, se sont présentés sur l'homme et ont été recueillis par des observateurs éminents. Il a surtout recours à l'expérimentation sur les animaux. L'expérimentation, en effet, fait naître les circonstances que sans elle on aurait trop peu souvent l'occasion d'observer pour les bien étudier. Mais la difficulté de se placer dans des conditions parfaitement identiques ne laisse souvent à l'expérimentation d'autre valeur que celle d'une induction. Cette vérité est surtout remarquable pour les expériences qui se pratiquent sur le système vasculaire des animaux où la plasticité plus grande du sang et une vitalité peut-être différente des tuniques artérielles entraînent des résultats qui ne sont pas applicables à l'homme.

Malgré cette cause d'erreur qui tient au procédé mis en usage, le travail de M. Porta mérite d'occuper une place honorable à la suite des travaux de Jones, Béclard, Scarpa, etc.

Les expérimentations de M. Porta ont eu lieu sur les grandes artères des chiens. Il recherche expérimentalement si et comment une grande artère partiellement blessée se cicatrise en maintenant l'intégrité de son canal. Il les a commencées au printemps de 1846 et en avait fait 60 à la fin de l'été de 1847; pendant 1850 il a poursuivi une seconde série de 70 expériences pour la sanction et la correction des précédentes.

Le mémoire est divisé en cinq articles. Les trois premiers se rapportent aux trois genres de plaies par instrument piquant, par instrument tranchant et par arme à feu faites sur les artères des animaux; le quatrième comprend les observations pathologiques faites sur les plaies des artères de l'homme; le cinquième contient, en manière d'appendice, un aperçu d'expériences et d'observations sur les plaies

des veines. Des figures gravées sur cuivre aident la description et terminent le mémoire.

Trente expériences ont été faites sur les plaies par instrument piquant avec le trocart, l'aiguille à cataracte, l'épingle sur les principales artères des chiens, l'aorte, les carotides, les iliaques, les fémorales. Une hémorrhagie mortelle est vraiment rare à la suite d'une plaie par instrument piquant; au contraire, dans ces petits trajets, le sang a coutume de s'arrêter de lui-même en quelques secondes.

Les petites blessures d'artères, telles qu'elles résultent de l'acupuncture, sont susceptibles d'une adhésion immédiate. Lorsque la plaie est récente, elle offre encore la trace de la piqûre de l'aiguille, marquée par un point rouge; mais plus tard la tache disparaît et la paroi du vaisseau se trouve fermée et cicatrisée solidement, sans indice d'une ancienne solution de continuité. Dans quelques cas de plaie par instrument piquant, la tunique externe ou celluaire se cicatrise rapidement, et il se fait avec la même rapidité des bords de la plaie de la tunique propre ou moyenne un peu d'exsudation de lymphe plastique qui, s'organisant en une pseudo-membrane, rétablit la continuité de la paroi. Avec le temps la pseudo-membrane de la cicatrice se resserre au point de devenir presque imperceptible. Du reste, une réunion médiate des plaies par instrument piquant à l'aide d'une exsudation plastique est assez rare, la plus grande partie de celles-ci se trouvant oblitérées par un caillot. En effet, le sang arrêté par la résistance des parties externes et surtout par la tunique cellulaire du vaisseau lésé, se change en un caillot latéral, en forme de bouton ou de filament, qui s'interpose aux lèvres de la plaie de la tunique propre et, y adhérant, constitue un bouchon solide qui le ferme mécaniquement.

Les plaies par instrument tranchant et les plaies par instrument rougi au feu ont donné des résultats analogues; en sorte que toutes les plaies des artères ont à peu près le même mode de cicatrisation, et leur canal, pourvu que la plaie soit petite, peut facilement se cicatriser sans perdre de son calibre. La cicatrice a lieu généralement par première intention : dans les plaies par instrument piquant, qui sont plus étroites, il se fait une réunion immédiate par abouchement direct des lèvres; dans les plaies par instrument tranchant, il se fait quelquefois une réunion médiate par l'interposition de la lymphe plastique et l'organisation d'une pseudo-membrane ligamenteuse nouvelle entre les bords; mais le plus souvent dans les plaies par instrument piquant et les plaies par instrument tranchant, et constamment dans les plaies d'arme à feu, la soudure se fait par l'intromission d'un caillot. Aussi dans toutes les plaies des artères susceptibles de se cicatriser avec la conservation de leur canal, les deux tuniques interne et externe, par la simplicité de leur structure, se reproduisent au naturel sans laisser trace de la solution de continuité; pendant que la tunique moyenne incapable de reproduire son propre tissu fibreux se resserre simplement jusqu'à la réunion, ou se soude par la métamorphose organique du caillot ou par la pseudo-membrane ligamenteuse nouvelle, ces productions représentent le tissu véritable et indélébile de la cicatrice.

Tels sont les résultats remarquables et parfaitement exposés auxquels l'auteur est arrivé dans ses expériences sur les chiens. Il lui a été impossible d'obtenir un anévrisme consécutif. Ou le chien périssait d'hémorrhagie ou il se rétablissait complétement, et l'artère cicatrisée et rendue à l'état normal fonctionnait comme les autres. Jones, Béclard et d'autres expérimentateurs avaient déjà fait cette remarque, et n'avaient jamais vu d'anévrisme résulter chez les animaux de la blessure d'une artère.

En est-il de même chez l'homme? Voilà la question. Or chez l'homme c'est tout le contraire. L'anévrisme, à moins que le vaisseau ne s'oblitère, est le résultat presque constant d'une blessure artérielle. Aussi dans la quatrième partie du mémoire qui comprend les observations recueillies sur l'homme de plaies artérielles cicatrisées sans anévrisme et sans obliteration du vaisseau, l'auteur peut-il à peine rassembler quelques cas peu probants, et dont aucun n'a été consacré par l'écoulement d'un temps suffisamment long depuis le moment de la blessure. Il cite les observations bien connues de J. L. Petit, de Foubert, de Scarpa et quelques autres; il rapporte même une observation très-intéressante de ce genre qu'il trouve dans Galien. Mais dans les observations qu'il cite et où l'artère a été trouvée cicatrisée par un procédé analogue à celui qu'il a décrit chez les animaux, la lésion ne remontait pas au delà de quelques semaines à plusieurs mois; en sorte qu'on peut tout au plus en conclure que l'anévrisme consécutif peut rester plusieurs mois avant de se former.

Malgré cela le travail de M. Porta mérite d'être consulté : il éclaire un point très-important de l'anatomie pathologique des artères, et, en faisant l'application à la pratique, il encourage à l'emploi d'une compression méthodique et persévérante, à l'aide de laquelle on peut espérer de conserver la perméabilité du vaisseau sans la complication de tumeur anévrismale.

FOLTZ, D. M. P.,
Professeur adjoint à l'École de médecine et de pharmacie de Lyon.

VARIÉTÉS.

MOUVEMENT DU CHOLÉRA DANS PARIS ET DANS LES COMMUNES RURALES.

Septembre...		22	23	24	25	26	27	28
Admissions aux hôpitaux		6	5	7	0	4	2	0
Cas déclarés à l'intérieur		8	6	2	2	2	2	5
Totaux.........		14	11	9	8	6	4	5
Décès :	Dans les hôpitaux civils..	3	7	9	7	5	5	4
	— militaires..	3	0	0	0	1	1	0
	A domicile : 1er arrond...	2	4	0	0	1	0	0
	2e —	0	1	1	0	1	2	0
	3e —	0	1	1	1	0	0	0
	4e —	0	0	0	0	0	0	0
	5e —	3	0	0	0	1	1	0
	6e —	0	0	1	0	0	0	0
	7e —	0	1	1	1	0	1	0
	8e —	1	0	1	0	1	1	0
	9e —	0	0	0	0	0	0	0
	10e —	1	5	1	2	1	1	0
	11e —	1	0	0	0	0	0	0
	12e —	3	2	0	0	0	0	1
	Communes rurales.....	(1)	13(2)	2	5	1	4	6

RÉCAPITULATION DES DÉCÈS CHOLÉRIQUES :

Septembre.. :	22	23	24	25	26	27	28
Dans les hôp. civils et militaires ...	6	7	9	7	6	6	4
A domicile et dans les comm. rurales.	11	27	8	9	6	10	7
Totaux généraux des décès...	17	34	17	16	12	16	11

RÉCAPITULATION DEPUIS LA RECRUDESCENCE JUSQU'AU 28 SEPTEMBRE.

Admissions dans les hôpitaux civils. .	4,323	6,197
Cas déclarés à l'intérieur	1,874	
Décès dans les hôpitaux civils.....	3,184	10,496
— — militaires ..	597	
— à domicile...........	4,318	
— dans les communes rurales.	2,397	

— On nons écrit de Messine, 19 septembre :

« Le choléra, qui s'était montré à Naples et à Palerme en 1837, n'avait jamais paru à Messine. L'invasion de la maladie doit être reportée au commencement d'août; le 21 de ce mois, il se développait déjà un grand nombre de cas graves. Les journées des 27, 28, 29 août furent terribles. Sur une population de 80,000 habitants, réduite au tiers par l'émigration, le fléau faisait encore de 1,000 à 1,400 décès par jour.

» Au commencement de septembre, le mal diminue sensiblement; le 19, on ne compte plus qu'une dizaine de décès cholériques. Aujourd'hui, 20, on compte en tout de 13 à 14,000 décès en un mois sur une population de 35 à 45,000 habitants.

» La maladie s'est aussi développée en Sicile, à Palerme, à Catone, à Milazzo, à Castellamare.

» Du 10 au 11, il y a eu à Naples 19 décès cholériques. »

— Nous recevons sur l'épidémie cholérique dans le département de la Haute-Saône, les renseignements suivants :

A Gray, depuis le 14 juillet, jour de l'invasion du choléra, jusqu'au 17 août, époque de son déclin, il y a eu 487 victimes, ainsi réparties : hommes, 189; femmes, 226; enfants, 72. Depuis lors jusqu'au 15 décembre, 40 nouveaux décès portent le chiffre total de la mortalité à 527 sur une population de 7,000 âmes, réduite par l'émigration à 4 ou 5,000.

A Gray, quatre de nos confrères ont succombé : ce sont les docteurs Lamarche, Gérard, Dubois et Berthet. Un élève en médecine de l'école de Besançon, M. Vernier, qui était venu spontanément offrir ses services pendant ces jours de calamité, a été frappé de mort presque à son arrivée.

Un autre de nos confrères, le docteur Servin (Xavier) (de Championnay) avait quitté sa résidence de Gy pour soigner les cholériques à Gray. N'obéissant qu'à son zèle, il passait auprès des malades les jours et les nuits; mais ce fut au prix de sa vie; car étant retourné dans son pays dès que l'épidémie y apparut, il ne tarda pas à mourir épuisé par les fatigues.

(1) Pas de renseignements.
(2) Chiffre des 22 et 23 septembre.

Gy a été une des localités les plus maltraitées : il y a eu 407 morts ; c'est le cinquième de la population. M. le docteur Lélut, député, est venu au milieu de ses compatriotes dès le début de l'épidémie, et s'est distingué par un dévouement digne des plus grands éloges.

A Bucey-les-Gy, la mortalité a été également très-considérable.

A Avrigney, il est mort un sixième de la population.

Cugney a été littéralement décimé.

Partout le nombre des victimes porte principalement sur les femmes, et sur les sujets affaiblis par des maladies antérieures ou en proie à une frayeur excessive. Très-souvent aussi l'invasion de la maladie a été favorisée par des écarts de régime.

Le fléau n'a pas encore complétement disparu du département. La commune de Bonboillon vient seulement d'être envahie, et elle compte déjà 14 morts. Dans beaucoup d'endroits où le choléra a sévi avec violence, on voit apparaître en ce moment la fièvre typhoïde. (PRESSE MÉD.)

— Par décret du 21 septembre 1854, les médecins dont les noms suivent, et qui se sont distingués par les soins qu'ils ont donnés aux militaires atteints du choléra à l'armée d'Orient, ont été promus dans l'ordre de la Légion d'honneur, savoir :

Au grade de commandeur : M. Lévy, médecin inspecteur, membre du conseil de santé des armées, directeur médical de l'armée d'Orient.

Au grade d'officier : MM. Salleron, médecin principal de deuxième classe; Perier, Grellois et Eichacker, médecins majors de première classe.

Au grade de chevalier : MM. Haspel, médecin major de première classe; Pallier, id., id.; Brumens, médecin aide-major id.; Burlureaux, id., id.; Vaguette, médecin major id.; Bertrand, médecin aide-major id.; Seigle, id., id.; Raoult Deslonchamps, id., id.; Tirard, id. de deuxième classe; Jeanuel, pharmacien principal de deuxième classe, chargé de la direction du service pharmaceutique de l'armée d'Orient; Latour, médecin major de deuxième classe au 5e escadron du train des équipages militaires; Barberet, médecin aide-major de première classe au 1er régiment de la légion étrangère; Castaing, médecin aide-major de deuxième classe au 2e régiment de la légion étrangère; Cuignet, médecin aide-major de première classe au 19e de ligne; Constantin, id. de deuxième classe au 46e de ligne; Delune, id., id. au 5e léger; Cavaroz, id., id. au 7e de dragons; Xanthopulo, docteur médecin ottoman envoyé à Gallipoli; Clavette, infirmier major, sergent aux hôpitaux de l'armée d'Orient.

— M. Laurens, professeur suppléant à l'Ecole préparatoire de médecine de Nancy, est nommé professeur d'histoire naturelle et de matière médicale de ladite École, en remplacement de M. Planchon, démissionnaire.

— Par arrêté du préfet de la Seine, en date du 20 septembre, et sur la présentation du conseil des hôpitaux, M. le docteur Maisonneuve vient d'être nommé chirurgien de l'hôpital de la Pitié.

— M. J. Henry, docteur en médecine, domicilié dans le 2e arrondissement, vient de mourir du choléra.

— M. Maroche, docteur en médecine, est également mort du choléra.

— M. Lacroix, docteur en médecine, ancien membre du comité de visite militaire, ancien chirurgien de l'Ecole d'application du corps d'état-major, ancien médecin de la Banque et du ministère de la guerre, officier de la Légion d'honneur, etc., vient de mourir à Paris, âgé de 88 ans.

PROGRAMME DE DEUX CONCOURS POUR L'ADMISSION AUX EMPLOIS DE MÉDECIN ET DE PHARMACIEN AIDE-MAJOR A L'ÉCOLE IMPÉRIALE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES A PARIS.

Premier concours : L'ouverture de ce premier concours aura lieu à Paris, Strasbourg et Montpellier, le 9 octobre prochain.

Deuxième concours : L'ouverture des épreuves de ce deuxième concours est fixée comme il suit :

A Strasbourg, au 3 janvier 1855;

A Montpellier, au 17 du même mois;

A Paris, au 31 du même mois.

Les conditions d'admission aux emplois d'aide-major à l'école impériale du Val-de-Grâce ont été ainsi déterminées par l'art. 2 du décret du 13 novembre 1852, qu'une décision du 22 août 1854 a modifié :

1° Être né Français;

2° Être docteur en médecine de l'une des trois Facultés, ou pharmacien de première classe reçu dans l'une des trois écoles supérieures de pharmacie de l'empire (toutefois, les candidats qui ne seraient pas encore docteurs ou pharmaciens pourront prendre part aux épreuves du second concours, à la charge par eux, en cas d'admission, d'avoir acquis l'un de ces titres avant l'époque de leur entrée à l'École, fixée par approximation au 1er mars 1855);

3° Être exempt de toute infirmité qui rende impropre au service militaire;

4° N'avoir pas dépassé l'âge de 30 ans à l'époque de l'ouverture des concours;

5° Avoir satisfait à des épreuves déterminées par le ministre de la guerre.

FORMALITÉS PRÉLIMINAIRES. — En exécution des dispositions qui précèdent, chaque candidat doit déposer dans les bureaux de l'intendance militaire du lieu où il désire concourir :

1° Son acte de naissance dûment légalisé;

2° Le diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien de première classe, ou, dans le cas (prévu par le paragraphe 2 ci-dessus (par les candidats du second concours), un certificat constatant le nombre d'examens passés;

3° Un certificat délivré par un médecin militaire ayant au moins le grade de major, et constatant qu'il est apte au service militaire : cette aptitude pourra d'ailleurs être vérifiée par le jury de chaque localité;

4° L'indication exacte de sa demeure, pour qu'il puisse être convoqué en temps utile aux épreuves du concours.

Concours des candidats médecins.

I. *Nature des épreuves.*

1° Une composition sur une question de pathologie et de thérapeutique médicale;

2° Une épreuve orale d'anatomie des régions, avec application à la médecine et à la chirurgie pratiques;

3° Une épreuve orale de chirurgie, suivie de l'application de deux appareils ou bandages.

II. *Mode d'exécution des épreuves.*

Il est accordé quatre heures pour rédiger la composition écrite sans livres ni notes, sous la surveillance d'un membre du jury ; la question est la même pour tous les candidats de chaque localité.

Pour traiter la question orale d'anatomie des régions, il est accordé quinze minutes de réflexion.

Au commencement de la séance, chaque candidat tire sa question, qui est numérotée par le président dans l'ordre que le sort a fixé pour son audition; elle lui est remise dans le cabinet de réflexion quinze minutes avant l'épreuve.

La durée de l'épreuve orale de chirurgie, suivie de l'application de deux appareils ou bandages, est fixée à vingt minutes, dont cinq à huit, au gré du candidat, pour l'épreuve.

Concours des candidats pharmaciens.

I. *Nature des épreuves.*

1° Réponse écrite à une question d'histoire naturelle des médicaments et de matière médicale;

2° Épreuve orale sur une question de chimie;

3° Épreuve orale sur une question de pharmacie, suivie de l'exécution d'une préparation officinale.

II. *Mode d'exécution.*

Il est le même que pour le concours des candidats médecins, en ce qui concerne les deux premières épreuves; la durée de l'épreuve orale de pharmacien est de dix minutes; celle de la préparation officinale sera réglée par le jury, suivant la nature et l'objet de la préparation.

Composition des jurys. — Les jurys d'examen sont composés :

Pour le premier concours : 1° d'un inspecteur, présidant le jury local; 2° d'un médecin principal choisi dans une autre spécialité que l'inspecteur; 3° d'un médecin principal et d'un pharmacien principal désignés par le ministre pour chaque localité.

Pour le deuxième concours : 1° d'un inspecteur qui présidera les trois jurys; 2° d'un médecin principal qui, choisi dans une autre spécialité que l'inspecteur, l'accompagnera dans sa tournée; 3° d'un médecin principal et d'un pharmacien principal désignés par le ministre pour chaque localité.

Classement. — Après la dernière épreuve du premier concours, le jury local procède, en séance particulière, au classement des candidats par ordre de mérite.

Il en est de même pour les candidats du second concours. Les uns et les autres seront l'objet d'un classement général qui aura lieu à Paris, par les présidents des trois jurys locaux pour les candidats du premier concours, et pour ceux du second concours, par le jury formé dans cette ville, et constitué, à cet effet, en jury central.

Le classement, soit local, soit général, sera établi d'après les chiffres d'appréciation obtenus par les candidats ; en cas d'égalité de deux de ces candidats, il est fait une nouvelle lecture de leurs compositions en séance du jury, qui prononce sur le rang définitif de chacun d'eux.

Stage à l'École impériale du Val-de-Grâce. — La durée de ce stage ne peut dépasser une année, et peut être abrégée si les besoins du service l'exigent. Pendant leur séjour à l'école, les docteurs admis sont exercés à l'examen des malades, aux prescriptions d'après le régime et le formulaire des hôpitaux militaires, aux opérations, aux pansements, aux analyses de chimie usuelle dans l'armée, aux expertises d'hygiène et de médecine légale militaire, à la connaissance et à l'application des lois et règlements qui concernent le service de santé militaire. Les pharmaciens sont astreints à des travaux analogues, qui ont pour but de les familiariser avec la gestion des officines des hôpitaux militaires, avec les règles d'une comptabilité spéciale, avec le service pharmaceutique des ambulances.

Les uns et les autres sont soumis aux obligations de la discipline militaire, et reçoivent, pendant leur séjour à Paris, des appointements de 2,800 fr. Au terme de leur année de stage, ils obtiennent, sous la réserve d'examens de sortie, le brevet du grade dont ils sont investis par commission ministérielle, et jouissent, à partir de ce moment, des privilèges inhérents à la position d'officier.

Paris, le 23 septembre 1854.

Le maréchal de France,
Ministre secrétaire d'État de la guerre,
VAILLANT.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

ÉPIDÉMIOLOGIE.

DIFFICULTÉ DE PRÉCISER LE CHIFFRE DE LA MORTALITÉ DUE AUX INFLUENCES ÉPIDÉMIQUES. — CAUSES DE LA VARIATION DE LA MORTALITÉ SUIVANT LES SEXES ET LES AGES DANS LES ÉPIDÉMIES CHOLÉRIQUES.

La statistique est appelée à fournir les moyens de résoudre toutes les questions relatives à la mortalité des populations. Elle a déjà permis de coordonner à ce sujet quelques données importantes, mais très-générales, et qui appartiennent plutôt à l'économie politique qu'à la pathologie, à la géographie médicale et à l'épidémiologie. Pour être appliquée avec succès aux sciences médicales proprement dites, elle a besoin d'être dirigée dans la collection des documents sur lesquels elle se base par des esprits spéciaux, instruits des questions pathologiques sur lesquelles repose le problème, et capables de diriger l'observation et la récolte des faits.

On a pu croire qu'une fois les résultats statistiques enregistrés, il ne restait plus pour les médecins qu'à puiser à ces sources. Nous porterons aujourd'hui l'examen un peu plus avant, et nous nous demanderons comment sont obtenus les chiffres de la mortalité suivant les maladies? En temps ordinaire, ces chiffres ne sont relevés que dans un petit nombre de localités où existent des médecins vérificateurs des décès. En temps d'épidémie, tous les médecins concourent à cette œuvre, dans le plus grand nombre des localités, en signalant les cas qui doivent être attribués à l'influence morbide régnante. Faute de médecins, les employés ordinaires des mairies, les parents, suppléent à l'absence de l'expert.

Prenons les localités rares dans lesquelles existent des médecins vérificateurs. La maladie est déterminée le plus souvent, dans ces cas, par l'examen du corps du décédé, par le dire des parents, quelquefois par une indication laissée par le médecin traitant. Or, combien de fois l'examen du cadavre n'indiquera que d'une manière incomplète le diagnostic de la maladie? combien de fois le dire des parents sera insuffisant ou inexact? combien de fois le diagnostic médical lui-même sera imparfait?

Il est vrai que, pour les influences épidémiques, la question paraît plus facile. Les maladies qu'elles déterminent ayant un cachet particulier dont tout le monde est informé, on les reconnaîtra plus facilement. Et cependant, jusqu'à un certain point seulement; car, dans bien des cas, le diagnostic restera indécis. Pour en citer quelques exemples : en temps d'épidémie de scarlatine, doit-on comprendre les angines, les hydropisies comme des effets de la manifestation morbide? Lorsque la rougeole règne avec intensité, comprendra-t-on les bronchites capillaires, les pneumonies lobulaires, etc., parmi les décès dus à la rougeole? Dans les épidémies de choléra, ou même en temps de constitution médicale cholérique, où rangera-t-on les diarrhées, la diarrhée adynamique sans crampes, sans vomissements, la diarrhée lente avec algidité survenant seulement à la période ultime de la maladie?

Il y a là à la fois une question d'interprétation nosologique et une question de diagnostic clinique. Comment les médecins vérificateurs des décès, dans les conditions de fonctionnement imparfait où les mettent les règlements actuels, pourront-ils résoudre une difficulté qui n'est pas même indiquée, ni même d'aucune façon soluble avec la nomenclature et la classification actuelle des décès?

Il y a pourtant intérêt à chercher la solution de ces questions. Il y a des épidémies cholériques où la diarrhée est le phénomène prédominant, essentiel; il y a des rougeoles où la bronchite capillaire est le phénomène le plus grave et souvent le seul appréciable; il y a beaucoup de scarlatines qui ne se manifestent que par l'éruption pharyngienne. La détermination des décès, même en temps d'épidémie, a donc besoin d'être faite avec un soin particulier, si l'on veut qu'elle conduise à des résultats applicables à la pathologie. Elle doit être guidée par une classification convenable des influences morbides et des causes ou des modes divers de léthalité.

Les considérations dans lesquelles nous venons d'entrer nous conduisent à une question pathologique dont la solution repose sur la statistique médicale des décès : la répartition de la mortalité cholérique suivant les âges et les sexes. On trouve à ce sujet, dans les auteurs qui ont écrit l'histoire des épidémies de choléra, des divergences très-grandes; il semble au premier abord que ces épidémies ne suivent aucune règle dans leurs manifestations sur les sexes et aux divers âges. En effet, tandis que dans une localité la proportion des décès féminins est plus considérable, dans une autre localité, pendant la même épidémie, et quelquefois dans le même lieu dans des épidémies différentes, on observe une proportion inverse. Pour la mortalité suivant les âges, il en est à peu près de même. A côté de l'observation ordinaire qui fixe la plus grande proportion des décès cholériques, de 20 à 40 ans environ, il y a des exceptions nombreuses qui portent le plus grand nombre des décès dans l'âge avancé ou dans l'enfance. Nous ne chercherons pas à expliquer toutes ces divergences, qui tiennent sans doute à des influences diverses qui masquent ou faussent le résultat général de l'observation. Nous tenons seulement à expliquer un fait que nous avons déjà mentionné dans la Gazette Médicale, le grand nombre des décès cholériques sur les enfants pendant l'épidémie de Marseille de cette année.

Nous avons déjà fait allusion au grand nombre des affections diarrhéiques que l'on rencontrait toutes les années à Marseille dans les mois de juillet, août et septembre. Ces maladies revêtent souvent sur les enfants la forme d'entérites subaiguës cholériformes. Les selles sont très-fréquentes, muqueuses, quelquefois sanguinolentes; la maladie, toujours assez grave, quelquefois promptement mortelle, le plus souvent passant à l'état chronique. A la même époque de l'année, des affections diarrhéiques ou dyssentériques s'observent sur la population adulte; mais à cet âge, elles sont simples, peu graves et guérissent très-facilement. Que le choléra vienne à se montrer dans une semblable localité et dans des circonstances analogues; qu'il y débute plus ou moins brusquement; que les maladies régnantes ne soient pas effacées totalement, et l'on verra, sur les enfants, des attaques de choléra beaucoup plus nombreuses que de coutume, le choléra se développera à cet âge avec une intensité exceptionnelle, parce que la maladie régnante continuant à sévir, les prédispose à l'invasion du fléau épidémique. Par la même raison, on voit, dans toutes les épidémies cholériques, la maladie choisir ses premières victimes, s'abattre de prédilection, et

---

FEUILLETON.

LA TARTARIE ET LE TIBET (1).

TOPOGRAPHIE ET CLIMAT. — HYGIÈNE. — MÉDECINE.

I. — Topographie et climat.

C'est pendant les années 1844, 1845 et 1846 que deux missionnaires lazaristes, les RR. PP. Huc et Gabet, effectuèrent leur étonnant voyage à travers l'Asie centrale. Après avoir traversé la Chine du sud au nord, de Macao à He-Chuy, en passant par Pékin, long trajet qui mesure de cinq à six cents lieues, ils parcoururent encore un pareil espace de l'est à l'ouest, au centre du continent, de He-Chuy, dans la Mongolie, à Lassa, capitale du Tibet, en s'engageant d'abord dans le désert central de Chamo ou Cobi, pour s'élever ensuite sur les hauts plateaux du Tibet. Le retour ne fut guère moins prodigieux; il s'effectua en sens inverse, de l'occident à l'orient, par le centre de l'empire chinois, dont tous les mystères et toutes les terreurs tombèrent devant la persévérance et le courage de deux pauvres voyageurs évangéliques.

Les deux révérends Pères allaient à la conquête des âmes... Je crois qu'ils en conquirent deux ou trois, une par année, une par quatre ou cinq cents lieues! Mais il paraît que, comme saint Jean-Baptiste dans le désert, ils préparèrent les voies. Nous souhaitons, pour notre part, que le champ labouré par leurs soins reçoive bientôt la divine semence de la religion la plus amie du progrès, et que la Chine, dont les missionnaires avaient presque fait autrefois un empire chrétien, accepte de nouveau la devise : *Aimez-vous et aidez-vous les uns les autres*, au lieu de ses principes égoïstes d'isolement absolu et de proscription des étrangers.

Mais les graves événements que l'avenir prépare à l'humanité ne sont point de notre ressort. Enquérons-nous tout simplement des notions dont les courageux voyageurs ont pu enrichir la climatologie, la médecine et ses sciences accessoires. Hélas! il faudra glaner de rares épis dans le vaste champ qu'ils ont moissonné; car ces dignes prêtres, qui n'appartiennent point aux ordres savants des jésuites, des dominicains, ni des bénédictins, ont trop borné leurs études premières et limitent trop leurs préoccupations actuelles à la théologie et aux saintes Écritures. Ils ne savent de l'histoire naturelle, de la géologie, de l'ethnographie, que ce qu'en sait le commun des gens du monde; la géographie et la topographie sont même très-négligées par eux; les aperçus généraux, les vues d'ensemble, manquent presque complètement, et les détails qui surabondent sont malheureusement consacrés à des récits de faits, gestes et dires, propres sans doute à intéresser un lecteur qui cherche des

(1) Souvenirs d'un voyage dans la Tartarie, le Tibet et la Chine, pendant les années 1844, 1845 et 1846; par M. Huc, prêtre missionnaire de la congrégation de Saint-Lazare. Paris, 1853, 2 vol. in-12.

continuer plus longtemps ses ravages sur les individus sujets aux affections aiguës ou chroniques du tube intestinal. C'est là un fait général trop connu et trop fréquemment observé pour qu'il soit besoin d'insister davantage sur sa réalité. Le seul point sur lequel nous appelons ici l'attention, c'est l'importance que certaines prédispositions morbides, que certaines affections réalisées peuvent exercer sur le développement du choléra. C'est probablement une prédisposition analogue à celle que nous avons reconnue sur les enfants à Marseille, qui fait varier souvent la proportion des décès cholériques suivant les âges et les sexes.

Telles sont quelques-unes des influences secondaires dans lesquelles il faut aller chercher l'explication de la grande variabilité de la mortalité cholérique suivant les âges et les sexes. Les autres influences se déduisent de causes moins appréciables inhérentes aux épidémies elles-mêmes. Nous y reviendrons en temps et lieu.

THOLOZAN.

MÉDECINE LÉGALE.

RELATION DE DEUX SUICIDES PAR SUSPENSION INSOLITE ET CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES; par M. H. DESCHAMPS.

SUICIDE PAR SUSPENSION AVEC DIRECTION ANORMALE DE LA CORDE SUR LE VISAGE.

OBS. I. — B......, âgé de 64 ans, s'est établi maréchal-ferrant à Pouilly-le-Fort, en quittant le service militaire. Content de son commerce, aimé de sa famille et jouissant de l'estime générale, il paraisssait mener une vie douce et tranquille. Au milieu d'un concours de circonstances aussi heureuses, il est difficile de comprendre le dérangement d'esprit qui survint, à une époque antérieure à sa fatale résolution. L'aberration des facultés intellectuelles se dissipa d'elle-même; il reprit ses travaux momentanément interrompus.

Depuis cet événement, sa frêle constitution fut éprouvée par des accidents morbides d'un nouveau genre, accidents qui agirent avec force sur ce tempérament nervoso-bilieux et déterminèrent une mélancolie profonde. Quoique vivement tourmenté par des douleurs périnéales et hypogastriques, le malade résista longtemps et avec opiniâtreté à recevoir les secours de la médecine; mais ayant été surpris par une hématurie très-grave, accompagnée de collapsus et suivie d'une rétention urinaire complète, sa fermeté stoïque faiblit, et sa famille s'empressa de réclamer pour lui les soins médicaux. Il fut sondé; de l'urine sanguinolente sortit en abondance, et le calme reparut.

La tumeur fongueuse vésicale, cause organique de la rétention des urines, produisit de nombreuses récidives de suppression d'excrétion urinaire, avec des paroxysmes très-douloureux. Un certain jour, avant d'être cathétérisé, il s'écria avec un accent de désespoir qu'il préférait la mort à de si grandes souffrances. Joignant bientôt l'action à la parole, il fit, avec intention et par une manœuvre intempestive, renaître l'hématurie. On triompha encore de sa résistance et des accidents nouveaux par de nouveaux soins; des urines claires, limpides, citrines, coulèrent librement à plein jet et sans douleurs.

Dominé par une funeste pensée, le pauvre mélancolique, insensible aux plus doux épanchements de l'amitié, au lieu de rester à Melun où il recevait des secours prompts et efficaces, quitta sa fille, qui lui avait offert un asile, pour retourner à Pouilly. Les douceurs du foyer domestique ne dissipèrent point les nuages de son esprit; son caractère sombre, taciturne, tourna même à la lypémanie. Il songea à la submersion; car on le vit rôder autour d'une mare quelques jours avant sa mort.

La résolution fatale de mettre fin à ses jours est irrévocablement prise le 10 avril, un mois après son retour au village. Comme il se plaint d'un violent mal de tête, on lui propose un bain de pieds qu'il refuse, et il sort de sa maison sur les neuf heures du matin en disant : « Il en arrivera ce qui pourra. » A la vue de son fils, occupé à l'atelier de maréchalerie, il s'arrête, dit quelques paroles raisonnables touchant sa profession, et se dirige, sans trouble apparent, vers la place centrale du pays. Il disparaît aux yeux de sa famille pendant environ une heure.

C'est alors qu'il allait chercher une corde dans une étable; qu'il dressait une échelle pour assujettir la corde au poteau d'une grange ouverte librement à tous les habitants du voisinage, et que, jetant à droite et à gauche ses sabots pour gravir plus facilement les échelons jusqu'à une espèce de tambour, il se laissait tomber de cette hauteur, ayant un nœud coulant autour du cou. Le nœud, fait avec une corde presque neuve, se trouvant largement ouvert, a glissé difficilement, et il en est résulté un accident dans la direction du sillon, peut-être unique dans les faits connus de la suspension.

Quoi qu'il en soit, sa belle-fille, allant prendre de la paille, le trouva pendu. Saisie d'effroi, elle court chercher des secours près d'auxiliaires naturels. B...... fils accourt, et avec l'aide du garçon maréchal, il desserra la corde, soulevant avec prudence le corps de son père qu'il trouva encore chaud, la face tournée contre le mur et suspendu à environ 33 centimètres au-dessus de la paille de la grange. La pendaison était complète; tous les secours furent inutiles.

A notre arrivée, nous trouvons le cadavre placé sur le lit du rez-de-chaussée de la maison d'habitation; on lui a conservé sa chemise, et il est entièrement recouvert d'un linceul. Le lit n'est point maculé par des taches de sang. Les vêtements, couverts de fétus, ne sont ni déchirés ni salis par des déjections; le pantalon seul, vis-à-vis des genoux, est un peu lacéré et taché par du plâtre qui provient évidemment du frottement du drap contre le mur pendant les convulsions. Ces taches de plâtre justifient les paroles du fils sur la position du cadavre. La corde a 5 mètres et quelques centimètres de longueur; elle est très-solide, presque neuve et de la grosseur de l'index. Le nœud coulant, relâché, existe encore.

NÉCROPSIE faite de la vingt-cinquième à la vingt-sixième heure après la pendaison.

1° L'habitude extérieure du corps présente à considérer la rigidité cadavérique, la coloration verdâtre abdominale et des sugillations.

La rigidité a envahi les muscles du cou, de la face et du ventre; elle a surpris les membres abdominaux dans l'extension et les membres thoraciques dans la flexion. Les mains, appliquées sur la poitrine, ont leurs extrémités digitales livides, de couleur violacée; elles sont fortement contractées et fléchies comme pour saisir un objet. Le pouce gauche, plié dans le creux de la main, est recouvert par les autres doigts fléchis. On détruit facilement cette rigidité en faisant mouvoir les articulations.

Le ventre est coloré en vert dans les deux tiers de sa superficie. Une circonstance fortuite a déterminé l'accélération du stigmate mortel. Le foyer très-ardent de la chambre mortuaire et le temps, qui est très-humide, ont composé cette atmosphère artificielle, qui change une chambre ordinaire en une étuve très-favorable à la manifestation du signe certain de la mort.

Une autre coloration, également cadavérique, mais plus fugace, apparaît sous forme de marbrures, de sugillations rougeâtres, livides, sur les régions lombaires, dorsales et fessières; elle résulte d'un simple phénomène d'hypostase sanguine vers les parties les plus déclives du corps. La peau est glaciale, excepté à la région cardiaque; elle ne présente aucune trace de violence extérieure.

---

distractions, mais dans lesquels l'esprit du savant ne trouve qu'un avare aliment. Les mœurs sont bien dépeintes, le bouddhisme est suffisamment étudié, les impressions et les anecdotes sont contées avec naturel et souvent avec entrain; mais de science point. Ainsi, en botanique, le narrateur confond, par exemple, les labiées et les gramens, et en géologie et en minéralogie, il se borne, en décrivant une chaîne montagneuse, à dire qu'elle est d'ocre rouge. Mais laissons là la critique; le R. P. Huc n'a point écrit pour nous; pourquoi prétendrions-nous trouver dans son livre ce que nous y voudrions, et ce qu'il n'a pent-être pas voulu?

En Tartarie et dans le pays des Mongols, les hauts plateaux de l'Asie, occupés au centre par un vaste désert, privés de végétation forestière, éloignés de toute grande masse d'eau, continus, d'une part, avec la froide Sibérie, d'autre part avec les terres équinoxiales; ces hauts plateaux doivent nécessairement avoir un climat excessif. Cette conséquence se tire *à priori*, et l'expérience vient la confirmer. L'été est très-court, mais torride, et le désert asiatique rappelle alors le désert africain avec ses tempêtes de feu et ses mers de sable; l'hiver est très-long et vraiment polaire; car, dans certaines régions parcourues par les missionnaires, le mercure demeure longtemps congelé dans la cuvette du thermomètre. L'homme a, en outre, contribué à rendre ce climat plus inclément, plus inhospitalier encore. Avant l'arrivée des Chinois en Tartarie, de belles forêts couvraient les montagnes, l'herbe poussait haute et épaisse au fond des vallées, et des villes populeuses, dont le voyageur attristé ne rencontre plus aujourd'hui que les squelettes abandonnées, s'étalaient dans les riches campagnes. Mais le Chinois, toujours vaincu par le courage tartare et mongol, a tué par son astuce le Tartare et le Mongol; sous le prétexte de défricher le pays, il l'a complétement déboisé, ruiné, rendu presque inhabitable. Jadis les saisons étaient régulières et moins excessives; aujourd'hui elles sont étrangement troublées dans leurs cours et féroces par leur exagération. Si les sécheresses sont longues et impitoyables, les pluies tombent diluviennes et terribles. Le Typhon des mers de Chine est bien connu; l'ouragan de l'Asie centrale n'est pas moins redoutable : l'atmosphère est obscurcie par la poussière, les horreurs de la nuit s'étendent sur le plein midi, toute la nature frémit dans l'attente, les cataractes du ciel vomissent des torrents sur la terre, les champs sont envahis, les moissons entraînées par les fleuves tombés d'en haut, les tentes pompées par la trombe, volent dans les airs, et quand le calme renaît le pays n'est plus qu'une plage sablonneuse crevassée d'arides ravins creusés par les eaux. La grêle est prodigieuse. « En 1853, dit le narrateur, pendant le temps d'un grand orage, on entendit dans les airs comme le bruit d'un vent terrible, et bientôt après il tomba dans un champ, non loin de nous, un morceau de glace plus gros qu'une meule de moulin. On le cassa avec des haches, et quoiqu'on fût au temps des plus fortes chaleurs, il fut trois jours à se fondre entièrement. » Si les grêlons se forment et grossissent en se projetant d'un nuage à l'autre, attirés et repoussés par le jeu successif de l'électricité, quelle puissance électrique il faut aux agglomérations de vésicules aqueuses suspendues dans les airs pour contre-balancer par son attraction la force de pesanteur qui sollicite une telle masse vers le centre de la terre.

Les perturbations des saisons acquièrent quelquefois de telles proportions,

2° La peau du plan antérieur du cou est parfaitement intacte : phénomène étrange et insolite dans la suspension.

La *direction du sillon est oblique d'arrière en avant*, de la région sous-occipitale au visage. La tête est renversée sur la nuque. Voici le trajet exact de ce sillon. Il commence au-dessous de l'occiput, entre les apophyses épineuses de l'atlas et de l'axis, se dirige obliquement à 1 pouce à peu près au-dessous des apophyses mastoïdes, croise les branches montantes de l'os maxillaire inférieur, déprimant ainsi la mâchoire, et vient se terminer dans une excavation au-dessous de l'os jugal droit. L'excavation est le point précis de la face sur lequel s'est fixé le nœud coulant, ainsi que le démontre la corde remise dans le sillon. En soulevant un peu la tête à l'aide du lien mis en position pour simuler l'acte de la suspension, on remarque la compression très-forte de la langue sur le plan antérieur du rachis, et de plus la séparation des lèvres par le retrait de la mâchoire inférieure en arrière, ce qui augmente sensiblement l'ouverture de la bouche.

La peau du sillon, très-profond, sous-occipital, a une couleur brun foncé, comme parcheminée; elle est blanche et plus ou moins déprimée dans les autres points de l'étendue du sillon. Les bords de la rainure sous-occipitale, qui forment un relief considérable par le gonflement des parties molles de la nuque, ont leur coloration naturelle. Dans le point bruni du sillon, il se détache des petites squammes épidermiques qui résultent du frottement rugueux de la corde. Placée entre l'œil et la lumière, la peau parcheminée paraît totalement dépourvue de capillaires sanguins. Une fine dissection ne découvre aucune trace d'ecchymose dans les téguments, aucune rupture dans les muscles de la région cervicale postérieure, muscles qui conservent l'empreinte de la corde. Il n'y a ni fracture ni luxation des vertèbres cervicales et de l'apophyse odontoïde.

Les vaisseaux sanguins divisés laissent écouler de leurs lumières béantes plus d'un demi-kilo de sang, pendant la dissection des parties molles du cou. Cette sorte d'hémorrhagie cadavérique a détruit en grande partie la congestion sanguine cérébro-rachidienne. Gardons-nous donc de suivre le conseil de Fodéré qui donne pour précepte de faire un examen anatomique préalable du con des pendus.

3° Visage pâle, décoloré, cadavérique, sans altération profonde des traits; paupières libres, écartées, sans bouffissure; cornée transparente voilée par une toile glaireuse; pupilles fortement contractées, lèvre supérieure gonflée et légèrement ecchymosée à la commissure gauche; articulations temporo-maxillaires très-mobiles, non luxées. Ces jointures ont quelque chose d'insolite dans leur organisation, qui leur permet de grands mouvements antéro-postérieurs. Les cavités glénoïdes, rendues presque planes par suite du boursouflement du cartilage interarticulaire, permettent aux têtes condyliennes très-développées de l'os maxillaire d'exécuter des mouvements d'avant plus étendus que la capsule articulaire est elle-même très-grande et n'oppose pas beaucoup de résistance. D'où arrive la dépression forcée de la mâchoire inférieure en arrière et la saillie plus apparente que réelle de la mâchoire supérieure, celle-ci, dans l'espèce humaine, ne pouvant subir aucun déplacement à cause de son engrenage articulaire.

4° Le déplacement de la mâchoire inférieure est cause du retrait de la langue en arrière. Abandonnant l'arcade alvéolo-dentaire, cet organe ne conserve pas à son limbe l'empreinte des dents. Il se courbe un peu dans son milieu et va toucher le plan antérieur de la colonne vertébrale par sa base qui appuie également sur l'ouverture supérieure du larynx.

Dans ce mouvement rétrograde de la langue, l'ouverture inférieure du pharynx se trouve presque oblitérée. L'occlusion devient complète lorsque l'on comprime fortement avec la corde remise dans le sillon. C'est en vain que nous cherchons à faire passer une algalie ordinaire de l'œsophage dans la bouche, et réciproquement de celle-ci dans le conduit œsophagien. Tel est le mécanisme nouveau de la suspension par la face et la cause de l'asphyxie par l'oblitération du larynx.

La membrane muqueuse du tube gastro-intestinal a sa coloration et sa texture naturelles. Les vaisseaux sanguins sont faiblement injectés de fluide noirâtre, rougeâtre. Les matières contenues dans les intestins n'offrent rien d'anormal. Dans la solution chymeuse de l'estomac flottent des morceaux de fromage de Brie, reconnaissables à leur consistance et à leur odeur. Un de leurs fragments placé sur des charbons ne dégage pas d'odeur alliacée.

Les vaisseaux sanguins du foie et de la rate sont gorgés de sang noir, fluide.

5° Le *larynx* tout entier a éprouvé un léger mouvement de bascule qui incline sa base vers le rachis et le sommet en avant. L'inclinaison se prononce surtout quand on pousse en arrière la mâchoire inférieure, parce que le larynx, complétement ossifié, se meut tout d'une pièce sur les premiers anneaux de la trachée-artère qu'il entraîne un peu dans le mouvement imprimé.

L'épiglotte, d'une longueur anormale, dépasse de beaucoup l'ouverture supérieure du larynx; sa muqueuse, presque saine à la face externe, devient au contraire d'un rose vif à la face interne. On suit à son pourtour des capillaires sanguins gorgés de sang qui s'irradient vers le centre plus coloré par un lacis de vaisseaux très-fins.

La *glotte* est moins rouge que l'épiglotte; elle a une couleur rosée, uniforme, qui se prolonge dans la muqueuse trachéale. Une écume blanche à petites bulles remplit le tube laryngo-trachéal dans toute son étendue.

En introduisant la main par une ouverture étroite faite au diaphragme, on sent un vide considérable entre les parois de la poitrine et les poumons, organes fortement contractés sur eux-mêmes. Les lobes inférieurs, imperméables à l'air, ne font plus entendre de crépitation; leur tissu, gorgé de sang noir, est comme carnifié ou splénisé. Les lobes supérieurs crépitants contiennent de l'écume blanche dans les tuyaux bronchiques et du sang noir dans les vaisseaux pulmonaires artériels et veineux.

6° Le volume du *cœur* est augmenté par une hypertrophie excentrique du ventricule droit. Les cavités de cet organe, ainsi que les gros trous artériels de la poitrine et du ventre, sont vides de sang. Tout le système veineux contient un sang noir, fluide, sans coagulum.

7° A l'extérieur du crâne, il n'y a aucune trace de violence par des agents vulnérants.

Les vaisseaux sanguins des téguments épicrâniens, ceux du diploë, les sinus de la dure-mère sont presque remplis de sang noir liquide. Dans la cavité de l'arachnoïde, au niveau du pariétal droit, il y a un épanchement de sang diffus. En râclant légèrement avec le scalpel, on enlève quelques caillots sanguins diffluents qui constituent cette hémorrhagie cérébrale. Il n'y a pas de rupture apparente de vaisseaux en faisant cheminer vers le foyer apoplectique le sang fluide et noir qui distend outre mesure les vaisseaux de la pie-mère. La masse encéphalique et la moelle allongée sont piquetées de points rouges, surtout dans la substance grise. Les ventricules contiennent une sérosité sanguinolente noirâtre.

8° Les *reins* ont leurs vaisseaux gorgés de sang noir; leur volume est double de l'état normal. Chaque bassinet rempli d'urine, égale en grosseur l'intestin colon; chaque uretère, également plein d'urine limpide jaune, a sa cavité presque aussi grande que le jéjunum.

La *vessie* à colonnes contient une quantité énorme d'urine sanguinolente qui s'échappe un peu de la verge flasque et pendante, quand on presse sur le réservoir. Pendant la suspension, il ne s'est fait aucun écoulement de fluides.

La membrane muqueuse cystique, rougeâtre, injectée, friable, est le siége d'une tumeur fongueuse sanguine qui a envahi la luette vésicale. Cette tumeur souvent gonflée fut cause de la rétention urinaire et des hématuries successives. Deux petits calculs sont enchatonnées dans le bas-fond de la vessie.

CONCLUSIONS. — Depuis peu de temps, vingt-six heures environ, B... a cessé de vivre.

---

que les prévisions de l'homme sont toutes déjouées, ses travaux frappés de stérilité, et que des peuples entiers succombent sous les coups de ce ciel inhospitalier. En 1832, le printemps et l'été se passèrent sans pluies, et de hâtives gelées arrivèrent, en automne, quand les céréales étaient encore en herbe. Tout périt, les animaux quand ils eurent achevé les maigres pelouses des montagnes, les hommes quand ils eurent consommé la dernière racine extraite de la terre; des villages entiers disparurent; aujourd'hui encore des ossements qui blanchissent sur le sol disent qu'il y a eu des hommes dans ces lieux déserts.

Non-seulement on trouve en Tartarie des températures excessives quand on compare une saison à une autre, mais la même journée présente souvent de grandes vicissitudes thermométriques. Ainsi, pendant deux jours le vent du nord souffle, les missionnaires vivent sous la menace incessante de la congélation, il faut casser la glace à coup de hache pour faire boire les animaux, le fer des clous qui assujettissent la tente se brise comme du verre; mais le troisième jour, le vent du nord et la neige cessent, et les voyageurs sont obligés de se dépouiller de leurs habits de pelleterie. Ces brusques variations de température semblent endurcir les Tartares et émousser leur sensibilité; ils chassent leurs troupeaux parmi les tourbillons de neige et courent avec l'avalanche, ou bien ils reçoivent impassibles sur leur corps presque dépouillé les rayons verticaux que leur darde le soleil torride du désert. Une frugale nourriture leur suffit, un peu de repos les contente, et il leur arrive de passer des jours, presque des semaines, sans avoir d'autre lit que la bosse de leurs chameaux, sur lesquels ils semblent vraiment soudés.

Le désert asiatique, décrit par le R. P. Huc, nous a plus d'une fois rappelé le désert africain que nous avons parcouru : des plages arides et des oasis, des lignes de dunes, des puits rares, des Tartares nomades comme les Arabes, des brigands comme les Touareg, des troupeaux de montons et de chèvres, la longue caravane pareille à un serpent sur le sable, enfin le chameau qui, dans les deux continents, mérite bien le nom de *vaisseau du désert*. Il existe au centre de l'Asie quelques nappes d'eau, profondes ou marécageuses, qu'on ne trouve pas dans le Falat ou désert africain central, mais qu'on rencontre aux confins de celui-ci, soit dans le Soudao, où elles brillent au soleil, soit dans le Sahara algérien, où les eaux s'étendent en mers souterraines, en *mers sous la terre*, comme disent les Arabes.

Le Tibet, dont l'altitude est supérieure à celle de la Tartarie, est dépeint par le P. Huc comme une véritable Sibérie. Il faut être sollicité par des intérêts célestes pour oser aborder en hiver cette triste contrée, en franchissant des fleuves glacés et de hautes montagnes aux neiges et aux glaces éternelles, sur lesquels la caravane sème à chaque pas des cadavres. Lassa, capitale du Tibet, est, en effet, la Mecque des bouddhistes, et c'est la sainteté de ce pèlerinage qui y attire chaque année de nombreux et dévots visiteurs qui ne reviennent pas tons dans leur patrie.

Ce fut en hiver que les missionnaires arrivèrent dans le Tibet, à un point que M. Huc appelle le plus élevé du plateau asiatique. Plus de 40 hommes de la caravane furent abandonnés dans le désert; les animaux périrent aussi en foule. Le passage des fleuves glacés est souvent des plus dangereux : on peut être pris par les eaux qui se congèlent, ou entre les glaçons qui s'agglo-

Il a été pendu vivant. L'apoplexie méningée, l'asphyxie, l'ecchymose de la commissure gauche résultent d'altérations pathologiques, en d'autres termes d'altérations arrivées pendant la vie.

Il s'est pendu lui-même : en effet, la position insolite de la corde ou la pendaison par la face fait naître immédiatement l'idée qu'il y a eu suicide, et cette idée acquiert un degré de certitude suffisant par l'absence de traces d'agents toxiques dans l'économie animale, par l'absence de tous vestiges de violences; enfin par la volonté du malade librement exprimée d'attenter à sa vie pour se soustraire à de cruelles souffrances.

(*Rapport médico-légal* dressé par nous le 11 avril 1845; approuvé et signé par les autorités locales témoins de ce fait singulier de suspension volontaire.)

SUICIDE PAR SUSPENSION, AVEC POSITION DES PIEDS SUR LE SOL.

Obs. II. — Une femme S..., âgée de 35 ans, *adonnée à la boisson*, dépourvue de toutes ressources et délaissée par son mari, devint furieuse par jalousie et se pendit dans la cuisine de son appartement, rue de Chaillot, 63.

Dans les dispositions qu'elle a prises avant de mourir, tout prouve le calcul exact et précis d'une volonté ferme, irrévocable. Elle a charbonné sur le mur la cause de son suicide. Craignant que le simple clou recourbé en crochet auquel elle veut fixer le lien ne soit trop faible, et, en s'arrachant, ne favorise la chute de son corps sur l'angle d'un fourneau voisin, elle a défait son lit et porté sur cet angle et contre le mur, traversin, rideaux et matelas pour amortir le coup et prévenir des douleurs inutiles. Craignant encore que le mouchoir à demi usé ne fût pas un lien assez fort, assez résistant pour soutenir le poids du corps, elle a placé une ficelle de grosseur moyenne dans le milieu de ce morceau de coton carré qui est plié en long et tordu sur lui-même, et cette ficelle lui a servi à arrêter le nœud en plusieurs doubles pour l'empêcher de se desserrer.

Ces dispositions terminées, elle s'est pendue en fixant solidement le mouchoir avec la ficelle au clou de la cuisine et en se laissant glisser le long du mur, ayant le lien composé autour du cou. Le corps s'est affaissé sur lui-même à tel point que, par la flexion forcée du membre inférieur, les genoux touchent presque les objets qu'elle a rassemblés alentour. Une couverture pliée en quatre, placée sur les carreaux de brique, diminue encore la distance comprise entre le clou point de la suspension, et le sol point d'appui des pieds. La pesanteur du corps a déterminé *une seule empreinte* profonde des pieds sur la laine. Aucun désordre n'indique qu'il y ait eu des convulsions. Il est très-probable que cette femme s'est pendue dans un état d'ivresse.

Parvenue à un certain degré de la pendaison, elle n'avait réellement qu'à le vouloir, si sa volonté eût été libre, pour arrêter les funestes conséquences du suicide. En se relevant, elle dépassait le clou de toute la hauteur de la tête et du cou, et pour se soulever, elle pouvait s'appuyer à droite sur les rayons en bois d'une étagère très-solidement fixée au mur. Il n'en fut pas ainsi. Le propriétaire, inquiet de l'absence de cette femme, disparue depuis dix à onze jours, fit ouvrir la chambre en présence du commissaire de police, et je fus requis pour procéder à l'examen médico-légal le 30 avril 1847.

Les téguments abdominaux sont complétement verdâtres. La coloration verte se propage à la base du thorax et remonte sur les côtés à la partie inférieure du cou. L'épiderme roule sous le doigt à la peau du ventre.

Frappés de rigidité cadavérique, les membres supérieurs pendent le long du corps et sont fortement colorés en rouge par suite de l'hypérémie hypostatique augmentée par la position déclive et de longue durée. Les mains, fléchies et rougeâtres, sont livides et violacées aux extrémités digitales. Les doigts de la main droite sont à demi ployés; ceux de la main gauche sont moins fléchis. La rigidité des membres est tellement faible qu'elle se dissipe pendant le mouvement de translation du cadavre sur le lit. Une infiltration sanguine, uniforme, colore en rouge foncé la peau des membres pelviens. Cette coloration s'étend à la peau des grandes lèvres et devient plus rougeâtre et livide à la membrane muqueuse de la vulve et du vagin.

Le cadavre répand une odeur de relent très-prononcée et très-fétide.

La direction du sillon est oblique d'avant en arrière. Le lien, encore en place, a pénétré entre la mâchoire inférieure et l'os hyoïde, remontant derrière les oreilles pour se terminer à la nuque. Il a pénétré si profondément que, malgré son épaisseur, il est presque à fleur de peau avec les bords du sillon. Enlevé avec précaution, il nous permet de voir l'emboîtement réciproque des plis du mouchoir tordu sur lui-même avec les rainures secondaires de la peau du sillon.

La peau, dans toute l'étendue de ce sillon, est brunâtre, livide, et, de prime abord, paraît semblable à la coloration brune, ecchymosée des paupières. Mais un examen plus attentif nous fait établir une différence entre les deux colorations : l'une, celle du cou, est simplement brunâtre et livide; l'autre n'acquiert sa teinte rouge foncée que par une très-forte injection des capillaires sanguins des paupières. Le temps froid et humide a donné, non-seulement à la peau du sillon une mollesse insolite dans la suspension, mais encore il a généralement rendu l'enveloppe cutanée molle et visqueuse.

Le visage est pâle, décoloré, jaunâtre, plombé, sans gonflement, sans décomposition des traits, à part la suffusion sanguine des paupières. Les pupilles sont dilatées; la cornée transparente est flasque et recouverte d'une toile glaireuse. La conjonctive oculaire est à peine injectée. Les lèvres sont rougeâtres, violacées, surtout la lèvre inférieure, mais sans houffissure. La bouche, entr'ouverte, n'est pas déviée : à la commissure droite, il y a de l'écume desséchée dont la trace se prolonge jusque sur le menton. La langue n'est pas sortie de la cavité buccale.

Le corps ne présente aucune trace de violence extérieure. Cette femme s'est pendue étant habillée et ses vêtements sont parfaitement intacts.

Conclusions.—La mort réelle, absolue, remonte à plusieurs jours. En effet, la coloration verte abdominale, signe certain de la mort, est parvenue au dernier degré; l'épiderme roule sous le doigt.

Le suicide a paru suffisamment établi, en raison des circonstances ci-dessus relatées et par les renseignements recueillis d'ailleurs pendant l'instruction. La conviction du magistrat témoin de nos investigations est si profonde à cet égard qu'il s'oppose à l'autopsie comme à une preuve superflue.

(*La suite au prochain numéro.*)

MÉDECINE PRATIQUE.

NOTE SUR LE VOMISSEMENT DANS LA PNEUMONIE, CONSIDÉRÉ SOUS LE RAPPORT DU DIAGNOSTIC ET DU PRONOSTIC; par M. A. Imbert Gourbeyre, professeur suppléant à l'École préparatoire de médecine de Clermont-Ferrand.

Je veux appeler l'attention sur le symptôme vomissement dans la pneumonie. C'est un phénomène pathologique qui a bien une certaine valeur, valeur que je tiens à mettre en relief et en estime, surtout sous le rapport du diagnostic.

Les grands écrivains des deux siècles derniers, Sydenham, Hoffmann, Van Swieten, Stoll, ne parlent nullement du vomissement dans la description de la pneumonie. Les deux médecins de l'école de Vienne n'en parleut que d'une manière générale, à propos du vomissement fébrile, symptôme qui se rencontre souvent, d'après eux, dans toutes

---

mèrent. La caravane trouva les cadavres de 50 bœufs qui avaient été pris de cette manière en traversant le fleuve Mourouï-Oussou, et qui restaient incrustés dans les glaces, comme de terribles menaces pour ces voyageurs qui osaient affronter le même passage.

L'été est fort court au Tibet, car, dit M. Huc, pendant le mois de juin il tombe encore de la neige, et le vent est tellement froid, qu'il serait imprudent de se dépouiller de ses habits de peau. Nous lisons dans un autre passage de son livre, qu'il gèle en septembre et en octobre. La saison chaude comprendrait donc deux ou trois mois. L'été s'ouvre en joillet par des phénomènes météorologiques fort remarquables, qui durent une quinzaine de jours, espace qu'on nomme dans le pays *saison des vapeurs de la terre*. Chaque matin d'épais brouillards couvrent le sol; ils s'élèvent dans le courant de la journée, se condensent en nuages opaques et retombent en pluies abondantes; le soir les vapeurs se forment de nouveau et donnent sur la terre toute la nuit; le lendemain les mêmes phénomènes se représentent. Ces curieux météores rappellent les *guaros* qui règnent dans une partie de la bande américaine comprise entre les Andes et la mer Pacifique. Pendant cette *saison des vapeurs de la terre*, l'économie est accablée, languissante, les animaux restent couchés et les hommes sont en proie à un inexprimable malaise. Mais bientôt la nature se régénère et s'épanouit, et l'homme éprouve le même bien-être; la végétation se fait jour avec autant de rapidité que dans les contrées polaires, qui ne jouissent, comme le Tibet, que d'étés de si courte durée. Les agriculteurs se hâtent d'exploiter la passagère fécondité de la terre, et le pays se couvre bientôt d'utiles plantations, dont les produits sont emmagasinés pour servir pendant les rudes et longs hivers.

Parmi les curiosités naturelles du Tibet, il appartient au feuilleton médical de citer les eaux minérales du Tant-La et la montagne qui exhale de l'acide carbonique. Laissons le R. P. Huc décrire lui-même ces eaux thermales remarquables par leur abondance et par un phénomène comparable à celui des Geysers islandais.

« La descente du Tant-La fut longue, brusque et rapide. Durant quatre jours entiers, nous allâmes, comme par un gigantesque escalier, dont chaque marche était formée d'une montagne. Quand nous fûmes arrivés au bas, nous rencontrâmes des sources d'eau thermale d'une extrême magnificence. On voyait, parmi d'énormes rochers, un grand nombre de réservoirs creusés par la nature, où l'eau bouillonnait comme dans de grandes chaudières placées sur un feu très-actif. Quelquefois elle s'échappait à travers les fissures des rochers et s'élançait dans une foule de directions par petits jets bizarres et capricieux. Souvent l'ébullition devenait tout à coup si violente, au milieu de certains réservoirs, que de grandes colonnes d'eau montaient et retombaient avec intermittence, comme si elles eussent été poussées par un immense corps de pompe. Au-dessus de ces sources, des vapeurs épaisses s'élevaient continuellement dans les airs et se condensaient en nuages blanchâtres. Toutes ces eaux étaient sulfureuses. Après avoir longtemps bondi et rebondi dans leurs vastes réservoirs de granit, elles abandonnaient enfin ces rochers qui semblaient vouloir les retenir captives, et allaient se réunir dans une petite vallée où elles formaient un large ruisseau qui s'écoulait sur un lit de cailloux jaunes comme de l'or. Ces eaux bouillantes ne conservaient pas longtemps

les phlegmasies des viscères thoraciques ou abdominaux qui entourent l'estomac ou ventricule.

Sauvages passe complétement sous silence ce symptôme dans la description de la pneumonie franche; il ne l'attribue qu'à la forme bilieuse ou putride.

A part Zimmermann, qui en a parlé comme Sauvages et seulement à propos du pronostic, il semble que l'indication de ce symptôme a été négligée par toute la génération médicale de l'époque dont j'ai parlé.

Il faut toutefois faire une exception notable en faveur de l'école de Stahl, qui a été en général si exacte et si précise dans la description des maladies, témoin Hunter, qui s'exprime ainsi, à propos de la pneumonie, en indiquant les premiers symptômes : *Horror, atque rigor insignis, conatus vomendi, actuales quandoque vomitus post se ductus.* Yuncker, autre disciple de Stahl, en dit autant.

Pour ce qui concerne notre temps, le grand DICTIONNAIRE DES SCIENCES MÉDICALES, art. *Pneumonie*, ne cite le symptôme vomissement que dans la pneumonie bilieuse et adynamique, l'omettant complétement dans la description de la pneumonie franche.

M. Chomel en a fait autant dans son art. *Pneumonie* (DICT. ou RÉPERTOIRE DES SCIENCES MÉDICALES). Toutefois, dans sa PATHOLOGIE GÉNÉRALE (dernière édition), il s'exprime en ces termes : « Les phlegmasies thoraciques, et spécialement la bronchite aiguë, la coqueluche, les tubercules, donnent souvent lieu, au milieu des quintes de toux, à des vomissements opiniâtres. » Ce passage du célèbre pathologiste est peu en rapport avec le vomissement ordinaire de la pneumonie qui n'est pas opiniâtre et qui se produit le plus souvent spontanément, sans quintes de toux.

D'après MM. Louis et Grisolle, les vomissements existent chez les pneumoniques dans un cinquième des cas, et chez presque tous dans les trois premiers jours. Je suis porté à croire, d'après mes observations et l'attention que j'ai accordée à ce symptôme, que cette proportion d'un cinquième est réellement trop faible; toutefois je n'ai pas de chiffres à assigner ici.

D'après MM. Rilliet et Barthez, chez les enfants, les vomissements spontanés et bilieux ont lieu au début presque toujours le premier jour, et rarement le second, chez près de la moitié des malades.

Ainsi l'observation moderne est venue confirmer exactement ce que disait l'École de Stahl au sujet du vomissement au début de la pneumonie; on en a fait jusqu'à présent un symptôme accessoire; mais j'estime qu'il faut le considérer comme un symptôme principal, à raison de sa fréquence et surtout à raison de sa valeur diagnostique, ce que je vais tâcher de prouver.

Il y a plus de dix ans que j'ai lu dans un vieux et bon livre (CAROLI PISONIS SELECTIORUM OBSERVATIONUM... LIBER SINGULARIS. 1714) le passage suivant, où l'auteur invoque le vomissement pour distinguer la pneumonie de la pleurésie : *Deindè verò vomitu utrumque affectum à se distingui, quanquàm nullus quòd sciam practicorum annotaverit, diuturna tamen experientia docuit : primis nimirùm diebus observatione nostrâ pulmonicis vomere familiare est.* (P. 255.)

Il y a plus de deux cents ans que Charles Lepois s'exprimait ainsi à propos du vomissement dans la pneumonie; car son ouvrage, qui eut plusieurs éditions, parut pour la première fois en 1618. Il est très-vrai que C. Lepois a été le premier à signaler ce fait, et, si je ne me trompe, je crois être le premier aussi à rompre le silence sur la valeur diagnostique du vomissement dans la pneumonie, fait indiqué pour la première fois par le médecin du duc de Lorraine.

Ce fait de diagnostic est d'une importance réelle; car il est quelquefois très-difficile de distinguer une pneumonie commençante d'une pleurésie aiguë; j'en appelle aux observateurs et aux cliniciens, qui savent très-bien que l'expectoration sanguine et les phénomènes caractéristiques tirés de l'auscultation ne se révèlent quelquefois dans la pneumonie qu'au bout de deux ou trois jours, et que l'affection thoracique simule alors parfaitement la pleurésie; et s'il est vrai, d'après C. Lepois, que le vomissement appartient en propre à la pneumonie au début et non à la pleurésie, on comprend dès lors toute la valeur diagnostique du vomissement en pareille occurrence.

Mais C. Lepois a-t-il dit vrai? Je commence par l'affirmer, d'après ma propre observation. J'ai rencontré très-fréquemment des vomissements au début de la pneumonie, et je n'ai encore rencontré qu'une seule fois le vomissement dans la pleurésie aiguë, il y a deux ans, chez une jeune fille de 21 ans, entrée le 20 décembre dans mon service de clinique. Prise, le 18, de pleurodynie avec fièvre, deux ou trois vomissements dans la journée; le 20, épanchement dans les deux tiers inféro-postérieurs du poumon droit avec pleurodynie violente, égophonie et respiration bronchique prédominant dans le second temps. Sortie dix jours après, l'épanchement étant résorbé. Je n'ai pas mémoire d'avoir rencontré d'autres fois le vomissement dans la pleurésie aiguë; et depuis deux ans que je me suis chargé, comme suppléant, d'un cours de clinique interne, j'ai eu souvent occasion de faire vérifier à mes élèves la valeur diagnostique de ce phénomène morbide.

Le fait signalé par C. Lepois trouve en un sens sa confirmation dans l'observation moderne : tandis qu'on a noté avec soin et avec des chiffres le degré de fréquence du vomissement dans la pneumonie, il n'en est nullement question à propos de la pleurésie aiguë. Ainsi M. le professeur Grisolle, dans son TRAITÉ DE PATHOLOGIE, ne mentionne point du tout le symptôme vomissement dans cette dernière maladie. Dans la pleurésie, au début, le vomissement est donc nul, ou excessivement rare. C. Lepois avait donc raison.

Toutefois il faut apporter un tempérament à la valeur diagnostique du vomissements signalée par Lepois; c'est que ce fait n'a réellement d'importance que chez l'adulte; car, d'après les observations de MM. Rilliet et Barthez, il en est tout autrement chez les enfants. « Dans la pleurésie aiguë primitive, disent-ils dans leur TRAITÉ DES MALADIES DES ENFANTS (1853), plus de la moitié de nos malades ont eu des vomissements bilieux spontanés le jour du début, le deuxième ou le troisième jour. » Ici le signe diagnostique de C. Lepois fait évidemment défaut; ce qui est d'autant plus fâcheux que les mêmes auteurs répètent ce que nous avons dit au sujet de la pneumonie chez l'adulte, qu'il est quelquefois difficile chez les enfants de distinguer une pleurésie aiguë franche d'une pneumonie de même forme.

Donc, le vomissement, qui est aussi fréquent au début de la pneumonie, acquiert une valeur diagnostique réelle, dans les cas où, les signes caractéristiques ordinaires faisant défaut, on a des raisons tout aussi légitimes de croire à l'existence d'une pleurésie aiguë, débutant d'emblée, qu'à celle d'une pneumonie. Et cette difficulté de diagnostic

---

leur fluidité. L'extrême rigueur de l'atmosphère les refroidissait si rapidement, qu'à une demi-lieue loin de la source le ruisseau était presque entièrement glacé. On rencontre fréquemment dans les montagnes du Tibet des sources d'eaux thermales. Les Lamas, médecins, reconnaissent qu'elles ont de grandes propriét's médicales; ils en prescrivent volontiers l'usage à leurs malades, soit en bains, soit en boissons. »

Le Bourhan-Bota est une montagne tibétaine redoutée des caravanes; ceux de ses flancs qui regardent l'Orient et le Nord exhalent une vapeur pestilentielle que M. Huc juge être de l'acide carbonique. Les autres pentes de la montagne sont baignées par un air pur. Le passage est surtout dangereux par les temps calmes, qui laissent le gaz s'accumuler sur le sol, tandis que, si le vent souffle, cette couche inférieure délétère est déchirée par les courants aériens qui en diluent les gaz dans la masse de l'atmosphère. La respiration est d'autant plus pénible qu'on s'approche davantage de la surface du sol; un homme debout n'éprouve pas tant de gêne, et pour un cavalier sur sa monture, l'influence pernicieuse se fait à peine sentir. Enfin, il est très-difficile d'allumer du feu sur le flanc de la montagne. Tous ces caractères, qui rappellent les expériences si connues et que nous avons nous-même répétées à la grotte du Chien, dénoteraient bien en effet la présence du gaz acide carbonique.

Le R. P. Huc conte que la tradition du pays enseigne qu'il faut croquer deux ou trois gousses d'ail avant de s'engager dans la *cuisine de Bouddha* — car telle est la signification du mot Bourbam-Bota. Pour nous, qui ne sommes pas méridional, nous pensons que c'est doubler l'infection. Le narrateur ajoute que les chevaux, poussifs, portaient à peine leur cavalier et avançaient péniblement à petits pas. Bientôt les pèlerins pâlirent, sentirent le cœur leur manquer et les jambes se dérober sous eux. De temps en temps les forces manquaient et on était obligé de se coucher — singulier moyen, qu'on nous permette de le dire en passant, pour éviter l'acide carbonique — on se relevait ensuite, pour se coucher de nouveau et se remettre en marche. C'est ainsi que s'effectue l'ascension du Bourhan-Bota. « Mon Dieu! quelle misère, s'écrie le pieux lazariste; on sent ses forces brisées, la tête tourne, tous les membres semblent se disjoindre, on éprouve un malaise tout à fait semblable au mal de mer, et malgré cela il faut conserver assez d'énergie, non-seulement pour se traîner soi-même, mais encore pour frapper à coups redoublés les animaux qui se couchent à chaque instant et refusent d'avancer. Une partie de la troupe, par mesure de prudence, s'arrêta à moitié chemin dans un enfoncement de la montagne où les vapeurs pestilentielles étaient, disait-on, moins épaisses; le reste, par prudence aussi, épuisa tous ses efforts pour arriver jusqu'au bout et ne pas mourir asphyxié au milieu de cet air chargé d'acide carbonique, etc. »

On a sans doute remarqué que quelques-uns de ces traits, notamment l'obligation de se coucher par intervalles, trahiraient peut-être la raréfaction de l'air dans ces hautes régions montagneuses, plutôt que la présence de l'acide carbonique; les deux influences peuvent, du reste, s'y trouver réunies et se prêter ainsi une mutuelle nocuité.

Laissons les deux vaillants apôtres de l'Évangile élever une pauvre, mais sainte chapelle au siége même du pape bouddhiste, à Lassa, et s'y reposer de

qui, du reste, ne peut pas s'étendre au delà du second ou troisième jour en général, se trouve naturellement levée par l'occureuce du vomissement qui est un symptôme des premiers jours de la maladie, et qui ne se rencontre presque jamais, ou beaucoup plus rarement dans la pleurésie chez l'adulte. Ainsi limitée, l'observation de C. Lepois conserve encore de nos jours toute sa valeur.

Quant au pronostic, le vomissement spontané au début de la pneumonie franche n'offre aucune importance, et on ne peut en tirer aucun signe, bon ou mauvais. « J'ai toujours trouvé le vomissement dangereux dans la pneumonie, dit Zimmerman (TRAITÉ DE L'EXPERIENCE), s'il paraissait le premier jour, s'il réitérait après deux ou trois saignées, et s'il continuait. » Cette opinion de Zimmerman n'est nullement acceptable pour la pneumonie commune, surtout en ce qui concerne le premier jour. Le célèbre médecin aura basé probablement ce pronostic sur les formes graves de pneumonies dites bilieuses, putrides ou adyuamiques, comme ou les désignait autrefois. Or, ces pneumonies de nos devanciers n'étaient, pour la plupart, que des fièvres typhoïdes à complication pneumonique : pour s'en convaincre, il n'y a qu'à lire la description de la pneumonie bilieuse de Stoll, au commencement de son RATIO MEDENDI.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

KYSTE HYDATIFÈRE DU FOIE FAISANT SAILLIE A LA FACE INFÉRIEURE DU LOBE GAUCHE DE CET ORGANE, ET OUVERT A LA FOIS DANS LE PÉRITOINE ET DANS LES VOIES BILIAIRES; OBSTRUCTION ET DILATATION CONSIDÉRABLE DU CANAL CHOLÉDOQUE PAR DES DÉBRIS D'HYDATIDES; ICTÈRE; ÉPANCHEMENT DE BILE DANS LE PÉRITOINE; PÉRITONITE INTENSE; observation communiquée par le docteur CHARCOT.

OBS. — Le nommé Platz (Christophe), âgé de 47 ans, cuisinier, entre, le 20 juillet 1854, salle Saint-Charles, n° 9, hôpital de la Charité.

Ce malade, extrêmement affaibli et très-souffrant lors de son entrée à l'hôpital, peut à peine nous donoer quelques renseignements sur son état antérieur; nous apprenons cependant de lui qu'il dépérit et qu'il souffre depuis quatre mois environ. Les symptômes qu'il a remarqués pendant cette période de sa maladie sont de l'oppression et une douleur sourde et profonde dans la région du foie. Cette douleur s'étend parfois vers l'épaule droite et vers le flanc droit; mais elle a toujours été presque continue, et ne s'est jamais présentée sous forme d'accès capables de faire croire à l'existence de coliques bépatiques calculeuses. Il n'y a jamais de vomissements noirs, et la constipation est l'état babituel.

Il y a trois mois, une jaunisse très-marquée est apparue. Au début, cette jaunisse a été accompagnée de vomissements de matières alimentaires, puis il s'est manifesté de la diarrhée. Elle a disparu au bout de quelques semaines; puis elle a reparu il y a une quinzaine de jours. Cette fois elle a persisté jusqu'à la terminaison fatale de la maladie.

Le 19 juillet, Platz est pris tout à coup de douleurs bépatiques beaucoup plus vives que d'habitude, et qui se répandent dans toute l'étendue de l'abdomen. Presque aussitôt la pbysionomie est profondément altérée; la face est grippée, bleuâtre; les yeux sont enfoncés dans l'orbite; les extrémités sont froides, cyanosées comme dans la période algide du choléra. Le malade est transporté à la Charité quelques heures après l'apparition de ces nouveaux symptômes. Nous l'y trouvons dans l'état suivant : ictère extrêmemeot foncé, presque vert; maigreur générale très-prononcée. La face est grippée, violacée, froide. Les extrémités sont également froides et cyanosées. Le pouls est à 110-120, très-fort, très-dur, *très-plein*. Constipation opiniâtre depuis deux jours; douleur très-vive à la pression dans toute la région de l'abdomen, mais bien plus pronoocée à droite, sous les fausses côtes, que partout ailleurs. Le ventre n'est pas volumineux; il est plutôt rétracté, et ses muscles droits antérieurs se dessinent fortement sous ses téguments. Il rend par la percussion un son obscur. L'état de convulsion où se trouvent continuellement les muscles des parois abdominales rendent la palpation impossible; mais par la percussion des bypocondres, on obtient ce résultat que le bord supérieur du foie ne remonte pas plus haut qu'à l'état normal, et qu'il existe au niveau de la région splénique une matité très-éteudue et très-considérable, qui n'est pas le résultat d'un épanchement pleural, ainsi qu'on s'en assure par l'examen du côté gauche de la poitrine. Les poumons et le cœur paraissent complétement exempts de lésions. Aucun phénomène du côté du cerveau. Les urines ne sont pas albumineuses; elles sont fortement chargées de la matière colorante de la bile. La langue est sèche; la voix est extrêmement faible. (On prescrit les opiacés à haute dose et les lavements laxatifs.)

Les jours suivants, les symptômes vont en s'aggravant, et le malade succombe le 23 juillet, trois jours après son admission dans les salles.

AUTOPSIE. — *Abdomen.* — A l'ouverture de la cavité abdominale, on reconnatt l'existence d'une péritonite générale très-intense.

Le foie est refoulé directement d'avant en arrière et de dehors en dedans, de telle sorte que les faces supérieures du lobe droit et du lobe gauche présentent, chacune de leur côté, une concavité qui regarde en avant et en dehors. Ces sortes de cavités, ainsi comprises entre la face supérieure du foie et la paroi abdominale antérieure, sont remplies par un liquide d'un jaune foncé, ayant tout à fait l'aspect de la bile et tenant en suspension des flocons albuminuriques.

Les circonvolutions de l'intestin sont accolées les unes aux autres par des fausses membranes molles, de formation évidemment très-récente, et teintes en jaune par de la matière colorante de la bile.

Le grand épiploon présente une coloration d'un rouge vif, et il est comme pelotonné, recoquillé. Une certaine quantité de liquide d'un jaune foncé se rencontre dans les parties les plus déclives de la cavité abdominale, mais il y est peu abondant. Traité par l'acide nitrique, ce liquide présente un dépôt albumineux très-abondant, mais en même temps il se colore en vert foncé, puis en rouge quand on y ajoute un excès d'acide. A l'examen microscopique, on y rencontre une grande quantité de globules de pus fortement colorés en jaune.

Les intestins, ouverts dans toute leur étendue, ne présentent aucune altération; ils sont remplis par une matière semi-liquide d'une couleur gris sale. Ils ne contiennent rien qui ressemble à des fragments d'hydatides ou à des calculs biliaires.

L'estomac est normal, sa membrane muqueuse un peu injectée. Rate normale.

Le foie, à part l'aplatissement dû à la compression qu'il a subie et les fausses membranes qui le reconvrent, ne présente aucune altération de texture. On le laisse en place, ainsi que l'estomac et le duodénum, et l'on dissèque avec soin les conduits biliaires.

Le canal cholédoque est extrêmement volumineux; il parait distendu par une substance ayant la consistance de la cire. Quand on le comprime, on voit sortir par son orifice duodénal, d'abord une gouttelette de bile verte, puis une sorte de membrane ridée, fortement teinte en vert foncé par la bile, et qui, ainsi que nous le verrons, n'est autre chose qu'une hydatide. Le canal cholédoque est alors ouvert avec précaution, et on le trouve rempli par un grand nombre de débris d'bydatides baignés dans la bile. Ces fragments s'étendent

leurs fatigues iooutes pendant un temps qui ne devait pas être bien long, car le gouvernement chinois exigea bientôt leur expulsion. Quant à nous, que le voyage en imagination ne fatigue pas, nous retournerons en arrière pour étudier en bygiéniste les peuplades de l'Asie centrale, et pour nous enquérir de l'état de la médecine dans ces contrées à peu près inconnues.

F. J.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

M. Carnot, après avoir constaté que, sur 8 individus vaccinés atteints de fièvre typhoïde, 1 seul a succombé, compare ce rapport de mortalité à celui qui a été donné pour les hôpitaux de Paris, Strasbourg et Lausanne, par MM. Louis, Chomel, Forget et Delaharpe, et qui serait de 1 sur 4. Il en conclut que les fièvres continues aiguës présentent, chez les vaccinés, un danger deux fois plus grand que chez les non-vaccinés.

M. Carnot a saos doute de sérieux motifs pour choisir, comme point de comparaison ce résultat exceptionnel; mais tout le monde est bien d'accord pour admettre que, dans *les hôpitaux* de Paris, la mortalité est d'un septième, tout comme au temps de Stoll. Il me suffira de citer le rapport de M. Andral, fait avec la plus haute impartialité et basé sur des faits empruntés à des praticiens qui avaient expérimenté les médications les plus diverses.

Est-il rationnel, d'ailleurs, de s'appuyer sur un nombre de faits aussi restreint d'une part, pour l'opposer à des observations faites dans des conditions toutes différentes, et d'étayer sur une base si fragile une conclusion qui paraîtra sans doute bien prématurée?

S'il était permis de procéder ainsi, je citerais ici le consciencieux mémoire de M. Barth (GAZ. HEBD., n° 1, 7 oct. 1853), où l'on trouve que sur 4 individus non vaccinés et atteints de fièvre typhoïde, 1 a succombé; ce qui établirait une mortalité plus grande que celle des hôpitaux de Strasbourg et de Lausanoe.

Je rappellerai aussi le mémoire que M. Caroot a bien voulu citer (GAZ. MÉD., 2 sept. 1854, p. 532), où l'on voit que sur 76 cas observés en 1851 dans l'épidémie d'Arcueil, il y a eu 7 morts (un dixième et plus); tandis que sur 7 individus non-vaccinés compris dans cette épidémie, 1 a succombé, 3 avaient été sérieusement affectés et 3 autres avaient présenté les accidents les plus terribles et les plus menacants.

Qu'on ne se hâte donc pas trop de conclure. Depuis quelques mois à peine des faits nombreux et sévèrement observés se multiplient et s'accumulent pour ruiner la loi d'antagonisme de la variole et de la fièvre typhoïde. Il sera tout aussi facile de prouver que non-seulement les individus non vaccinés payent un large tribut à la fièvre typhoïde, mais que cette affection a pour eux autant de gravité et de danger que pour les autres.

Agréez, etc.

Dr THORE.

jusque dans la ramification principale gauche du canal cholédoque qui est très-dilatée. La ramification du côté droit est également fort distendue, mais par de la bile seulement.

Le canal cystique est tout à fait aplati par suite de la compression exercée sur lui par le canal cholédoque distendu.

La vésicule biliaire n'est pas plus volumineuse qu'à l'état normal; elle est pleine d'une bile épaisse, d'un noir vert, beaucoup plus foncée que celle qui imprègne les hydatides dans le canal cholédoque.

En examinant avec attention la face inférieure du foie, on finit par découvrir au niveau de l'origine œsophagienne de la petite courbure de l'estomac, plus près du bord postérieur que du bord antérieur de l'organe hépatique, à 4 ou 5 cent. environ à gauche du canal cholédoque, une cavité hémisphérique, allongée dans le sens transversal, et qui, si elle était complète, pourrait loger un gros œuf de poule. Cette sorte de poche s'ouvre largement dans l'arrière-cavité des épiploons; cependant on la trouve limitée de ce côté, mais en partie seulement, et d'une manière très-incomplète, par une sorte de membrane blanchâtre déchiquetée, qui est libre et flottante du côté de l'extrémité gauche du kyste, tandis qu'elle est adhérente à son extrémité droite.

La cavité que nous venons de décrire n'est autre chose qu'un kyste hydatique; elle est constituée par une membrane propre brune, dont la surface extérieure adhère intimement au tissu du foie qui la loge, et dont la membrane flottante dont nous avons parlé n'est qu'un débris. La face interne de ce kyste est tapissée par une matière d'apparence caséeuse, teinte de bile. Sa cavité communique largement avec la branche droite de bifurcation du canal cholédoque par deux pertuis ayant environ 1 cent. et demi de long chaque sur un demi-centimètre de large seulement; mais ces orifices sont encore dilatables.

La cavité du kyste ne contient pas de débris d'hydatides; on n'en a pas rencontré non plus dans le liquide épanché dans l'abdomen.

Il est hors de doute que les fragments membraneux contenus dans le canal cholédoque sont bien des débris d'hydatides; d'abord, quand on les fait flotter dans l'eau, on reconnaît les membranes anhystes, transparentes, et couvertes de granulations qui caractérisent ces sortes de poches; seulement ici elles sont fortement teintes en vert par la bile. Enfin, l'examen microscopique fait reconnaître, au milieu du liquide qui les baigne, l'existence des *crochets*, qui sont la preuve indubitable de la présence des échinocoques.

Les autres organes n'ont présenté aucune altération.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS

(Suite.)

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

DE L'ÉTHÉRISATION DANS LA FOLIE, AU POINT DE VUE DU DIAGNOSTIC ET DE LA MÉDECINE LÉGALE; par M. A. MOREL.

En présence des difficultés sans nombre que soulève devant le praticien le traitement des formes et des accidents si variés de l'aliénation mentale, devant le médecin-expert, la recherche des simulations qui ont pour objet de soustraire le coupable à la justice, M. Morel a eu l'idée, ou plutôt a appliqué l'idée que quelques auteurs avaient eue déjà avant lui, d'employer l'éthérisation comme moyen de diagnostic et comme procédé d'investigation médico-légale, et enfin même comme moyen de traitement.

Comme moyen d'investigation médico-légale, l'éthérisation s'est montrée plusieurs fois, entre ses mains, parfaitement appropriée au but qu'il se proposait, en plaçant les sujets dans des conditions morales telles, que toute simulation devait devenir impossible.

M. Morel a employé aussi l'éthérisation, avec un plein succès, dit-il, comme modification de l'état nerveux, chez un maniaque chronique qui avait un accès de tétanos, chez de jeunes maniaques hystériques ou épileptiques, qui, à la suite de leurs accès, avaient de ces délires spéciaux qui tantôt se résumaient dans une grande volubilité de langage et une exagération particulière des mouvements, et tantôt dans une morne stupeur à laquelle succédait un état convulsif. Quelques malades affectés de stupidité ont aussi été éthérisés. M. Morel n'a pas vu sans surprise que les délires qui se manifestaient sous l'influence de cette excitation passagère étaient ordinairement l'expression bien réelle du délire qui les dominait dans cette singulière situation mentale. Dans quelques-uns de ces cas, les inhalations éthérées n'ont pas été employées isolément, mais concurremment avec d'autres moyens, par exemple avec des applications de sangsues et de ventouses, des révulsifs, etc. Jusque-là l'unique préoccupation de M. Morel, en employant l'éthérisation, avait été de conjurer des accidents nerveux graves, sans s'inquiéter de la nature des idées délirantes. Mais un fait trop intéressant pour que nous n'en devions pas rapporter ici une relation sommaire, en révélant les singulières modifications apportées par l'éthérisation dans le caractère ordinaire du délire, lui suscita l'idée de profiter à l'avenir de cette propriété dans l'intérêt du traitement des aliénés.

Voici les principales particularités de cette observation.

OBS. — Une jeune aliénée était depuis quelque temps livrée à une agitation si violente, qu'elle ne dormait ni nuit ni jour; elle était, de plus, tourmentée par des hallucinations effrayantes. Inquiet sur la terminaison d'un pareil état d'excitation nerveuse, M. Morel essaya de lui procurer au moins un repos momentané au moyen de l'éthérisation. On eut beaucoup de peine à l'endormir; elle ne finit à être plongée dans un sommeil profond qu'après avoir absorbé une dose énorme d'éther (il n'est pas dit quelle quantité). On cherchait, par des inhalations successives, à entretenir cet état favorable, lorsque dans son sommeil la jeune malade se reprit à délirer, mais d'une manière tranquille et douce, et sur des sujets qui frappaient l'attention des observateurs pour la première fois. Transportée par son imagination à une époque de son existence où un amour malheureux avait jeté dans son âme les premiers germes de troubles qui plus tard égarèrent sa raison, elle faisait de ses sentiments actuels une description qui fut pour M. Morel un trait de lumière à l'aide duquel il put reconstituer l'histoire de la vie de cette jeune malade, que le trouble général de ses idées et de ses sentiments lui présentait à un point de vue bien différent de la réalité. Rien n'égalait, ajoute M. Morel, l'étonnement de cette intéressante aliénée, lorsque, dans ses moments de rémission, il nous fut possible de reporter ses souvenirs vers l'origine des troubles actuels de son intelligence; nous étions dorénavant, de part et d'autre, sur un terrain où nous pouvions nous comprendre, et les propres aveux de la malade, en achevant de nous éclairer sur le diagnostic de son affection, nous permettaient aussi de mieux asseoir les conditions du traitement, ainsi que les éléments de la prophylaxie.

A dater de ce moment, M. Morel a été frappé de l'emploi que l'on pouvait faire de l'éthérisation, comme moyen de diagnostic, pour reconnaître l'origine de certains délires qui ne se révèlent pas toujours dans les paroles des aliénés. D'un autre côté, si l'influence de l'éthérisation est telle, que les actes de l'intelligence et la volonté en sont modifiés, que d'après des expériences faites sur lui-même par M. le docteur Sauvet, il y a surexcitation de la mémoire, défaut de jugement, de réflexion, de coordination dans les idées, hallucinations et illusions de la vue, il était bien clair, d'une part, que le véritable délire des aliénés en serait modifié au point que le médecin arriverait, dans certaines circonstances, à une connaissance plus approfondie de la position des malades; et, d'autre part, que des individus qui simulent la démence, l'imbécillité, l'idiotisme, la stupidité, le mutisme, ne pourraient résister aux effets physiologiques de l'éther et trahiraient involontairement leur véritable état.

C'est, en effet, ce que tendent à démontrer quelques-unes des observations rapportées par M. Morel.

En résumé, des faits contenus dans ce travail, qui n'est qu'un premier aperçu d'un travail plus considérable que l'auteur promet sur ce sujet, sont provisoirement déduites les conclusions suivantes:

En dehors de l'effet thérapeutique de l'éthérisation, on peut recourir à ce moyen pour arriver à une connaissance plus approfondie de certains états intellectuels qui ne se révèlent pas toujours dans les paroles des aliénés.

En plaçant ces malades, moyennant l'éthérisation, dans une situation nouvelle, on parvient à rompre certains états spasmodiques; on réussit parfois à vaincre l'obstination de quelques-uns à refuser la nourriture; on amène encore chez eux des déterminations imprévues qui, en rompant la monotonie de leurs actes, placent les aliénés dans une situation qui peut à son tour faire surgir des éléments nouveaux de thérapeutique.

Les effets physiologiques et psychologiques produits par l'éthérisation rendent certaines simulations de folie et d'infirmités congéniales impossibles ou au moins singulièrement difficiles à continuer pendant un long espace de temps.

—Il resterait, en ce qui concerne cette dernière application de l'éthérisation, à déterminer jusqu'à quel point il est moral et légitime, même dans un intérêt social grave comme celui de la justice, par exemple, à user d'un moyen qui n'est ni sans inconvénient ni sans péril. Cette question est trop importante pour que nous l'examinions ici. Nous ne voulons pour le moment que l'indiquer.

DES SIGNES STETHOSCOPIQUES DU RÉTRÉCISSEMENT DE L'ORIFICE AURICULO-VENTRICULAIRE GAUCHE DU CŒUR, ET SPÉCIALEMENT DU BRUIT DE SOUFFLE AU SECOND TEMPS; par M. HÉRARD.

Voici quelles sont les conclusions de ce mémoire, trop étendu pour pouvoir être l'objet d'une analyse:

1° Le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche du cœur peut déterminer un bruit de souffle au premier temps (systolique), un bruit de souffle un peu avant le premier temps (présystolique), ou enfin un bruit de souffle au second temps (diastolique). Dans quelques circonstances, surtout chez les vieillards, il ne donne lieu à aucun bruit anormal.

2° Les bruits de souffle que détermine le rétrécissement sont loin de se montrer avec une égale fréquence. Autant les murmures diastoliques sont rares, autant les bruits de souffle présystoliques et surtout systoliques sont communs.

3° Les bruits de souffle systolique de la pointe du cœur, que beaucoup d'auteurs rapportent à l'insuffisance mitrale, sont produits par le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche.

4° L'insuffisance mitrale, comparée à tort à l'insuffisance aortique, ne paraît pas, dans l'immense majorité des cas, susceptible de déterminer un bruit de souffle.

5° Le fait incontestable de bruits de souffle diastolique liés au rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, démontre que dans l'état physiologique le sang pénètre au second temps des oreillettes dans les ventricules.

6° Cette pénétration du sang dans les ventricules au second temps est encore prouvée par les vivisections pratiquées sur les animaux rapprochés de l'homme, par les observations d'ectopie du cœur, et par quelques expériences instituées par les physiologistes.

7° La théorie des mouvements du cœur qui reconnaît à la fois la dilatation des ventricules au second temps, et l'énergie de contraction des oreillettes, s'accorde seule avec les faits cliniques et les expérimentations physiologiques.

MÉMOIRE POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU, ET A CELLE DES CAS DE MORT RAPIDE ET IMPRÉVUE, SURVENANT DANS LE COURS DE CETTE AFFECTION; par M. J. COSSY.

Le mémoire de M. Cossy vient à l'appui d'un travail publié l'année dernière par M. Vigla, pour démontrer la fréquence des complications mortelles, cérébrales ou d'autre nature, dans le cours du rhumatisme articulaire aigu. Il a un autre objet encore, et qui est l'objet essentiel, c'est de concourir à édifier l'histoire de l'anatomie pathologique des articulations rhumatisées.

Sur 72 cas de rhumatisme articulaire aigu traités dans le service de M. Louis à l'hôpital Beaujon, pendant quatre années, l'auteur a trouvé deux cas dans lesquels des symptômes insolites se sont manifestés. L'un et l'autre malade ont succombé par suite d'accidents inattendus et rapidement développés.

Dans l'un, il s'est déclaré au dix-septième jour d'un rhumatisme musculaire et articulaire aigu général des accidents cérébraux subits et violents, devenus mortels au bout de vingt-sept heures, et qui sont restés inexplicables par l'état des organes.

Dans l'autre, il s'agit d'une mort subite survenue au huitième jour d'un rhumatisme articulaire aigu général, sans que rien à l'autopsie ait présenté aucune trace d'altération appréciable dans les viscères.

Quant aux lésions articulaires constatées dans les deux cas, elles ont été parfaitement identiques et ont consisté en une rougeur avec épaississement de la membrane synoviale, aspect louche et teinte jaune verdâtre de la synovie. Voici les déductions que l'auteur tire de l'analyse raisonnée de ces deux faits rapprochés des faits déjà connus dans la science :

1° S'il est des cas, et c'est probablement la grande majorité, dans lesquels le rhumatisme articulaire ne laisse après lui aucune altération notable dans les articulations qu'il a envahies, il est d'autres cas sur le diagnostic desquels on ne saurait élever aucun doute, dans lesquels un certain nombre d'articulations rhumatisées présentent des altérations bien dessinées, indépendantes de l'intensité et de la durée des accidents locaux et du rhumatisme, et caractérisés par un état d'inflammation de la membrane synoviale, et par un état tel de la synovie, que l'on y retrouve des globules du pus à l'aide du microscope, ou que tout au moins on peut en soupçonner la présence.

2° Si, parmi les cas de morts imprévues, subites ou très-promptes que l'on voit survenir dans le cours du rhumatisme articulaire, il en est dans lesquels la nature des accidents mortels permet d'admettre comme *possible* l'action directe du rhumatisme, il est d'autres cas où absolument rien n'indique une pareille influence, et qui, à tous égards, doivent être rapprochés des cas de mort subite ou très-prompte que l'on voit survenir, moins rarement qu'on ne le suppose, dans le cours d'affections très-diverses, et même dans un état de santé bon, au moins en apparence.

3° Enfin il ressortirait du rapprochement des lésions articulaires et du genre de mort que, chez les sujets qui ont succombé par le fait d'affections incidentes qui expliquaient naturellement la mort, les articulations rhumatisées étaient à l'état normal, tandis que, dans tous les cas où ces dernières ont offert des altérations tranchées, la mort est survenue d'une manière inopinée ou par le fait de complications insolites dans le rhumatisme.

Si des faits plus nombreux, observés ultérieurement, venaient à confirmer ce qui précède, ils conduiraient, ainsi que le fait remarquer avec raison l'auteur, à établir, dans les cas de la deuxième catégorie, l'existence d'une solidarité entre le genre de mort et les lésions, et à rechercher, dans l'état particulier de santé des individus, la cause commune, soit des anomalies du rhumatisme, soit de la mort rapide et inexplicable à l'autopsie, qui en a brusquement arrêté le cours.

II. REVUE MÉDICALE.

Les numéros du premier trimestre de 1854 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *De l'épidémie actuelle du choléra;* par M. Sales-Girond. 2° *La vaccine en France et dans le département de la Sarthe;* par M. H. Carnot. 3° *Étude sur les fongus de l'urètre chez la femme, au point de vue de l'anatomie pathologique et du traitement, d'après la clinique de M. Pétrequin;* par le docteur Chatin. 4° *Anesthésie locale.* (Description d'un nouvel appareil.) 5° *Nouvelles expériences sur la vision;* par M. J. P. Dépigny. (Rapport fait par M. Brachet à l'Académie de Lyon.) 6° *Réflexions pratiques sur le traitement des prétendues névralgies du col de la vessie et de l'inflammation de la prostate;* par M. Guillon. (Note présentée à l'Académie de médecine.) 7° *Étude sur le vitalisme;* par M. P. Blaud. 8° *Du prétendu retour du choléra à Paris;* par M. Sales-Girond.

ÉTUDE SUR LES FONGUS DE L'URÈTRE CHEZ LA FEMME, D'APRÈS LA CLINIQUE DE M. PÉTREQUIN; par M. le docteur CHATIN.

Dans ce mémoire, deux questions ont été particulièrement traitées, celle de l'anatomie pathologique des fongus de l'urètre, et celle du traitement qu'il convient de leur appliquer.

Les fongus sont des tumeurs ordinairement douloureuses, à surface inégale, charnues, spongieuses, rouges, d'une consistance variable, mais en général assez faible pour se laisser déchirer avec facilité, et dont les caractères les plus marqués sont de fournir, quand on les divise, beaucoup de sang, qui s'écoule en nappe, et de repulluler avec une grande activité quand on ne les a détruites qu'en partie.

C'est aux fongus ainsi caractérisés que se rapportent les tumeurs observées par M. Pétrequin dans le méat urinaire, chez la femme. L'une de ces tumeurs, enlevée sur une malade dont l'observation est rapportée en détail par M. Chatin, était composée d'une trame cellulaire plus ou moins raréfiée et abondamment pourvue de vaisseaux capillaires sanguins. Pressée entre les doigts, elle a donné issue à beaucoup de sang et n'a laissé pour résidu que des filaments celluleux.

Les fongus de l'urètre ne sont pas aussi rares que sembleraient le faire croire les traités classiques, et M. Pétrequin a eu l'occasion, pour sa part, d'en enlever un certain nombre soit à l'hôpital, soit dans sa pratique.

Le traitement employé dans tous les cas par le chirurgien de Lyon consiste dans la dissection et l'excision de la tumeur qu'il fait suivre immédiatement de la cautérisation de sa base. C'est là, en effet, la seule thérapeutique rationnelle de tumeurs qui ont, comme celles dont il est question ici, une grande tendance à répulluler. Il faut pour cela, après une excision bien complète, attaquer la base de la tumeur avec un caustique suffisamment énergique : M. Pétrequin emploie à cet effet le beurre d'antimoine.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 3 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Avec neuf rapports négatifs, les deux rapports rédigés par les médecins

des cantons de Gorze et de Longuyon, sur les épidémies qui ont régné en 1853 dans les communes de leurs circonscriptions respectives;

2° Un rapport de M. le docteur Vergne, médecin envoyé en mission dans la Haute-Marne, sur une épidémie de suette et de choléra qui a régné dans ce département;

3° Une demande d'avis avec envoi d'échantillons et pièces, relative à une demande d'autorisation de livrer au public les eaux d'une source minérale située dans la commune de Vals, désignée sous le nom de *la Chrétienne*;

4° Un envoi d'échantillons provenant des sources minérales de Plombières, pour en faire l'analyse;

5° Une lettre de rappel relative à la source de Saint-Yon-les-Vichy;

6° Un grand nombre de notes relatives à des remèdes secrets ou nouveaux presque tous relatifs au choléra.

Le ministre de l'instruction publique transmet une lettre et un rapport de M. le docteur Albert père (de Saint-Chinian) sur le choléra qui vient de sévir dans ce pays.

— M. Le Terrier (de Saint-Denis) adresse une note sur le choléra qu'il a observé à Saint-Denis en 1849 et en 1854.

— M. Caseneuve (de Lille) donne des explications en réponse à une note sans nom d'auteur adressée dans la précédente séance, et donnant l'état des décès dans la ville de Lille, pour prouver que les renseignements qu'il a précédemment communiqués à l'Académie étaient inexacts. Il résulte de ces explications que le mot de *choléra* avait été remplacé sur les bulletins de décès par le mot de *cholérine*, pour ne pas effrayer la population : de là l'erreur de l'auteur anonyme de la note en question.

— M. Simonin (de Nancy) adresse les résultats thérapeutiques des eaux minérales observés sur les malades qu'il a envoyés aux eaux pendant l'été de 1854.

— M. Vergne se met à la disposition de l'Académie, offrant de se soumettre à telles épreuves qu'il sera jugé nécessaire pour démontrer la non-contagion du choléra.

— M. Thomas, ayant en connaissance de la lettre précédente écrite par M. Vergne, fait la même offre à l'Académie.

— M. Bizet adresse un mémoire intitulé : Recherches sur le siége du choléra asiatique.

— M. Léon Gigot communique à l'Académie un fait qui serait propre, suivant lui, à démontrer combien il est facile de se préserver du choléra et d'en arrêter les ravages par les seules précautions hygiéniques.

— M. Berthé, pharmacien à Paris, adresse un mémoire sur les moyens de constater les falsifications des huiles de foie de morue. (Comm. : MM. Bussy, Robinet, Bouchardat.)

— M. Londe dépose sur le bureau de l'Académie, de la part de M. le docteur Lachaise, envoyé en mission dans le département de l'Aube à l'occasion du choléra, les tableaux figuratifs de l'épidémie qui a sévi sur les communes de Jessaints et d'Amance, où il a particulièrement séjourné. De ces tableaux, rédigés avec distinction de sexe, d'âge, de tempérament, de degré d'aisance et de salubrité d'habitation, il résulte qu'à Jessaints, qui ne compte que 340 habitants, il y a eu 85 personnes atteintes; de ces 85 malades 48 ont eu le choléra le mieux caractérisé, et ces 48 cholériques ont donné 23 décès. A Amance, qui a 650 habitants, l'épidémie a frappé sur 101 personnes, dont 63 ont eu le choléra et ont fourni 33 décès.

M. Lachaise a joint à ces deux tableaux celui d'une épidémie qui a sévi sur une commune voisine de celles où il résidait, et dans laquelle les malades traités par l'homœopathie ont donné 14 décès sur 16 cholériques.

Diagnostic et curabilité du cancer.

M. le Président : L'ordre du jour appelle la discussion sur le cancer; mais je dois déclarer tout de suite l'embarras où je me trouve. MM. Robert et Velpeau sont inscrits les premiers pour prendre la parole dans cette discussion; mais M. Robert ne veut pas parler avant M. Velpeau, et M. Velpeau ne veut parler qu'après M. Robert. (Hilarité générale.)

M. le président pour se tirer de cette difficulté donne la parole à M. Leblanc, inscrit le troisième.

M. Leblanc : Pour résoudre cette question, il faut d'abord savoir à quoi s'en tenir sur la valeur du mot *cancer*.

Les anatomo-pathologistes le caractérisent en décrivant les lésions physiques qui le constituent; les autres pensent que l'emploi du microscope est indispensable.

Je ne rappellerai pas ici les caractères multiples que les anatomo-pathologistes assignent au cancer. Les micrographes ajoutent une foi entière à un seul caractère, qui consiste dans la présence d'un élément qu'ils appellent cellule cancéreuse.

Il y a déjà bien longtemps, en 1827, j'étudiais le cancer avec M. Trousseau; nous croyions avoir décrit assez exactement les lésions cancéreuses pour pouvoir toujours les reconnaître.

Plus tard, il y a six à sept ans, m'étant aperçu que le diagnostic que j'établissais, et qui faisait prévoir des suites déterminées, n'était pas justifié par ces suites; voyant, en un mot, que je prenais pour des lésions cancéreuses des maladies qui se guérissaient assez vite, et pour des affections bénignes, non cancéreuses, des lésions qui persistaient ou qui se répétaient, je voulus savoir si le microscope ne me préserverait pas de pareilles erreurs.

J'eus recours au savoir et à l'obligeance de M. Follin et de M. Lebert, qui examinèrent un assez grand nombre de tissus que je leur présentais, et qui provenaient de tumeurs que j'avais excisées chez des animaux de diverses espèces. Le résultat des recherches microscopiques était habituellement en rapport avec l'opinion que je m'étais d'abord formée par le simple examen de la tumeur. La cellule cancéreuse a donc des caractères qui lui sont propres; mais j'ai constaté aussi qu'ils n'avaient pas rencontré de cellules cancéreuses dans des tissus qui me paraissaient avoir le caractère de malignité qui me les faisait considérer comme affections cancéreuses, parce qu'ils formaient des tumeurs multiples, parce qu'ils se généralisaient et qu'ils récidivaient. Ils trouvaient dans ces tissus l'élément fibro-plastique seul, l'élément épithélial et l'élément mélanique, également seuls.

D'après l'idée que je m'étais formée du cancer, il n'y avait donc pas que les tissus où se trouvait la cellule cancéreuse qui fussent cancéreux.

C'est donc déjà un service immense qu'a rendu le microscope au point de vue scientifique, mais au point de vue scientifique seulement; car au point de vue pratique, l'importance du service n'est plus la même, attendu que je n'ai jamais trouvé d'inconvénient à exciser les tumeurs hypertrophiques, les indurations cellulaires, les chondroïdes, etc., etc. J'ai vu un avantage dans l'opération, parce que j'ai la conviction que ces tumeurs prédisposent à l'affection cancéreuse, que j'ai souvent trouvée associée, après un temps plus ou moins long, aux tissus qui les composent. C'est pour cela que je ne suis pas éloigné de croire à la transformation d'une forme de tissu morbide dans une autre forme.

Les tumeurs cancéreuses pourraient donc être composées, selon moi, en partie de tissus où fourmille la cellule cancéreuse, de tissus où existent en abondance les cellules fibro-plastiques, de tissus où se trouvent des cellules épithéliales, et enfin de tissus farcis de cellules mélaniques. Le mot *cancer* serait un terme générique, et les expressions *cancer cancéreux* ou *cancer vrai*, *cancer fibro-plastique*, *cancer épithélial*, *cancer mélanique*, serviraient à qualifier des espèces de lésions qui toutes cependant devraient être rangées dans une même catégorie sous le rapport de leur gravité, de leur malignité, de leur récidivité, de leur persistance et de leur généralisation.

Ces tumeurs, qui toutes s'appelleraient cancéreuses, seraient malignes en comparaison de celles formées par d'autres tissus où ne se trouveraient pas leurs éléments spéciaux, et qui, par opposition, seraient bénignes. Parmi les tumeurs malignes, les unes m'ont paru plus graves que les autres, selon l'élément qu'elles contenaient. Je mettrai les tumeurs à cellules cancéreuses au premier rang, puis les tumeurs épithéliales, puis les tumeurs fibro-plastiques.

Les divers éléments qui constituent les tumeurs malignes peuvent être associés, dans des proportions variables, dans la même tumeur; alors la gravité de la tumeur mixte dépend de la proportion de l'élément le plus nuisible.

En dehors de l'examen microscopique, qui a bien son importance, je considère encore l'exploration ordinaire comme celle à laquelle on doit le plus s'attacher. Elle seule peut guider dans l'étude des diverses phases des tumeurs cancéreuses. Il est de grande importance de pouvoir constater ces phases au point de vue du traitement; voici pourquoi. Une expérience de bien longues années m'a appris que plus tôt on excisait une tumeur cancéreuse, plus il y avait de chance de succès. Quand la tumeur est ramollie ou ulcérée, elle récidive beaucoup plus vite; elle se propage et se généralise aussi beaucoup plus promptement. J'ai pensé que, dans ces derniers cas, la matière cancéreuse, étant liquide, pouvait être plus facilement transportée dans le reste de l'économie.

Quant à la question de la curabilité du cancer, voici ce que j'en pense.

Mon expérience m'a permis de constater ceci : c'est que toutes les fois que j'ai pu suivre ou revoir pendant un, deux, trois, quatre, cinq ou six ans et plus des animaux que j'avais opérés de cancers volumineux, anciens, ramollis ou ulcérés, j'ai toujours constaté la récidive. Je dis donc que la maladie est incurable dans ce cas. Quand, pendant une même série d'années, je n'ai pas vu la maladie revenir, ce n'a été qu'alors que j'avais excisé des tumeurs peu anciennes, petites, dures et entières. Si je me suis trompé quelquefois dans la détermination de l'essence de ces petites tumeurs, je suis convaincu que les circonstances ont été rares, surtout depuis les avertissements qui m'ont été donnés par le microscope, parce que lorsqu'on a vu et examiné comparativement un grand nombre de tumeurs et pendant de longues années, on ne peut guère se tromper sur leur nature maligne ou bénigne. Suis-je fondé à dire pour cela que le cancer peut être curable? Je ne répondrai pas affirmativement, parce que la maladie pourrait reparaître plus tard. Cela ne m'empêche pas de conclure qu'il faut opérer toujours le plus tôt possible les tumeurs que l'on croit cancéreuses, et que si, par cette manière d'agir, on n'est pas sûr de guérir radicalement, on est au moins certain de reculer les récidives.

M. Robert déclare être prêt à accepter la discussion; mais il désirerait savoir auparavant sur quoi doit porter cette discussion, et sur quel point M. Velpeau veut opérer son débarquement. Dans cette ignorance, il ne peut préparer sa défense.

M. Gerdy est d'avis qu'il n'est nullement nécessaire de circonscrire d'avance la question en la bornant à tel ou tel point. C'est la question du cancer en général qui a été soulevée, que l'on discute sur le cancer; chacun choisira les points qui lui conviendront le mieux.

M. Bégin : La question est parfaitement déterminée. Le doute s'est élevé au sujet d'une observation de sarcocèle sur la guérison du malade et sur la cu-

rabilité du cancer en général. C'est sur ce point seul que doit porter la discussion.

M. Velpeau : Voici sur quoi, pour ma part, j'ai songé à engager la discussion. J'ai entendu que M. Robert, dans la dernière séance, objectait à M. Jobert deux choses : la première, la rareté du cancer encéphaloïde chez les enfants; la seconde, que la guérison du cancer est un fait tellement rare que, s'il était vrai que l'enfant en question eût été guéri, ce serait un fait à enregistrer. A ce sujet M. Robert a dit qu'il y avait d'autant plus lieu de douter de la nature de la tumeur enlevée qu'on n'en avait point fait l'examen microscopique. Voilà, je crois, où est la question; voilà quels sont les points à discuter.

Après quelques mots de M. Gerdy, cette discussion préalable étant épuisée, la parole est donnée à M. Barth.

M. Barth : La question qui va nous occuper a été soulevée à l'occasion d'un fait d'ablation d'une tumeur encéphaloïde du testicule chez un enfant. On s'est demandé si c'était bien là effectivement un cas de guérison, et en admettant qu'il y eût réellement guérison, il y avait encore à se demander si c'était bien un cancer dont cet enfant était atteint. Si M. Robert n'a pas formellement exprimé l'idée qu'il n'y avait pas d'autre moyen de résoudre la question que l'examen microscopique, c'est du moins là évidemment sa pensée. Voilà comment la question s'est engagée. Il y a donc deux points à examiner, le diagnostic du cancer et sa curabilité.

La question du diagnostic implique d'abord ce premier point : Quelle est l'utilité du microscope? Son intervention est-elle indispensable pour établir le diagnostic? Ne doit-on déclarer qu'il y a cancer que lorsque le microscope fait voir la cellule cancéreuse? Le microscope, en d'autres termes, est-il indispensable pour le diagnostic du cancer? Oui, selon les partisans exclusifs de cet instrument. S'il en était ainsi, il faudrait faire table rase de toutes les observations antérieures.

Évidemment cette prétention est exagérée; mais en la combattant, je déclare d'avance que je n'ai point l'intention d'attaquer le microscope, qui a rendu trop de services à la science pour qu'il n'y eût de l'injustice à les méconnaître. Je veux plutôt le défendre contre un excès de zèle et d'enthousiasme qui tendrait à lui attribuer au delà de ce qu'il peut.

Je ferai remarquer à cet égard aux partisans du microscope l'objection que j'adresserais aux personnes qui voudraient soutenir qu'il n'y a de pneumonie que là où il y a du râle crépitant. Le râle crépitant est certainement un signe essentiel de la pneumonie, mais il n'est pas le seul; si bien que si l'on me conduisait les yeux bandés auprès d'un malade ayant le râle crépitant et qu'il ne me fût pas possible d'apprécier les autres signes, je n'affirmerais pas sur ce seul symptôme l'existence de la pneumonie.

Je ne combattrai donc pas le microscope, dont l'application au diagnostic des tumeurs est extrêmement utile; mais il ne saurait être substitué au scalpel, et si l'on voulait ne se laisser diriger que par ses renseignements, on pourrait se laisser induire en erreur. Ajouté au scalpel, au contraire, c'est un précieux moyen auxiliaire.

Quand on examine un cancer à l'œil nu, voici ce qu'on y trouve :

1° Une trame substratum, ferme ou non;

2° Une matière pulpeuse, blanche, rosée, qui réside dans ce substratum;

3° Des vaisseaux;

4° Quelquefois de la matière noire;

5° Quelquefois enfin une matière gélatineuse.

Les différentes espèces de cancer se déterminent par la prédominance de certains de ces éléments: ce sera un encéphaloïde, espèce de cancer le mieux caractérisée. Si c'est la matière pulpeuse qui prédomine, si c'est la trame fibreuse, avec peu de pulpe, ce sera un squirrhe, se rapprochant des tumeurs simples fibreuses. Si les vaisseaux y sont très-abondants et encore entremêlés d'un peu de pulpe, ce sera le fongus hématode, qui se rapproche des tumeurs sanguines dont parlait tout à l'heure M. Gerdy. S'il y a à la fois de la matière noire et de la pulpe, ce sera le cancer mélané, les tumeurs mélaniques. Enfin la pulpe se trouve-t-elle mêlée à de la matière gélatineuse, c'est le cancer gélatineux, le cancer colloïde. Je n'étends pas trop ces subdivisions pour ne pas obscurcir la question; mais on voit suffisamment quelle est, au point de vue anatomo-pathologique, l'importance de la pulpe.

Voyons maintenant ce que montre le microscope.

Le microscope fait voir les mêmes faits, mais avec d'autres dénominations. Le microscope fait voir le blastème, substance amorphe, des fibres, des cellules, des vaisseaux, une substance pigmentaire et des granulations graisseuses. On voit, par ces dénominations seules, l'analogie qui existe entre les éléments constatables à l'œil nu et ceux qu'on ne peut voir qu'au microscope. L'élément caractéristique du cancer est, pour les micrographes, la cellule; pour les anatomo-pathologistes, c'est la pulpe. Eh bien! la pulpe est évidente dans un grand nombre de cas, et si elle est très-abondante, elle suffit pour faire diagnostiquer le cancer; on n'a pas besoin du microscope dans ce cas, il ne ferait que confirmer le diagnostic en révélant la présence de la cellule. Mais la présence de la pulpe n'est pas toujours évidente, si, en pressant sur le tissu, on ne peut en exprimer la pulpe, le diagnostic est alors douteux. Mais faut-il renoncer encore à l'établir, et est-il indispensable de recourir au microscope? Il y a encore d'autres caractères qui peuvent concourir à faire reconnaître la nature cancéreuse ou non de la tumeur. De même que, pour la pneumonie, il y a la fièvre et l'état général du malade qui concourent au diagnostic, de même pour le cancer. Il y a, dans ce cas, les ganglions du voisinage ou la coexistence de tumeurs semblables sur d'autres points qui donnent un caractère de certitude suffisant au diagnostic.

Dans ce deuxième cas, l'examen direct peut parvenir à créer une conviction, mais elle n'est pas aussi complète, je l'avoue, que dans le premier cas. C'est alors que le microscope est utile, qu'il rendra un grand service en tranchant la question, s'il révèle la présence de la cellule.

Cependant la cellule a-t-elle toute l'importance qu'on lui a attribuée? A-t-elle toujours la même signification et suffit-elle, en l'absence de la pulpe, pour qu'on puisse affirmer l'existence du cancer? Quelques micrographes répondent affirmativement. Pour eux, la cellule existe toujours. Mais il en est d'autres qui disent que la cellule n'existe pas toujours dans le cancer; il en est, enfin, qui assurent que la cellule peut exister ailleurs que dans le cancer.

Quoi qu'il en soit de ces assertions contradictoires, on comprend très-bien qu'il peut se faire que les cellules ne soient point visibles pendant tout le cours de la maladie; qu'à un certain moment donné, il ne soit plus possible de la trouver. Il pourrait se faire, en effet, que, parvenues à une certaine période de la maladie, les cellules fussent détruites ou tout au moins altérées au point d'être méconnaissables. La cellule est, en effet, un produit qui, comme tous les autres produits morbides, a son origine, ses phases d'évolution, ses déformations, sa période de destruction.

Ainsi, à l'origine, le blastème amorphe prédomine, et il peut n'y avoir pas encore de cellules à la période de ramollissement; ces cellules peuvent s'altérer, s'atrophier dans le cours de l'évolution de la tumeur; elles se séparent, notamment, par le dépôt de la graisse; elles s'altèrent, se convertissent en détritus puriforme, et il n'y a plus rien de distinct alors pour le microscope. Eh bien! dans ce cas-là, où le microscope peut laisser l'observateur dans le doute, le clinicien peut encore reconnaître la nature de la lésion, car l'œil ne peut voir la matière pulpeuse.

Indépendamment de cela, il y a d'autres circonstances encore qui empêchent d'apprécier les caractères microscopiques d'une tumeur. Ces tumeurs s'altèrent promptement; au bout de deux ou trois jours le microscope n'y trouve plus rien de spécial, alors que l'œil distingue très-bien encore les caractères spécifiques du cancer. Voilà donc un cas où l'œil ne peut voir mieux que l'œil armé du microscope.

Ainsi le microscope est un adjuvant souvent utile et qui donne des caractères certains de plus; mais il ne saurait être, dans tous les cas, substitué à l'examen des caractères appréciables à l'œil nu.

J'arrive au deuxième point, à la curabilité.

Le cancer est-il curable? Plusieurs le nient; pour nous, il est malheureusement rarement curable, moins souvent curable que la phthisie. La phthisie aussi a passé longtemps pour incurable; avant qu'on possédât les caractères certains de son existence, on niait que les individus guéris eussent été réellement phthisiques. On sait aujourd'hui que la phthisie bien constatée peut guérir dans certaines circonstances; nous en dirons autant pour le cancer; l'opinion de son incurabilité absolue serait désastreuse, j'ajoute même qu'elle me paraît erronée.

Elle est désastreuse, parce qu'elle compromet les progrès de la science dans l'avenir, l'art dans le présent, et qu'elle conduit à abandonner les malades à toute l'horreur de leur position.

Elle est erronée, parce qu'elle repose d'abord sur une hypothèse qui n'est pas démontrée, et en second lieu parce qu'elle est en opposition avec des faits tels, que M. Velpeau et d'autres chirurgiens en pourront citer.

Les micrographes disent : Vous enlevez une tumeur, mais la maladie reste. Ils admettent que la pulpe et les cellules sont toujours un effet d'une altération ou d'une diathèse préexistante. Une diathèse, oui, mais une maladie non pas nécessairement. Cette opinion est surtout applicable aux tumeurs encéphaloïdes d'emblée; elle l'est moins pour les tumeurs qui deviennent consécutivement cancéreuses. Ici la matière cancéreuse ne peut-elle pas être considérée comme le produit d'un travail morbide local, analogue à la formation du pus sur les parois d'un foyer? et alors enlever la tumeur, c'est enlever le foyer, et en enlevant le foyer, la guérison est possible. Il y a des faits qui prouvent la réalité d'un semblable rétablissement.

Mais nos adversaires diront: Si le rétablissement est définitif, ce n'était pas un cancer, le microscope n'ayant pas prononcé; ou bien, si le cancer était vrai, l'individu n'est pas guéri; il reste cancéré, et le mal reviendra tôt ou tard, au bout de quelques années. Mais obtenir quelques années, ne fût-ce qu'une année seulement, n'est-ce pas déjà un résultat?

Et d'ailleurs, à ce compte, on ne guérirait ni la scrofule, ni le tubercule, ni la maladie de Bright, ni même la chlorose, parce que la diathèse reste. Mais la diathèse, si nous l'admettons, ne peut-elle être détruite par des continus inverses à celles qui l'ont produite?

N'y a-t-il pas lieu de compter sur les modifications de l'âge, sur les effets d'une bonne hygiène? Ne voyons-nous pas tous les jours, chez de pareils malades, la santé s'améliorer avec le temps, et rester plus ou moins longtemps florissante malgré la persistance de la diathèse? Je me rappelle avoir vu à l'Hôtel-Dieu un homme atteint de la maladie de Bright et qui est rentré neuf ans après à l'hôpital, non pour cette affection, mais pour une pneumonie.

Et enfin si le régime, si une bonne hygiène ne suffisaient pas pour modifier l'état de l'organisme, ne peut-on espérer qu'un jour on pourra découvrir un agent thérapeutique qui soit pour le cancer l'équivalent de l'iode pour la scrofule?

Au lieu de nier absolument la curabilité des cancers, il vaut donc mieux s'attacher à déterminer quelles sont les conditions dans lesquelles il y a des chances d'obtenir la guérison, celles qui ne laissent, au contraire, aucun espoir. Eh bien! il me semble qu'on peut déterminer jusqu'à un certain point ces conditions.

Les conditions de la guérison dépendent de l'espèce de cancer. Plus il y a de matière cancéreuse, moins il y a de cellules, pour parler le langage

des micrographes, moins il y a de chances heureuses. Plus la trame domine, moins il y a de suc cancéreux, plus on a de motifs d'espérer.

Ces conditions dépendent encore de l'état d'avancement de la tumeur. Dur, le cancer est plus curable; ramolli, il l'est moins; ulcéré et ichoreux, il l'est moins encore; y a-t-il infection cancéreuse, la cachexie spécifique est-elle déclarée, la guérison n'est plus probable.

La localisation, l'extension de la maladie et la multiplicité des tumeurs sont encore autant de conditions à prendre en considération. La tumeur est-elle unique, elle sera curable; s'il y a des ganglions voisins engorgés, elle le sera moins; s'il y a des tumeurs multiples en divers points éloignés, le mal sera incurable.

Si donc le mal est récent, si la tumeur est ferme, s'il y a peu de matière pulpeuse, peu de cellules, pas d'ulcération; si la tumeur est unique, avec intégrité des glandes voisines, et qu'il n'y ait encore aucun signe de cachexie, il y a des chances de guérison. Dans les conditions contraires, il n'y a plus de guérison à espérer. D'où découle cette conséquence pratique qu'il faut opérer de bonne heure.

En résumé:

1° Point de diagnostic. Dans un très-grand nombre de cas, le diagnostic peut être fait à l'œil nu; quelquefois les caractères visibles sont plus évidents que les caractères microscopiques. Dans ces cas même, le microscope est un élément de conviction de plus. Dans un certain nombre de cas, les caractères physiques sont douteux; alors le microscope peut fournir un élément essentiel de diagnostic, mais il ne lève pas toujours les incertitudes, et en s'en tenant à lui seul, on pourrait commettre des erreur.

2° Point de la curabilité. L'incurabilité absolue semble démentie par quelques faits; elle peut être repoussée par l'analogie. Il faut enfin prendre en considération tous les caractères, ceux qui sont inhérents à la tumeur comme ceux qui sont accessoires pour déterminer les chances possibles de rétablissement.

M. Gerdy: Le mémoire de M. Pamard contenait deux observations, l'une relative à un cancer encéphaloïde, la seconde à un cas de tumeur sanguine cancéreuse. L'auteur paraît avoir attaché lui-même peu d'importance à cette première observation. Il n'en est pas de même de la seconde qui est, au contraire, très-intéressante. Il y a dans ce fait une chose qui paraît avoir également échappé à l'attention de l'auteur et du rapporteur, et qui est l'objet d'une confusion dans tous les auteurs: je veux parler des caractères qui distinguent certaines tumeurs sanguines cancéreuses des tumeurs purement sanguines.

Ce sont cependant deux affections fort distinctes. A quoi reconnaît-on les tumeurs sanguines cancéreuses? On les reconnaît à plusieurs caractères assez remarquables, d'abord à des caractères anatomiques: elles sont très-riches en vaisseaux sanguins et en tissu *splénoïde* on analogue au placenta. Ces tumeurs récidivent et les chirurgiens le savent très-bien lorsqu'ils les opèrent, ainsi que le témoignent plusieurs observations rapportées par Pott, par Thomson et autres. Ainsi il existe donc un certain nombre de tumeurs dans les os, autour des os qui les détruisent, qui les résorbent, tumeurs valvulaires pulsatiles, analogues au tissu de la rate ou du placenta. Si l'on consulte les auteurs, on trouve des observations nombreuses, mais dans lesquelles cette affection est constamment confondue avec les tumeurs sanguines simples: telles sont notamment celles de Breschet, de Dupuytren et de Lallemand.

En résumé, il faut distinguer dans les affections que l'on a confondues en masse sous le nom de tumeurs sanguines une classe particulière de tumeurs sanguines cancéreuses, siégeant particulièrement dans les os ou autour des os, et qui ont des caractères anatomiques et cliniques, une marche et une terminaison tout à fait différente de ce que l'on voit dans les tumeurs sanguines simples. Le microscope, dans les cas douteux, serait parfaitement propre à lever les doutes, ainsi que l'a justement dit M. Barth.

Arrivant au deuxième point, au rôle du microscope dans le diagnostic des tumeurs cancéreuses en général, M. Gerdy dit n'avoir jamais cru à la doctrine de Laennec qui n'admettait que deux types de cancer, le squirrhe et l'encéphaloïde, parce qu'il lui est arrivé souvent, après avoir enlevé des tumeurs, d'en trouver beaucoup qui ne pouvaient rentrer dans aucune de ces deux classes. La difficulté de distinguer au simple aspect les diverses variétés de ces tumeurs et l'insuffisance de nos sens à cet égard ont dû naturellement faire songer à recourir au microscope. Mais le microscope, qui éclaircit en général les objets en les grossissant, les obscurcit aussi quelquefois. M. Gerdy cite comme exemple ce qui lui est arrivé dans les recherches qu'il a faites avec M. Broca, et dans lesquelles une parcelle d'os est apparue alternativement sous le champ du microscope sous l'apparence d'un globule sanguin ou d'un globule graisseux, suivant qu'on imprimait un tour de plus ou de moins à la vis. De plus, le microscope révèle l'existence d'une foule de caractères, au milieu desquels on se perd. Cela ne doit pas empêcher néanmoins de reconnaître l'utilité que peut avoir le microscope, mais les caractères visibles à l'œil nu sont encore plus certains que les caractères microscopiques.

En résumé, de tout cela il ressort qu'en pratique il n'y a rien à changer, et qu'il faut opérer le plus tôt possible pour éviter les récidives, et si l'on ne peut les prévenir, du moins pour rassurer le moral des malades.

Il est cinq heures, la suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine et la séance est levée.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE JUIN 1854;
par M. Al. Porchat, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

(Suite et fin.)

II. — Physiologie normale et pathologique.

3° Nécrose consécutive a la section du nerf sciatique; par M. Vulpian.

M. Vulpian met sous les yeux de la Société la patte postérieure droite d'un chien auquel on a coupé le nerf sciatique correspondant. Cette opération amène ordinairement le refroidissement du membre; mais dans le cas dont il s'agit, il y a eu nécrose et chute des dernières phalanges de chaque doigt, ce qui est rare. M. Brown-Séquard avait constaté le même fait, mais c'était sur des animaux inférieurs.

M. Gubler a eu l'occasion d'observer un fait qui se rapproche de celui qui a été communiqué par M. Vulpian: il s'agit d'une femme encore jeune, qui avait eu pendant longtemps des douleurs sciatiques, et chez laquelle il survint du refroidissement du membre malade, des plaques violacées, et enfin un sphacèle de la dernière phalange d'un des orteils. Les battements de l'artère fémorale étaient parfaitement appréciables, et rien n'indiquait un obstacle à la circulation.

III. — Pathologie.

1° Douleur fixe siégeant au niveau du pariétal gauche; perte de connaissance et convulsions épileptiformes dans le côté droit du corps, revenant par accès; diminution permanente de la sensibilité du même côté; altération spéciale de la table interne du pariétal gauche; pus rassemblé en grande abondance dans la cavité arachnoïdienne; observations, suivies de remarques, par les docteurs Charcot et Vulpian.

Obs. I. — Le nommé Moisy (Édouard-Alexandre), âgé de 34 ans, charron, entre à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Charles, n° 9, le 1er juin 1854.

Les renseignements qu'il donne sur ses antécédents sont peu précis. Il n'a jamais eu ni chancres, ni éruption cutanée, ni aucun autre accident qu'on puisse rattacher à la syphilis. Il ne se rappelle point au juste l'époque à laquelle il a ressenti les premières atteintes de la maladie qui l'amène à l'hôpital; mais il ne la fait point remonter au delà de deux années. Il aurait eu, il y a environ deux ans, une attaque de perte de connaissance. Il ne sait pas et on ne lui a pas dit quels phénomènes ont caractérisé cette première attaque; mais il affirme qu'elle n'a pas été suivie d'hémiplégie. Peu de temps avant ou immédiatement après cette première attaque (le malade ne peut point établir ce point important), il a commencé à être tourmenté d'une céphalalgie temporo-pariétale assez intense et continue. Dans l'intervalle de temps qui sépare sa première attaque de son entrée à l'hôpital, il a eu deux ou trois pertes de connaissance, dont il ignore aussi les caractères. Depuis la dernière, qui a eu lieu quelques semaines avant son entrée, il offre une diminution très-prononcée dans la sensibilité de tout le côté droit, surtout du membre antérieur, tandis que la motilité est restée intacte dans ce côté. Il a aussi depuis ce moment un embarras marqué dans la parole. Comme ces accidents augmentaient de jour en jour, le malade se décida à entrer à l'hôpital.

Le 2 juin, jour où on l'examine pour la première fois, on le trouve dans l'état suivant:

Il est d'une constitution assez faible, d'un tempérament sanguin et est assez maigre. Il a le facies un peu hébété et la parole embarrassée. Lorsqu'on lui adresse une question, il la comprend bien; mais il y répond lentement et avec une assez grande difficulté, comme s'il avait *la langue épaisse*. Il a la mémoire affaiblie, et ne se rappelle pas certains faits assez récents qui se sont passés autour de lui, dans sa famille. Sa langue n'est point déviée, non plus que sa face. Il se plaint d'une douleur vive et persistante du niveau de la région temporale gauche. Il n'a pas de bourdonnements d'oreille ni d'éblouissements. La pupille de l'œil droit est très-notablement dilatée, tandis que celle de l'œil gauche est normale.

Le malade marche bien, et est un peu moins vigoureux du bras et de la jambe du côté droit que des membres du côté gauche. La sensibilité est diminuée dans tout le côté droit, et pour lui faire éprouver une douleur légère, on est obligé de pincer fortement la peau de ce côté. Du côté gauche, la sensibilité est tout à fait intacte.

Les fonctions digestives sont en bon état. Il n'y a aucun trouble apparent dans les fonctions de respiration et de circulation.

Ce malade n'offrant point de pléthore manifeste ni aucun signe de congestion encéphalique active, on ne pratique point de saignée. Pendant plusieurs jours, on cherche à exercer une révulsion sur le tube digestif, en administrant 1 gr. de scammonée.

Nous ne suivrons pas jour par jour la maladie. Il n'y a aucun changement apparent dans l'état du malade jusqu'au 11 juin. Ce jour-là, le malade a une attaque. Les personnes qui se trouvaient auprès de lui à ce moment rapportent que cette attaque a été caractérisée par une perte complète de connaissance, avec mouvements convulsifs du côté droit de la face, du bras et de la jambe du même côté.

Le lendemain 12, la parole est beaucoup plus difficile que les jours précédents; le malade met près d'une minute pour dire deux ou trois mots. Son intelligence est, d'ailleurs, restée nette. La faiblesse du côté droit et la diminution de la sensibilité sont devenues plus prononcées. On constate de la fièvre; le pouls est fréquent; la peau est chaude et sèche. (On lui prescrit, outre sa scammonée, un lavement avec 2 gouttes d'huile de croton.)

Le surlendemain 14, on trouve le malade dans le même état. (On lui fait appliquer 15 sangsues à la région anale.)

Dans la nuit du 14 au 15, nouvelle attaque présentant absolument les mêmes phénomènes, mais avec plus d'intensité.

Le 15, à la visite du matin, on trouve le malade étendu sur le dos dans son lit, les yeux ouverts et sans regard; on lui parle, il ne répond pas. Le bras et la jambe du côté droit sont complétement paralysés du sentiment et du mouvement, et dans la résolution; les membres du côté gauche sont aussi paralysés, mais point aussi complétement. La pupille de l'œil droit, qui, après l'attaque du 11, s'était resserrée et était revenue à peu près aux mêmes dimensions que celle de l'œil gauche, s'est encore resserrée davantage et est plus étroite que la pupille de l'œil gauche. La fréquence du pouls est plus grande que les jours précédents. Le malade toussait depuis quelques jours; mais sa toux est plus accusée. On fait poser 20 sangsues derrière les oreilles; mais on n'obtient aucune modification favorable dans l'état du malade.

Dans la nuit du 17 au 18, nouvelle attaque semblable aux autres.

Le 18, à la visite, à sept heures du matin, nous trouvons le malade pris d'attaques qui ont commencé quelques instants avant notre arrivée. La face est agitée de légers mouvements convulsifs qui tirent en dehors et en haut, comme par secousses, la commissure droite des lèvres pendant quelques minutes; c'est là tout ce qu'on observe. Mais bientôt ces convulsions du côté droit de la face deviennent plus fortes; l'œil droit est brusquement entraîné en dehors, tandis que l'œil gauche est porté en dedans; les muscles du côté droit du cou se contractent convulsivement et fléchissent par moments la tête sur l'épaule droite; puis le bras droit s'agite par des mouvements alternatifs de flexion et d'extension, de supination et de pronation, et enfin les convulsions, qui semblent aller progressivement des parties supérieures aux parties inférieures, se montrent dans la cuisse et la jambe droites. Pendant ce temps, le côté gauche reste parfaitement immobile. Les convulsions de la totalité du côté droit cessent au bout de trois ou quatre minutes, et il y a un intervalle de repos d'une durée à peu près égale pendant lequel on n'observe que des secousses légères dans la moitié droite de la face; puis tout recommence dans le même ordre. La jambe droite reste quelquefois immobile. L'iris du côté droit ne participe pas à l'agitation convulsive de ce côté; mais la pupille est toujours plus contractée qu'à gauche.

La fièvre est très-intense. Le malade tousse beaucoup et ne peut point cracher. Les attaques que nous venons de décrire ne cessent point, et il meurt dans cet état le même jour, à quatre heures du soir. On lui avait fait mettre le matin 10 sangsues derrière les oreilles.

Depuis sa seconde attaque, celle du 14, le malade n'a plus parlé.

L'AUTOPSIE est faite le 20 juin, à neuf heures du matin.

L'administration ayant prié de n'ouvrir ni le thorax ni l'abdomen, on a dû malheureusement se borner à l'examen du crâne et du cerveau.

Les téguments du crâne et sa surface externe ne présentent aucune altération. On enlève la voûte crânienne; on voit aussitôt une lésion de la dure-mère et une lésion des os du crâne. Nous allons les décrire l'une après l'autre.

A la face interne du pariétal gauche et à sa partie inférieure et postérieure, on reconnaît une sorte d'ulcération de l'os. La table interne n'existe plus dans un espace irrégulièrement quadrilatère, ayant à peu près 3 centimètres et demi dans tous les sens. Le diploé est à nu dans tout cet espace et creusé de vacuoles assez larges. Dans quelques points, surtout à la partie antérieure de l'ulcération, il ne reste plus que la table externe. Le tissu du diploé est rouge, mais n'est ni ramolli ni condensé; ses vacuoles sont baignées d'une sérosité purulente peu abondante.

Sur la dure-mère, au point correspondant à la lésion du crâne, on trouve une fausse membrane organisée paraissant ancienne, adhérent fortement à la dure-mère, très-peu épaisse à son centre et ayant sur ses bords environ 2 millimètres d'épaisseur. Cette fausse membrane offre une configuration exactement semblable à la forme de la perte de substance du crâne; elle devait s'y appliquer, et s'y trouvait probablement attachée à sa périphérie. Cette production membraneuse est couverte d'une couche du liquide séro-purulent signalé plus haut. On peut, par la dissection, séparer la fausse membrane de la dure-mère, et celle-ci apparaît alors sans la moindre altération.

Avant d'enlever la dure-mère, on constate que du côté gauche elle forme une saillie plus considérable que du côté droit, et cela dans toute son étendue d'avant en arrière. En pressant avec les doigts sur la moitié gauche de la dure-mère, on perçoit une fluctuation des plus sensibles; il n'y a d'ailleurs aucune vascularisation anormale de la dure-mère, ni du côté gauche ni du côté droit. A peine a-t-on incisé la dure-mère du côté gauche qu'on voit audessous d'elle une grande quantité de pus épais, filant, coulant très-difficilement. Le cerveau est mis complétement à nu; le pus couvre tout l'hémisphère gauche, et forme à sa surface une couche qui au milieu peut avoir près de 1 centimètre d'épaisseur. Ce pus est presque concret à sa partie supérieure, qui adhère à la dure-mère et qu'on enlève avec cette membrane, et à sa partie inférieure contiguë au cerveau. Il est situé dans la cavité arachnoïdienne; car l'hémisphère cérébral gauche est encore revêtu du feuillet viscéral de l'arachnoïde, ce dont on s'assure facilement par la dissection. Lorsqu'on enlève le pus qui est resté sur la dure-mère incisée et renversée, on trouve une fausse membrane assez molle, qui tapisse la dure-mère dans toute l'étendue correspondante à la convexité de l'hémisphère gauche. Cette fausse membrane est d'un gris rougeâtre et contient, outre des éléments fibrineux, de nombreux globules sanguins; elle peut être séparée très-facilement de la dure-mère, et celle-ci paraît tout à fait saine; elle ne semble même pas congestionnée.

Quand on a ôté tout le pus qui recouvre l'hémisphère gauche du cerveau, cet hémisphère, comparé à celui du côté opposé, présente une dépression très-prononcée. La pie-mère et le tissu cellulaire sous-arachnoïdien offrent une injection très-vive dans toute l'étendue de la convexité hémisphérique, et aussi sur la partie qui est en contact avec la faux du cerveau. Çà et là, au niveau des anfractuosités, on aperçoit des traînées de sérosité purulente dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien; on trouve même dans ce tissu quatre collections purulentes qui, à l'exception d'une, ne sont pas plus volumineuses qu'un pois; la plus considérable se trouve près de la grande scissure médiane, à la réunion du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs de l'hémisphère, et forme une dépression pouvant loger une moitié de noix. Toutes sont situées au niveau d'anfractuosités dont elles ont écarté les parois. La piemère, injectée vivement jusque dans les anfractuosités, se sépare assez facilement de la substance cérébrale, qui ne paraît point ramollie à sa surface.

Sur l'hémisphère droit, il n'y a du pus qu'à la partie voisine de la scissure médiane, tout le long de cette scissure, mais non point en couche continue, comme du côté gauche; de plus, le pus se trouve entièrement dans le tissu sous-arachnoïdien, et il y forme de petites collections logées dans des anfractuosités. La pie-mère de ce côté est généralement injectée, un peu moins que du côté gauche.

A la base de l'encéphale, on ne rencontre pas de traces de pus ni même de vascularisation inflammatoire. Les lésions semblent parfaitement limitées à la surface convexe des hémisphères.

On coupe le cerveau, le cervelet, la protubérance et le bulbe en tranches minces; on n'y trouve rien d'anormal. Il n'y a point même d'injection de la substance cérébrale. Les parois des ventricules ne sont pas altérées; il y a dans chacun des ventricules latéraux une petite cuillerée de sérosité légèrement louche.

En résumé, cette observation présente l'histoire d'un homme âgé de 34 ans qui, sans avoir reçu des coups sur la tête et sans avoir eu des antécédents syphilitiques avérés, a été pris, il y a deux ans, avant on après un accès de perte de connaissance, d'une céphalalgie assez intense, bien localisée, au-dessus de l'oreille gauche, sans phénomènes concomitants de paralysie. Cette céphalalgie a persisté pendant les deux ans qui se sont écoulés depuis son accès, et dans cette période, il a eu deux on trois autres attaques dont il ne sait pas le caractère. Quelques semaines avant son entrée à l'hôpital, après sa dernière attaque, il a vu paraître une diminution de la sensibilité dans le côté droit du corps, avec un certain embarras de la parole; puis à l'hôpital ces phénomènes sont devenus plus saillants. Le malade a eu un nouvel accès avec mouvements convulsifs de tout le côté droit; la parole est devenue de plus en plus embarrassée; il a été pris de fièvre. Deux jours après, il survient encore un accès suivi de paralysie complète, et enfin quelques jours après le malade meurt, après neuf heures d'un accès presque sans interruption.

A l'autopsie, on trouve une lésion du pariétal gauche et un abcès dans la cavité arachnoïdienne du même côté.

Cette observation présente de l'intérêt sous plusieurs points de vue :

1° La lésion du crâne que l'on a trouvée chez ce malade ne semble pas avoir été souvent rencontrée. Nous avons fait quelques recherches à cet égard, et nous avons dû commencer par les auteurs classiques. Aucun d'eux ne s'énonce d'une façon précise à cet égard; ils parlent en général de l'ostéite (DICT. EN 30 VOL., art. *Crâne*; DICT. EN 60 VOL., art. *Crâne*; DICT. EN 15 VOL., art. *Ostéite*), et disent qu'elle peut commencer soit par la table interne, soit par la table externe; mais on voit que leurs descriptions s'appliquent surtout, soit aux exostoses de la face interne du crâne, soit aux caries du rocher. La lésion présentée par notre malade consiste en une sorte d'ulcération de l'os, sans qu'il y ait des signes bien manifestes soit de carie, soit de nécrose. Il n'y a aucune saillie de l'os à l'intérieur de la cavité crânienne. Cette ulcération est limitée à l'os pariétal gauche, et par conséquent tout à fait indépendante du rocher; enfin il n'y a pas perforation de l'os à ce niveau. Ce sont là les principaux traits de la lésion offerte par notre malade, et ni dans les articles que nous avons cités ni dans le traité de M. Nélaton, nous n'avons rien trouvé qui pût s'y rapporter. Nous avons compulsé toute la série des BULLETINS DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE et la collection de L'UNION MÉDICALE, sans être plus heureux.

Dans Abercrombie (RECH. PATHOL. ET PRAT. SUR LES MALADIES DE L'ENCÉPHALE ET DE LA MOELLE ÉPINIÈRE, 2e édit., traduction de M. Gendrin), nous avons puisé les faits suivants, qui ont une certaine analogie avec le nôtre. Dans l'obs. XC, p. 265, il est question d'une femme âgée de 48 ans qui, un an avant sa mort, tomba dans un escalier et se fit des contusions à la tête. Dès lors sa santé se détériore; elle se plaint d'une douleur fixe à la tête. Cependant elle continue ses occupations domestiques jusqu'à trois semaines avant sa mort, qu'elle est prise de fièvre et de délire furieux. Ces accidents disparaissent après une saignée. Elle continue à ressentir une douleur fixe et profonde dans le côté droit de la tête, à peu de distance de l'oreille qui est le siége d'un écoulement. Trois jours avant sa mort, elle tombe dans le coma, avec paralysie incomplète du côté gauche et mouvements convulsifs du bras droit.

A l'autopsie, on reconnaît dans toute la surface interne du crâne un singu-

lier état de maladie. « La table interne semble manquer dans toute son étendue, où l'on voit à nu le tissu rugueux, irrégulier et celluleux de la partie centrale des os du crâne... L'érosion est la plus profonde sur les pariétaux, qui sont minces et transparents dans plusieurs points et tout à fait perforés dans d'autres... A la partie inférieure de l'hémisphère droit du cerveau, vers sa partie postérieure, il existe un abcès considérable... »

On voit que si cette observation a plusieurs traits de ressemblance avec la nôtre, elle en diffère cependant notablement par l'étendue de la lésion, par la perforation des os, par la maladie du rocher, etc.

Abercrombie, dans les réflexions qui suivent son observation, cite plusieurs faits analogues qu'il tire de différents auteurs.

Ainsi Desault parle d'un malade mort un mois après un coup reçu sur la tête, et chez lequel on trouva la table interne noircie dans toute l'étendue d'un des pariétaux. La dure-mère était aussi adhérente là qu'ailleurs; il y avait de la suppuration à la surface du cerveau.

Zacchias, chez un jeune homme devenu épileptique après avoir éprouvé pendant longtemps une céphalalgie intense, trouva la table interne de l'occipital cariée dans une petite étendue, sans altération de la table externe.

Un de nous a observé, il y a plusieurs années, un fait qui se rapproche beaucoup de celui que nous avons rapporté plus haut.

Obs. II. — Une femme âgée de 28 ans se trouve dans le service de M. Hardy, à l'hôpital de Bon-Secours, au commencement de l'année 1849. Elle a des plaques muqueuses au pourtour du vagin; elle est enceinte.

En un point du crâne, à l'union du pariétal droit avec le frontal, elle ressent une douleur fixe, et à ce niveau on constate un empâtement très-manifeste, et même une certaine sensation de fluctuation qui engage à pratiquer une incision. Il ne s'écoule qu'un peu de sérosité sanguinolente. Les douleurs incessantes, extrêmement vives, résistent à l'usage du sulfate de quinine à haute dose; l'iodure de potassium, au contraire, produit un bon effet. D'après la malade, la douleur fixe de la tête et la tuméfaction ne seraient survenues qu'à la suite d'un coup; mais ce coup n'a été, en tout cas, qu'une cause occasionnelle.

La grossesse arrive à son terme vers le 16 mars. L'accouchement est extrêmement long et pénible; le travail dure près de trois jours. L'enfant est mort, et même sa mort paraît dater de plusieurs jours avant l'accouchement. Quelques heures après l'accouchement, sans frisson initial, la malade est prise de fièvre, de douleurs de ventre, de vomissements et de diarrhée très-abondante. L'utérus est très-douloureux. Le lendemain, les signes d'une péritonite puerpérale se prononcent de plus en plus, la malade tombe bientôt dans un état adynamique et meurt le troisième jour.

A l'autopsie, on trouve une gangrène du col avec pus dans les veines, sans traces d'inflammation de leurs parois; une infiltration purulente du tissu du col, de petits abcès dans le tissu cellulaire des ligaments larges, et de la sérosité purulente dans le péritoine.

A la face interne du crâne, du côté droit, on aperçoit, à l'union du frontal avec le pariétal, une plaque jaune, rugueuse, tachetée de points rouges très-fins et très-serrés. Cette tache a la largeur d'un écu de 6 francs; elle est limitée des parties voisines des os par un bord net. En sciant l'os à son niveau, on voit que l'altération s'étend à peine à une profondeur de 1 millimètre. Quelques petites taches jaunes, injectées et également nettement limitées, existent au pourtour de la grande. La dure-mère, au niveau des parties malades, présente une coloration d'un violet foncé formant une tache qui rappelle exactement, par sa forme et son étendue, celle qu'on voit à la face interne de l'os. Le cerveau est sain; il en est de même du péricrâne et des téguments crâniens.

Les quelques exemples que nous venons de rapporter, et où l'on peut voir des lésions crâniennes analogues à celle qu'offrait notre malade, ne doivent pas nous empêcher de conclure que ces lésions sont rares.

Il n'est pas fréquent non plus d'observer des collections purulentes dans l'intérieur même de la cavité arachnoïdienne, et en cela notre observation présente encore un certain intérêt. Le plus souvent le pus a pour siége spécial le tissu sous-arachnoïdien; quelquefois pourtant on l'a vu se réunir en abcès entre l'os malade et la dure-mère; on a vu même, sous l'influence d'une hyperostose crânienne saillante à l'intérieur, une collection purulente entre les deux lames de la dure-mère. (Comptes rendus des séances de la Soc. de biol., p. 72, obs. de M. Titon.)

2° Les lésions trouvées à l'autopsie expliquent-elles les phénomènes observés pendant la vie de notre malade? Peut-on indiquer la marche de ces lésions, et pour ainsi dire leur âge, par la marche de la maladie?

La lésion initiale a certainement été l'affection du pariétal. Sous quelle influence a-t-elle paru? L'absence de toute manifestation syphilitique apparente et de toute cause vulnérante nous laisse à cet égard dans le doute le plus complet. Il est probable que, lors de son premier accès de perte de connaissance, le malade ressentait déjà depuis quelque temps quelques atteintes de la céphalalgie qui ne l'a plus quitté depuis. Nous attribuons ce premier accès et tous ceux qu'il a présentés jusqu'à son entrée à l'hôpital à de vives congestions survenant assez brusquement au niveau du pariétal gauche malade, dans les méninges et peut-être aussi dans l'hémisphère correspondant du cerveau. Ce qui prouve que ces accès étaient dus à de simples congestions, c'est qu'ils n'étaient pas suivis d'hémiplégie.

Quelques semaines avant l'entrée du malade, la congestion a commencé à devenir permanente : de là la diminution de sensibilité dans tout le côté droit; de là l'embarras de la parole et la dilatation de la pupille du côté droit.

Dix jours après son entrée, le malade a une nouvelle attaque, à la suite de laquelle il est pris de fièvre : tous les phénomènes augmentent. Ce n'est peut-être qu'à partir de cette époque que s'est formé le pus dans ses membranes; peut-être aussi n'est-ce que dans les deux ou trois derniers jours que la suppuration s'est établie dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien.

3° Il nous semble que le diagnostic était impossible à poser dans le cas qui nous occupe. L'ensemble des symptômes devait nous faire supposer l'existence d'une tumeur du cerveau. Les accès épileptiformes répétés, la céphalalgie vive, l'hémiplégie incomplète de sentiment, la dilatation permanente de la pupille, tout contribuait à nous pousser dans cette voie. La localisation bien nette de la douleur de tête nous semble être le phénomène qui devrait avoir le plus de valeur dans un cas aussi douteux que celui-là. Un autre symptôme devrait encore être pris en grande considération lorsqu'on le constaterait : nous voulons parler de l'empâtement des téguments crâniens au niveau du siége de la céphalalgie. Malheureusement ce symptôme, si nettement marqué dans l'obs. II, n'est point constant. Le malade de l'obs. I n'a rien présenté de semblable, bien que la lésion des os fût chez lui plus étendue et surtout beaucoup plus profonde.

Une remarque assez importante aussi nous est fournie par l'obs. II : c'est qu'une exulcération de la table interne du crâne peut très-bien exister sans produire des phénomènes convulsifs ni aucun autre trouble, soit du mouvement, soit du sentiment. Peut-être, si la malade eût vécu plus longtemps, aurait-on vu apparaître quelques-uns de ces symptômes.

BIBLIOGRAPHIE.

DES PARALYSIES ET DE LEUR TRAITEMENT PAR LES EAUX THERMO-MINÉRALES DE PLOMBIÈRES; par M. le docteur Lhéritier, inspecteur adjoint des eaux de Plombières, etc. — Paris, chez Germer-Baillière. 1854.

Fidèle à l'engagement qu'il a pris vis-à-vis du public médical, M. le docteur Lhéritier a publié, cette année, un second volume de sa Clinique médicale des eaux de Plombières. Ce second volume comprend les paralysies; il embrasse la plupart des faits de paralysies que l'auteur a recueillis pendant un certain nombre d'années. Avant d'exposer les principaux résultats qu'il renferme, nous nous arrêterons un instant sur un fait que nous trouvons signalé dans les généralités cliniques qui servent de prolégomènes à cet ouvrage, fait qui n'est pas nouveau, mais qui a un intérêt spécial au point de vue de la médication thermale en général : nous ne voulons pas laisser échapper l'occasion de le signaler. Ce fait, c'est l'étude de l'influence qu'ont pu exercer les vicissitudes atmosphériques de la dernière saison sur les résultats de la médication thermale. Sans doute on sera arrêté tout d'abord par l'idée des difficultés, disons mieux même, par l'impossibilité apparente, au moins, d'apprécier une semblable influence avec des éléments d'observation aussi variables, aussi peu homogènes, aussi incohérents que ceux qui résultent de l'agglomération accidentelle, et pour un temps limité, de sujets venant de contrées diverses plus ou moins éloignées, et qui, par la diversité de leurs affections, de nature généralement chronique, semblent devoir échapper à ce genre d'influence, qui ne se fait sentir habituellement que sur des populations fixes, immuables, disposées de longue main à en subir les effets, et qui se traduit presque toujours, pour ne pas dire toujours, par des affections essentiellement aiguës. C'est sans doute là une difficulté sérieuse. Cependant, plus la difficulté est grande, plus il y avait d'intérêt à chercher à la résoudre. Et après tout, comme l'observe avec raison l'auteur, pourquoi n'en serait-il pas des eaux minérales comme de tous les autres médicaments, dont l'efficacité se trouve si fréquemment modifiée par des circonstances accessoires? S'il est vrai, ce dont on ne saurait douter, que le froid et l'humidité contribuent à diminuer les effets thérapeutiques des sources thermales, si la chaleur et la sécheresse tendent au contraire à en exagérer l'activité, n'est-il pas légitime de chercher à saisir les rapports qui ont pu exister entre l'apparition de certains phénomènes climatériques et le développement de quelques accidents pathologiques sur les malades en traitement?

Voici à cet égard quelques-unes des observations qu'a faites M. Lhéritier.

Au début de la saison de 1853, M. Lhéritier trouva, en arrivant à Plombières, les caractères d'une constitution médicale analogue à celle qui avait régné à Paris dans l'hiver 1852-1853 et au commencement du printemps, et qui consistait en affections catarrhales, telles que grippes, diarrhées, cholérines, fièvres éruptives avec prédominance catarrhale et présentant toutes plus ou moins un fond adynamique. Du 1er au 20 juin, les pluies ayant été abondantes et la température froide avec vent de nord-ouest, quelques-uns des malades de l'établissement, les rhumatisants en particulier, se plaignirent d'exaspération dans les

douleurs et de la difficulte avec laquelle la transpiration cutanée s'établissait. Dans les derniers jours de juin et dans le commencement de juillet, la température s'étant élevée, les vents ayant passé à l'est et au sud-est, le temps étant devenu beau, les fonctions de la peau se montrèrent plus faciles, et les rhumatisants commencèrent à ressentir un meilleur effet du traitement thermal, tandis que d'autres personnes à prédominance nerveuse, sujettes à des accidents gastro-intestinaux, éprouvèrent une surexcitation assez vive. Quelques jours auparavant, la température atmosphérique s'étant soutenue entre 25 et 30°, plusieurs malades se plaignirent de picotements dans les yeux, de pesanteur de tête et d'insomnie, effet assez ordinaire des premiers bains, mais exagéré sans doute par l'intensité de la chaleur. Pendant cette période, on constata chez plusieurs malades l'existence d'une petite éruption anomale siégeant particulièrement à la nuque et sur la partie antérieure de la poitrine, éruption que les baigneurs ont l'habitude de nommer *gale des eaux*.

Du 9 au 10 juillet, la température ayant passé brusquement de 29 à 21° c., la diarrhée se manifesta chez plusieurs malades; chez d'autres, il se développa un assez grand nombre de furoncles, etc. Enfin, chaque fois que la température se maintenait entre 25 et 30°, un certain nombre de malades se louaient de l'usage des eaux, tandis que d'autres les accusaient de déterminer en eux une vive excitation nerveuse.

On voit, dans ces remarques, dont il est aisé de déduire les applications pratiques, l'utilité de tenir compte des influences atmosphériques et des caractères des constitutions régnantes dans la direction et dans l'appréciation des effets du traitement thermal, utilité qui n'a pas échappé d'ailleurs aux médecins qui ont une longue pratique des eaux thermales, mais qu'il nous a paru opportun de rappeler ici aux jeunes praticiens, en nous appuyant de l'autorité spéciale de M. Lhéritier.

Cela dit, venons-en aux paralysies.

Les paralysies les plus diverses d'origine, de nature et de siége, mais ayant toutes en commun leur caractère chronique, ont été traitées aux eaux de Plombières: paralysie de la sensibilité ou du mouvement, hémiplégies, paraplégies, de nature congestive ou traumatique, irritations spinales essentielles ou symptomatiques, myélites rhumatismales, etc. Nous n'examinerons pas ici dans quelle proportion les guérisons ont eu lieu, bien que ce fût à coup sûr un élément d'appréciation important à connaître pour établir le parallèle des effets thérapeutiques de la médication thermale et de ceux que l'on obtient par les méthodes médicales ordinaires. Il nous suffit pour le point de pratique que nous avons à faire ressortir ici, qu'il soit bien constaté qu'un certain nombre de paralysies chroniques ont été guéries par l'usage des eaux de Plombières, ce qui a été depuis longtemps établi par des observations très-anciennes, et ce que confirment les observations plus récentes consignées dans l'ouvrage que nous avons sous les yeux. Mais comment s'expliquer que des paralysies d'origine et de nature si diverses ont pu trouver une modification également heureuse dans l'emploi d'un même moyen. Pour se l'expliquer, il est bon de se rappeler que, chez la plupart des paralytiques qui se rendent aux eaux minérales, la maladie est déjà ancienne; elle est le plus souvent un retiquat d'une affection disparue depuis plus ou moins longtemps. Il est rare par conséquent qu'on ait affaire à ces symptômes congestifs des centres nerveux et de surexcitation vasculaire générale qui nonseulement excluent toute médication excitante, mais qui réclameraient même impérieusement un système de médication tout opposé. D'un autre côté, on ne se rend pas moins bien compte de ce résultat, en considérant le mode d'action complexe de la médication thermale et la multiplicité des indications qu'elle est apte à remplir, suivant les divers modes d'administration dont elle est susceptible, agissant à la fois ou alternativement comme stimulant ou à la manière des altérants, comme véhicule du calorique ou comme agent de percussion, etc.

Quant aux paralysies symptomatiques d'une lésion chronique et persistante, telles que celles qui résultent d'une compression mécanique, par exemple, bien qu'elles semblent devoir échapper entièrement à l'influence de ce genre de médication, celle-ci peut y trouver encore un emploi utile, non point à un titre spécial, mais au même titre que toutes les médications stimulantes du système nerveux périphérique, qui peuvent jusqu'à un certain point suppléer l'insuffisance de l'influx nerveux central par la surexcitation répétée et soutenue des voies collatérales d'innervation.

Il resterait encore un dernier point à examiner : la médication thermale devra-t elle, comme la plupart des médications adressées à la paralysie chronique, rester livrée aux chances des tâtonnements empiriques ; ou ne pourrait-elle pas et ne devrait-elle pas désormais être subordonnée aux données plus certaines du diagnostic et du pronostic des paralysies? La proposition ainsi formulée ne peut avoir une solution douteuse pour personne. En ce qui concerne le diagnostic, notamment, c'est aujourd'hui un fait acquis pour la généralité des praticiens. Mais il n'en est peut-être pas encore tout à fait de même pour le pronostic. Or les moyens d'exploration dont la science s'enrichit tous les jours permettent dès à présent de déterminer avec assez de précision le pronostic des diverses espèces de paralysies, pour qu'à l'avenir il en doive être tenu compte dans tous les faits. M. Lheritier, moins que d'autres, ne saurait rester étranger à ce progrès. Aussi pensons-nous qu'il suffira de le lui signaler pour qu'il en fasse dorénavant son profit.

H. Brochin.

VARIÉTÉS.

MOUVEMENT DU CHOLÉRA DANS PARIS ET DANS LES COMMUNES RURALES.

		Septembre... 29	30	1er oct.	2	3	4	5
Admissions aux hôpitaux		2	1	0	2	2	10	8
Cas déclarés à l'intérieur		4	3	3	4	2	3	2
Totaux.......		6	4	3	6	4	13	10
Décès :	Dans les hôpitaux civils..	7	0	2	2	2	2	7
	— militaires..	3	1	0	0	1	1	1
	A domicile : 1er arrond...	0	0	0	0	0	0	0
	2e —	0	0	0	0	0	0	0
	3e —	0	0	0	0	0	0	1
	4e —	0	1	0	0	0	0	0
	5e —	1	0	0	0	1	0	0
	6e —	0	1	0	0	0	1	2
	7e —	0	1	0	0	0	0	0
	8e —	0	0	0	0	0	0	0
	9e —	0	0	0	0	0	0	0
	10e —	2	0	2	0	0	0	0
	11e —	0	0	0	0	1	0	0
	12e —	0	0	1	0	0	0	1
	Communes rurales.....	7	7	10	0	2	4	6

RÉCAPITULATION DES DÉCÈS CHOLÉRIQUES :

Septembre...	29	30	1er oct.	2	3	4	5
Dans les hôp. civils et militaires ...	10	1	2	2	3	3	8
A domicile et dans les comm. rurales.	10	10	13	0	4	5	10
Totaux généraux des décès...	20	11	15	2	7	8	18

RÉCAPITULATION DEPUIS LA RECRUDESCENCE JUSQU'AU 5 OCTOBRE.

Admissions dans les hôpitaux civils. .	4,348	6,243
Cas déclarés à l'intérieur	1,895	
Décès dans les hôpitaux civils.....	3,306	10,677
— — militaires ..	604	
— à domicile............	4,334	
— dans les communes rurales.	2,433	

Le chiffre des décès cholériques pour toute la France est, à la date du 5 octobre, de 96,715.

— Le midi et l'est de la France sont généralement délivrés du choléra, excepté dans le département de l'Ariége, où l'arrondissement de Saint-Girons est cruellement éprouvé. Dans le Nord, il a reparu en quelques localités avec une certaine intensité.

— L'ouverture du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le lundi 23 octobre, à midi, dans l'amphithéâtre de l'administration, rue Neuve-Notre-Dame, 2.

MM. les élèves externes en médecine et en chirurgie de deuxième et de troisième années sont prévenus qu'en exécution du règlement, ils sont tous tenus de prendre part à ce concours, sous peine d'être considérés comme démissionnaires.

On peut s'inscrire de une heure à trois, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, au secrétariat général de l'administration, jusqu'au samedi 7 octobre inclusivement.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

CONSTITUTION MÉDICALE.

LE CHOLÉRA DANS L'EST DE LA FRANCE, NOTAMMENT DANS LES VOSGES ET LA HAUTE-MARNE. — CAUSES PROBABLES DE LA PLUS GRANDE INTENSITÉ DE L'ÉPIDÉMIE DANS LES CAMPAGNES. —MESURES PROPHYLACTIQUES ET SECOURS PUBLICS.—DANGERS DU CHARLATANISME ET DE LA CRÉDULITÉ.

(Troisième article. — Voir les nos 35, 37 et 38.)

Ce qui frappe l'observateur dans la partie des Vosges et de la Haute-Marne que nous avons visitée, c'est la multiplicité des petits villages épars sur la plaine et le long des coteaux. Dans la chaine vosgienne proprement dite, les habitations ne se groupent même plus en villages; elles sont semées dans le fond des vallées et jusque sur la croupe des hautes montagnes, de sorte qu'une paroisse embrasse une vaste circonscription. En Alsace, par exemple, il n'en est pas de même; les riches villages de cette province agricole et manufacturière sont des centres de population assez considérables pour fixer un médecin dans chacun d'eux. Dans les Vosges, au contraire, et dans les pays où les villages sont nombreux, petits et généralement pauvres, la localité qu'habite le médecin est complétement insuffisante pour l'occuper et le nourrir, et son ministère doit journellement s'exercer à de longues distances. En temps d'épidémie, ce fonctionnement entraîne des inconvénients majeurs, comme nous nous en sommes assuré maintes fois : quand chaque village contient de 50 à 80 malades, il devient complétement impossible au medecin de visiter plus de trois ou quatre localités en un jour, de sorte que certains villages gravement affectés ne le revoient que trois ou quatre fois par semaine. Les cas qui se développent dans cet intervalle peuvent être pris *ab ovo;* l'insouciant campagnard laisse souvent les phénomènes prémonitoires sans soins, et les convalescences ne sont pas suivies avec l'assiduité qu'elles réclameraient.

C'est là assurément une des causes qui rendent l'épidémie si intense dans les campagnes. En Angleterre, on est souvent parvenu à empêcher l'entier développement des épidémies cholériques, en les jugulant dans leurs prémices; mais un tel résultat a été impossible dans les départements dont il est ici question.

La misère est une seconde cause dont l'influence ne saurait être niée. L'année avait été très-malheureuse, la nourriture insuffisante et purement végétale. L'ouvrier des villes a toujours du pain de bonne qualité chez les boulangers, et l'hôpital lui procure, en temps de maladie, tous les soins nécessaires. Dans les campagnes, le pauvre et l'ouvrier se nourrissent de seigle et quelquefois même exclusivement de pommes de terre; quand le travail manque et que la maladie survient, point d'hôpital qui lui soit ouvert, et si la charité publique est lassée ou épuisée, il meurt de misère et de maladie. La sollicitude du gouvernement et les institutions charitables veillent activement sur le prolétaire et l'indigent des villes; les misères de la campagne sont trop oubliées. Nous nous sentons le cœur navré quand nous nous rappelons combien elles sont profondes, et combien d'honnêteté et de calme le pauvre montre pourtant dans l'adversité!

Sous le rapport des privations et de la misère, tout le désavantage est pour l'habitant des campagnes. Un travail de tous les jours, saos aucune lacune, fournit à l'ouvrier des campagnes le strict nécessaire pour vivre, tandis que dans les villes, cinq jours de travail par semaine permettent souvent encore de faire un gros dimanche et un large lundi; dans la ville, trois jours de travail par semaine donnent à beaucoup d'ouvriers de quoi vivre strictement; mais à la campagne, où tous les salaires sont mesquins, un jour d'interruption c'est un jour sans pain. Le chômage volontaire implique la possibilité de se passer du patron; le chômage est impossible à la campagne; ici il faut travailler ou mourir.

Le médecin entre dans un étroit réduit éclairé par une fenêtre basse; quelques escabeaux, de vieux coffres, des paillasses, deux ou trois vases, voilà le mobilier; quatre ou cinq personnes y sont entassées, se désolant mutuellement du spectacle de leur misère. Là où il n'y a pas de pain, est-il bien possible que le médecin prescrive l'achat de remèdes? Il faut nécessairement que la municipalité et la charité interviennent. Parmi les stimulants de la générosité publique, nous en avons un qui a quelquefois mieux agi que l'appel à la philanthropie et aux sentiments chrétiens; nous cherchons à répandre partout cette idée : on se sauvegarde soi-même en allant au secours de son voisin, en éteignant l'incendie dans ses premières étincelles, on l'empêche de se propager à sa propre maison, etc. Phrases qu'il faut répéter à satiété en accommodant ses expressions au degré d'intelligence des auditeurs.

Trois causes de cette intensité plus considérable de l'épidémie dans les villages et les habitations isolées que dans les villes, résident donc dans le défaut de soins provenant à la fois de la pénurie des médecins et de la pénurie des moyens, et dans la débilité résultant des privations passées.

Dans la classe aisée de la campagne, il existe une autre cause qui contrarie l'effet des remèdes dans la période prémonitoire et qui rend la convalescence pleine de dangers; nous voulons parler du funeste préjugé qu'il faut toujours et absolument manger pour vivre en état de santé comme en état de maladie. Que de fois nous avons vu la gloutonnerie de malades auxquels nous permettions à peine quelques cuillerées de bouillon coupé, engloutir des pâtées de lard, de choux et de pommes de terre! Ce préjugé est si enraciné qu'un maître ne peut conseiller la diète à un domestique malade; sa sollicitude serait toujours prise pour de la ladrerie. Quand la diète était indispensable, nous essayions d'agir par la peur; le raisonnement n'est point accessible a ces gens-là.

Dans les villes, bien des infractions ont lieu sans doute, mais elles ne sont point comparables à l'état d'infraction perpétuelle des campagnes.

Outre ces causes, faudrait-il invoquer un caractère spécial, une électivité particulière, une allure originale de cette épidémie, par suite desquels les grandes agglomérations auraient moins été frappées que les habitations disséminées? C'est une question que nous nous contenterons de poser.

On a cherché à remédier par l'institution suivante à la double pénurie des médecins et des moyens: d'une part, les sages-femmes, les sœurs hospitalières envoyées par les maisons mères et les prêtres reçoivent des médecins les instructions élémentaires, deviennent les dé-

FEUILLETON.

LA SOCIÉTÉ DES ROSE-CROIX (1).

La confrérie médicale, alchimique, théosophique, cabalistique et même thaumaturgique, qui s'est cachée sous le nom de *Société des Rose-Croix*, a fait tant de bruit en France et surtout en Allemagne au commencement du dix-septième siècle, ona publié à son sujet, depuis 1613 jusqu'en 1630, un si grand nombre d'écrits apologétiques ou critiques, qu'il ne nous est pas permis d'oublier cette secte dans l'histoire des principales notabilités de l'alchimie. Mais nous devons tout d'abord prévenir les lecteurs qui aiment les faits positifs et les renseignements précis, de l'impossibilité où nous sommes de les satisfaire en entier. A moins, en effet, de vouloir affirmer ou nier sans preuve ni raison suffisante, nous serons souvent forcé de laisser flotter notre récit dans un certain vague, qui est celui du sujet même et qui résulte d'ailleurs de la volonté formelle du fondateur des Rose-Croix. Un article de leurs statuts porte en termes exprès :

« *Cette société doit être tenue secrète pendant cent vingt ans.* »

Cette clause fut si bien observée, qu'au temps même où brillaient de leur plus vif éclat sur l'horizon des théosophes, les Rose-Croix se qualifiaient d'*invisibles*, et ils l'étaient à ce point, que Descartes, dont ils avaient excité la curiosité par leur *manifeste*, fit en Allemagne les recherches les plus diligentes sans pouvoir trouver une seule personne appartenant à leur socié té. En un mot, le mystère dont ils s'enveloppaient—joint un nuage dont Dieu, disaient-ils, avait soin de les couvrir pour les mettre à l'abri de leurs ennemis — avait si bien réussi à les rendre insaisissables, que plus d'un historien s'est cru fondé à révoquer leur existence en donte. Nous ne pousserons point le scepticisme si loin. L'impossibilité de connaître individuellement par leurs noms et de suivre séparément dans leurs actes les membres de cette société introuvable, ne nous semble pas un argument décisif contre les témoignages et les indices qui certifient son existence. Seulement, en raison des ombres qui l'environnent, nous demanderions volontiers la permission d'ajouter l'épithète de *fantastique* à toutes celles que nous lui avons précédemment données.

Comment s'était formée la confrérie des Rose-Croix? Voici, s'il faut en croire une légende extrêmement répandue, ce qui en fut l'origine.

Vers la fin du quatorzième siècle, un Allemand nommé Chrétien Rozenkreuz fit un voyage en Orient pour s'instruire dans la science des sages. Né

(1) Sous le titre de L'ALCHIMIE ET LES ALCHIMISTES, M. L. Figuier vient de publier un livre qui réunit au mérite de l'a-propos toutes les qualités d'une œuvre littéraire et scientifique des plus attrayantes. En attendant que la GAZETTE MÉDICALE fasse connaître avec tous les développements nécessaires cette nouvelle œuvre de l'auteur de l'HISTOIRE DES DÉCOUVERTES SCIENTIFIQUES MODERNES, nous sommes heureux d'en détacher le chapitre ci-dessus, qui donnera une idée de l'intérêt et de l'originalité du livre.

positaires de certains remèdes, et peuvent ainsi parer aux plus urgentes nécessités; d'autre part, les communes font appel à leurs dernières ressources, empruntent s'il le faut pour venir au secours des malheureux en payant les remèdes dont ils ont besoin et leur fournissant des secours alimentaires pendant la convalescence. Les particuliers ne sont pas non plus restés sourds à l'appel qu'on leur a fait; nous avons vu en maint endroit les bourses se vider, le vieux bordeaux sortir des caves, et les basses-cours se faire désertes, pour subvenir aux besoins des malades nécessiteux et des convalescents. Enfin nous avons rencontré des hommes, des femmes, des filles, qui se dévouaient volontairement à soigner les malades et à ensevelir les morts.

Les prêtres et les sages-femmes ont rendu de très-grands services dans les villages que les médecins ne peuvent visiter assidûment. L'écueil est malheureusement quelquefois ici à côté du port. Est-il bien possible, en effet, de préciser à des gens munis d'idées médicales si rudimentaires, les diverses indications qui peuvent se présenter selon les cas et les sujets? Il a fallu que chaque médecin, sans s'inquiéter des nuances d'indication, prescrivît un système général de traitement des phénomènes prodromiques et du choléra; pour la période prémonitoire, l'un a mis l'opium sur sa liste, l'autre les vomi-purgatifs, beaucoup les stimulants diffusibles, entre autres le thé aiguisé d'un peu de rhum; de rares médecins ont invoqué les sangsues; enfin il en est qui ont assez compté sur la sagacité de leurs suppléants pour formuler une médication complexe modifiable selon les exigences individuelles.

Dans le canton de Lamarche, les évacuants nous ont paru rendre de réels services contre les phénomènes prémonitoires. Le docteur Mangin les maniait surtout et les faisait manier hardiment, sans négliger l'opium; il ne l'employait que consécutivement aux vomi-purgatifs. Voici quelques résultats de ce système : à Bleuvincourt, sur 450 habitants, il y a eu 200 malades et 20 décès seulement, du 24 juin au 16 août; à Romains, nous retrouvons à peu près les mêmes proportions : 400 habitants, 200 atteints par le choléra, la cholérine, la suette, la diarrhée, et 20 décès seulement.

En faisant abstraction ici de la prééminence de tel ou tel traitement, nous pouvons toujours constater qu'en attaquant par des moyens rationnels les phénomènes prémonitoires, on empêche ainsi, dans une très-haute proportion, le développement du choléra confirmé.

Les corporations religieuses, si éminemment utiles quand elles savent se restreindre à leur rôle, qui est celui d'agents de la charité publique et de la science, et les demi-savoirs, si utiles aussi quand ils ne fonctionnent point comme s'ils étaient la science complète, ne méritent plus les mêmes éloges, ne rendent plus les mêmes services à l'humanité quand ils sortent de leurs attributions. Nous avons vu avec regret telle sœur, tel prêtre, accepter une panacée sur la foi de leurs supérieurs ou de leurs confrères, l'administrer avec une foi aveugle aux malades, négliger tout autre secours, dans leur intime persuasion que leur médicament devait suffire, et laisser ainsi devenir graves et mortelles des affections qui n'eussent probablement pas eu une issue funeste si on eût convoqué au secours du malade les médications reconnues universellement comme utiles. La médecine, quand elle a recours à autrui, doit être continuellement sur ses gardes, de peur que l'aide utile ne se métamorphose en agent actif et ne prenne une dangereuse initiative.

Outre ces ministres du médecin, qu'on nous passe l'expression, il est des agents subalternes qui ont bien leur importance; nous voulons parler des frictionneurs à gages. Beaucoup de nos confrères de campagne sont persuadés que les frictions, *poussées jusqu'à écorchure*, sont le moyen le plus puissant de ranimer la circulation. L'essence de térébenthine, pure ou mêlée à divers ingrédients, est la substance la plus employée.

A ces époques de découragement public, le charlatanisme montre la tête et abuse de la crédulité ignorante des campagnes. Des empiriques sans aveu et sans aucun titre universitaire, préconisent leurs infaillibles remèdes; la foule s'y laisse tromper, et, sur la foi de l'infaillibilité d'un remède inutile, on néglige tout traitement rationnel, on laisse la maladie s'aggraver et emporter le malheureux. Là est un très-grave danger privé et public, nous disons public, car les étincelles réunies forment bientôt un foyer, les diarrhées prodromiques deviennent du choléra, et la nocuité de l'influence s'augmente avec le nombre des cas.

La médecine Raspail a joué un rôle dans ces temps de calamité, et la guérison par *le secret* a leurré trop de familles. A Romains, près Lamarche, le curé a été obligé de fulminer contre un imposteur qui, après une ridicule cérémonie, abandonnait les malheureux à tous les ravages d'une maladie croissante (1). Ce n'est pas trop du prêtre et du médecin pour lutter contre ces préjugés désastreux et indignes de notre état de civilisation. Le ministère public est bien là aussi; mais, on le sait, c'est un gardien peu jaloux de nos privilèges, et les peines légales sont d'une insignifiance telle que celui qui en est l'objet sort des mains de la justice avec quelques francs de moins dans la poche, mais rehaussé de tout le lucratif prestige qui entoure la victime, l'homme jalousé et persécuté. Deux ou trois bonnes condamnations sont une fortune.

FELIX JACQUOT.

(1) Ce charlatan disait, en touchant le malade :

Feu cesse ta fureur,
Comme Jésus a perdu sa couleur.

Il ajoutait : *Jésus 1*, *Jésus 2*, jusqu'à *Jésus 5*; puis il trempait ses doigts dans l'eau bénite, les plaçait sur le patient, soufflait dessus, et terminait par *Jésus 6*, jusqu'à *Jésus 9*. Nous conterons, dans les basses colonnes de ce journal, comme quoi des charbons ont tué les malades, des ophthalmies ont vidé les yeux, des choléras sont devenus algides et mortels, chez des malheureux qui avaient placé leur foi dans de pareilles sottises.

MÉDECINE LÉGALE.

RELATION DE DEUX SUICIDES PAR SUSPENSION INSOLITE ET CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES; par M. H. DESCHAMPS.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES.

Art. I. — POSITION INSOLITE DES PIEDS. — L'élévation des pieds au-

---

en 1378, de parents fort pauvres quoique nobles, il avait été placé, dès l'âge de 5 ans, dans un monastère, où il avait appris les langues grecque et latine. Parvenu à sa seizième année, il était tombé entre les mains de quelques magiciens, dans la société desquels il travailla cinq ans. Ce n'est qu'après ces premières études et ce commencement d'initiation que le jeune gentilhomme avait pris son essor vers les contrées de l'Orient.

Rosenkreuz avait 20 ans à peine quand il arriva en Turquie. Il y séjourna quelque temps et y conçut une partie de sa doctrine. De là il passa dans la Palestine, et tomba malade à Damas. Ayant entendu parler des sages d'Arabie, il alla les consulter à *Damcar* (1). Les philosophes qui habitaient cette ville vivaient d'une façon tout extraordinaire. Bien qu'ils n'eussent jamais vu Rosenkreuz, ils le saluèrent par son nom, le reçurent avec de grands témoignages d'amitié, et lui racontèrent plusieurs choses qui s'étaient passées dans son monastère d'Allemagne pendant le séjour de douze ans qu'il y avait fait. Ils l'assurèrent en outre que depuis longtemps il était attendu par eux, comme l'auteur désigné d'une réformation générale du monde. Pour le mettre en état de remplir la grande mission à laquelle il était prédestiné, il lui communiquèrent une partie de leurs secrets. Rosenkreuz ne quitta ces courtois philosophes que pour aller en Barbarie converser avec les cabalistes qui se trouvaient en grand nombre dans la ville de Fez. Ayant tiré de ces derniers ce qu'il en voulait, il passa en Espagne; mais il ne tarda pas à en être expulsé pour avoir tenté d'établir, dans ce pays de catholicité ombrageuse, les premiers fondements de son œuvre de rénovation. Enfin il retourna dans son pays natal, que l'on ne détermine par aucune indication particulière sur la vaste carte de l'Allemagne. Il en était sorti humaniste, il y rentrait illuminé.

Dès son retour, Rosenkreuz dévoila à un très-petit nombre d'amis, d'autres disent à ses trois fils seulement, le secret de sa philosophie nouvelle. Ensuite il s'enferma dans une grotte, où il vécut solitaire jusqu'à l'âge de 106 ans, toujours sain d'esprit et de corps, exempt de maladie et d'infirmités. Ce fut en l'année 1484 que Dieu retira son esprit à lui, laissant son corps dans la grotte, qui devint ainsi son tombeau. Ce tombeau devait rester ignoré de tous jusqu'à ce que les temps fussent venus.

Ces temps arrivèrent en 1604, l'année même de la mort de l'alchimiste Setbon, coïncidence étrange! En cette année, en effet, le hasard fit découvrir la grotte. Un soleil qui brillait au fond, recevant sa lumière du soleil du monde, n'était destiné qu'à éclairer le tombeau de Rosenkreuz. Sa clarté permit néanmoins de reconnaître plusieurs objets curieux renfermés dans ce réduit. C'était d'abord une platine de cuivre posée sur un autel, et qui portait gravée cette inscription :

A. C. R. C. Vivant, je me suis réservé pour sépulcre cet abrégé de lumière (1).

(1) Ville inconnue. Il faut peut-être lire *Damas*.

(1) A. C. est le symbole sous lequel les initiés ont toujours désigné Rosenkreuz; R. C., l'indication commune aux membres de la société des Rose-Croix.

dessus du sol n'est pas, ainsi que le prouve le fait précédent, une condition indispensable au suicide par suspension.

Mais pour juger sans erreur toute la valeur de ce genre de suicide, il faut déterminer l'état mental de l'individu au moment de l'événement. Il y a, en effet, une différence extrême entre l'homme qui jouit de son libre arbitre et l'ivrogne plongé dans un état d'engourdissement général, auquel succède la somnolence comateuse : l'un passe de la vie à la mort avec conscience ; l'autre tombe rapidement d'une mort apparente dans une mort réelle. L'autopsie, dans la deuxième observation, eût éclairé ce diagnostic différentiel si important à établir; car, il n'est pas encore démontré d'une manière péremptoire que l'homme qui jouit de toute la plénitude de sa raison puisse se suicider par suspension, lorsqu'il lui reste une planche de salut.

Art. II. — Du lien. — La nature du lien qui sert à la pendaison, la direction du sillon qu'il imprime sur les téguments, et surtout les désordres locaux et généraux qui résultent de son application, méritent quelques considérations nouvelles, en raison de leur importance.

Dans la première observation, j'ai fait connaître comment la corde presque neuve, ayant empêché le nœud coulant de glisser avec facilité, devint la cause du sillon avec direction insolite d'*arrière* en *avant*, ou de la nuque sur le visage. La direction ordinaire du sillon est toujours oblique d'*avant* en *arrière*, ou bien l'obliquité est latérale, ou bien encore le sillon est circulaire. Dans quelques cas, le sillon est double et tout à la fois circulaire et oblique. Un seul lien suffit pour produire ces effets différents, selon qu'il reste fixe ou qu'il se déplace. Lorsque les liens sont multiples, les sillons, au lieu d'être simples, deviennent alors nombreux et suivent des directions circulaires et obliques : le nombre, la forme et la profondeur des sillons sont toujours en rapport direct avec la quantité, le volume et les diamètres des liens.

Quelles que soient la nature du lien et la direction que ce lien ait prise, le sillon est toujours creusé à la partie antérieure du cou, tantôt dans la région sus-hyoïdienne, tantôt dans la région sous-hyoïdienne, ou, en d'autres termes, sur l'un des points fictifs compris entre le menton et la région sus-claviculaire. Jamais on n'a vu le lien franchir ces limites et vent, ainsi que je l'ai observé, se poser obliquement de la région sous-occipitale à la face.

Des médecins légistes célèbres ont attribué aux directions différentes du sillon une signification spéciale, caractéristique : la rainure circulaire simple ou compliquée de la rainure oblique devant être considérée comme le signe certain de l'homicide; la rainure simplement oblique marquant, au contraire, avec certitude, le suicide. Louis s'exprime en ces termes : « Le suicide par la pendaison est caractérisé par une impression de la corde qui est d'abord circulaire sous le menton, et qui se continue ensuite obliquement des deux côtés derrière les oreilles, pour finir à la nuque en montant vers l'occipital, sans déchirement ni luxation des vertèbres. L'assassinat, au contraire, est désigné par un cercle livide et ecchymosé qui accompagne l'impression plus profonde ou presque horizontale de la corde, par le déchirement des parties cartilagineuses du larynx et par la luxation des vertèbres du cou. » Dans un examen comparatif de 47 procès-verbaux de suicide, M. Remer, cherchant à préciser le siége du lien et trouvant 38 fois le sillon entre le menton et le larynx, 7 fois sur le larynx et 2 fois au-dessous, fut naturellement conduit à cette conséquence : que la *situation du sillon au-dessus du larynx* est une *présomption* en faveur du *suicide*. « Nous trouvons à peu près le même rapport, ajoute M. Devergie, dans 36 exemples que nous avons réunis, et où la situation du lien se trouve précisée : il y en a 21 dans lesquels le lien est appliqué entre le larynx et le menton, 7 sur le larynx, et pas un entre le *larynx* et le *menton*. » (Méd. lég., t. II, p. 392.) Il est évident que l'auteur a voulu dire entre le *larynx* et le *sternum* : il ne fait pas mention des 8 derniers cas supplémentaires au nombre fixé. Orfila a déterminé avec précision la valeur médico-légale de la direction et du siége du sillon, en prouvant que, dans le suicide, le sillon pouvait être circulaire tout aussi bien que dans l'homicide; que le nombre, la direction et la profondeur des sillons constituaient des qualités communes à l'une et à l'autre; et, de plus, que toutes les variétés de la situation du lien se rencontraient dans les deux espèces.

Quant aux altérations pathologiques locales que le lien produit sur les téguments, Orfila a démontré, tant par ses expériences que par des observations nombreuses, que les sillons avaient, relativement aux lésions du tissu, des caractères physiques identiques dans l'homicide et dans le suicide : identiques également pendant la vie et après la mort. Voilà d'un seul trait effacés presque tous les signes différentiels et certains tant vantés par les auteurs, sur le siége, la direction et les altérations tégumentaires du sillon.

Un coup d'œil rétrospectif nous fera voir combien étaient fautives les doctrines de la science sur cette grave question médico-légale. Ambroise Paré, l'Hippocrate français, a dit : « S'il a été pendu (le corps), les vestiges du cordeau à la circonférence du cou seront trouvés rouges, livides ou noirâtres, » ajoutant : « aussi pareillement il sera trouvé de l'écume à la bouche. » L'autorité du législateur de la chirurgie a fait loi jusqu'à nos jours. Mahon soutient que l'on observe « l'impression de la corde autour du cou avec un cercle rouge, livide ou noir. » (Méd. lég., t. III, p. 39.) Belloc s'exprime ainsi : « Si l'étranglement a eu lieu avant la mort, l'impression de la corde doit être violette ou rouge, la figure, les lèvres et la langue plus ou moins bleuâtres, les vaisseaux du cerveau ou des méninges, et surtout ceux du poumon, plus ou moins gorgés de sang; si ces signes manquent, il faut en conclure que la suspension a eu lieu après la mort. » (Cours de méd. lég., p. 171.) Fodéré partage les mêmes erreurs et reproduit à peu près le même texte; il dit : « L'impression de la corde doit être violette ou rouge, la figure, les lèvres et la langue plus ou moins bleuâtres, les vaisseaux du cerveau et des méninges, et surtout ceux du poumon, doivent être plus ou moins gorgés de sang. Si ces signes manquent, le sujet aura été pendu après la mort. » (Méd. lég., t. III, 1813.) Dans ses Principes de médecine légale, Metzger certifie de même que : « si l'impression produite par la corde n'est pas accompagnée d'ecchymose et qu'elle ne diffère pas de la peau voisine pour la couleur, il est alors constant qu'elle a été appliquée après la mort. » Reydellet a écrit : « Si la suspension a lieu du vivant, le trajet de la corde sera marqué par un cercle rouge, livide ou noir, preuve évidente d'une inflammation commençante et qui n'a pu se développer que par l'effet d'une réaction vitale. A ce signe certain..... » (Dict. des sc. méd.) Petit et Louis, qui se sont particulièrement exercés à distinguer le suicide de l'homicide, veulent, de même que Stolte, Menn et un grand nombre d'auteurs, que la trace

---

Ensuite, quatre figures accompagnées chacune d'une épigraphe. La première de ces épigraphes était ainsi conçue : *Jamais vide;* — la seconde, *Le joug de la loi;* — la troisième, *La liberté de l'Evangile;* — la quatrième, *La gloire de Dieu entière.* On y voyait aussi des lampes ardentes, des clochettes et des miroirs de plusieurs formes, des livres de diverses sortes, entre autres le Dictionnaire des mots de Paracelse et le Petit monde (microcosme). Mais de toutes les raretés qui composaient cet inventaire, la plus remarquable était cette inscription tracée sur le mur :

Après six vingts ans je serai découvert.

Si l'on part, en effet, de 1484, année de la mort de Rosenkreuz, ces cent vingt ans conduisent tout juste à l'année 1604, et si l'autorité de la légende que nous rapportons est insuffisante pour faire admettre que cette année 1604 fut signalée par la découverte du mystérieux sépulcre, on ne peut contester du moins que telle soit véritablement l'époque où une société nouvelle, la confrérie des Rose-Croix, commence à faire parler d'elle, et, comme on peut le dire ici littéralement, à sortir de dessous terre.

La légende qui précède, concernant l'origine de la Société des Rose-Croix, se trouve racontée dans un petit livre intitulé : Fama fraternitatis Rosæ-Crucis (Manifeste de la confrérie de la Rose-Croix), qui fut publié en 1613, ou, suivant d'autres, en 1615, à Francfort-sur-l'Oder. On attribue la composition de cet opuscule à Valentin Andreæ, savant théologien de Cawle, dans le pays de Wurtemberg. C'est à la publication de ce livre qu'il faut attribuer la naissance de la Société des Rose-Croix.

En créant cette association philosophique, Valentin Andreæ avait pour but de réaliser une prophétie contenue dans les ouvrages de Paracelse. Partisan fanatique des doctrines de cet homme célèbre, Andreæ s'était mis en tête de justifier l'une des paroles du maître. Paracelse, en effet, avait écrit dans le chapitre VIII de son Livre des métaux :

« Dieu permettra qu'on fasse une découverte d'une plus grande importance, et qui doit rester cachée jusqu'à l'avénement d'*Élie Artiste.* »

Au premier traité du même livre, on lisait encore :

« Et c'est la vérité, il n'y a rien de caché qui ne doive être découvert; c'est pourquoi il viendra après moi un être merveilleux, qui ne vit pas encore, et qui révélera beaucoup de choses. »

Ces grandes découvertes, dont la révélation était promise, pouvaient s'appliquer, vu les préoccupations hermétiques de l'époque, au secret de la transmutation des métaux; c'est ainsi du moins que l'entendait le créateur de la Société des Rose-Croix, Valentin Andreæ, qui dit dans son Manifeste :

« Nous promettons plus d'or que le roi d'Espagne n'en tire des deux Indes; car l'Europe est enceinte, et elle accouchera d'un enfant robuste. »

Valentin Andreæ prit sur lui de décider que cet *Élie Artiste*, cet enfant robuste dont parle Paracelse, devait s'entendre, non d'un individu, mais d'un être collectif ou d'une association. C'est un point que l'on pouvait, d'ailleurs, lui accorder sans trop de peine. Après les travaux successifs d'un si grand nombre de savants, tels que Léonard Thurneysser, Adam de Bodenstein, Michel Toxitis, Valentin Andrapasus Siloranus, Pierre Sévérin, Gonthier d'Andernac, Donzellini, André Ellinger, etc., qui tous s'étaient attachés à conti-

ecchymosée de la peau et du sillon et l'écume à la bouche soient les signes positifs de la pendaison pendant la vie.

Un partisan de la statistique dans les questions médico-légales, M. Remer, a tout nouvellement réuni plus de 100 cas de pendaison, et il a conclu que l'ecchymose du sillon, comme signe de l'application du lien pendant la vie, doit être la régle générale, puisqu'elle s'est présentée dans les neuf dixièmes des faits. Ce résultat est entièrement opposé aux recherches d'Orfila : « Nous avons vu, dit notre savant médecin légiste, beaucoup plus de cas sans aucune trace d'ecchymose au cou qu'avec ecchymose. » (Méd. lég., t. II, p. 406.) Il faut donc que le professeur Remer se soit appuyé sur des documents vicieux, et, en effet, lui-même avoue que ses documents laissent beaucoup à désirer pour l'exactitude. L'état parcheminé de la peau et la sécheresse du tissu cellulaire sous-cutané sont, dans l'état actuel de la science, considérés comme la condition ordinaire la plus fréquente des téguments du sillon cervical.

Les individus étranglés ou pendus se divisent naturellement en deux catégories, quant aux lésions anatomiques du sillon. Dans la première, la plus rare, celle qui indique avec certitude la pendaison ou l'étranglement pendant la vie, il y a des traces d'ecchymoses au cou et plusieurs signes indiqués par les auteurs; dans la seconde, la plus fréquente, plusieurs de ces signes manquent, et surtout l'ecchymose au cou, quoique les individus aient été étranglés ou pendus durant la vie.

Ce grand principe médico-légal a été parfaitement établi par Orfila. D'après cet auteur illustre, la peau du sillon est généralement *brune, parcheminée*, livide, « dans toute l'étendue de cette impression ; l'épiderme est enlevé, et la peau présente une teinte jaunâtre évidemment produite par le dessèchement du derme privé d'épiderme ; les téguments sont secs et comme tannés. » (*Loc. cit.*, p. 421.) Sur des cadavres pendus à dessein, le sillon fait par la corde, la peau de ce sillon et l'état du tissu cellulaire sous-cutané étaient absolument tels que dans la suspension pendant la vie. Dans ses expériences sur les chiens vivants, que le cou ait été ou non rasé préalablement à l'application de la corde, il n'y a pas eu production d'ecchymose. La peau du sillon ayant été rasée fut trouvée *raccornie, desséchée*, et le tissu cellulaire sous-cutané devint sec, serré et dur. D'où il a tiré cette conclusion : « que la corde détermine sur la peau et sur le tissu cellulaire, qu'elle presse immédiatement, des effets semblables, que l'individu soit vivant ou mort, que le cadavre soit chaud ou froid. » Les faits observés par Esquirol, Devergie, Klein, et nos propres observations, témoignent en faveur de principes aussi fortement établis.

L'action du lien s'accompagne quelquefois de déchirures, de ruptures des muscles cervicaux et des ligaments des vertèbres, d'épanchements de sang, et même de fracture, de luxation ou diduction de la colonne vertébrale avec lésion de la moelle épinière. Cette action produit encore des désordres généraux qui, sans être des signes pathognomoniques de la pendaison, en sont les conséquences naturelles les plus terribles.

Art. III. — De l'apoplexie méningée. — Si l'on entend par apoplexie la congestion sanguine des sinus de la dure-mère, des vaisseaux sanguins de la pie-mère, des capillaires de la substance encéphalique, substance qui, à la coupe, est très-souvent piquetée, sablée et quelquefois ruisselante de sang, on a raison, parce que, chez les pendus, le sang arrive en abondance dans tout le système circulatoire de la tête. Mais tant que le fluide vital n'est pas sorti de ses vaisseaux, il serait certainement plus rationnel d'appeler cette apoplexie des pendus, le *coup de sang* de la *pendaison*, réservant le terme d'apoplexie déjà consacré dans la science aux épanchements sanguins encéphaliques.

La véritable apoplexie est très-rare dans la straugulation et la pendaison. Littré a trouvé du sang épanché dans les ventricules du cerveau et à la base de cet organe chez une femme étranglée par violence. M. A. Gras a vu beaucoup de sang noirâtre à l'extérieur de la dure-mère, dans un cas de suicide par suspension. « L'épanchement, selon cet auteur, parait dû, en partie au moins, aux coups de marteau qui ont servi à briser le crâne. » J'ai vainement cherché un fait positif de rupture des vaisseaux de la masse encéphalique, et par conséquent une hémorrhagie cérébrale, une véritable apoplexie chez les pendus.

L'apoplexie méningée, dont j'ai donné la description, constitue une forme nouvelle d'épanchement sanguin dans la pendaison ; elle résulte d'une exhalation sanguine, sans traces de ruptures des vaisseaux et se caractérise par les caillots sanguins diffluents trouvés dans la grande cavité de l'arachnoïde. M. Devergie a produit une hémorrhagie méningée artificielle, qu'il décrit ainsi : « En incisant la dure-mère, on voit toute la cavité de l'arachnoïde contenant un sang épais, noir, qui lubréfie toute la surface du cerveau. Cette sorte d'épanchement est-elle le résultat de coups de marteau donnés pour casser le crâne? »

Les apoplexies ventriculaires et méningées sont très-rares : elles font exception à la règle générale du coup de sang de la pendaison. M. Remer n'a pas trouvé un seul cas d'apoplexie dans plus de 100 observations de pendus. Appuyés sur des idées théoriques, bien plus que sur des faits rigoureusement observés, Wepfer, Césalpin, Morgagni, Valsalva, Lancisi et Louis avaient arbitrairement décidé que les pendus mouraient d'apoplexie. M. Fleichmann, après des expériences intéressantes et courageuses tentées sur lui-même, s'est cru en droit de conclure que, suivant la position du lien sur le cou, on pouvait déterminer l'apoplexie, ou l'asphyxie, ou bien à la fois ces deux accidents. De telles expériences sont nécessairement incomplètes, d'abord par l'absence d'une pendaison définitive, ensuite, si on les compare aux autopsies des pendus et des étranglés, qui démontrent toutes, à part quelques rares exceptions, que la mort arrive primitivement par asphyxie.

Art. IV. — L'*asphyxie* est l'accident général primitif qui cause la mort des étranglés et des pendus. Ce genre de mort se caractérise spécialement par la couleur noirâtre et la fluidité du sang. Les organes de l'économie animale sont tous gorgés outre mesure du fluide sanguin devenu délétère, impropre à la vie. Bichat le premier a trouvé par la voie expérimentale l'explication rationnelle des phénomènes physiologiques qui accompagnent l'asphyxie et des désordres anatomiques consécutifs à cet accident. Il plaçait une canule dans la trachée-artère d'un chien, et selon qu'il livrait passage à l'air ou qu'il interceptait la sortie du fluide des voies aériennes, en tenant un robinet à soupape ouvert ou fermé, le sang qui sortait de l'artère carotide piquée restait rouge, rutilant, artériel, ou bien devenait noir, veineux. Par cette expérience ingénieuse Bichat prouvait encore, contrairement aux idées

---

nuer et à développer isolément le système de Paracelse, sans avoir pu réaliser le grand œuvre, le fondateur des Rose-Croix pouvait bien se croire autorisé à trancher la question en faveur d'un Élie collectif représenté par sa confrérie.

Les Rose-Croix ne furent donc, selon nous, qu'une réunion de paracelsistes enthousiastes constitués en société. Le fondateur de cette association, le rédacteur du Manifeste, Valentin Andreæ, prenait le titre de chevalier de la Rose-Croix; il portait même sur son cachet une croix avec quatre roses. Par ses sentiments et par son caractère, il était loin cependant de répondre à l'idée que l'on se fait communément des novateurs qui réalisent dans le monde de vastes plans philosophiques. Il n'avait aucun fanatisme de doctrine. C'était avant tout un homme d'esprit et de philanthropie. Animé d'un vif désir de perfectionner la croyance religieuse et les institutions sociales de son temps, il ne cherchait que dans la persuasion et la douceur ses moyens de propagande; tout en épousant les idées d'un grand homme pour les épurer et les étendre, il voulait être le premier à se moquer des enthousiastes qui exagéraient ses principes par un zèle inintelligent. Dès l'année 1603, il avait rédigé les Noces chimiques de Chrétien Rosenkreuz. Il n'avait composé cet écrit que pour s'amuser à critiquer et à ridiculiser les alchimistes et les théosophes de cette époque; on a même bien des fois avancé qu'il n'avait également composé que dans un esprit de satire et de persiflage la Fama fraternitatis, qui devint l'origine de la Société des Rose-Croix. Mais cette dernière opinion ne peut être soutenue en présence des actes accomplis postérieurement par l'auteur de cet écrit.

En 1620, Valentin Andreæ travailla à constituer une grande société religieuse, sous le titre de *Fraternité chrétienne* : elle avait pour objet de séparer la théologie chrétienne de toutes les controverses que la scolastique y avait introduites, et d'arriver ainsi à un système religieux plus simple et mieux épuré. Valentin Andreæ avait cru s'entourer de toutes les précautions nécessaires pour distinguer cette nouvelle société de la confrérie des Rose-Croix. Cette confrérie, qu'il avait lancée dans le monde, avait fini par lui déplaire, et dans l'écrit qu'il rédigea en l'honneur de sa nouvelle société religieuse, il tourne même en ridicule la crédulité et les mensonges des Rose-Croix, qui dès cette époque commençaient à jouer en Allemagne leur grande comédie. Mais vaines précautions! Le succès et la vogue étaient alors pour les enthousiastes, et tout leur profitait. Cette confusion qu'Andreæ avait redoutée arriva d'elle-même : la *Fraternité chrétienne* fut absorbée dans la Société des Rose-Croix, et Andreæ se trouva, bien malgré lui, avoir contribué à augmenter le nombre de leurs sectateurs. C'est d'après ce dernier fait que beaucoup d'écrivains ont avancé à tort que la Société des Rose-Croix ne dut son origine qu'aux plaisanteries rassemblées par Valentin Andreæ dans son écrit des Noces chimiques de Chrétien Rosenkreuz.....

..... La doctrine et les règles de conduite des frères de la Rose-Croix sont contenues dans le Manifeste dont nous avons parlé et dans un autre petit livre intitulé la Conession de foi, qui est annexé au précédent.

Bien qu'il n'ait jamais été possible de connaître exactement ce que renfermait le grand secret des Rose-Croix, on pense qu'il portait sur ces quatre points : la transmutation des métaux; — l'art de prolonger la vie pendant

de Darwin, que le sang noir, au lieu de s'arrêter au cœur et de paralyser cet organe, circulait librement et de proche en proche allant stupéfier et frapper de mort les appareils organiques.

A l'ouverture des cadavres des asphyxiés, le sang noir, épais, fluide, distend outre mesure les vaisseaux sanguins, et particulièrement dans la pendaison, les vaisseaux sanguins de la tête. Le lien produit dans la suspension et dans l'étranglement le double phénomène de l'asphyxie et du coup de sang: d'une part, en fermant tout à coup le passage à l'air dans les organes respiratoires, et d'autre part en s'opposant au retour du sang de la tête, tandis que les artères vertébrales qui échappent à la compression ne cessent de porter à l'encéphale le sang noir, délétère.

L'écume de la trachée-artère, autre signe certain d'asphyxie quand il existe, fut longtemps considérée comme la preuve absolue et nécessaire de la pendaison pendant la vie. Dehaen fit la première remarque de l'absence de l'écume chez certains pendus (RATIO MED., t. VIII). Les auteurs modernes ont cité de semblables faits négatifs. Quelle est la cause des variations de ce phénomène vital? La corde produit-elle des effets différents, selon qu'elle surprend le mécanisme respiratoire dans l'inspiration ou dans l'expiration? On conçoit que la faible quantité d'air oxygéné contenue dans la trachée-artère, après l'expiration, soit insuffisante pour entrer en vibration avec les mucosités, de sorte qu'il n'y a production ni du râle muqueux, ni de l'écume bronchique. Quand il y a lésion de la moelle épinière, le pendu est rapidement anéanti: il est foudroyé en quelque sorte si le nœud vital du système nerveux est attaqué, et toujours alors il y absence d'écume, parce que le mécanisme nécessaire à sa formation n'a pas le temps de s'établir.

L'écume n'est pas un signe propre ou spécial aux pendus; on la retrouve aussi dans les voies respiratoires des noyés. Hippocrate dit: Τῶν ἀπαγχομένων καὶ καταδυομένων μηδέπω δὲ τεθνηκότων, οὐκ ἀναφέρουσιν οἷσιν ἀνάφρος ἢ τὸ στόμα, c'est-à-dire les pendus et les noyés sur le point de mourir ne peuvent être rappelés à la vie s'ils ont de l'écume à la bouche. L'aphorisme est trop absolu. Dans une récente publication sur le *signe certain de la mort*, j'ai rapporté l'observation d'un noyé, en état de mort apparente, qui avait le nez et la bouche remplis d'une grande quantité d'écume, et qui fut sauvé.

On a institué des expériences sur les animaux pour rechercher la cause de la mort des pendus. L'asphyxie a toujours paru l'accident principal et l'apoplexie, ou mieux le coup de sang de la pendaison, l'accident secondaire. Dans ses ELEMENTS OF MEDICAL JURISPRUDENCE, publiés à Londres en 1836, M. A. Taylor rapporte l'expérience suivante: « On a lié le cou d'un chien avec une corde, et on l'a suspendu après avoir pratiqué à la trachée-artère une ouverture par laquelle l'air pouvait librement entrer dans les poumons ou en être expulsé. Au bout de trois quarts d'heure l'animal a été détaché, et il n'a pas paru qu'il eût beaucoup souffert de l'opération. On lui a serré la corde au-dessous de l'ouverture faite à la trachée, et on l'a pendu de nouveau: il est mort en peu de minutes. » Rodrigo Fonseca, dans ses CONSULTATIONS MÉDICINALES, dit également que si l'on pend les chiens avec une corde au cou, après avoir fait la bronchotomie, on les étrangle sans les faire mourir. Persuadé que la mort par suspension se termine toujours en asphyxie, un chirurgien pratiqua la laryngotomie à un voleur célèbre par ses richesses en Angleterre; ce voleur fut retiré vivant du gibet, mais il ne tarda pas à succomber à des épanchements sanguins consécutifs. Mahon rapporte le fait suivant: Un employé des fermes fut pendu et retiré vivant de la potence. Les moines préposés à la garde du corps n'osèrent saigner les jugulaires gonflées, et bientôt le gonflement du cou devint tel par la stase du sang que la mort arriva par congestion sanguine, et non par apoplexie, comme le suppose ce célèbre médecin légiste. Le coup de sang consécutif détermine évidemment la mort des pendus tout aussi bien que l'asphyxie.

A Paris les pendus ne revenaient jamais à la vie. Louis voulut en savoir la cause, et il apprit du bourreau de cette ville le mécanisme de la pendaison mis en usage, et que voici: La tête étant solidement fixée par la corde, il suffit d'imprimer au corps un violent mouvement de rotation sur son axe pour luxer les vertèbres cervicales, léser la moelle allongée et déterminer instantanément la mort.

Dans mes expériences de physiologie, aucun mammifère pendu ou étranglé n'est mort par hémorrhagie cérébrale. Il est vrai que le lien destiné à interrompre les phénomènes de la respiration ne restait en place que jusque après la cessation des battements du cœur. J'ai constamment trouvé de l'écume bronchique en suivant les signes gradués de l'asphyxie. Il n'y a jamais eu d'attaque subite de paralysie. La perte du mouvement et de la sensibilité fut toujours lente et progressive; la vie s'est éteinte par degrés. Dès les temps les plus reculés, on a fait la remarque que si l'on enlève la corde, même à une période avancée de la pendaison, on ne produit pas la mort. On rapporte que les Assyriens pour éviter aux jeunes gens les douleurs de la circoncision avaient coutume de leur faire une ligature autour du cou; ils produisaient ainsi un état d'insensibilité et d'immobilité. Les chirurgiens ne seront jamais tentés d'employer la strangulation, même incomplète, comme agent anesthésique.

Les effets consécutifs de congestion vers la tête surviennent aussi bien après que pendant la ligature cervicale; ils paraissent indépendants de la longueur du temps de la constriction. Esquirol a prétendu que la persistance du lien cause nécessairement la coloration violacée de la face, le gonflement ou la turgescence des paupières, des lèvres, du cou, de tout le visage. M. Fleichmann s'élève avec raison contre cette opinion exagérée: il cite des faits dans lesquels la bouffissure et la coloration violette existaient, quoique la corde eût été enlevée, quoique le corps fût placé dans une position horizontale. Toutefois il n'y a aucun avantage à laisser la corde en place, ainsi que le conseille un habile chirurgien de Strasbourg, dans le but d'augmenter les signes de congestion vers la tête et pour mieux caractériser la mort d'un individu qui a été pendu vivant. Avant tout il faut chercher à rappeler à la vie l'homme qui se pend, et notre premier devoir est d'enlever le lien. M. Orfila rapporte une observation de persistance d'application de la corde pendant trente-six heures *après la pendaison*, et il souligne ces expressions sans doute pour indiquer que cette longue application du lien fut cause de l'épanchement séreux considérable trouvé entre la dure-mère et le cerveau.

Quelle est l'influence de la compression du lien sur les éléments nerveux et vasculaires du cou? Pour démontrer que la mort des pendus arrive toujours par asphyxie, Collmann a fait la ligature des veines du cou à des animaux sans produire des épanchements apoplectiques. Valverdi rapporte qu'un jeune homme se faisait la ligature des caro-

---

plusieurs siècles; — la connaissance de ce qui se passe dans les lieux éloignés; — l'application de la cabale et de la science des nombres à la découverte des choses les plus cachées.

Le nombre des frères de la Rose-Croix n'était que de quatre au début de la confrérie, Rosenkreuz n'ayant dévoilé son secret qu'à trois compagnons, ou, selon d'autres, à ses trois fils. Leur nombre s'accrut bientôt jusqu'à huit. Ils étaient tous vierges. Ces adeptes fondateurs se réunissaient dans une chapelle appelée du *Saint-Esprit*, et c'est là qu'ils distribuaient les enseignements et les avis aux nouveaux initiés.

Une fois entrés dans le sein de la confrérie, les frères se juraient une fidélité inviolable, et s'engageaient par serment à tenir leur secret impénétrable aux profanes. Ils ne se distinguaient les uns des autres que par des numéros d'ordre; individuellement ou collectivement, ils devaient se contenter de prendre le nom de la confrérie, à l'exemple de leur premier fondateur, qui ne s'était jamais fait connaître que sous le titre de *frère illuminé de la R.-C.* Cette manière de s'absorber dans la personne de leur maître montre assez dans quelle union étroite ils entendaient vivre avec son esprit, et combien ils étaient résolus à suivre fidèlement la règle qu'il leur avait tracée, et dont voici les articles principaux:

« Exercer la médecine charitablement et sans recevoir de personne aucune récompense;

» Se vêtir suivant les usages des pays où l'on se trouve;

» Se rendre, une fois tous les ans, au lieu de leur assemblée générale, ou fournir par écrit une excuse légitime de son absence;

» Choisir chacun, quand il en sentira le besoin, c'est-à-dire quand il sera au moment de mourir, un successeur capable de tenir sa place et de le représenter;

» Avoir le caractère de la R.-C. pour signe de reconnaissance entre eux et pour symbole de leur congrégation;

» Prendre les précautions nécessaires pour que le lieu de leur sépulture soit inconnu, quand il arrivera à quelqu'un d'eux de mourir en pays étranger;

» Tenir leur société secrète et cachée pendant cent vingt ans, et croire fermement que, si elle venait à faillir, elle pourrait être réintégrée au sépulcre et monument de leur premier fondateur (1). »

Avec la stricte observation de ces préceptes, dont l'application ne présente, comme on le voit, que peu de difficultés, les Rose-Croix se vantent d'obtenir des grâces et des facultés telles que Dieu n'en a jamais communiqué de semblables à aucune de ses créatures. Les Rose-Croix affirment, par exemple:

« Qu'ils sont destinés à accomplir le rétablissement de toutes choses en un état meilleur, avant que la fin du monde arrive;

» Qu'ils ont au suprême degré la piété et la sagesse, et que, pour tout ce qui peut se désirer des grâces de la nature, ils en sont paisibles possesseurs, et peuvent les dispenser selon qu'ils le jugent à propos;

» Qu'en quelque lieu qu'ils se trouvent, ils connaissent mieux les choses qui se passent dans le reste du monde que si elles leur étaient présentes;

(1) G. Naudé, INSTRUCTIONS A LA FRANCE SUR LA VÉRITÉ DE L'HISTOIRE DES FRÈRES DE LA ROSE-CROIX.

tides quand il voulait se procurer un sommeil profond; et Morgagni fait observer avec raison que ce jeune homme se liait certainement le cou et non pas les artères carotides. Quelques auteurs ont eu recours à la compression des nerfs cervicaux pour obtenir l'interruption de l'action nerveuse. D'après Brodie, la compression des nerfs du cou peut seulement mettre la vie en danger sans occasionner la mort immédiate. Toutefois la plus simple compression des nerfs pneumo-gastriques cause la mort des pendus (Beck's ELEM. OF MED. JUR., p. 261). L'asphyxie et la mort « dépendent autant et peut-être plus de la compression exercée sur les nerfs grands et moyens sympathiques que sur les artères et les veines du cou » (Fodéré, MED. LEG., t. III, p. 138). D'après ce médecin, il y a deux genres de mort dans la pendaison : ou par interruption de l'action nerveuse, ou par interruption de la circulation et de la respiration.

Les faits rares dans lesquels « le cerveau n'offrait aucune trace d'injection, les poumons et le cœur étant vides de sang » (Esquirol); dans lesquels les sinus étaient vides de sang chez un homme pendu vivant (Dehaen) ont sans doute déterminé M. Remer à admettre pour cause de la mort immédiate de certains pendus une *apoplexie nerveuse* qui paralyse instantanément le cerveau, et bientôt après le cœur et les poumons. Cette erreur, qui a été victorieusement réfutée, ailleurs se rapproche beaucoup d'une erreur nouvelle, de l'emphysème encéphalique.

En résumé, qu'il y ait interruption des phénomènes de l'hématose, soit par une lésion de la moelle épinière qui suspend l'action nerveuse, soit par la compression du lien qui met obstacle à l'entrée et à la sortie alternatives de l'air dans les poumons, la mort des pendus et des étranglés arrive toujours par asphyxie primitive.

Le coup de sang de la pendaison, accident ordinaire, et les hémorrhagies encéphaliques, accidents très-rares, sont les altérations consécutives qui par leur violence causent subsidiairement la mort des étranglés et des pendus.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DES MEILLEURS MOYENS DE RAPPELER A LA VIE DANS LES CAS DE MORT PAR LE CHLOROFORME, ET DE LA MÉTHODE A SUIVRE POUR PRÉVENIR DE PAREILS ACCIDENTS; par le docteur JOHN LIZARS, ex-professeur de chirurgie au Collége des chirurgiens d'Edimbourg (1).

La mort par suite de l'emploi du chloroforme, comme anesthésique, est un fait depuis longtemps hors de doute et de toute dénégation. Les rapports des hôpitaux et les enquêtes judiciaires ont fourni tant d'occasions de ce genre, que cet agent est devenu l'objet de l'animadversion publique. Cependant, quoique les effets mortels de cet anesthésique soient à craindre et s'observent plus fréquemment chez les individus chez lesquels il existe des lésions organiques du cœur, des vaisseaux sanguins ou des poumons, néanmoins l'examen nécroscopique a montré que le chloroforme a été subitement fatal, dans des cas où il n'existait aucune trace de maladie dans le cerveau ou daos l'appareil circulatoire. Il paraît établi d'une manière exacte que le chloroforme ne doit pas être employé indifféremment, qu'il y a des conditions morbides du corps dans lesquelles cet agent est inadmissible, et que dans tous les cas où on veut y avoir recours, on doit apporter le plus grand soin dans son administration et l'attention la plus vigilante pour surveiller ses effets.

Une grande cause de danger, contre laquelle on ne saurait trop se prémunir et qui est d'autant plus digne de remarque qu'on peut l'éviter facilement, c'est celle *de ne jamais produire trop rapidement la perte de sentiment*. Il est absolument nécessaire, pour que l'inhalation se fasse sans danger, que la vapeur anesthésique soit mêlée à une grande quantité d'air atmosphérique. La cessation du pouls après quelques inspirations pénibles est le premier symptôme qui indique un danger immédiat. Cet effet, produit sur l'appareil central de la circulation, est simplement la paralysie de l'action du cœur, produite par l'inhalation rapide de la vapeur de chloroforme à l'état concentré et non dissoute dans l'air commun. L'emploi de toute espèce d'appareils ou de flacons au moyen desquels se fait seulement l'inhalation des vapeurs anesthésiques pures devrait être abandonné (1). Le mode le plus simple et le plus sûr d'administrer le chloroforme est d'appliquer aux narines et à la bouche un mouchoir de poche ou une petite serviette, dans les plis desquels on a versé deux ou trois drachmes de l'agent anesthésique. On peut les retirer promptement lorsque se manifestent les symptômes d'insensibilité, ou lorsqu'ils arrivent trop subitement ou qu'ils présentent de la gravité. On peut prévenir ces symptômes par un ajustement plus convenable du mouchoir. Les effets sûrs et certains de l'agent narcotique se produisent par sa diminution ou son augmentation graduelle, suivant les circonstances.

La méthode du docteur Snow, qui consiste à faire un mélange égal d'esprit-de-vin et de chloroforme, préviendra le danger provenant du chloroforme trop concentré et semble bien approprié aux personnes trop sensibles et trop irritables.

Si l'on doit éviter l'anesthésie rapide, produite par la vapeur pure de chloroforme, comme étant très-dangereuse, on ne doit pas, d'un autre côté, tomber dans l'excès opposé, qui est de tenir trop longtemps le patient sous son influence. Dans la pratique de l'hôpital, j'ai vu des cas très-malheureux de ce genre. On est obligé de donner inutilement une plus grande quantité de chloroforme, et le malade doit être soumis plus longtemps et non sans danger à son influence. Si on le lui fait respirer avant d'être apporté sur le théâtre de l'opération, il s'ensuit que le malade est indisposé davantage et fatigué par des vomissements, ainsi que l'a remarqué le professeur Müller. L'endroit convenable pour administrer le chloroforme est incontestablement la table sur laquelle doit

(1) Extrait du MEDICAL TIMES et GAZETTE DE LONDRES, n° du 9 septembre 1854.

(1) Je dois excepter l'instrument très-ingénieux inventé par M. Ramsay (de Barnton), construit de manière à admettre le mélange d'une égale proportion d'air atmosphérique et de vapeurs de chloroforme propres à l'inhalation. On l'a employé fréquemment et avec heancoup de succès dans toutes les opérations à exécuter sur les chevaux. VA. THE SCOTTISH AGRICULTUROYL JOURNAL, 17 juillet 1849. (NOTE DE L'AUTEUR.)

» Qu'ils ne sont sujets ni à la faim, ni à la soif, ni à la vieillesse, ni aux maladies, ni à aucune incommodité de la nature;

» Qu'ils connaissent par révélation ceux qui sont dignes d'être admis dans leur Société;

» Qu'ils peuvent en tout temps vivre comme s'ils avaient existé dès le commencement du monde, ou s'ils devaient rester jusqu'à la fin des siècles;

» Qu'ils ont un livre dans lequel ils peuvent apprendre tout ce qui est dans les autres livres faits ou à faire;

» Qu'ils peuvent forcer les esprits et les démons les plus puissants à se mettre à leur service, et attirer à eux, par la vertu de leur chant, les perles et les pierres précieuses;

» Que Dieu les a couverts d'un nuage pour les dérober à leors ennemis, el que personne ne peut les voir, à moins qu'il n'ait les yeux plus perçants que ceux de l'aigle (1)..... »

Voilà des grâces et des facultés bien miraculenses assurément. Par malheur, les faits furent loin d'y répondre; l'histoire subséquente de la Société des Rose-Croix fait assez voir que toutes les propositions que nous venons d'énumérer constituaient le programme des questions que la confrérie se proposait de résoudre, et non le catalogue des choses qui se trouvaient en son pouvoir.

On est fort en peine, en effet, quand on recherche les merveilles que les Rose-Croix ont réalisées. Dans la médecine, art qu'ils devaient pratiquer partout où ils se trouvaient, aux termes du premier commandement de leur maître, la liste de leurs triomphes est hientôt épuisée. On a déjà vu qu'ils se vantaient d'avoir guéri de la lèpre un comte anglais. Ils prétendaient aussi avoir rendu la vie à un roi d'Espagne mort depuis six heures. A part ces deux cures, dont la seconde est sans donte un miracle, mais qui a le défaut de n'avoir eu pour témoins et pour garants qu'eux-mêmes, toute leur histoire médicale consiste dans des allégations vagues et dans quelques faits insignifiants, comme celni que Gabriel Naudé nous rapporte en ces termes :

« Un certain pèlerin parut comme un éclair, l'an 1615, en une ville d'Allemagne, et assista en qualité de médecin au pronostic de mort d'une femme qu'il avait aidée et secourue de quelques remèdes; il faisait mine d'avoir la connaissance des langues et beaucoup de curiosité touchant la connaissance des simples; il fit quelque relation de ce qui s'était passé en ville durant le séjour qu'il avait fait à ce logis; bref, excepté la doctrine dans laquelle il éminait davantage, il était en tout semblable à ce juif errant que nous décrit Cayet en son histoire septenaire, sobre, taciturne, vêtu à la négligence, ne demeurant volontiers longtemps en un même lieu, et moins encore désireux d'être fréquenté et reconnu pour tel qu'il se professait, savoir troisième frère de la R.-C., comme il déclara an médecin Moltherus, lequel, pour en savoir peut-être autant que lui, ne put être si bien persuadé d'ajouter foi à ses narrations, qu'il ne nous ait présenté cette histoire, et laissé libre à notre jugement de discerner si elle était capable d'établir une preuve certaine de cette compagnie (1). »

(1) G. Naudé, ouvrage cité.

(1) G. Naudé, INSTRUCTION A LA FRANCE.

s'effectuer l'opération ; son administration exceptionnelle au lit devrait être limitée aux patients qui sont timides et craintifs.

Je suis décidément de l'opinion que l'administration du chloroforme devrait être exclusivement confiée à des individus ayant une grande expérience pratique dans son mode d'administration. Je n'ai rien à ajouter aux observations suivantes, contenues dans la communication que j'ai faite concernant ce sujet important, et qui a paru dans la MEDICAL GAZETTE du 8 juin 1849 : « Il faut, pour administrer le chloroforme, un aide expérimenté, qui n'ait rien autre chose à faire ; il doit surveiller ses effets et laisser de temps en temps l'air atmosphérique frais entrer dans les narines et dans la bouche pendant tout le temps qu'il est administré ; autrement, le sang pourrait être trop carbonisé et la mort s'ensuivre. Avant d'administrer cet agent, il faut examiner avec soin l'état de l'estomac. On ne devrait pas permettre qu'il soit trop chargé. Le malade doit, en effet, prendre peu de nourriture et même s'en priver complétement quelques heures avant d'être opéré. »

J'ai établi que le premier effet produit sur la circulation par l'administration subite d'une trop grande dose de chloroforme est la paralysie de l'action du cœur (1), par suite de ce que le sang a été trop carbonisé ; le cœur, les poumons et le cerveau sont privés de leur stimulant naturel, et la vie s'éteint rapidement. Après la mort, on ne trouve qu'une petite quantité et même point de sang dans l'oreille ou le ventricule gauche, et celui qui s'y trouve contenu est à l'état fluide et non susceptible de se coaguler lorsqu'il est exposé à l'air atmosphérique. On a observé qu'il a une couleur presque brune, comme celui qu'on trouve dans la rate, et qu'il n'a pas la couleur noire ordinaire du sang veineux.

Les moyens qui ont été recommandés pour obvier aux accidents produits par le chloroforme sont nombreux et variés, depuis la simple application des poudres sternutatoires jusqu'à l'opération plus que douteuse de la trachéotomie. Le docteur Snow pense que la respiration artificielle est le meilleur moyen. Nous croyons qu'on doit y procéder au moyen d'un soufflet (2).

Le docteur Herapeth (de Bristol) a publié un écrit dans lequel il recommande le galvanisme comme offrant la seule chance de salut. Il dit : « Faites passer un courant électrique à travers le cinquième nerf, la moelle allongée, les nerfs phréniques et le diaphragme, jusqu'à ce que les mouvements respiratoires se produisent, et faites respirer au patient beaucoup d'air frais ou de gaz oxygène. Vous éviterez ainsi l'accident ; car le sang restera fluide pendant longtemps, et la circulation aura lieu pendant tout le temps que la respiration continuera à s'effectuer artificiellement. Le sang et les cellules aériennes se déchargeront, et à mesure que les pneumogastriques, la moelle allongée et les nerfs moteurs reprendront leurs fonctions, la respiration commencera aussi alors à prendre un caractère moins artificiel. A la fin le cerveau vient en aide, et les mouvements respiratoires, à la fois volontaires et involontaires, maintiennent les fonctions de la vie sans autre secours. »

Le professeur Rigaud préconise une méthode au moyen de laquelle il dit que la vie a été sauvée dans différentes occasions (V. L'ABEILLE MÉDICALE du 3 novembre 1851) : « Le professeur Rigaud était sur le point d'enlever une tumeur du sein chez une femme ; après quelques inspirations de chloroforme, le pouls s'arrêta tout à coup, et la femme ne donna plus aucun signe de vie. Le chloroforme fut retiré aussitôt ; on lui jeta de l'eau sur la figure et on fit des frictions sur tout le corps. Après quelques minutes, ces moyens produisirent quelques battements faibles du cœur, qui cependant cessèrent presque immédiatement et ne furent suivis d'aucun mouvement respiratoire. Le professeur Rigaud pensa alors à essayer la méthode qui avait été indiquée par le docteur Escallier ; il introduisit l'indicateur le long du dos de la langue de la malade, souleva l'épiglotte et tira la langue hors de la bouche. Ceci eut pour effet de produire une inspiration, circonstance dont on tira avantage pour faire respirer de l'ammoniaque à la malade. Toutefois, dès qu'on eut abandonné la langue, elle glissa de nouveau en arrière, et la respiration s'arrêta. La même manœuvre fut répétée, mais cette fois le professeur maintint la langue hors de la bouche ; la respiration fut établie de nouveau et la femme revint vite à elle-même. L'opération fut exécutée sans chloroforme. M. Rigaud pense que la méthode du docteur Escallier sauva la malade. » L'histoire de ce cas justifierait la conclusion que, quels que soient les bons effets produits par les moyens employés, puisque l'opération fut exécutée ensuite sans l'usage du chloroforme, celui-ci doit être considéré comme ayant été dangereux pour la vie de la malade (1). Le professeur Miller, de cette Université, regarde la suspension de la respiration dans de tels cas comme résultant du spasme de la glotte ; il recommande d'ouvrir la veine jugulaire externe, s'il n'y a pas de plaie saignante, et de saisir l'épiglotte. « Malgré toute l'attention possible, dit-il, il y a une chance d'asphyxie provenant d'une autre cause pendant le passage à une profonde stupeur ou en sortant de cet état, c'est le spasme de la glotte. Le remède, toutefois, est simple : passez le doigt dans la gorge et saisissez l'épiglotte, maintenez la respiration artificielle par la pression thoracique, et s'il n'y a pas de plaie saignante, ouvrez la jugulaire. » Le professeur Miller a été induit en erreur en regardant cet état de la glotte, ou plutôt de l'épiglotte, comme un spasme. Ce doit être la paralysie de l'épiglotte, produite par une dose trop forte de l'anesthésique.

L'ouverture de la veine jugulaire externe semble être applicable seulement aux cas d'asphyxie complète, et dans ce cas même, cela sera à peine possible, car, dans 9 cas sur 10, il y a une plaie saignante. L'arrêt de la respiration, ainsi que cela résulte de la paralysie de l'é-

(1) Les expériences du docteur Bickersteth (de Liverpool) *sur le genre de mort par l'inhalation du chloroforme* (V. GAZ. MÉD., 1854, p. 600) tendent à établir que ce sont les poumons qui cessent les premiers de fonctionner ; la suspension des mouvements du cœur ne viendrait qu'en second lieu. Tout en admettant cet ordre de succession dans les accidents, il faut reconnaître qu'une lésion vitale des centres nerveux accompagne et domine tous ces phénomènes. (N. DU TRAD.)

(2) Les expériences précitées du docteur Bickersteth, et les faits cliniques connus qui paraissent concorder avec elles, font voir que la respiration artificielle et l'insufflation constituent la meilleure ressource au pouvoir de l'art ; et c'est la première à laquelle il importe de recourir sans délai ; tous les autres moyens ne viennent qu'en seconde ligne. (N. DU TRAD.)

(1) Le docteur Horer (de Boston) m'apprend que l'usage du chloroforme est abandonné depuis longtemps dans cette ville, à cause de ses effets pernicieux, et qu'on l'a remplacé par l'éther sulfurique. (N. DE L'AUTEUR.)

Ce récit nous semble beaucoup plus vraisemblable que celui d'un roi d'Espagne ressuscité. D'après leurs statuts, les frères de la Rose-Croix ne pouvaient se dispenser d'exercer la médecine, sauf à voir quelquefois les malades mourir entre leurs mains, ainsi qu'il arrive aux médecins ordinaires. Seulement, ce qui étonne ici, c'est qu'il soit question de remèdes. Bien que leur maître Paracelse soit parvenu à la postérité pour avoir le premier mis en usage des médicaments héroïques inconnus aux galénistes, il se plaisait, dans ses écrits, à répéter avec emphase que le vrai médecin tient toute sa science de Dieu, et il recommandait avant tout, en médecine, l'emploi des moyens cabalistiques. Les Rose-Croix, qui ne développaient que la partie thaumaturgique du système de Paracelse, ne devaient donc invoquer auprès des malades que des influences religieuses ou morales. Ils assuraient, en effet, qu'ils guérissaient toutes les maladies par l'imagination et la foi ; un véritable Rose-Croix n'avait qu'à regarder un malade atteint de l'affection la plus grave, pour qu'à l'instant même il fût guéri (1). Il nous semble donc que le frère de la Rose-Croix, dans la consultation à laquelle il prit part avec le médecin Moltherus, se mit en contradiction avec les principes de son ordre, et c'est probablement pour cela que la femme en question mourut.

Dans la philosophie hermétique, l'histoire des Rose-Croix est encore moins riche de faits s'il est possible. C'est là surtout que la confrérie nous semble avoir opéré par imagination et en imagination. Ils se vantaient néanmoins de faire à discrétion de l'argent et de l'or, et l'on ne doutait pas en Allemagne de leurs succès en ce genre. Par malheur, nul témoin ne vient confirmer leurs assertions, et la même absence de renseignements se fait regretter quant aux lieux où leurs projections furent exécutées, et quant à leur manière d'y procéder. A défaut d'autres preuves, les richesses de la confrérie auraient pu servir de présomption en faveur de leurs capacités hermétiques ; mais ces richesses sont aussi invisibles que leurs personnes, et l'empereur dont ils parlent ne paraît pas avoir jamais reçu de leurs mains ces masses d'or et d'argent qu'ils avaient promis de lui fournir. On objectera peut-être qu'ils ont pu conserver leurs biens pour les consacrer au service de la compagnie, et avec ce levier exercer au dehors quelque action importante. Mais on ne voit nulle part trace de cette action. Enfin, si les Rose-Croix s'étaient réparti entre eux leurs trésors d'origine hermétique, ils auraient vécu avec magnificence. Or, tout au contraire, dans les rares endroits où l'on peut saisir leur passage, on les trouve presque toujours pauvres et malaisés. C'est donc fort gratuitement que l'on a ajouté foi à la science transmutatoire des Rose-Croix ; toutes les preuves, tous les monuments qui consacrent aujourd'hui leur habileté dans la science hermétique se réduisent à quelques préfaces ou dédicaces d'écrivains dont la véracité est suspecte.....

Jetons un coup d'œil sur les progrès de la Société des Rose-Croix dans quelques parties de l'Europe.

C'est en Allemagne qu'elle trouva le plus grand nombre de ses adeptes et le public le plus crédule à ses promesses. Elle ne fit en Angleterre qu'une seule conquête, mais cette conquête était de premier ordre. Robert Fludd, médecin à Londres, homme très-savant et surtout très-grand écrivain, embrassa avec ardeur la théosophie de cette secte. Étendant ses principes beau-

(1) Sprengel, HISTOIRE DE LA MÉDECINE, t. III

piglotte, ou du spasme de la glotte, peut être occasionné par un état de relâchement et d'allongement de la luette, qui est particulier à quelques personnes. Les praticiens doivent se rappeler les cas de suffocation subite sous l'influence de cette cause. L'application, dans les cas moyens, d'un stimulant ou d'un caustique, est suffisante pour exciter la contraction de l'organe. Cependant l'allongement de la luette peut être si prononcé parfois, qu'on soit obligé de l'enlever avec les ciseaux. J'ai été consulté dernièrement par une personne qui se tenait la luette entre les dents, et qui ne voulut pas ouvrir la bouche avant de m'avoir fait, par écrit, le récit de ses souffrances. Comprenant aussitôt la nature de ses plaintes, je saisis la luette allongée avec des pinces et la coupai à sa base.

A ces moyens, qui tous peuvent être employés sans perte de temps et presque simultanément, car, sans la promptitude dans leur application, le patient sera irrévocablement perdu, je joindrais le procédé suivant, pour stimuler et rétablir l'action de l'organe paralysé de la circulation.

Lorsque nous voyons des accidents mortels arriver sans existence de malaise antérieur, et que le cœur fait de vains efforts pour rétablir sa puissance, on doit essayer tous les moyens possibles pour aider et raviver son action vitale qui s'éteint. D'après les heureux résultats qui, à ma connaissance, ont été obtenus par l'introduction des stimulants diffusibles dans l'estomac, au moyen de la pompe stomacale et par les injections faites dans les veines, dans des conditions analogues, c'est-à-dire dans l'asphyxie cholérique, qui, sous beaucoup de rapports, ressemble au collapsus causé par l'empoisonnement par le chloroforme, j'ai été induit à faire paraître ce mémoire, afin qu'au moyen d'une publicité étendue, cette communication parvienne à la connaissance des praticiens.

Le premier conseil que j'ai à donner m'a été suggéré par un ami qui a une très-grande expérience dans le traitement du choléra. Il m'informe que sa pratique ordinaire avec les malades d'habitudes sobres, affectés de choléra grave, et qui en peu d'heures étaient passés de l'état parfait de santé à l'état de collapsus, avec la face bleue, les extrémités froides, le pouls éteint, est de pomper dans l'estomac une grande quantité d'eau chaude, mêlée à de l'esprit-de-vin, d'administrer des lavements entiers, composés d'eau chaude et de térébenthine. L'effet de ces stimulants se répand rapidement à travers tout le système. Il a eu la satisfaction de rétablir la circulation et la chaleur du corps, dans beaucoup d'occasions où la puissance vitale était presque éteinte. Il pense que l'application de ce moyen, dans la condition désespérée à laquelle est réduite une personne par une dose trop forte de chloroforme, peut être suivie du même bienfait. Il ajoute avec raison qu'on peut l'employer avec sûreté et promptitude; car on peut encore et sans danger atteindre l'estomac lorsque le pouvoir de la déglutition n'existe plus et que l'introduction des liquides est, pour ne pas dire dangereuse à l'extrême, du moins impraticable.

Pour établir la portée pratique des remarques de mon ami, je rappellerai le cas d'anévrisme opéré par M. Loyd à l'hôpital de Saint-Barthelomé, le 17 mars 1852, dans lequel le chloroforme fut rapidement fatal. Le bain chaud et la respiration artificielle furent employés sans aucun avantage. On avait employé tous les moyens possibles pendant plus d'une heure: on avait fait respirer l'ammoniaque, mais aucune tentative n'avait été faite pour introduire des stimulants dans l'estomac, M. Loyd craignant qu'un liquide quelconque, placé dans la bouche, passât dans le larynx et occasionnât une suffocation instantanée. On peut demander ici comment est débarrassé l'estomac de l'ivrogne lorsqu'il est gorgé de liquide et que sa vie est en danger.

L'influence d'un stimulant dans l'estomac est presque immédiatement transmise au cerveau. Tout le monde sait que les individus employés à mettre en bouteilles des spiritueux tombent tout à coup, par suite de l'inhalation de l'évaporation spiritueuse, dans un état complet d'insensibilité, et que cet effet a lieu rarement, pour ne pas dire jamais, si l'on a pris un verre du stimulant avant de commencer l'opération. Lorsque tous les autres moyens sont insuffisants, j'essayerais comme une dernière ressource l'injection d'une solution saline dans les veines, pratique employée avec tant de succès, en 1832, par les docteurs Lasta, de Leith, Simpson actuellement à Londres, et le docteur Robertson. Delpech a fait observer avec raison « que le sang dans le choléra cesse d'être artérialisé. » L'état du sang d'un malade affecté de cette maladie est à peu près semblable à celui d'un individu rendu insensible par le chloroforme, les symptômes étant dans les deux cas l'apparence de la mort, la respiration imperceptible, le pouls insensible; dans un tel état, *melius anceps quam nullum remedium*. Dans mon TRAITÉ SUR L'ASPHYXIE CHOLÉRIQUE (p. 73), j'ai dit: « Lorsque le malade ne peut plus boire, la décomposition du sang a ou commencé ou est sur le point de commencer. Dans un tel état désespéré, rien ne peut sauver le malade, si ce n'est l'injection d'une solution saline dans les veines. On agit ainsi qu'il suit: on fait préparer une solution consistant en 10 livres d'eau chaude à la température de 110° Farenheit, dans laquelle on fait dissoudre un drachme et demi de bicarbonate de soude et une demi-once de muriate de soude. On fait passer à travers une peau de chamois; on ouvre une des veines du pli du bras, comme pour la phlébotomie, dans laquelle on fait pénétrer un tube à injection ordinaire des salles de dissection; le coude étant placé dans un bassin d'eau chaude, pour être à l'abri de l'air atmosphérique, on emploie la seringue ordinaire dont l'extrémité est adaptée au petit tube à injection et maintenue sous l'eau. La seringue étant remplie de la solution saline, on injecte ainsi deux ou trois pleines seringues, toujours en maintenant celle-ci sous l'eau. L'extrémité étant insérée avec soin dans l'orifice du tube à injection, on commence à pomper lentement. Pendant qu'on pratique cette injection, le tube doit être maintenu avec soin par un aide, tandis qu'on pousse lentement en la tenant ferme et perpendiculairement, en surveillant l'extrémité de la seringue introduite dans le tube à injection. Lorsque quelques onces ont été injectées, le pouls devient perceptible, la respiration plus forte, la peau chaude, le facies naturel, l'œil perd son expression de terreur et ne paraît plus enfoncé, la face reprend son embonpoint naturel et même elle se colore; les traits flétris de la vieillesse sont remplacés par l'apparence de la jeunesse. Les crampes, l'inquiétude et la soif ont disparu.

Il est presque inutile d'avertir (car l'avantage d'avoir tout prêts les divers agents ou remèdes nécessaires, lorsque des symptômes dangereux demandent leur application immédiate, est trop évident) que la solution saline que je conseille pour traiter les malades soumis à une dose trop forte de chloroforme devrait être préparée et toujours sous la main, dans tout hôpital, où quelque opération chirurgicale impor-

---

coup plus qu'on ne l'avait fait jusque-là, il les appliqua à toutes les branches des connaissances humaines. Le théosophe anglais restait néanmoins fidèle aux principes du christianisme, car il assurait que les Rose-Croix tiraient leur nom de la croix mystique de Jésus-Christ, qui fut teinte de son sang rosé, et avec laquelle on parvient à posséder tous les arts imaginables et une sagesse infinie.

Le système de la confrérie des Rose-Croix pénétra en Italie, mais il y trouva peu de sectateurs, bien qu'il s'y présentât dépouillé en partie des aberrations mystiques dont l'esprit allemand l'avait embarrassé. Quant à l'Espagne, elle avait affaire à une secte d'illuminés tirée de son propre fond, les *Alombrados*, qui avaient surgi presque en même temps que les Rose-Croix. On confondit quelque temps ces deux sectes, qui cependant, comme on le reconnut plus tard, différaient entre elles et par leur origine et par leur but.

En France, les Rose-Croix apparurent un peu tard, et s'éclipsèrent après une courte mystification dont ils furent victimes bien plus que le public.

Il y avait plus de dix ans que cette confrérie étourdissait l'Allemagne, lorsque, en 1622, on lut l'affiche suivante sur les murs de Paris:

« Nous, députés du collége principal des frères de la Rose-Croix, faisons séjour visible et invisible en cette ville, par la grâce du Très-Haut, vers lequel se tourne le cœur des justes. Nous montrons et enseignons sans livres ni marques à parler toutes sortes de langues des pays où nous voulons être, pour tirer les hommes, nos semblables, d'erreur et de mort. »

Cette affiche excita une certaine curiosité. On se montra quelque peu désireux de connaître ces êtres invisibles sur lesquels on discutait si chaudement sur la rive droite du Rhin, et qui étaient célébrés dans des milliers de brochures rapportées de la foire de Francfort. Il était bien visible cependant que le public n'ajoutait aucune foi aux promesses de cette singulière annonce. Cet échec dans l'opinion, éprouvé par les Rose-Croix, ce *fiasco*, comme on dit aujourd'hui, valut aux Parisiens une seconde affiche publiée dans la même année, ainsi conçue:

« S'il prend envie à quelqu'un de nous voir, par curiosité seulement, il ne communiquera jamais avec nous; mais, si la volonté le porte réellement et de fait à s'inscrire sur le registre de notre confraternité, nous qui jugeons des pensées, lui ferons voir la vérité de nos promesses; tellement, que nous ne mettons point le lieu de notre demeure, puisque les pensées, jointes à la volonté réelle du lecteur, seront capables de nous faire connaître à lui et lui à nous. »

Le public manifesta cette fois la même incrédulité avec une dose beaucoup moindre de curiosité. On se dispensa d'entreprendre des recherches qui eussent fait trop de plaisir à des gens si désireux de rester introuvables. Disons même qu'aux yeux de beaucoup de personnes les deux placards parurent plutôt l'œuvre de quelque plaisant, qui avait voulu mettre en campagne les oisifs et les bavards, que le prospectus d'une véritable députation des Rose-Croix. Naturellement positif et enclin à la critique, l'esprit français ne se laisse pas aussi facilement amorcer à l'appât du mystère que les bonnes âmes du pays d'outre-Rhin. Il faut ajouter d'ailleurs que partout, et même en Allemagne, les Rose-Croix commençaient, à cette époque, à perdre de leur prestige. En Allemagne, plusieurs avaient été condamnés aux galères; quelques-uns même avaient été pendus pour des méfaits que les auteurs ne spécifient pas, mais qui consistaient sans doute dans un exercice indiscret de la faculté d'attirer à eux les

tante peut être pratiquée et où le malade est amené à l'état d'insensibilité sous l'influence anesthésique.

Quoique je n'aie pas eu l'occasion de constater l'utilité de l'injection veineuse dans les circonstances où je la recommande, cependant je considère comme de mon devoir de diriger l'attention de ce côté, d'autant plus que les cas de mort par le chloroforme semblent augmenter (1). C'est un sujet pressant et digne de graves réflexions que de savoir si tant de cas mortels arrivés chez des personnes qui, d'ailleurs, étaient en bonne santé, ne peuvent être prévenus en employant les plus grandes précautions dans son administration et essayant tous les moyens possibles avec toute la persévérance, l'activité et la rapidité désirables pour rappeler les malades à la vie, ou si l'usage du chloroforme comme anesthésique ne devrait pas être extrêmement restreint.

Pendant longtemps, j'ai évité d'employer le chloroforme pour exécuter des opérations, et dernièrement encore j'en ai pratiqué plusieurs et des plus graves, telles que la lithotomie, sans m'en servir. La règle que j'ai récemment adoptée dans tous les cas, excepté lorsqu'il existe des maladies organiques du cœur ou d'autres organes essentiels, ou dans les lèvres, les narines, l'arrière-bouche qui rendent l'emploi du chloroforme dangereux, c'est de laisser la chose entièrement au choix du patient (2), qui est plus capable de décider s'il veut se soumettre à la douleur inévitable de l'opération, ou s'il préfère être amené à l'état d'insensibilité pour son exécution.

(1) La chirurgie opératoire qui use du chloroforme a déjà à déplorer un nombre considérable d'accidents mortels dans l'ancien monde aussi bien que dans le nouveau monde; et, comme le dit l'auteur, ce chiffre augmente toujours, si bien que les chirurgiens se divisent peu à peu en deux camps, les partisans et les adversaires du chloroforme; le nombre de ces derniers devra s'accroître en raison même de la multiplicité des accidents.

On a voulu introduire le chloroforme dans l'exercice de l'art des accouchements. M. Lee vient de rapporter (DUBLIN MEDICAL PRESS) 17 cas d'accouchements dans lesquels on ent recours au chloroforme qui fut suivi d'effets pernicieux, et il en conclut que cet agent dangereux doit être rejeté de la pratique obstétricale. Voy. GAZ. MÉD., 1854, p. 573. (NOTE DU TRAD.)

(2) Cette conclusion est une véritable condamnation du chloroforme. De la sorte on ne remédie à rien; les périls subsistent tous et tout entiers; jusqu'à présent on n'a nullement réussi à les conjurer; et les partisans mêmes de la méthode sont forcés de convenir que, si l'on a quelques moyens pour combattre avec plus ou moins de chances les accidents graves que le chloroforme produit, on n'en possède absolument aucun pour l'empêcher sûrement de les produire. Voilà où en est la question; nous comprenons les opérateurs qui renoncent à ce mode anesthésique, comme à Boston, et nous croyons par expérience que l'éther sulfurique, *parfaitement rectifié*, peut très-bien remplir les indications, et cela sans danger pour la vie du malade ni pour la conscience du chirurgien. (NOTE DU TRAD.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR LES MALADIES DE L'ALGÉRIE; communiquée par M AUG. HASPEL, médecin en chef de l'hôpital militaire de Colmar.

Felix qui potuit rerum cognoscere causas.

Dans un ouvrage publié récemment sur les maladies de l'Algérie (1), j'ai émis l'opinion que les fièvres paludéennes, les dyssenteries, les congestions hépatiques et spléniques qui se manifestent tous les ans, sous forme d'épidémies, reconnaissaient pour cause première une intoxication paludéenne. Plusieurs critiques, après avoir donné, dans divers journaux, une analyse de cet ouvrage avec une bienveillance dont je les remercie, se posent diverses questions qu'ils laissent sans solution ou qu'ils résolvent contradictoirement, et que je vais chercher à résoudre. Je ne me dissimule pas sans doute combien il est difficile de donner à ces questions toute la solution qu'elles exigent; mais du moins si les résultats auxquels je suis arrivé n'ont aucun droit à être admis comme l'expression complète des faits, ils n'en ont pas moins une valeur réelle dont il est utile de chercher la véritable signification.

Les épidémies de fièvres paludéennes, la diarrhée, la dyssenterie et les affections du foie qui se déclarent dans les pays chauds et marécageux constituent-elles des affections identiques auxquelles on puisse assigner une origine commune, une étiologie fixe et déterminée? et, dans le cas de l'affirmative, comment concevoir avec une même cause cette variété d'affections morbides et la différence du traitement applicable à chacune d'elles?

Dans cette première question, il y a un beau problème à résoudre; il consiste à distinguer, à trier pour ainsi dire les diverses conditions au milieu desquelles se développent dans les pays à marais les épidémies susmentionnées, afin de trouver la subordination de ces groupes divers, reconnaître leurs rapports vrais par une appréciation raisonnée de leurs divers éléments étiologiques.

Si les maladies en question ne sont pas produites par l'action des effluves paludéennes, si elles sont produites exclusivement par les vices du régime, les fatigues, les variations atmosphériques, pourquoi affectent-elles une marche constante, uniforme, progressivement croissante du printemps à l'automne? Pourquoi alternent-elles avec les fièvres paludéennes, se transforment-elles les unes dans les autres, quelquefois chez le même individu, coexistent-elles à des époques fixes régulières qu'on peut déterminer d'avance? Suivent-elles une même marche que ces fièvres que nous savons être produites par les émanations paludéennes? Pourquoi, sous la forme épidémique, se développent-elles toujours dans les mêmes lieux et dans les mêmes conditions? Il y a dans l'enchaînement de ces faits, dans le retour périodique de ces phénomènes, dans le mode uniforme suivant lequel ils se groupent, une logique nécessaire à laquelle ne peuvent guère résister

(1) MALADIES DE L'ALGÉRIE; 2 vol. in-8°. Chez J.B. Baillière.

perles et les pierres précieuses. Bref, tout l'honneur que la confrérie put obtenir en France, ce fut d'être jouée, l'année suivante, sur le théâtre de l'hôtel de Bourgogne, dans une pièce qui n'eut pas même l'esprit de se faire applaudir. Il était impossible de tomber plus complétement de toutes les manières.

Si maltraités par l'indifférence publique, les Rose-Croix trouvèrent cependant en France une compensation qui n'était pas à dédaigner. Trois jésuites écrivirent sur eux ou contre eux : le Père Gaultier, le Père Robert et le Père Garasse. Les deux premiers soupçonnent « que c'était plutôt une cohue d'anabaptistes qu'une troupe de magiciens. » Garasse, théologien zélé, trouva qu'il fallait ranger les Rose-Croix dans la *bande des libertins*, mot qui, dans sa langue et dans celle de l'époque, signifie athée, ou peu s'en faut.

Quoi qu'il en soit de l'opinion de ces trois Pères, c'étaient bien des doctrines religieuses et morales qui devaient particulièrement caractériser les Rose-Croix; tout le reste de leur programme, sans en excepter même la transmutation des métaux, était fort secondaire. Leurs idées, sous le rapport religieux et moral, peuvent se résumer en peu de mots.

Les Rose-Croix annoncent, dans leur *Confession de foi*, que la fin du monde approche, et que bientôt l'univers subira une réformation générale dont ils se regardent comme les agents prédestinés. Mais, pour préluder à cette grande restauration, ils doivent commencer par en opérer une du même ordre dans la religion et la morale, sans se préoccuper, malgré leur titre, de la croix du Christ, ni de la Bible, dont ils font cependant dériver toutes les sciences, précaution oratoire bonne à prendre à cette époque, même hors des pays d'inquisition. La vérité est qu'en religion les Rose-Croix étaient des libres-penseurs qui se croyaient et devaient se croire supérieurs à toute révélation, puisqu'ils prétendaient communiquer avec Dieu même soit directement, soit indirectement, par l'intermédiaire de la nature.

Ce qui arrêta, et ce qui devait naturellement arrêter les progrès de cette secte théosophique, ce fut la réformation religieuse qui était déjà accomplie au commencement du dix-septième siècle. L'institution du protestantisme ayant paru suffisante pour l'état des esprits, force fut aux Rose-Croix de renoncer ou de surseoir aux réformes qu'ils avaient méditées, à cette médecine universelle qui devait guérir et consoler le monde. Ainsi la matière vint à manquer à l'œuvre de la confrérie, et c'est là, nous le croyons, la raison qui explique sa disparition subite. Après cette époque, il resta sans doute, comme il y aura dans tous les temps, des esprits adonnés individuellement aux spéculations théosophiques; mais, à dater de ce moment, il n'y eut plus, à proprement parler, de secte ou de confrérie des Rose-Croix. Quinze ans après la publication de leur manifeste, on ne parlait plus d'eux, et l'on était comme honteux d'avoir ajouté foi à leur existence. Lorsque, en 1630, Pierre Mormius tenta de les ramener sur la scène, les États-généraux de Hollande, auxquels il s'adressa, ne daignèrent pas même l'écouter. Il se trouva que l'Europe s'était débarrassée des Rose-Croix par l'indifférence et sans autre persécution que le ridicule. Or, pendant le même temps, les *Alombrados* étaient, en Espagne, dans tout l'éclat de leur règne, bien que l'inquisition n'eût cessé de les traquer et de les brûler en l'honneur de la foi. Un tel rapprochement aurait bien dû faire penser, dès cette époque, qu'en pareille matière il n'est rien de plus sage, de plus humain, ni de plus expéditif que la tolérance.

Dr LOUIS FIGUIER.

les objections (1). Vingt-huit soldats sont exposés à l'influence des effluves paludéennes en travaillant sur les bords d'un marais en Amérique; tous tombent malades, c'est la même cause; mais chez tous une maladie différente va se déclarer; 3 sont pris de choléra-morbus, 5 de dyssenterie, 4 de fièvre jaune, et les 16 autres de fièvre intermittente pernicieuse (2).

Ainsi la spécialité de la cause n'entraîne pas la spécialité d'affection. L'organisme affecté par la même cause morbide ne réagit pas toujours contre cette cause de la même manière.

Or s'il n'y a pas, entre ces maladies à expressions symptomatiques diverses, une même idée génératrice, ou, pour parler un autre langage plus vrai et plus philosophique, les mêmes conditions d'existence, qu'y a-t-il donc? On aura beau jeu sans doute pour attaquer le caractère vague de cette étiologie et contester la justesse de son point de départ à cause de l'obscurité de son point d'arrivée

Sans doute il y a dans leur manifestation extérieure un hiatus immense, une question insoluble quand on l'aborde isolément. Ces maladies ainsi étudiées, éparses, égrenées pour ainsi dire, détachées des conditions étiologiques spéciales où on les observe, de l'ensemble pathologique auquel elles appartiennent sont, pour nous servir d'une expression fort juste de M. J. Guérin, comme les lettres de l'alphabet qui ne disent rien par elles-mêmes; leur véritable signification, c'est le mouvement qui les anime, qui les fait se diversifier, se succéder, qui leur donne en un mot un langage.

Pour découvrir les causes de ces affections, pour bien les comprendre, il faut les étudier dans leur ensemble, dans les temps d'épidémies, temps solennels où ces états morbides se montrent sans déguisement, et qui sont, comme on l'a dit, la vie de ces maladies, à travers les différentes saisons, à toutes les époques de l'histoire, dans les diverses contrées du globe. Notre esprit ne saurait rien concevoir nettement sans des points de comparaison.

Si l'on trouve ces mêmes maladies se développant dans le même ordre, aux mêmes époques, au milieu des mêmes circonstances, dans des lieux distants les uns des autres, séparés par des barrières presque infranchissables, sous des climats tout opposés; si en outre de pareils exemples se rencontrent fréquemment au point de ne pouvoir être regardés comme des exceptions, on peut être en droit de conclure que ces maladies ont une origine commune; en effet, où est la puissance de cohésion, où est le ciment qui tient si fortement unies entre elles des maladies d'une apparence extérieure si diverse, de siéges si différents qui se produisent à des milliers de lieues de distance, sous des parallèles fort différents, et on peut encore moins douter de leur origine commune quand on apprend par l'histoire que ces sortes d'accouplements d'affections épidémiques, loin d'être fortuites, sont ordinairement communes et régulières et ont lieu suivant certaines règles de succession. Un fait aussi universel peut-il n'être qu'un accident, qu'un caprice?

Dans certaines localités les fièvres cessent tout à coup de sévir, mais elles payent cette immunité d'une épidémie de dyssenterie; celle-ci s'éteint à son tour pour faire place de nouveau aux fièvres. Tous les jours, en Algérie, nous voyons se produire ces phénomènes; dira-t-on que deux causes distinctes d'épidémie se sont développées dans ces localités? Le bon sens indique, au contraire, que ces deux ordres d'affection ont émané de la même source; seulement ces variétés pathologiques sont produites par certaines circonstances ambiantes, certaines conditions locales accidentelles ou organiques qui ont modifié l'influence morbide et qu'il eût été facile d'apprécier si, au lieu de se laisser guider par le kaléidoscope trompeur des formes extérieures, on eût considéré la marche fixe et régulière que ces groupes morbides affectent; on aurait vu ainsi que la chaîne des événements pathologiques, au lieu de se briser à chaque instant pour se raccrocher à je ne sais quelle étiologie, se dévide d'une manière continue autour d'une cause principale, et l'on n'eût pas été amené, en conséquence, à considérer dans chaque nouvelle saison, dans chaque nouvelle forme que prennent les maladies, des maladies nouvelles.

Ainsi les épidémies de dyssenterie n'apparaissent guère en Algérie qu'en septembre et en octobre, c'est-à-dire quand à une extrême chaleur, à la sécheresse, au vent du sud succèdent un vent du nord-ouest et une température plus froide et plus humide, ou lorsqu'au milieu des chaleurs de l'été, des variations atmosphériques brusques sont venues tout à coup surprendre l'économie au moment où elle y était le moins disposée. Refuser d'admettre cette théorie, c'est s'exposer à rapporter également une colique de plomb ou une salivation mercurielle survenue après un refroidissement à l'action exclusive du froid sans tenir compte de la part d'action que les miasmes saturnins ou mercuriels prennent à l'œuvre pathologique. Dans ce cas la cause occasionnelle est seule appréciée, la cause générale passe inaperçue, et par cela même reste souvent méconnue. Il importe donc, dans les recherches d'étiologie, d'attribuer aux causes générales primitives la prépondérance sur les causes particulières, consécutives, secondaires. Nous savons d'ailleurs que toutes les substances toxiques ont des organes d'élection sur lesquels se porte plus particulièrement leur action; or le foie, la rate, les intestins, tout le système de la veine porte sont les organes d'élection pour les miasmes marécageux; ils ont pour effet de concentrer les liquides sur ces viscères; dès lorsqu'un refroidissement survienne dans ces circonstances, comme en automne particulièrement, et vous verrez des rates énormes se développer, survenir l'hydropisie, l'œdème des membres inférieurs résultat de l'extrême embarras de la circulation abdominale; mais vous verrez en même temps et surtout se manifester les congestions hépatiques, atoniques ou inflammatoires, des abcès du foie ou bien des dyssenteries; alors les fièvres paludéennes deviennent rares.

Ainsi substitution d'une température froide à une température très-élevée, de l'humidité à la sécheresse, voilà les conditions avec lesquelles coïncide l'apparition des épidémies de dyssenterie, des hépatites dans les localités marécageuses de l'Algérie. Mais ces dernières causes ne suffisent pas seules à produire ces maladies; elles y concourent, y prennent une part active. Nous admettons leur efficacité en tant que causes prédisposantes ou occasionnelles. C'est là le caractère de leur intervention. Elles contribuent donc, ainsi que nous venons de le dire, à y prédisposer; elles en hâtent le développement, elles portent l'étincelle sur des éléments morbides prêts à faire explosion, elles impriment à ces maladies leur forme spéciale, le cachet de leur personnalité, mais elles ne les déterminent pas; car alors nous verrions ces formes morbides se montrer, d'une manière permanente, partout où règnent ces variations atmosphériques.

Il est clair maintenant que, pour avoir une mesure exacte de la part que les circonstances extérieures ont dans le développement de ces maladies, il faut les saisir dans leur succession, les étudier dans leur combinaison entière, rechercher, comme nous l'avons fait, la valeur générale étiologique de l'élément paludéen dans la production des groupes symptomatiques qui constituent les formes morbides dyssentériques, engorgements du foie, de la rate, fièvres paludéennes Or chacune de ces variétés est le résultat complexe: 1° de causes organiques, c'est-à-dire inhérentes à la nature même de l'individu; 2° de causes tenant au temps, aux lieux, aux circonstances particulières et apportant, dans leur mélange avec les causes fixes et universelles que nous avons signalées, une puissance d'action qui en modifie les effets.

Si les miasmes, d'une part, et les variations atmosphériques ou outres causes, de l'autre, ont chacun de leur côté signalé une forme réelle de la série étiologique, n'est-il pas possible, comme le dit fort bien M. J. Guérin, pour avoir une véritable pathogénie, de combiner ces deux éléments, de rapprocher la conception générale de l'un de l'observation particulière de l'autre, et de s'assurer ainsi de la part que chacun de ces éléments prend à l'œuvre pathologique, afin de pouvoir les classer, les hiérarchiser selon leur importance.

Mais, dira-t-on, à Bône et dans plusieurs localités de l'Algérie, les fièvres paludéennes sont plus graves que dans la province d'Oran, et cependant les dyssenteries et les affections du foie sont beaucoup plus rares; pourquoi, avec la même cause génératrice, cette différence dans les résultats? Nous répondrons que si les résultats ne sont pas les mêmes, c'est que les causes secondaires, c'est que les variations atmosphériques qui contribuent tant au développement des dyssenteries que Stoll disait: *Nunquam accidisse dyssenteriam vidi, nisi corpori sudore manenti admissum frigus fuerat*, ne sont pas les mêmes dans tous les pays, tous les ans et à toutes les époques de l'année, et c'est en conséquence de cette différence dans les mutations de la température des diverses localités que la maladie n'a pas lieu partout où règnent avec intensité les fièvres paludéennes, et qu'elle n'est pas chaque année à l'état épidémique.

La diathèse paludéenne consiste en une disposition vicieuse résidant dans toute la substance organique et qui est la cause prochaine des réactions pathologiques; celles-ci s'appellent fièvres intermittentes,

(1) Pour prévenir toute contradiction inutile, nous commencerons par reconnaître qu'il n'est pas impossible que la chaleur, les variations atmosphériques, les fatigues, exercent une influence étiologique réelle et puissante pour produire certains cas isolés de dyssenterie, d'hépatite, sans autre auxiliaire que leur action propre. Mais ce que nous soutenons, c'est que ces causes sont insuffisantes pour expliquer les épidémies de fièvres, de dyssenterie et d'hépatite qui sévissent tous les ans en Algérie.

(2) Johnson, cité par M. Andral.

hypérémie hépatique ou splénique, dyssenterie, selon qu'elles s'opèrent sur le système nerveux, le foie, la rate, les intestins. Dira-t-on qu'un même traitement convient à chacune de ces affections? Or la dyssenterie est un phénomène local, elle implique une maladie du gros intestin; il serait donc absurde de lui appliquer le même traitement qui conviendrait lorsque la cause épidémique a porté son action sur l'appareil hépatique ou le système nerveux, pour produire une hépatite ou une fièvre intermittente. Au reste, il peut arriver et il arrive parfois que la cause générale épuise son action en aboutissant chez l'un à une dyssenterie, chez l'autre à une maladie du foie. Ce sont, comme disait Broussais, des filles qui survivent à leur mère.

D'ailleurs nous voyons tous les jours les émanations saturnines, lorsqu'elles ont agi sur l'encéphale, produire soit une méningite aiguë qui, si elle ne cède pas aux émissions sanguines et autres moyens propres à la combattre, laisse après elle l'infiltration séreuse et l'injection vasculaire qui caractérisent la phlegmasie des méninges, soit des accidents nerveux apyrétiques, tels qu'un délire plus ou moins furieux, des accès d'épilepsie, des hallucinations sans phlegmasie des méninges et qui cèdent alors aux opiacés et à la valériane. Voilà donc une même cause morbide réclamant un traitement différent, lors même que son action se porte sur un même organe, selon les dispositions variées où se trouve l'organisme au moment où agit la cause morbifère; à plus forte raison donc, lorsque c'est sur un autre organe, sur l'intestin par exemple, que viendra s'épuiser l'effet toxique des émanations saturnines pour produire la colique de plomb.

Du moment qu'il est démontré que les miasmes paludéens sont la cause puissante des maladies qui ravagent nos possessions algériennes, il est naturel d'en conclure qu'en enlevant la source des effluves marécageux, on fait du même coup cesser ces maladies, *sublata causa tollitur effectus*. Que deviennent dès lors ces longues colonnes de chiffres de mortalité que les partisans du non-acclimatement ont étalées avec luxe devant les deux chambres, et dont ils cherchaient tant à nous effrayer? Il faut en convenir, elles ressemblent furieusement à ces squelettes de pendus que Louis XI laissait attachés aux potences pour faire peur à ses voisins de Plessis-les-Tours, avec cette différence cependant qu'elles n'ont produit aucune frayeur et que le bon sens public a bientôt compris leur peu de valeur pour l'avenir de notre colonie; car la mortalité actuelle, quelle qu'elle soit, ne pouvait certainement servir de base à l'évaluation de la mortalité future; et vouloir déterminer d'une manière stable et précise des phénomènes variables de leur nature, transitoires et amovibles à l'aide de l'opération inflexible et mécanique du calcul, c'était tenter l'impossible; les mathématiques ne savent rien des causes, elles ne peuvent s'en occuper; elles se bornent à calculer les effets en les additionnant. Sans doute ces considérations ne sont pas étrangères aux partisans du non-acclimatement; mais tout entiers à leurs calculs, à leurs plaidoyers *pro domo suâ*, ils n'ont pas eu le temps de voir les faits qui se déroulaient à côté d'eux sous leurs diverses faces, ou il les ont vus sans les regarder. D'ailleurs ils s'en défient comme Ulysse se défiait des syrènes.

Nous terminerons cet article, déjà un peu long, en disant que, pour s'assurer de la vérité de ces réflexions touchant l'unité de la cause génératrice de ces maladies, il suffit d'interroger les annales de la science et de réunir tout ce qu'à différentes époques l'esprit humain a su apercevoir et constater sur la cause réelle de ces maladies épidémiques. Or on en rencontre l'écho monotone et uniforme, sinon la rédaction parfaite, dans tous les écrits des plus célèbres médecins anciens et modernes, et il faut surtout distinguer entre les décrets mal digérés qu'enfante journellement la science, ces formules élevées, fruit d'observations sérieuses et longtemps continuées dans diverses localités plus ou moins éloignées et dûment consacrées par l'expérience. La doctrine que je m'efforce d'établir n'est donc à mes yeux que l'exposition plus nette d'une formule dont les germes sont partout et qui a été, sinon exprimée d'une manière régulière, du moins pressentie par tous ceux qui ont réfléchi et observé; et c'est particulièrement aux médecins qui ont habité les pays chauds et marécageux que s'est d'abord révélée la connaissance intime et rationnelle des causes qui gouvernent ces maladies. On les trouve écrites sur chacune de leurs pages. En toute science, d'ailleurs, les grandes questions, avant de devenir l'objet de l'attention publique, ont été révélées dans quelques livres où elles sont demeurées enfouies jusqu'à ce que leur jour soit venu.

Si donc MM. les critiques se fussent engagés dans l'étude du tableau que ces maladies ont offert aux épidémistes à diverses époques, en y mêlant les réflexions que leur examen attentif suggère, s'ils eussent suivi dans leur filiation logique et progressive ces diverses affections au lieu de les ranger pêle-mêle à la file les unes des autres, comme des tableaux aux murs d'un musée, ils seraient arrivés sûrement à assigner à l'étiologie (1) et à chacune des causes morbides leur rang, leurs véritables limites et l'importance relative de chacune d'elles, ainsi que les secours qu'elles se prêtent mutuellement, et ils n'eussent pas ainsi procédé dans leur analyse par ces doutes, ces interrogations vagues; ils eussent été certes en mesure de livrer des résultats positifs ou du moins des conjectures puissantes.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS

(Suite.)

III. REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

Les numéros de janvier, février et mars 1854 contiennent les mémoires originaux suivants: 1° *Mémoire sur l'influence exercée sur la variole par la vaccine pratiquée pendant l'incubation de la fièvre éruptive*; par M. Barthez. 2° *Du traitement de la fièvre typhoïde par les lotions vinaigrées*; par M. Van Dromme. 3° *Mémoire sur une tumeur emphysémateuse du crâne*; par M. Balassa. 4° *Étude sur l'action du caustique de Vienne et du chlorure de zinc*; par M. Girouard. 5° *Du traitement de la phthisie pulmonaire par les aspirations d'iode*; par M. Piorry. 6° *De la nature et du traitement de l'épilepsie*; par M. Robert Graves. 7° *Des kystes du jarret*; par M. Foucher. 8° *Des fistules osseuses interstitielles*; par M. Chassaignac. 9° *Luxation en avant de la phalangette du pouce*; par M. Sirus-Pirondi. (Luxation bien évidemment complète, facilement réduite.) 10° *Du traitement local de la pustule maligne*; par M. Salmon. 11° *De la fougère mâle employée dans le traitement du ténia*; par M. R. Christison. 12° *Nouvelles observations de cysticerques développés sous la conjonctive de l'œil humain*; par M. Sichel. (Deux nouvelles observations peu différentes de celles qui ont déjà été publiées par l'auteur sur le même sujet.) 13° *Cas de fractures et de luxations des vertèbres cervicales*; par M. L. Chapel. 14° *Note sur dix-huit opérations de hernies étranglées*; par M. Vancann. (18 opérations, 13 guérisons.)

MÉMOIRE SUR UNE TUMEUR EMPHYSÉMATEUSE DU CRANE; par M. J. BALASSA.

Le mémoire de M. Balassa est surtout intéressant par l'observation qui s'y trouve rapportée et qui, du reste, n'avait pas besoin de longs commentaires. La voici en abrégé:

OBS. — Malade âgé de 16 ans, entré à l'hôpital pour une tumeur située à la moitié droite du crâne et offrant une fois et demie le volume du poing. Cette tumeur a commencé à se développer dans la région temporale il y a cinq ans. A la même époque, le malade avait remarqué une dépression de l'os sous le cuir chevelu de la région rétro-auriculaire; et un peu plus tard une tumeur analogue à celle de la tempe s'était développée sur l'os pariétal. Enfin, après quatre ans révolus, les tumeurs prenant toujours un développement plus marqué, on consulta un médecin qui les ouvrit avec l'instrument tranchant. Il n'en sortit que du sang mêlé d'air. La tumeur s'affaissa d'abord, pour reparaître peu de temps après.

Les renseignements et le son tympanique que rendait la tumeur à la per-

---

(1) Prétendre que le rapport de la mortalité des Européens en Algérie restera ce qu'il est aujourd'hui n'est pas logique. Pour que la conclusion soit légitime, il faudrait que les circonstances qui existent aujourd'hui existassent toujours. Or l'étude et l'appréciation des faits constatent jusqu'à ces dernières années une mortalité de moins en moins considérable, à raison des travaux de culture. N'est-il pas naturel de penser que ce pays deviendra de plus en plus habitable pour l'espèce humaine, de plus en plus avantageux pour sa conservation par l'action même de l'homme qui cultive et assainit l'enveloppe d'air qui recouvre la terre? et l'expérience de tous les jours vient confirmer ce résultat. Ainsi Hérodote observe que l'Égypte était dans le temps de sa splendeur un pays très-sain, dont la plupart des habitants parvenaient, sans infirmité, à un âge très-avancé. La Perse, dont la population était étonnante, connaissait à peine les épidémies. On observe aujourd'hui le contraire dans ces contrées qui sont presque désertes en comparaison de ce qu'elles étaient anciennement. Les Volsques, qui sont les premiers peuples qui habitèrent d'une manière permanente, les marais Pontins, étaient parvenus par la culture à rendre ce pays fertile et sain; plus tard, traversés par cette magnifique voie appienne, ils étaient couverts de jardins superbes et de brillantes maisons de campagne; l'air y était aussi pur que sur les montagnes de Tivoli. Les faits de ce genre sont innombrables, et en rapporter cent ou en rapporter dix reviendrait à peu près au même: on ne peut leur échapper, en éluder la signification propre.

cussion ne laissèrent aucun doute sur la nature de la maladie. M. Balassa supposa qu'elle avait été produite par la perforation de l'apophyse mastoïde, et que l'air arrivait du pharynx dans la trompe d'Eustache, dans l'oreille moyenne, les cellules mastoïdiennes, et finalement sous les téguments du crâne. L'oreille du chirurgien appliquée sur celle du malade entendait un bruit continu pendant qu'on exerçait une pression interrompue et saccadée sur la tumeur. Le bruit cessait dès que la pression était suspendue.

Le malade avec un effort d'expiration un peu continu, la bouche et le nez fermés, parvenait aisément à distendre la tumeur à un haut degré.

En explorant la surface de l'os, on reconnaissait surtout aux limites de la tumeur de nombreux ostéophytes qui rendaient cette surface inégale au toucher et onduleuse. La perforation de l'apophyse mastoïde n'était pas simple, mais multiple et comme criblée. Les deux tumeurs étaient séparées par l'insertion du temporal, et la compression exercée sur l'une d'elles ne déterminait pas une plus forte distension de l'autre.

M. Balassa résolut de traiter la maladie en remplissant l'indication suivante : établir aux téguments une ouverture permanente de nature à donner un passage libre à l'air de l'intérieur à l'extérieur. Après avoir hésité entre la perforation de la membrane du tympan et celle de la partie inférieure de la tumeur, il opta avec raison pour cette dernière opération.

En conséquence, une ouverture d'un pouce et demi fut pratiquée près du bord inférieur de la tumeur. L'air s'échappa immédiatement. Pour tenir la plaie ouverte et pour établir un passage permanent de l'air à l'extérieur, une couche de gutta-percha fut introduite dans la plaie. En même temps la compression fut faite sur la tumeur.

Mais bientôt une inflammation violente se développa dans la partie malade. Tout le pansement dut être enlevé. Les cavités anormales suppurèrent abondamment. Le pus s'échappait par la plaie, par l'oreille et même par la bouche. La fièvre survint. Mais cet état ne fut pas de longue durée. La suppuration diminua peu à peu, la fièvre tomba, la plaie se rétrécit vite et se ferma dans la cinquième semaine après l'opération.

Les parois de la tumeur adhérèrent fortement à l'os. La guérison fut complète.

Ainsi rien n'a manqué dans cette remarquable observation : le diagnostic a été porté avec une précision qui ne laisse rien à désirer ; le traitement a été institué suivant les données les plus rationnelles. Le succès est venu couronner les tentatives du chirurgien. Seulement M. Balassa a eu le tort de donner son observation comme sans exemple dans la science. Il en existe d'autres, moins complètes il est vrai, mais dont il aurait pu utilement rapprocher la sienne.

DES KYSTES DU JARRET ; par M. FOUCHER, aide d'anatomie.

Des recherches modernes de MM. Gosselin, Malgaigne, Velpeau, et de l'auteur du mémoire que nous avons sous les yeux, il résulte qu'on peut jusqu'à plus ample informé admettre quatre variétés de kystes du jarret :

1° L'hydropisie des synoviales tendineuses qu'on pourrait par analogie appeler le *ganglion* du creux poplité ;

2° La dilatation des follicules synovipares ou kystes folliculaires ;

3° La hernie de la synoviale articulaire ou kyste synovial proprement dit ;

4° Le kyste séreux libre, comprenant deux espèces : le kyste primitivement et le kyste consécutivement libre.

C'est à la première et à la seconde variété que se rapportent les deux faits relatés par M. Foucher : ce sont des kystes étudiés sur le cadavre, dont on a pu par conséquent déterminer d'une manière exacte le siége et la provenance.

OBS. I. — Dans la première observation, il s'agit d'une femme ayant dans le creux du jarret un kyste du volume d'un petit œuf de poule. Ce kyste reposait sur la face postérieure du condyle interne du fémur, et s'avançait entre les tendons des muscles jumeau interne et demi-membraneux.

La tumeur tenait par sa face profonde à la capsule fibreuse du condyle interne, en communiquant avec l'articulation par une petite fente d'un centimètre de longueur. Il contenait une matière d'un jaune citrin ressemblant à de la gelée de pomme. La synoviale du genou ne présentait aucune trace de liquide.

Le creux du jarret du côté opposé contenait un kyste semblable, situé, comme le premier, entre les tendons des muscles demi-membraneux et jumeau interne, dont il occupait la synoviale. Celle-ci, en effet, existe toujours à l'état normal, sous forme de cavité séreuse, ovoïde, tantôt unique, tantôt divisée en deux parties, l'une attenante au jumeau interne et l'autre au demi-membraneux.

OBS. II. — Dans la seconde observation, une tumeur molle, fluctuante, arrondie, du volume d'un œuf de pigeon, était située dans le creux poplité gauche, chez une femme de 50 ans ; elle reposait sur le condyle externe du fémur, adhérait à sa capsule fibreuse et retombait dans le creux du jarret, entre les vaisseaux poplités et la face postérieure du fémur. Sa dissection montre que c'était un kyste tenant, par un pédicule non perforé, à la capsule articulaire. Ce pédicule arrivait jusqu'à la synoviale articulaire. La synoviale contenait, en avant de l'insertion tibiale des ligaments croisés, un amas de follicules.

Cette disposition a fait présumer à M. Foucher que le kyste du jarret n'était autre chose que l'hypertrophie et la dilatation ampulliforme d'un de ces follicules.

DES FISTULES OSSEUSES INTERSTITIELLES ; par M. CHASSAIGNAC, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.

La tendance du système osseux à se refermer, malgré la rigidité de son tissu, sur les espaces vides qui se forment accidentellement dans son sein, est bien connue des chirurgiens ; mais cette tendance, quel que générale qu'elle soit, offre cependant des exceptions.

C'est sur ces exceptions, méconnues jusqu'à ce jour, ou tout au moins mal définies, que M. Chassaignac est venu appeler l'attention des observateurs.

Les fistules osseuses interstitielles ne sont autre chose que les espaces à parois solides que laissent après eux certains séquestres, espaces qui, sous l'influence de causes diverses, n'ont aucune tendance à se combler. Elles ne constituent donc en quelque sorte qu'une affection consécutive ; elles sont le résultat de lésions antérieures. C'est une configuration vicieuse, et pour ainsi dire une maladie de la forme.

Ces fistules s'observent surtout vers la partie inférieure de la jambe, dans le tibia ; elles peuvent siéger partout ailleurs, mais en général elles n'affectent que les os d'un certain volume, et le tibia plus particulièrement.

Elles sont presque toujours la suite de fractures compliquées, avec écrasement de l'os, esquilles et suppuration prolongée.

M. Chassaignac a observé cinq cas de fistules osseuses.

OBS. I. — Chez un premier malade, mort à la suite d'un phlegmon diffus, une petite fistule, qui s'ouvrait et se fermait alternativement, conduisait à une excavation spacieuse, à parois régulières, complétement exemptes de fongosités, de séquestre, en un mot de toute altération osseuse. Cette excavation avait succédé à une fracture compliquée d'esquilles, qui avaient été éliminées complétement, sans que la cavité qui les contenait fût revenue sur elle-même. Cette cavité avait des parois excessivement épaisses, et dont par conséquent le retrait ne pouvait se faire que difficilement.

OBS. II. — Chez un autre malade, la cavité interstitielle était consécutive à une amputation de cuisse. L'os du moignon s'étant nécrosé, on enleva le séquestre. Néanmoins il resta une fistule qui conduisait le stylet dans une excavation. La malade ne guérit qu'après la resection de la partie ainsi encavée.

OBS. III. — Dans un autre cas, c'est à la suite d'une fracture compliquée, consolidée vicieusement, que se forma une vaste ampoule, à parois épaisses, qui persista après l'élimination des esquilles qu'elle avait primitivement contennes. On fit la resection de la paroi antérieure de l'ampoule.

OBS. IV. — Un quatrième malade avait une fistule du grand métacarpien. Les mouvements du pouce et des métacarpiens étaient presque normaux. Deux orifices fistuleux aboutissaient à une vaste ampoule. L'os paraissait comme soufflé. Aucune apparence de carie ni de fongosités intérieures.

OBS. V. — Enfin, dans le cinquième cas, il s'agit encore d'une ampoule osseuse consécutive à une fracture.

Chez tous ces malades et chez un certain nombre d'autres sur lesquels M. Chassaignac n'a pas cru devoir donner les mêmes détails, l'affection a présenté la même physionomie : altération de la forme de l'os, comparable jusqu'à un certain point avec le fonctionnement régulier de l'organe ; suppuration incessante ; quelques poussées inflammatoires à différents intervalles ; pas de tendance à la guérison.

Le traitement conseillé consiste dans l'excision d'une portion des parois de la cavité accidentelle. Il est bien entendu que le mode opératoire doit varier suivant le siége et la forme de l'altération.

Nous ajouterons, avec toute la réserve nécessaire dans une question aussi peu étudiée au point de vue pratique, qu'avant de se décider à faire l'excision de l'os, on pourrait essayer de rapprocher les parois de l'ampoule au moyen de la compression. Peut-être réveillerait-on par ce moyen simple la tendance au retrait, que nous ne croyons pas devoir être jamais complétement anéantie dans les cavités osseuses une fois dégagées de toute complication.

Enfin nous ferons remarquer que les fistules osseuses de la face font généralement exception aux lois posées par l'auteur. M. Pétrequin a démontré, dans sa CLINIQUE CHIRURGICALE, qu'elles reconnaissaient com-

munément pour cause une maladie dentaire. On comprend l'importance, dans ce cas, d'un diagnostic précis : « Quand on voit, dit M. Pétrequin, Delpech lui-même méconnaître la nature de ces lésions ; quand M. Serre (d'Alais) nous apprend que, dans un cas de ce genre, on pratiqua la resection d'une partie de la mâchoire sans guérir la fistule, et que, dans un autre, on amputa partiellement cet os, tandis que *l'avulsion simple d'une dent eût suffi*. » (Pétrequin, CLINIQUE CHIRURGICALE, p. 32).

IV. BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

Les numéros du premier trimestre de 1854 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Des hémorrhagies périodiques qui compliquent les suites des opérations chirurgicales, et de l'utilité de leur traitement médical*; par M. Bouisson (de Montpellier). 2° *Fièvres intermittentes traitées par la méthode de Bartella*; par M. Aran. 3° *De l'épidémie cholérique au point de vue thérapeutique*; par MM. Briquet et Goupil. 4° *Cas de pertes séminales nocturnes traitées par la digitaline*; par M. Laroche. 5° *Nouvelle méthode et nouvel appareil pour le traitement des fractures du membre supérieur*; par M. Dauvergne. (Premier article.) 6° *Essai sur quelques succédanés du quinquina*; par M. Delioux. (La conclusion de ce travail est la démonstration de la supériorité du quinquina sur tous ses nombreux succédanés.) 7° *Du varicocèle chez la femme et de son traitement*; par M. Morpain. 8° *Méthode curative nouvelle de la chute de l'utérus*; par M. Desgranges. (Extrait du mémoire publié par la GAZETTE MÉDICALE.) 9° *De l'action thérapeutique de l'électrisation localisée dans le traitement des paralysies consécutives à l'hémorrhagie cérébrale*; par M. Duchenne (de Boulogne). (Travail non terminé.)

DES HÉMORRHAGIES PÉRIODIQUES QUI COMPLIQUENT LES SUITES DES OPÉRATIONS CHIRURGICALES, ET DE L'UTILITÉ DE LEUR TRAITEMENT MÉDICAL; par M. BOUISSON.

Après quelques considérations générales sur les causes variées des hémorrhagies traumatiques, l'auteur arrive à l'espèce qu'il a plus particulièrement pour but de faire connaître, celle qui revêt la forme intermittente.

Les hémorrhagies traumatiques intermittentes ont déjà été étudiées. Sanson en a rapporté une observation dans sa thèse déjà ancienne, et à Montpellier elles existent depuis longtemps dans la tradition clinique, sans toutefois que rien ait été publié de précis sur ce point.

M. Bouisson fait remarquer avec raison que certains pays doivent favoriser le développement de la maladie, et qu'il n'est pas étonnant qu'à Paris, par exemple, où la fièvre intermittente est extrêmement rare, les hémorrhagies périodiques soient à peu près inconnues.

Le mémoire de M. Bouisson contient quatre observations. Chez tous ses malades, il était impossible d'attribuer l'hémorrhagie à des causes locales, telles que la chute prématurée d'une ligature, l'inflammation de la plaie, etc., ni aux causes générales habituelles, telles que la faiblesse du sujet, une disposition héréditaire, une déviation fluxionnaire, etc. D'un autre côté, chez tous l'hémorrhagie a revêtu un type intermittent bien caractérisé, et chez quelques-uns il y a eu un véritable accès fébrile concomitant, avec frisson, chaleur et sueur. Enfin, ce qui est comme le couronnement du diagnostic, ce qui ne laisse aucun doute sur la nature de la maladie, c'est l'heureux effet du sulfate de quinine qui a suffi, dans tous les cas, pour arrêter l'hémorrhagie.

DU VARICOCÈLE CHEZ LA FEMME ET DE SON TRAITEMENT; par M. A. MORPAIN.

Dans un autre travail, M. Morpain a déjà consigné quelques recherches anatomiques intéressantes sur le varicocèle chez la femme, maladie peu connue et trop négligée jusqu'à ce jour. Ce second mémoire a une portée plus pratique : il contient deux observations de malades qui ont été traitées et guéries de cette affection, l'une par M. Debout, l'autre par M. Huguier.

La malade de M. Debout fut soumise aux frictions mercurielles et à la compression de la vulve au moyen d'un bandage en T un peu serré. Il y eut une grande amélioration, et la malade, qui auparavant avait beaucoup de difficulté à marcher, put reprendre ses occupations.

Chez la malade de M. Huguier une opération fut jugée nécessaire. Une première fois M. Huguier comprit dans une ligature faite avec deux fils de laiton les veines variqueuses qui rampaient dans la partie supérieure de la grande lèvre droite, la seule malade. Cette opération ne fut suivie d'aucun résultat; les veines s'affaissèrent, mais la tumeur ne subit qu'une légère diminution. Une seconde ligature fut appliquée sur la partie inférieure; il s'ensuivit de l'œdème de la grande lèvre; la peau s'ulcéra et la ligature tomba. Bientôt tous les accidents disparurent, les veines s'affaissèrent, et la grande lèvre revint peu à peu à ses dimensions normales.

Si nous ne nous trompons, c'est là une application chez la femme de l'opération de l'enroulement imaginé par M. Vidal pour le traitement du varicocèle de l'homme. Le succès obtenu par M. Huguier n'est pas de nature à éloigner les chirurgiens de ce procédé opératoire ; mais il ne faudrait pas qu'il leur fît oublier que l'on possède d'autres moyens plus simples et aussi efficaces.

DEUX CAS DE FIÈVRES INTERMITTENTES, TIERCE ET QUARTE, TRAITÉES AVEC SUCCÈS D'APRÈS LA MÉTHODE DE BARTELLA; par M. ARAN.

Il ne s'agit ici ni d'un succédané nouveau du quinquina ni d'une méthode nouvelle à proprement parler, mais d'un moyen économique d'administrer le quinquina en en atténuant les doses, sans en diminuer l'efficacité.

La méthode de Bartella, que l'auteur de cette petite note s'est proposé d'expérimenter, consiste à associer au sulfate de quinine une quantité égale d'acide tartrique, de manière à former deux où trois doses de la quantité de sulfate de quinine, qui, prise seule, n'eût suffi que pour une dose. Voici deux des faits dans lesquels M. Aran a expérimenté avec succès ce mode d'emploi de l'antipériodique.

OBS. I. — Un jeune homme de 24 ans a été amené à l'Hôtel-Dieu, ayant une fièvre tierce. Il avait en déjà trois accès d'une violence extrême, et avançant tous les jours d'une heure ou d'une heure et demie. Le quatrième accès, qu'il eut à l'hôpital le jour de son entrée, fut aussi intense que les autres et dura en tout quatre heures, compris le stade de chaleur. Un autre accès semblable, mais avançant sur le précédent, comme les premiers, eut lieu encore le surlendemain. M. Aran prescrivit alors 60 centigrammes de sulfate de quinine et autant d'acide tartrique, à prendre en deux fois, à demi-heure d'intervalle. L'accès parut; mais le frisson fut peu intense, et la période de chaleur et de sueur ne dura que trois quarts d'heure. Nouvel accès deux jours après, à la même heure, mais sans frisson ni sueur; un peu de chaleur et de céphalalgie seulement pendant trois quarts d'heure. Seconde dose de sulfo-tartrate de quinine (40 centigr. de chaque). L'accès manqua complètement à dater de ce moment.

OBS. II. — Un jeune homme de 19 ans, ayant déjà eu une fièvre tierce quatre ans auparavant, fut pris, vers la fin de l'été, d'une fièvre qui se manifesta d'abord sous le type tierce. Coupée après un mois et demi, par l'administration de la centaurée, la fièvre reparut quinze jours après, mais cette fois sous le type quarte. Entré à l'Hôtel-Dieu, en proie à cette fièvre depuis plus de trois semaines, il y eut encore successivement deux accès à trois jours d'intervalle. Dans l'intervalle, on avait constaté l'augmentation de volume de la rate, qui avait de 16 à 18 centimètres de long. Le teint était pâle, cachectique; le malade était très-affaibli. Après le deuxième accès, M. Aran prescrivit 1 gramme de sulfate de quinine et pareille dose d'acide tartrique, à prendre en trois fois, à une heure d'intervalle. L'accès suivant manqua à son tour, et ne revint plus à partir de ce moment.

Ainsi 1 gramme de sulfate de quinine, avec addition d'égale quantité d'acide tartrique, donné en deux fois dans le premier cas et en une seule fois dans le second, ont suffi pour faire disparaître des accès rebelles. Il est seulement à regretter que les malades n'aient pas été suivis assez longtemps pour s'assurer s'il n'y a pas eu plus tard de récidive.

CAS DE PERTES SÉMINALES NOCTURNES, TRAITÉES AVEC SUCCÈS PAR L'EMPLOI DE LA DIGITALINE; par M. LAROCHE.

La digitaline, déjà préconisée récemment et employée avec succès, au dire de plusieurs praticiens, dans des cas de pertes séminales nocturnes, a donné, entre les mains de M. le docteur Laroche, un résultat qui mérite d'être mentionné.

OBS. — Un jeune homme de 18 ans lui fut présenté il y a quelques mois pour être traité de pertes séminales nocturnes. Sa maladie lui était subitement survenue deux mois auparavant. Depuis vingt jours, les pollutions n'avaient pas fait défaut une seule nuit. La constitution de ce jeune homme en avait subi de fâcheuses conséquences; ses forces étaient anéanties, l'appétit avait complètement disparu, et le sommeil était troublé par des cauchemars pénibles.

M. Laroche prescrivit trois granules de digitaline (une granule équivant à un grain de poudre de cette plante). La nuit même qui suivit l'administration de ce médicament, la pollution fit défaut pour la première fois. Il en suivit une le douzième, puis le trentième, et depuis elles ont complètement disparu.

Le traitement a été suivi pendant quarante-cinq jours.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 2 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

OPÉRATION CÉSARIENNE.

M. VELPEAU présente, au nom de M. le professeur Stoltz (de Strasbourg), la relation d'une opération césarienne pratiquée pour la seconde fois sur la même femme avec un succès complet.

Ce mémoire doit être prochainement suivi d'un autre qui en formera le complément.

CHOLÉRA.

M. BOUBÉE prie l'Académie de vouloir bien admettre au concours, pour le prix du legs Bréant, un opuscule qu'il a publié sur le choléra-morbus, et qu'il adresse en double exemplaire, avec un exemplaire du n° 20 du journal LA RÉFORME AGRICOLE, dans lequel il a consigné de nouvelles observations relatives à la marche géologique du choléra.

Les conclusions auxquelles l'avaient conduit ses observations, dans les épidémies de 1832 et 1848, et dont il avait entretenu alors l'Académie, ont été, dit-il, justifiées par les observations faites en 1854. Il appelle particulièrement l'attention sur le fait suivant :

La vallée de l'Ariége est remplie par un terrain diluvien très-puissant qui, sur divers points, acquiert un très-large développement et une grande profondeur. Elle se trouve ainsi, plus que beaucoup d'autres vallées pyrénéennes, dans les conditions qui favorisent particulièrement le développement de l'épidémie; et en effet, le choléra s'est appesanti sur l'Ariége, et il y exerce en ce moment de cruels ravages, surtout à Pamiers et à Saverdun, qui sont les points où le terrain diluvien offre le plus grand développement, et aussi dans le vallon de Barguillières, un peu au-dessus de Foix, vallon rempli par de puissants dépôts alluvionnaires; à Arnaulac, village bâti sur un massif de terrain diluvien, etc.

A une époque où il n'était pas encore question de l'invasion du choléra dans l'Ariége, dit l'auteur, j'avais indiqué les villes de Foix et d'Ax comme devant, à raison de la constitution géologique du sol sur lequel elles reposent, échapper à ce fléau. J'avais aussi indiqué Bagnères-de-Luchon et Saint-Bertrand-de-Comminges, dans le centre des Pyrénées, ainsi que Baréges et Cauterets, comme ne pouvant pas être atteints; or bien que l'épidémie paraisse se répandre, sur beaucoup de points, tout à l'entour des Pyrénées, et jusqu'au sein de ces montagnes, je ne crains pas de répéter avec assurance que ces villes et toutes celles qui reposent sur des rochers compactes, et surtout sur des rochers appartenant aux terrains de granite et de micaschiste, seront complétement préservées, quelque faible que soit leur altitude au-dessus de la mer. Je ne crois pas m'abuser en disant qu'il y aurait à faire, de ces remarques, une application utile dans le choix des emplacements destinés à l'établissement des hospices, des casernes, des prisons, toutes les fois qu'on est libre de placer ces grands établissements sur un point ou sur un autre.

EFFETS DE LA PRESSION DU DIAPHRAGME DANS LES INHALATIONS DU CHLOROFORME.

M. GIRAUDET adresse sur ce sujet la note suivante :

L'examen des modifications qu'éprouve la respiration des individus soumis à l'influence du chloroforme, et la discussion de plusieurs des cas dans lesquels l'inhalation a causé la mort, ont porté M. Girandet à soupçonner que des circonstances accessoires, et qu'on avait pu regarder comme presque indifférentes, avaient eu souvent les plus fâcheux effets. Il avait vu qu'à un certain degré de l'anesthésie, la respiration s'opérait sous l'influence presque seule du diaphragme; il pensa, en conséquence, que tout ce qui pourrait entraver es mouvements de ce muscle arrêterait complétement le jeu des poumons et amènerait une asphyxie promptement mortelle. C'est dans le but de vérifier ces inductions qu'il a entrepris les expériences qui font l'objet de cette note.

Mes premières expériences, dit l'auteur, ont été faites sur trois lapins âgés de 5 mois, d'une parfaite santé et dont le cœur donnait en moyenne 110 pulsations par minute. Soumis ensemble à l'inhalation progressive du chloroforme pendant cinq à six minutes, tous ont présenté les symptômes habituels jusqu'à l'anesthésie complète; le nombre des inspirations, qui était de 70 au commencement de l'opération, s'éleva jusqu'à 110 pendant l'application du chloroforme. J'abandonnai un des lapins aux effets ordinaires de la chloroformisation; sur les deux autres, je pressai la paroi abdominale de manière à entraver le jeu du diaphragme. Au bout de quatre-vingts secondes de cette pression lente et modérée, il n'y avait plus de mouvements respiratoires, le cœur donnait encore quelques impulsions qui cessèrent promptement; j'essayai d'en rappeler un à la vie par les moyens habituels, insufflation, frictions, etc., mes efforts furent complétement nuls.

A l'ouverture de la poitrine, je trouvai les poumons presque imperméables et cependant exempts de toute trace d'engorgement ou d'hépatisation; une légère odeur de chloroforme s'en échappait; le sang, dans les artères, était très-fluide et presque noir; au bout de vingt-quatre heures il conservait encore sa fluidité; pas de traces de coagulation, ni dans les cavités droites du cœur ni dans l'aorte.

Voulant m'assurer d'une manière irréfragable si la mort dépendait de la gêne apportée au jeu du diaphragme, je recommençai un grand nombre d'expériences sur des chiens jeunes et adultes. Ces animaux, soumis à l'inhalation du chloroforme, étaient insensibles au bout de quatre à cinq minutes; chez tous, le nombre des aspirations, qui dès le début variait de 18 à 25 par minute, s'élevait à la fin de l'inhalation à 30 et 35 : chez les plus jeunes, on pouvait en compter jusqu'à 50 par minute. Les mêmes phénomènes observés sur les lapins se reproduisirent exactement, et, à l'ouverture du corps, nous ne découvrîmes aucunes traces d'altération dans le tissu du poumon; le sang était également noir et fluide. Sur l'un de ces chiens, je parvins à lier les nerfs phréniques; les effets en furent immédiats, instantanés : plus de mouvements respiratoires; le cœur ne cessa ses impulsions qu'au bout de trois minutes, la mort était réelle.

Pour expérimenter sur des oiseaux chloroformés, il suffit de les comprimer légèrement entre les mains, de manière cependant à empêcher la libre dilatation du thorax; la mort est plus prompte encore que chez les quadrupèdes.

Lorsqu'on met en rapport ces expériences et les relations d'accidents mortels observés chez l'homme, on est frappé en voyant que la plupart des individus morts pendant de légères opérations, telles que l'avulsion d'une dent, étaient habillés, serrés dans des corsets ou des vêtements trop étroits, et que souvent de fortes pressions avaient été exercées sur la base du thorax; chez toutes ces victimes, on a noté des suffocations, la faiblesse des inspirations et leur augmentation insensible, la petitesse du pouls, la pâleur, etc. On a cherché différentes explications pour ces accidents : celle qui les considère comme le résultat d'une asphyxie me paraît suffisamment établie par les expériences que je viens de rappeler.

CONCLUSIONS.—1° Toutes les causes qui peuvent gêner le jeu du diaphragme chez les animaux soumis à l'action du chloroforme amènent la mort très-promptement.

2° La ligature des nerfs phréniques détermine des accidents mortels plus promptement encore.

3° Il y a altération primitive de la fonction respiratoire, changement de rhythme et de caractère, sous l'influence du chloroforme.

4° Les pressions exercées sur le thorax me paraissent offrir le plus grand danger chez les individus soumis à l'action du chloroforme.

5° De tous les moyens proposés pour rappeler à l'existence les animaux sur lesquels j'ai produit à volonté la suspension de la vie, aucun n'a été suivi de succès; les courants électro-magnétiques seuls m'ont donné quelques résultats satisfaisants.

6° J'ai employé l'électro-magnétisme soit au moyen d'aiguilles implantées dans le diaphragme, soit en établissant un courant à travers un des nerfs phréniques.

SÉANCE DU 9 OCTOBRE.

CURE RADICALE DES HERNIES PAR LES INJECTIONS IODÉES; NOUVEAU PROCÉDÉ POUR LA PONCTION DU SAC.

M. MAISONNEUVE fait à l'Académie une communication qui a pour objet un procédé chirurgical très-simple, mais qui n'en paraît pas moins offrir un grand intérêt pour la question si importante de la cure radicale des hernies.

Lorsqu'en 1837 M. Velpeau démontra la possibilité d'obtenir la cure radicale des hernies par les injections iodées, on put croire un instant que cette méthode, à la fois si efficace et si exempte de dangers, deviendrait bientôt d'un usage général; il n'en fut rien cependant. Une simple difficulté de détail, relative à l'introduction de l'instrument dans la cavité du sac herniaire, suffit pour arrêter le chirurgien dans cette voie nouvelle.

Dix-sept ans plus tard de nouveaux essais furent tentés par M. Jobert, et le résultat définitif en fut des plus satisfaisants. Mais les moyens d'exécution étaient restés absolument les mêmes que ceux employés par M. Velpeau; de sorte que les mêmes raisons qui avaient une première fois empêché les praticiens de suivre la voie ouverte par l'illustre professeur de la Charité, les empêchèrent encore d'imiter l'exemple du chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Et cependant chacun sentait qu'il n'y avait plus qu'un pas à faire pour que cette méthode féconde de la cure radicale des hernies par les injections iodées fût définitivement acquise à la chirurgie pratique. C'est alors que M. Maisonneuve conçut l'idée du procédé suivant :

Premier temps. Etant donnée une hernie scrotale, M. Maisonneuve commence par refouler les viscères dans l'abdomen, puis, saisissant entre le pouce et l'index de la main gauche la partie moyenne du scrotum dans lequel se trouve le sac herniaire vide, il transperce perpendiculairement le tout avec un trocart long et mince qu'il enfonce jusqu'à sa base et dont il retire immédiatement le mandrin.

Deuxième temps. Comme les parties pressées entre le pouce et l'index n'ont guère qu'une épaisseur d'un centimètre, la tige presque tout entière du trocart fait saillie en dehors des tissus. Alors, à l'aide de tractions douces et de pressions modérées, M. Maisonneuve étale sur toute la longueur de la canule la peau du scrotum et les parois du sac qu'elle renferme; de sorte que le trou d'entrée et le trou de sortie deviennent le plus écartés possible, et que

par conséquent la tige de l'instrument parcourra la cavité du sac dans son plus grand diamètre transversal.

Pour plus de sécurité, on peut encore engager le malade à faire descendre momentanément sa hernie : ce qui complète l'écartement des parois du sac et refoule celui-ci contre les téguments.

Troisième temps. Pendant qu'avec le pouce et l'index de la main gauche l'opérateur maintient les parties molles du côté du trou de sortie, il retire doucement la canule, jusqu'à ce que son extrémité rentre dans la peau des bourses et arrive dans l'intérieur du sac. On reconnaît sans peine cette circonstance capitale à la facilité qu'on éprouve à faire mouvoir la pointe de l'instrument dans la cavité libre du sac herniaire.

Dès lors il ne reste plus qu'à pratiquer l'injection d'après les préceptes posés par M. Velpeau, préceptes auxquels M. Maisonneuve croit n'avoir rien à ajouter.

Malgré sa complication apparente à la lecture, rien n'est plus simple que ce procédé dans son exécution. Il suffit de s'y exercer un instant sur un sachet quelconque, pour en comprendre le mécanisme et s'assurer de sa rigoureuse certitude.

Les applications récentes qui viennent d'en être faites sur le vivant par M. Maisonneuve, et sur ses indications, par M. le docteur Follin, n'ont rien laissé à désirer et lui font espérer que ce simple perfectionnement suffira pour vulgariser en peu de temps une opération qui promet d'être une des belles conquêtes de la chirurgie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 10 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. JOBERT (DE LAMBALLE).

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Deux rapports finals de M. Mouret, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Yssingeaux, sur une épidémie de variole qui a régné dans les communes de Valprivas et de Saint-André-Chalençon ;

2° Une caisse renfermant les produits d'évaporation des eaux de Plombières ;

3° Des recettes de remèdes contre le choléra.

— M. Renault, directeur de l'École d'Alfort, informe l'Académie que la distribution des prix et diplômes aux élèves de l'École vétérinaire aura lieu jeudi prochain 12.

CHOLÉRA.

M. Girard, correspondant à Auxerre, adresse un rapport sur l'invasion et la marche du choléra dans l'asile d'Auxerre.

Des faits observés par M. Girard, il résulte :

1° Que les conditions hygiéniques, et parmi elles celles qui ont trait à la quantité d'air, à l'espace et à la ventilation, jouent un rôle important comme moyens préventifs ;

2° Que le choléra s'est toujours manifesté par des symptômes prémonitoires, qu'un traitement rationnel a suffi pour arrêter 89 fois sur 92.

— M. Dumas, de Villegailbeuc (Aude), donne quelques renseignements sur la méthode de traitement qu'il a opposée à l'épidémie qui vient de sévir dans cette localité.

— M. Golleaume, médecin à Chatenay, écrit qu'il a retiré les plus grands services, dans le traitement du choléra, de l'usage d'une plante qui jusqu'ici n'est point entrée dans le domaine de la pratique, la renouée des oiseaux (*polygonum aviculare*).

— M. Blau, médecin des eaux du Langenberg, dit avoir réussi à déconvrir des préservatifs et remèdes infaillibles contre le choléra-morbus.

PHTHISIE CALCULEUSE.

M. Forget adresse un travail ayant pour titre : Aperçu clinique sur la phthisie calculeuse primitive (non tuberculeuse).

Des faits que rapporte M. Forget, il résulterait que :

1° Les calculs pulmonaires peuvent être primitifs, *sui generis*, c'est-à-dire indépendants de l'existence des tubercules, des poussières inspirées, etc.

2° Ces calculs peuvent être solitaires, c'est-à-dire exister seuls ou en petit nombre dans les poumons.

3° Les calculs peuvent exister plus ou moins longtemps, peut-être indéfiniment, dans les poumons, à l'état latent.

4° Les calculs pulmonaires peuvent déterminer des accidents analogues à ceux de la phthisie tuberculeuse.

5° La phthisie calculeuse primitive peut guérir et guérit, sans récidive, par l'expulsion des calculs pulmonaires, lorsqu'ils sont solitaires ou en petit nombre.

6° Donc la phthisie calculeuse existe comme maladie spéciale, distincte de la phthisie tuberculeuse.

7° La phthisie calculeuse diffère essentiellement de la phthisie tuberculeuse par ses caractères anatomiques, et aussi par ses terminaisons. Reste à rechercher les caractères différentiels tirés de l'étiologie, de la symptomatologie, de la marche et du traitement.

INSTRUMENT DESTINÉ A FORMER LE MAMELON CHEZ LES FEMMES ENCEINTES.

M. Dehous (de Valenciennes) soumet à l'examen de l'Académie un instrument destiné à former le mamelon chez les femmes enceintes. (Comm. : M. Cazeaux.)

Cet appareil, fabriqué par M. Mathieu, se compose d'une petite pompe qui communique avec un tube interrompu vers sa partie moyenne par un réservoir, muni d'un couvercle à vis. Ce tube s'adapte, par frottement, à l'extrémité d'une petite cloche en verre garnie d'un robinet.

Voici quelle est son application :

La petite cloche est placée sur le mamelon, qui vient y proéminer à mesure que le vide se produit, et qui finit même par la remplir tout à fait. On ferme le robinet, et par quelques mouvements de latéralité, on sépare la pompe, le tube et le réservoir de la petite capsule, qui reste seule adhérente au sein.

Sous l'influence de cette succion artificielle, les vaisseaux galactophores laissent souvent échapper un peu de sérosité lactescente (*colostrum*), qui vient, par son propre poids, occuper la partie inférieure des réservoirs, sans apporter aucun obstacle à l'achèvement du vide.

De cette manière aussi, le liquide ne pénètre jamais dans la pompe, où sa présence pourrait, sinon nuire au jeu de la soupape, mais au moins la détériorer dans un court espace de temps.

Quand on veut défaire la cloche, il suffit de permettre la rentrée de l'air en tournant le robinet, et l'on voit le mamelon s'affaisser assez rapidement. Parfois il est nécessaire d'en déprimer légèrement la base, pour pouvoir soulever l'instrument sans déterminer aucune douleur.

—M. Orliac (d'Agen) annonce à l'Académie la découverte d'une source d'eau sulfureuse à Royan (Charente-Inférieure).

— M. Mathyssen (de Venlo) adresse un mémoire sur l'appareil plâtré et son application pour fracture. (Comm. : MM. Larrey, J. Cloquet, Gerdy.)

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le cancer.

La parole est à M. Robert.

CANCER.

M. Robert, après avoir expliqué les motifs qui lui auraient fait préférer que M. Velpeau prît la parole avant lui, s'exprime en ces termes :

J'ai dit à l'Académie, dans l'avant-dernière séance, que la guérison du cancer et plus spécialement de l'encéphaloïde est un fait extrêmement rare, si même il est bien avéré. Il paraît que M. Velpeau n'est pas de cette opinion. Or voulant connaître exactement ce que pense à cet égard notre silencieux collègue, je me suis rappelé qu'il a récemment publié un excellent traité des maladies du sein. J'ai donc consulté cet ouvrage, et j'y ai trouvé (p. XVI de la préface) qu'ayant opéré 250 femmes qui ont survécu à l'opération, il en a perdu de vue 100 au bout d'un ans, 150 au bout de deux ans, 200 au bout de cinq ans. Comme l'auteur dit seulement qu'il les a perdues de vue, nous ne pouvons savoir s'il a observé sur ce nombre des récidives et des cas de mort ; et c'est là une lacune regrettable. Mais passons outre.

50 malades restent ; et dans ce nombre, 20 sont guéries depuis cinq, dix, quinze, vingt et même vingt-cinq ans. M. Velpeau est donc porté à admettre pour ces 20 malades privilégiées une guérison radicale.

Cette proportion si énorme de guérisons m'a, je vous l'avoue, singulièrement étonné, car elle diffère essentiellement des résultats signalés par les chirurgiens les plus célèbres. Vous rappellerai-je, en effet, que Monro dit que sur 60 cancers qu'il a vu opérer, 4 personnes seulement ont été quittes de cette maladie pendant deux ans ; encore 3 de ces dernières ont-elles eu ensuite des cancers occultes dans le sein, et la quatrième un cancer ulcéré à la lèvre : ainsi 60 opérés et 60 récidives.

Suivant Mayo, le squirrhe de la mamelle opéré dans les conditions les plus favorables, c'est-à-dire enlevé de bonne heure, donne lieu à la récidive au moins 95 fois sur 100. Mac Farlane opéra 32 cancers, et eut des renseignements précis sur 86 autres cancers opérés par plusieurs de ses confrères ; sur ces 118 malades pas un seul ne fut exempt de récidive. Boyer dit que « sur plus de 100 individus attaqués de tumeurs, regardées comme cancéreuses, au sein ou dans d'autres parties du corps, et auxquels il a pratiqué l'opération, il n'en a vu que 4 ou 5 qui aient été guéris radicalement ; chez les autres la maladie a reparu au bout d'un temps plus ou moins long, et les a conduites au tombeau.

Un de nos jeunes et laborieux confrères, dont l'Académie a couronné le travail sur le cancer, M. le docteur Broca, a consigné le résultat de 19 tumeurs opérées par Blandin et dont la nature cancéreuse avait été constatée par l'examen microscopique ; aucun des 19 opérés n'a été exempt de récidives, dans un laps de temps qui n'a guère dépassé deux années.

Enfin M. Lebert, dans son Traité des maladies cancéreuses (p. 396), dit que sur 34 malades opérées, 6 sont mortes de l'opération, 21 ont eu des récidives dans un espace de temps de trois mois à deux ans, et 7 ont été perdues de vue.

Ces citations sont suffisantes pour montrer combien est unanime l'opinion des hommes les plus autorisés sur la rareté des guérisons du cancer.

Si les résultats obtenus par M. Velpeau ne différaient des chiffres connus que par des proportions raisonnables, chacun de nous les attribuerait volon-

tiers à son habileté. Mais ces différences sont tellement grandes, tellement radicales, que je ne puis m'empêcher de croire que quelques erreurs de diagnostic se sont glissées dans les faits qu'il a recueillis. L'erreur a dû consister à prendre pour des cancers des tumeurs de nature bénigne.

Les cas les plus surprenants sont ceux où des opérées sont demeurées guéries et sans récidive depuis quinze, vingt et vingt-cinq ans. Or ils ont été observés à une époque où l'erreur de diagnostic était bien permise. M. Velpeau nous affirme bien qu'il ne se trompe jamais. Plus de cent fois, dit-il, j'ai posé le diagnostic de tumeurs diverses, soit avant soit après l'opération, et le microscope a toujours confirmé ce que j'avais énoncé; ceci, pour le dire en passant, n'est pas un témoignage peu flatteur pour le microscope.

Mais reportez-vous à l'année 1844, à l'époque où eut lieu, dans le sein de l'Académie, cette discussion mémorable sur les tumeurs fibreuses de la mamelle, vous verrez que notre collègue y tenait un tout autre langage.

M. Cruveilhier, on s'en souvient, prétendait qu'on pouvait le plus souvent reconnaître au lit des malades les tumeurs bénignes, et éviter l'opération. Ses opinions et surtout le nom de corps fibreux qu'il donnait à ces productions bénignes furent vivement contestés par Auguste Bérard, Blandin, Roux, M. Amussat, etc., et ces chirurgiens, tout en reconnaissant l'existence de tumeurs de la mamelle différente du cancer par leur structure et leurs évolutions, avancèrent qu'il était impossible de les distinguer de celui-ci, au moins dans la majorité des cas.

M. Velpeau, qui déjà de son côté avait étudié ces tumeurs bénignes du sein, défendit aussi cette opinion; cependant il n'avait point sans doute encore cette expérience qui le met aujourd'hui à l'abri de l'erreur; car il convenait, dans un des passages du discours qu'il prononça à cette époque, que dans quelques cas cette distinction était fort difficile et même tout à fait impossible; et il ajoutait plus loin, en relevant un défi porté à M. Cruveilhier, de reconnaître sur le vivant une tumeur bénigne, qu'il acceptait ce défi pour sa part, disant que *si on lui faisait grâce de quatre erreurs sur dix observations, il se croirait fort à l'aise.*

En présence de cet aveu, ne nous est-il pas permis de penser que dans le nombre des guérisons du cancer qu'il a obtenues avant l'année 1844, il se trouve plus d'une malade qu'il n'a, en réalité, opérée que des tumeurs bénignes? Et notez que, par une singulière coïncidence, la proportion de 4 erreurs de diagnostic sur 10 cas que M. Velpeau accepte est précisément celle des succès mentionnés dans sa statistique, à savoir 20 sur 50.

Depuis l'année 1844, un fait très-important s'est produit dans l'étude des tumeurs bénignes du sein. M. Velpeau s'était formé d'abord, il faut le dire, une idée assez erronée de leur nature; il leur avait imposé la dénomination de *tumeurs fibrineuses*, en vue d'une hypothèse très-contestable sur leur mode de développement. C'est lorsque les travaux de M. Lebert en ont fait connaître la véritable organisation que M. Velpeau leur a substitué le nom d'*adénoïdes* qu'il leur attribue encore aujourd'hui.

Or ces belles recherches, qui ont jeté un jour nouveau sur la pathologie des tumeurs bénignes du sein, ont aussi beaucoup avancé l'étude clinique. Le microscope, en nous révélant la structure intime de ces tumeurs, a dû sans doute aussi nous apprendre à reconnaître des caractères physiques d'abord inaperçus.

Cependant je ne puis admettre l'infaillibilité que M. Velpeau s'attribue, et j'affirme qu'aujourd'hui encore on rencontre des cas où le praticien le plus habile peut se tromper.

Il est donc permis de croire que les résultats signalés par M. Velpeau ne sauraient être acceptés comme rigoureusement exacts, et de nature à prouver que la guérison des cancers est moins rare qu'on ne le pense généralement.

Nous n'avons jusqu'à présent discuté que sur les tumeurs de la mamelle, dont deux espèces à peu près seules peuvent être confondues entre elles; mais si nous nous reportons à l'étude des tumeurs dans les autres organes, nous trouvons des causes plus nombreuses d'erreurs de diagnostic, et une raison des opinions émises par quelques chirurgiens sur la curabilité du cancer. Ici, en effet, indépendamment du cancer et des tumeurs hypertrophiques analogues à celles du sein, on rencontre des tumeurs épithéliales et fibro-plastiques; or celles-ci présentent, nous le reconnaissons, quelques affinités avec le cancer vrai, et leurs caractères extérieurs, quelquefois équivoques, ne permettent pas toujours de les reconnaître au lit des malades; enfin elles peuvent aussi repulluler après l'opération. Mais les recherches persévérantes faites avec le microscope par des hommes habiles et consciencieux ont démontré que, d'une part, la structure intime de ces tumeurs diffère essentiellement de celle du cancer, et que souvent même, à l'œil nu, on peut les distinguer par des caractères incontestables. D'une autre part, l'observation clinique a établi que si ces productions peuvent reparaître après avoir été extirpées, les récidives en sont beaucoup moins fréquentes que lorsqu'il s'agit du cancer. Ces récidives sont le plus souvent locales, et permettent de recourir à de nouvelles opérations avec chance d'un succès définitif. Enfin il n'est pas moins démontré que si elles peuvent se généraliser et même amener la mort, cela n'a lieu que dans des cas beaucoup plus rares, et en quelque sorte exceptionnels.

Si donc on veut mettre un terme à la confusion qui règne encore aujourd'hui dans une foule de questions relatives au cancer, et surtout à sa curabilité, il faut en distraire avec soin l'étude des productions épithéliales ou fibro-plastiques, qui n'ont avec lui que des analogies spécieuses, et qui en diffèrent essentiellement par la structure intime et par l'évolution.

M. VELPEAU : M. Robert n'a guère traité, dans son allocution, qu'un côté de la question, celui qui est relatif à la curabilité du cancer; il n'a presque rien dit de la valeur des caractères microscopiques, bien qu'il m'ait semblé être partisan du microscope. C'est cette seconde question surtout qui me paraissait devoir être discutée. Je vais tâcher de les examiner toutes deux.

M. Robert s'est servi des faits que j'ai publiés, et il était en cela parfaitement dans son droit. Il se plaint de ce que je n'ai pas indiqué le résultat définitif chez un grand nombre de mes opérés. J'ai dû naturellement en perdre un très-grand nombre de vue. Chez ceux qui ne figurent pas dans la catégorie des guérisons, il en est chez qui la récidive a dû avoir lieu; mais il est impossible d'en connaître la proportion sur le chiffre que j'ai donné, et il y en a 200 qui sont dans ce cas. Je n'ai pu tenir compte, pour les résultats définitifs, que de 50 cas.

M. Robert paraît très-étonné du nombre de guérisons que j'ai obtenues, et il ne s'explique cette proportion considérable que par des erreurs probables de diagnostic.

Pas plus que lui je n'ai la prétention d'être infaillible; j'ai pu me tromper quelquefois, mais il est des faits sur lesquels on ne peut pas se tromper. J'ai eu soin de dire que tous les cas que je donnais comme des cas de cancer présentaient l'ensemble de caractères auxquels il n'est pas possible de les méconnaître au lit des malades.

Dans ces cas, l'examen microscopique ne m'a jamais donné de démenti; il en a été de même toutes les fois que j'ai diagnostiqué des tumeurs adénoïdes. Je dois dire, à cette occasion, que, loin de dédaigner les recherches microscopiques, j'ai toujours eu auprès de moi des micrographes que je me suis toujours plu à encourager. Je ne désire rien tant que de les voir arriver à des résultats certains; mais de ce que je le désire, ce n'est pas une raison pour que cela soit. Il ne faudrait pas, pour chercher à rehausser les services du microscope, oublier la valeur des signes cliniques. M. Robert assurément, lorsqu'il rencontre une tumeur ramollie, ulcérée, fongueuse, à coup sûr ne s'y trompe pas; quand il rencontre une tumeur dure, bosselée, inégale, il ne s'y trompe pas davantage. Je déclare que, pour ma part, je ne saurais m'y tromper, et que le microscope, dans ce cas, m'a toujours donné raison. J'en appellerais au besoin au souvenir de M. Lebert, qui a pendant si longtemps suivi mes visites à la Charité.

M. Robert, rappelant la discussion de 1846, semble vouloir me mettre en contradiction avec moi-même; il me fait dire que j'ai avoué à cette époque qu'il m'était arrivé quelquefois de me tromper; mais aujourd'hui encore je ne ferai aucune difficulté d'avouer qu'il est des cas où je me tromperais.

En toutes choses il est de certains degrés où les faits se confondent si bien qu'il devient impossible de les distinguer. Qui peut se flatter, en histoire naturelle, de dire, en présence de ces êtres mixtes qui semblent appartenir également au règne animal et au règne végétal, quel est le caractère précis de tel ou tel individu, etc.? Il faut supposer que l'on a affaire à des faits bien caractérisés. Ainsi, quand je dis que j'ai toujours fait le diagnostic des tumeurs, c'est dans les cas où elles se présentaient avec leurs caractères habituels.

Mais, je le répète, je suis loin de repousser les recherches microscopiques: il y a trente ans que j'étudie cette question avec un vif intérêt et avec le désir sincère de reconnaître la vérité. Ainsi dès 1836 j'ai toujours poussé aux recherches microscopiques; j'ai dit aux micrographes: Cherchez; il doit y avoir là un caractère spécial. J'aurais voulu surtout qu'on trouvât quelque chose dans le sang des cancéreux; car si l'on était parvenu à trouver dans le sang le caractère de l'infection cancéreuse, rien ne devenait dès lors plus simple que de diagnostiquer le cancer: il aurait suffi d'obtenir quelques gouttes de sang pour lever tous les doutes. Les micrographes n'ont rien trouvé dans le sang; mais enfin ils ont trouvé quelque chose. J'ai été très-heureux de ce résultat, et j'ai été l'un des premiers à m'en applaudir. Mais cela est-il suffisant? Là est la question. Pour ma part, je ne le crois pas. Et c'est parce que les caractères découverts par le microscope m'ont paru insuffisants que j'ai dû chercher à étudier avec d'autant plus de soin les caractères cliniques.

J'ai cherché d'abord à isoler les tumeurs bénignes des tumeurs malignes.

J'ai commencé à élaguer ce qui est bien évidemment du cancer toutes les tumeurs confondues autrefois sous la même dénomination, et qui ne présentent pas les caractères du vrai cancer; j'ai fait ainsi un premier départ comprenant environ le quart des faits. J'ai fait ensuite entre les faits restants un nouveau départ entre les tumeurs qui repullulent quelquefois, celles qui repullulent lentement, et je suis arrivé ainsi à former plusieurs catégories, et, ces catégories faites, j'ai examiné quels étaient, dans chacune d'elles, les résultats des opérations. Eh bien! je suis arrivé à ce résultat que, dans la première catégorie, celle du véritable cancer de l'encéphaloïde, le plus sujet de tous à repulluler, la guérison néanmoins avait lieu quelquefois. A l'appui de cette proposition, je vais citer quelques faits.

M. Velpeau rapporte ici plusieurs faits, et reprend en ces termes:

Dans les faits que je viens de rapporter, le microscope n'est pas intervenu, et on ne manquera pas de tourner cette circonstance contre moi. Mais il y en a d'autres où le microscope est intervenu. Depuis 1847, époque où l'usage de cet instrument est devenu général, toutes les tumeurs que j'ai enlevées ont été soumises à l'investigation du microscope, et comme on aurait pu m'objecter, peut-être pas sans raison, que je n'avais pas une habitude suffisante de ce genre de recherches, je ne m'en suis pas tenu à moi-même, j'ai toujours fait examiner par ceux des jeunes savants micrographes qui suivaient habituellement mes visites, soit M. Follin, soit M. Robin, M. Broca ou M. Lebert lui-même, quand il résidait auprès de nous. Eh bien! je puis affir-

mer que, depuis cette époque, tous les malades que j'ai opérées pour des tumeurs cancéreuses, et qui ont été guéris, c'est-à-dire qui n'ont pas eu de récidive, ont été trouvés effectivement cancéreux par le microscope. Il n'y a, par conséquent, pas à révoquer ces faits. On ne peut dire qu'une chose, c'est qu'ils ne sont pas assez anciens pour affirmer que les malades sont à l'abri de toute chance de récidive. Mais on remarquera cependant que sept ans, c'est déjà quelque chose, si l'on considère surtout que la récidive le plus souvent a lieu dans le cours de un à deux ans; au delà de ce terme, à trois, quatre ans, les récidives deviennent déjà plus rares, et elles sont exceptionnelles au delà de cinq ou six ans. Je n'admets pas, sur ce point, l'objection de M. Robert. Il reste donc établi de tout ceci que la guérison a eu lieu dans des cas où l'existence du cancer avait été constatée par le microscope.

Que peut-on objecter à cela? M. Robert a dit qu'il pourrait y avoir eu des erreurs de diagnostic. Je maintiens que cela était impossible dans les cas que j'ai cités. Il y a des encéphaloïdes qui seront des encéphaloïdes pour tout le monde, quoi qu'on fasse; il n'est pas possible qu'on s'y méprenne. Il en est de même pour certains squirres bien caractérisés. Eh bien! tous les faits que j'ai rapportés étaient de cette nature. J'ai eu le soin de mettre les cas douteux de côté.

M. Robert a semblé croire que je confondais plusieurs choses entre elles, les tumeurs épithéliales et les tumeurs fibro-plastiques, par exemple. Cette objection me ramène au microscope, et je préviens, par avance, que je vais me trouver obligé de jeter ici quelques pierres dans le jardin des micrographes.

Laënnec avait établi deux genres de tumeurs, qui ne sont autres que celles que l'on désigne aujourd'hui sous les noms de tumeurs homœomorphes et hétéromorphes. Dans les tumeurs hétéromorphes, on trouve les encéphaloïdes, les squirres, les ulcères rongeants, etc. Dans les homœomorphes, on place les tumeurs fibreuses ou fibroïdes; on y trouve aussi les verrues, les cors aux pieds, les condylomes, les fongosités, etc. Mais, en conscience, est-il possible de trouver la moindre analogie entre une tumeur qui tue et un cor aux pieds? Le microscope trouve, dans une végétation vénérienne et une verrue, les mêmes éléments microscopiques. Est-ce que c'est la même chose. M. Lebert ayant remarqué que les tumeurs en question ne contenaient que de la matière épithéliale, en conclut que ce n'est point du cancer. Cependant, comme il en avait vu déjà beaucoup de faits à l'époque où il a publié son TRAITÉ DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE où sont consignées ces recherches, il est très-embarrassé pour mettre d'accord les faits et les résultats de l'examen microscopique. Ainsi, la composition de ces tumeurs explique, dit-il, pourquoi elles ne repullulent pas. Mais c'est justement là l'erreur; car les tumeurs épithéliales récidivent comme les autres. Bien mieux, je déclare qu'elles récidivent même plus souvent que les autres.

M. Lebert me dit: Mais vous ne distinguez pas, vous confondez entre elles des tumeurs différentes; il faut faire partir les observations d'aujourd'hui, c'est-à-dire depuis qu'on applique le microscope, pour qu'elles aient un caractère de certitude; toutes les observations antérieures doivent être considérées comme nulles. C'est une objection que je ne peux accepter. Cependant, je me suis mis à chercher de nouveau; j'ai soumis à M. Lebert des cancers des lèvres; il y a trouvé de l'épithélium, et les a déclarés en conséquence des ulcères bénins. Mais, dans la plupart de ces cas, l'opération a été suivie de récidive. Il est positif que ces tumeurs ulcérées des lèvres sont, dans la majorité des cas, des tumeurs épithéliales, et cependant ce sont bien des cancers: elles repullulent comme les cancers. M. Lebert a été obligé de le reconnaître, car il est de trop bonne foi pour ne pas se rendre à l'évidence des faits. Mais comme tous les gens qui ont fait leur siége, tout en faisant des concessions, il se retranche derrière de nouvelles objections. Oui, sans doute, dit-il, les tumeurs épithéliales repullulent comme le cancer, mais ce qui les différencie du cancer, c'est qu'elles repullulent sur place et qu'elles ne produisent jamais l'infection générale. Mais je répondrai à cela que le cancer repullule bien aussi sur place quelquefois. Et d'ailleurs, est-il vrai que les tumeurs épithéliales ne repullulent que sur place? C'est ce que je conteste; et cela est si vrai, que M. Lebert et ses élèves ne pouvant le méconnaître, ont cherché à se tirer de cette difficulté par une nouvelle explication. Oui, ont-ils dit, il est vrai que le cancer épithélial ne repullule pas toujours sur place, mais alors il repullule dans les ganglions voisins, c'est-à-dire dans des tissus unis par voie de continuité à ceux qui étaient le siége primitif de la tumeur. Mais n'est-ce pas aussi ce qui se passe pour le cancer?

De sorte que voilà déjà que ces tumeurs dites homœomorphes se comportent en tous points comme le cancer, qu'elles repullulent sur place et à distance.

Mais, ajoutent encore les micrographes, ces tumeurs ne repullulent jamais ailleurs que dans le voisinage ou dans les ganglions. Je n'invoquerai pas, pour répondre à cette nouvelle objection, des observations anciennes de récidive dans les viscères, parce qu'on ne manquerait de m'opposer la même fin de non recevoir et de dire que les tumeurs n'avaient point été examinées au microscope. Mais je puis opposer des faits récents dans lesquels des tumeurs dites homœomorphes ont repullulé dans des tissus différents des tissus primitivement affectés, dans les os, par exemple.

Enfin, les moyens de traitement diffèrent-ils dans les deux cas; et à moins qu'on ne les traite par les caustiques, par le fer ou le feu, les tumeurs épithéliales guérissent-elles moins par d'autres moyens que le cancer? Mais où est donc alors la différence clinique? Dira-t-on que les tumeurs épithéliales ne font pas mourir aussi vite que le cancer, celui-ci récidivant plus souvent dans les viscères? Mais où est la différence, au fond, si elles tuent tout de même, que la récidive ait lieu sur telle partie ou sur telle autre? C'est, dans un cas comme dans l'autre, un être qui vient se greffer sur un autre et qui ne l'abandonne qu'à la mort.

Ainsi, en résumé, les tumeurs en question repullulent; elles repullulent sur place et à distance comme le cancer, elles repullulent sur les tissus homologues ou sur des tissus différents, dans les os, dans les viscères, comme j'en ai vu des exemples. Appelez-les cancers épithéliaux si vous voulez, pour les distinguer du cancer proprement dit, du squirre ou de l'encéphaloïde, mais ce sera toujours pour moi du cancer.

Voulez-vous passer de là aux tumeurs dites fibro-plastiques, qui sont une autre espèce de tumeurs homœomorphes. Il ne m'est pas davantage possible d'accepter cette distinction comme un fait décisif. Ce sont, dit-on, de simples hypertrophies d'un tissu normal ou une production d'un tissu analogue aux tissus normaux. Il y a évidemment autre chose. Voyez plutôt ce que l'on a compris dans le groupe des tumeurs fibro-plastiques. Comment voulez-vous comparer, par exemple, ces tumeurs fibreuses énormes, comme on en trouve quelquefois sur l'épaule, avec le tissu d'une végétation syphilitique? Et cependant le microscope y révèle identiquement les mêmes tissus. La kéloïde est aussi du fibro-plastique; mais elle offre cela de particulier, et qui la différencie des autres tumeurs, qu'elle repousse toujours fatalement sur le tissu cicatriciel. En quoi cela ressemble-t-il aux masses fibreuses dont je parlais tout à l'heure? Et cependant rien ne les distingue au microscope.

J'en dirai autant de l'enchondrome.

M. Lebert, qui a vu ces faits, les admet aujourd'hui; de sorte que l'on admet maintenant la repullulation des tumeurs homœomorphes sur place, et même à distance, dans les ganglions voisins. Ce n'est pas encore assez. A qui fera-t-on croire qu'un individu atteint de cancroïde et qui a le teint jaune, qui est maigre, etc., n'a pas la cachexie cancéreuse? On ne saurait le nier. C'est qu'il y a plusieurs espèces de cancer, des cancers avec cellules et des cancers sans cellules.

Je viens de parler de la cellule. Et qu'est-ce qui prouve que c'est bien effectivement là le caractère pathognomonique du cancer, que ce n'est pas, par exemple, un état transitoire encore mal connu? Nous assistons à une transformation dans la science qui promet pour l'avenir des résultats heureux, sans aucun doute, mais qui ne permet pas que nous acceptions comme certains et définitifs des caractères encore mal définis. Dès aujourd'hui nous avons deux sortes de micrographes, les micrographes cliniciens et les micrographes scientifiques, si l'on veut me passer cette expression; ces derniers particulièrement en Angleterre et en Allemagne. Ces derniers attachent naturellement une valeur absolue aux caractères micrographiques. Les micrographes cliniciens sont moins absolus. Aussi m'inspirent-ils plus de confiance. Cependant il faut faire, comme on le voit, bien des réserves sur leurs assertions. Je citerai, par exemple, cette phrase de M. Lebert: « Rien n'est pathognomonique dans le cancer, excepté la cellule. » Mais la cellule elle-même n'est pas pathognomonique. Aujourd'hui on est en progrès. Ce n'est plus la cellule, c'est le noyau qui joue en ce moment le rôle principal. La valeur du noyau n'est pas plus démontrée pour moi que celle de la cellule. Qui est-ce qui me prouve que ce ne sera plus le noyau, l'année prochaine, mais le nucléole qui aura son tour?.... Je ne veux rien préjuger. J'espère que les micrographes arriveront à quelque chose. Si je me permets de les gourmander un peu, c'est parce qu'ils vont trop vite et que je crains qu'ils ne fassent fausse route. Qu'arrive-il, en effet? C'est qu'après avoir soutenu affirmativement que la cellule est le caractère spécifique du cancer, l'expérience étant venue leur démontrer que cette proposition n'était pas toujours vraie, ils cherchent actuellement à expliquer ces prétendues anomalies par une altération de la cellule susceptible de la faire momentanément disparaître. Mais si la cellule ne se trouve pas constamment dans le cancer, elle n'est donc pas aussi caractéristique qu'on l'a dit.

La vérité est, quoi qu'il en soit de cette explication, que la cellule n'existe pas toujours dans le cancer vrai, bien conditionné, je parle de l'encéphaloïde, et qu'on la trouve quelquefois dans des tumeurs qui ne sont évidemment pas cancéreuses. J'en pourrais citer des exemples.

Il y a encore autre chose qui m'arrête: c'est que des cancers où il n'y avait point de cellules ont donné lieu à des récidives qui ont fourni l'occasion d'y constater la cellule. Il faudrait donc admettre de deux choses l'une: ou que la récidive n'était pas de même nature que la maladie primitive, ou que la première tumeur était un cancer tout comme la seconde, bien qu'elle ne contînt pas de cellule.

Juger de la nature d'une tumeur par l'absence ou la présence de la cellule, c'est donc, comme on le voit, procéder par pétition de principe.

Voilà ce qui m'empêche d'admettre que le microscope ait éclairé beaucoup le diagnostic du cancer, et la question de sa curabilité et de son incurabilité. Je crois qu'il y a là une inconnue, un élément particulier qui nous échappe. D'ailleurs, il ne me paraît pas possible d'accepter la question de cette manière. Comment le microscope pourra-t-il distinguer le tissu fibreux qui repullule de celui qui ne repullulera pas? Dès lors en quoi le microscope peut-il éclairer la question des récidives? Cependant je ne voudrais pas aller trop loin, comme on l'a fait dans le sens inverse. Il est certain que, dans les cas douteux, le microscope peut rendre des services réels en levant l'incertitude du diagnostic. C'est un œil de plus; mais il ne faut pas oublier toutefois que cet œil ne peut faire voir ce qu'il n'y a pas. Il est d'ailleurs difficile de se servir du microscope. La preuve, c'est qu'il n'est pas rare de voir les micrographes les plus exercés se récuser réciproquement les uns les autres.

Ceci n'est qu'une partie de ce que je voulais dire. La suite de la discussion

me fournira probablement l'occasion de compléter l'expression de mon opinion sur ce sujet.

— M. Leblanc présente une pièce anatomo-pathologique : c'est le cerveau d'un cheval qui a succombé à des accidents épileptiques.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE JUIN 1854; par M. Al. Porchat, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

(Suite et fin.)

II. — Pathologie.

2° NOTE SUR LA PRÉSENCE DE LA SARCINE DANS L'ŒIL; par M. Ch. Robin, agrégé à la Faculté de médecine.

M. Sichel me fit remettre, le 7 juin 1854, un cristallin cataracté entouré de sa capsule qu'il venait d'extraire. Ce cristallin s'était déplacé depuis assez longtemps, et était tombé dans la chambre antérieure de l'œil d'où il fut extrait. La capsule était opaque, et sa moitié postérieure comme la moitié antérieure. L'opacité était due principalement à des couches de granules très-petits de phosphate de chaux siégeant dans l'épaisseur de la capsule, près de sa moitié antérieure. Le cristallin lui-même était réduit à un noyau dur, moitié plus petit que l'organe normal. La capsule était revenue sur elle-même et plissée; la description des lésions qu'elle offrait sera, du reste, publiée prochainement par M. Sichel et par moi; elle offrait ceci de particulier que toute sa surface, surtout la moitié antérieure, dans la profondeur des plis, était chargée d'une grande quantité de plaques visibles seulement au microscope et formées entièrement de sarcine (*sarcina ventriculi* Goodsir; *merismopædia ventriculi* Ch. R.) Ce végétal offrait la même structure que dans toutes les parties du corps où il a été rencontré jusqu'à présent. Il était composé soit de cellules cubiques *quaternées*, libres et isolées, soit de cellules semblables réunies quatre à quatre, ou par douze, seize et même au delà, de manière à former des masses cubiques ou prismatiques plus ou moins allongées et remarquables par leur régularité. Chaque noyau, également cubique, à angles un peu mousses, était de teinte rouillée ou tirant sur le jaune verdâtre. Déjà Helmbrecht a trouvé dans la chambre antérieure de l'œil une algue parasite d'espèce indéterminée, filamenteuse, dont le mycélium seul a été observé; mais cette espèce n'a aucune analogie avec la sarcine.

3° NOUVELLE VARIÉTÉ DE TUMEURS DE LA PEAU; par M. le docteur A. Verneuil.

M. Verneuil met sous les yeux de la Société des tumeurs cutanées ulcérées qui se sont développées chez une femme, aux environs de l'aile du nez. Ces tumeurs sont constituées par une hypertrophie des glandes sudoripares. L'altération de tissu, qui a été en certains points jusqu'à former des tumeurs qui se sont ulcérées, existé à un degré moins avancé aux environs des points les plus malades, circonstance dont il faut tenir compte pour le cas où l'on voudrait enlever les tumeurs. Si l'on n'enlevait pas toute la peau qui commence à s'altérer, on pourrait voir le mal récidiver.

Depuis sa première communication à ce sujet, M. Verneuil a présenté plusieurs autres pièces, qui prouvent que le fait est moins rare qu'on ne le croirait.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE JUILLET 1854; par M. Al. Porchat, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — Physiologie.

SUR L'ÉLIMINATION DES MATIÈRES GRASSES ET DE LA CASÉINE CHEZ LES ENFANTS A LA MAMELLE; par M. F. Verdeil, et M. Al. Porchat, interne des hôpitaux.

On sait que chez les enfants à la mamelle, la quantité de lait introduite chaque jour dans l'économie est considérable; c'est ce que M. Natalis Guillot a constaté au moyen de pesées. Il était intéressant de savoir si une grande proportion des éléments du lait était éliminée sans être altérée et n'était pas utilisée, ou si, au contraire, on n'en retrouverait qu'une petite quantité dans les matières fécales. Nous avons choisi un enfant bien portant, allaité par une des meilleures nourrices de l'hospice des Enfants-Trouvés, et nous avons examiné pendant quelque temps les excréments qu'il rendait chaque jour. Ces matières, épaisses, blanches et inodores, se dissolvaient presque entièrement dans une solution faible de carbonate de soude. La dissolution par le carbonate de soude donnait, par l'addition de l'acide acétique, un précipité volumineux de caséine, qui pouvait se redissoudre dans le carbonate de soude. La petite quantité de matière insoluble, dans le carbonate de soude, présentait les caractères du mucus et de l'albumine coagulée. La proportion de graisses cristallisables contenues dans ces matières était considérable.

Les excréments des enfants qui ne sont pas nourris de lait, mais que l'on a cherché à alimenter au moyen de décoction blanche ou d'autres substances autres que le lait, nous ont donné des résultats tout opposés. Ces matières, souvent liquides, renferment très-peu de matière grasse et de caséine. La proportion de mucus et d'albumine, insolubles dans le carbonate de soude, est beaucoup plus considérable que dans les matières que nous avons examinées en premier lieu.

Nous avons retrouvé, à un degré encore bien plus marqué, ce caractère de pauvreté en graisse et en caséine, dans les matières plus ou moins liquides que l'on trouve dans l'intestin d'enfants morts peu de temps après leur naissance et présentant tous les signes de la mort par inanition. Ces matières contiennent presque uniquement du mucus.

On voit par là que, chez l'enfant bien portant et convenablement allaité, il y a une grande quantité des matériaux du lait qui ne sont pas utilisés. La dissolution par le carbonate de soude et l'acide acétique est un moyen commode d'apprécier rapidement la proportion de matières grasses et de caséine contenue dans les matières. On pourrait se servir de ce moyen, dans la pratique, pour savoir si un enfant est réellement nourri avec du lait, dans les cas où le dépérissement du nourrisson, ou toute autre circonstance pourraient faire craindre que l'on eût changé son mode d'alimentation. L'apparence des matières ne fournit pas à cet égard des données suffisantes.

II. — Pathologie.

1° CAS DE TUMEURS FIBREUSES SIÉGEANT DANS DIVERS ORGANES CHEZ UNE FEMME; par M. le docteur Azam (de Bordeaux); examen des pièces, par M. le docteur P. Broca.

M. le docteur Azam (de Bordeaux) a envoyé à M. Broca cinq tumeurs fibreuses développées sur la même femme; il y en avait une dans chaque sein, une dans chacun des ovaires et la cinquième était située dans l'utérus. M. Azam avait déjà reconnu, à l'œil nu et au microscope, que ces tumeurs n'étaient pas cancéreuses; il envoyait les pièces à M. le docteur Broca, afin de faire constater par lui ce fait, que ces tumeurs, bien que généralisées dans l'organisme, étaient homœomorphes.

En examinant ces tumeurs au microscope, M. Broca a reconnu que le tissu dont elles étaient formées était purement fibreux; il y reconnut seulement çà et là, dans les deux tumeurs de l'ovaire, quelques corps fusiformes fibro-plastiques, tels qu'on en trouve partout où il y a du tissu cellulaire. L'élément fibreux prédominait de beaucoup. On savait déjà que le tissu fibro-plastique est susceptible de se généraliser, et l'on possède a ce sujet plusieurs observations, dont l'une a été communiquée à la Société de biologie par M. Azam; mais, pour ce qui concerne le tissu fibreux, on ne croit pas qu'il soit susceptible de généralisation. Le fait n'est cependant pas douteux pour MM. Broca et Ch. Robin; il leur a été démontré par plusieurs observations, et c'est au sein de la Société de biologie qu'il a été établi pour la première fois. Il n'est pas sans importance, au point de vue chirurgical, de savoir que le tissu fibreux peut être sujet à repulluler et à se généraliser, comme cela eut lieu chez un malade qui fut opéré cinq fois, par Blandin, par MM. Malgaigne et Velpeau, et qui mourut avec des tumeurs fibreuses dans les poumons. Beaucoup de chirurgiens ne veulent pas admettre que les tumeurs fibro-plastiques soient différentes des cancers, et cela parce qu'elles se généralisent parfois. Nous voyons cependant ici le tissu fibreux, que personne n'a eu l'idée de confondre avec le tissu cancéreux, se reproduire sur plusieurs points du corps, à la façon des tumeurs malignes. Le fait du malade opéré par Blandin, MM. Malgaigne et Velpeau, a été donné à tort comme un cas de *fibro-plastie*; chez ce malade, le tissu morbide était fibreux dans toutes ses manifestations.

2° VOMISSEMENTS D'UNE MATIÈRE PRÉSENTANT UNE COLORATION VERT POMME, ET CONTENANT DE NOMBREUX CRISTAUX DE TAURINE; par MM. Charcot et Ch. Robin.

La nommée Coibot (Reine), âgée de 36 ans, entre le 10 juillet 1854, salle Saint-Vincent, n° 25, hôpital de la Charité. Elle présente un teint cachectique extrêmement marqué et une maigreur extrême. Depuis un an environ, elle éprouve de vives douleurs lancinantes ou gravatives dans le bas-ventre; elle a eu plusieurs hémorrhagies utérines, des pertes blanches fétides, souvent sanguinolentes. Le toucher permet de constater l'existence d'une tuméfaction évidemment de nature cancéreuse et ayant déformé le col de l'utérus et envahi le corps de cet organe, qui est lui-même très-dur. On soumet la malade à l'usage de l'opium, à la dose de 0,05 centigr. par jour.

Le 18 juillet, la malade est prise, sans cause appréciable, de vomissements abondants et répétés, formés de mucosités presque transparentes. Pour les combattre, on met en usage l'opium (0,10 centigr. d'extrait thébaïque), puis l'ipécacuanha à la dose de 1 gramme. Mais ces médicaments restent sans succès; les vomissements persistent, mais ils changent de nature; ils deviennent moins abondants et prennent en même temps une couleur vert pomme ou vert-de-gris très-prononcée et très-singulière. Bientôt une diarrhée aqueuse extrêmement abondante se manifeste; la malade va continuellement sous elle, s'affaiblit graduellement et meurt le 22 juillet 1854.

A l'autopsie, on ne trouve pas, dans le tube gastro-intestinal les lésions caractéristiques du choléra. La membrane muqueuse de l'estomac ne présente

ni injection, ni ramollissement. On trouve dans sa cavité, ainsi que dans le duodénum, une grande quantité de matière verte entièrement semblable à celle que la malade avait rejetée par le vomissement la veille de sa mort.

Le foie paraît sain, d'un volume normal; il est remarquablement pâle.

La rate a un volume normal. Malheureusement les voies biliaires n'ont pas été examinées.

A l'utérus, on trouve une vaste ulcération cancéreuse qui a détruit le col et gagné le bas-fond de la vessie.

Les autres viscères n'ont rien présenté de remarquable.

Examen microscopique de la matière verte contenue dans l'estomac. — La matière contenue dans l'estomac est d'un vert de bile très-tranché; elle est demi-liquide ou pâteuse, légèrement grenue sous les doigts. Elle se compose : 1° de matière amorphe granuleuse; 2° de granulations et gouttes d'huile jaunâtre, sans cristaux de corps gras; 4° il existe en outre dans cette matière une grande quantité d'*algue du ferment* (*cryptococcus cerevisiæ*, Kutzing). Elle forme à elle seule environ la moitié de la masse des matières stomacales; chaque cellule est teinte en vert pâle, jaunâtre, par la matière colorante de la bile, fait qui s'observe très-souvent dans le cas où ce parasite s'est développé dans la cavité stomacale (V. Ch. Robin, Histoire naturelle des végétaux parasites. Paris, 1853, in-8°, pl. 13). 4° Le reste de la masse est composé entièrement de cristaux, tous à surface un peu rugueuse, bien qu'à arêtes nettement déterminées. Ils sont tous également teintés en brun verdâtre ou jaune sale. La plupart de ces cristaux sont des prismes rectangulaires, en aiguilles ou en lamelles. Les prismes sont terminés par des sommets à quatre ou à six pans; eux-mêmes sont à quatre ou six faces. Leurs décroissements montrent qu'ils dérivent du prisme rhomboïdal ou rectangulaire droit. Quelques lamelles rectangulaires ou hexagonales, avec deux grandes arêtes prédominantes, ont près d'un dixième de millimètre de long. Un certain nombre également sont remarquables par leur forme régulièrement ou presque régulièrement hexagonale. Mais elles sont plus petites que les précédentes. Elles sont moins épaisses et moins régulières que celles de la cystine; elles ont en effet assez souvent deux côtés plus grands que les quatre autres. Elles réfractent moins fortement la lumière aussi que la cystine. Ces cristaux ne se dissolvaient pas dans l'alcool anhydre. Ils se dissolvaient, mais lentement, dans l'eau bouillante. L'acide sulfurique les dissout en se teintant légèrement de brun; il les laissait déposer à mesure qu'il absorbait l'humidité de l'air, et alors tous prenaient la forme hexagonale, avec des stries parallèles aux arêtes et concentriques autour d'une dépression centrale de la lamelle hexagonale. L'acide nitrique est, de tous les réactifs, celui qui dissolvait le plus facilement ces cristaux, même lorsqu'il était étendu. La forme de ces cristaux et leurs réactions rapprochent ce principe de la *taurine*, et nul autre corps connu ne présente le même ensemble de caractères. Or comme il existait des matières biliaires dans l'estomac en assez grande quantité, et comme le choléate de soude, au contact de la potasse ou de l'acide chlorhydrique, se dédouble en taurine qui en retient tout le soufre, et en acides *choloïdique* ou *cholalique*; il ne serait pas impossible que ces principes, qui n'existent pas normalement dans l'économie, se formassent dans quelques conditions accidentelles au contact du suc gastrique, entraînant, comme les réactifs précédents, un dédoublement du choléate de soude ou taurocholate de soude.

2° Note sur un cas de dilatation de l'uretère; par M. le docteur Morel-Lavallée.

Chez un enfant d'un an, l'uretère gauche dilaté offrait le diamètre de l'intestin grêle. La dilatation commençait au bassinet inclusivement, et s'étendait jusqu'à 1 centimètre de la vessie. Au-dessous de la dilatation, l'uretère était rétréci dans son centimètre inférieur, mais il recevait encore facilement un stylet.

Ce que cette pièce offre de plus remarquable, c'est la manière dont la partie rétrécie de l'uretère rampe dans la paroi de la partie dilatée, dans la hauteur d'un centimètre, disposition valvulaire tout à fait analogue à celle de l'embouchure de l'uretère dans la vessie. Aussi l'uretère, distendu par l'urine, n'en laissait-il passer aucune trace dans la vessie sous la plus forte pression.

Le mécanisme de la rétention d'urine, dans l'uretère, était donc la disposition valvulaire de sa partie rétrécie.

La cause de la dilatation consiste sans doute : 1° dans une oblitération qui a disparu; 2° antérieurement dans la pression excentrique de l'urine retenue dans l'uretère.

L'uretère dilaté répondait à la symphyse sacro-iliaque gauche, et le rectum était rejeté en face de la symphyse sacro-iliaque droite, et cependant le fond de la matrice était rétro-fléchi à angle droit sur son col.

III. — Pathologie végétale.

Recherches sur la nielle du blé et sur les helminthes qui occasionnent cette maladie; par M. Davaine.

M. Davaine expose les principaux résultats de recherches qu'il a entreprises sur la maladie du blé connue sous le nom de *nielle* et sur la génération et les propriétés des helminthes qui occasionnent cette maladie.

Dans un grain de blé affecté de la nielle, on trouve, au lieu de fécule, une poudre blanche, entièrement composée d'anguillules dont le nombre peut être de plusieurs milliers. Ces anguillules n'ont point d'organes distincts. Ils ont depuis longtemps fixé l'attention des naturalistes par la propriété de mourir en apparence par la sécheresse et de ressusciter par l'humidité, et cela jusqu'à huit et dix fois successivement, lorsqu'on les fait sécher et qu'on les humecte alternativement.

M. Davaine a observé que ces anguillules éprouvent la même mort apparente lorsqu'on les laisse séjourner trop longtemps dans l'eau; alors on les rappelle à la vie lorsqu'on les fait sécher et qu'on les humecte de nouveau. L'action trop prolongée de l'eau finit cependant par les tuer; ils vivent, au contraire, fort longtemps et pour ainsi dire indéfiniment dans une substance simplement humide. Ces anguillules résistent pendant longtemps à l'action de certains poisons; ainsi ils vivent pendant plusieurs jours dans une solution de morphine, de strychnine, d'arséniate de soude; une solution, même très-étendue, de deutochlorure de mercure, d'iode, etc., les tue au contraire très-rapidement. Ils peuvent séjourner pendant plusieurs jours dans le canal digestif de plusieurs animaux, les salamandres, par exemple, et être rendus vivants avec les matières fécales.

On ignorait jusqu'aujourd'hui comment ces animaux arrivent dans le blé niellé. Lorsqu'on sème des grains de blé sain avec des grains niellés, ceux-ci ne se développent pas; les anguillules qu'ils contiennent reprennent le mouvement après un certain temps, qui peut aller jusqu'à six semaines; ils sortent de l'écorce qui les enveloppe et se portent sur les jeunes tiges produites par la germination du blé sain; ils s'introduisent entre les gaînes des feuilles et rampent à mesure que la tige s'élève jusqu'à la gaîne de la dernière feuille. L'épi se trouvant tout formé dans celle-ci avant la floraison, les anguillules s'introduisent entre les glumes et pénètrent plusieurs ensemble dans les fleurs rudimentaires. Le séjour de ces animaux produit sur l'ovaire et les palléoles encore peu développés une action qui change leur développement normal et leur structure. Plusieurs parties avortent, et celles qui s'accroissent représentent une poche dont les parois sont formées de cellules anormales et semblables à celles qui constituent les galles des feuilles.

Les anguillules, parvenues dans la fleur rudimentaire du blé, commencent alors à se développer; ils prennent des organes génitaux, semblables à ceux des vers nématoïdes. On trouve toujours à la fois dans un grain de blé niellé des anguillules mâles et des anguillules femelles. Les premiers sont beaucoup plus petits. Lorsqu'ils sont ainsi développés, ils ne sont plus susceptibles de revivre après avoir été desséchés. Les femelles, après avoir pondu un grand nombre d'œufs, périssent, ainsi que les mâles, et bientôt on ne retrouve plus d'organes qui rappellent leur existence. Quant aux œufs, ils se développent après la ponte; on ne tarde pas à y reconnaître un embryon replié plusieurs fois sur lui-même et se mouvant dans la membrane de l'œuf. Tous les œufs éclosent avant l'époque de la maturité du blé. Dans les grains pris dans des épis mûrs, on ne trouve plus que des anguillules éclos, et dont les organes ne se développent jamais avant de les avoir quittés.

M. Davaine communiquera la suite de ses recherches dans une prochaine séance. (Séance du 22 juillet 1854.)

IV. — Tératologie végétale.

Du phénomène de la divulsion (fasciation et dédoublement) dans le règne végétal; par M. le docteur Germain (de Saint-Pierre).

Cette communication a pour objet de démontrer que chez les végétaux les organes anormalement bifides et présentant l'aspect de deux organes soudés entre eux sont le résultat du phénomène opposé au phénomène de la soudure : la division.

La division tératologique est un phénomène congénial. Son intensité n'augmente pas avec l'âge chez les individus unitaires (les feuilles); l'intensité augmente, au contraire, avec l'âge chez les individus collectifs (les rameaux) qui se composent d'une succession d'individus unitaires. L'intensité de la division est très-variable; en effet, il peut n'exister qu'une tendance à la division, c'est-à-dire un écartement anormal des fibres unies par du tissu cellulaire. Lorsque cette intensité est plus considérable, elle constitue un véritable dédoublement de l'organe en deux organes distincts. J'ai désigné ces diverses phases sous le nom de phénomène de la *divulsion*.

Chez les végétaux l'écartement anormal des fibres et le dédoublement sont accompagnés de deux autres phénomènes importants : l'écartement anormal des fibres sans division est accompagné d'une hypertrophie avec aplatissement que l'on a désigné sous le nom de phénomène de la *fasciation*. L'écartement des fibres avec division est accompagné d'un second phénomène qui ne pouvait être remarqué par les physiologistes qui ont vu dans la division une soudure; ce phénomène, que je désigne sous le nom de phénomène de la *complémentation*, consiste dans la production congéniale d'une moitié de l'organe (semblable à la moitié normale) qui apparaît du côté où s'est manifestée la division, lequel côté semblerait dénudé sans cette complémentation, tandis que dans toute l'étendue dans laquelle un organe est divisé, il paraît constitué par deux organes complets. C'est cette apparence et la non-découverte de la loi de complémentation qui a jusqu'à ce jour fait considérer comme deux organes soudés un organe en réalité unique, mais divisé et dont les deux moitiés sont complétées.

Je présenterai aujourd'hui un fait des plus concluants relativement à ma manière de voir. Chez une plante à feuilles opposées et à paires de feuilles successivement alternes, le chèvrefeuille (l'espèce *coprefolium*), j'ai rencontré des rameaux chez lesquels, dans l'intervalle qui sépare deux paires de feuilles superposées, se trouve une paire de feuilles se composant d'une

feuille normale et d'une feuille bifide ayant l'apparence de deux feuilles soudées; évidemment cette feuille bifide occupant la place qui doit occuper une seule feuille, et les autres feuilles du rameau existant à leur place, cette feuille ne peut être considérée comme le résultat de la soudure de deux feuilles, mais bien comme le résultat du dédoublement d'une seule et même feuille.

Je démontrerai, dans une prochaine communication, comment ces feuilles bifides se dédoublant dans toute leur étendue constituent chacune deux ou plusieurs feuilles et transforment une plante à feuilles opposées en une plante à feuilles verticillées, et je présenterai quelques considérations sur les analogies qui existent entre les monstres végétaux que je considère comme le résultat d'un dédoublement, et les monstres zoologiques que MM. Geoffroy-Saint-Hilaire ont considérés comme le résultat d'une soudure.

BIBLIOGRAPHIE.

ŒUVRES D'ORIBASE, texte grec, en grande partie inédit; traduit pour la première fois en français; par les docteurs BUSSEMAKER et DAREMBERG. — T. I et II. — J.-B. Baillière.

A-t-on besoin de retracer l'histoire des jours contemporains pour être en droit d'affirmer que l'époque actuelle ne se montre pas favorable au calme et au recueillement qu'exigent les travaux de haute érudition? A part un petit nombre d'élus, qui donc, en effet, a le privilége, au dix-neuvième siècle, de vouer en bénédictin sa vie entière à de savants loisirs?

Dominé par des nécessités impérieuses (celle notamment qui oblige le prêtre même à vivre de l'autel), il semble en vérité que chacun désormais soit tenu de n'accueillir les notions humaines que sous une forme pratique, accessible à tous et promptement réalisable, c'est-à-dire sous forme d'abrégés, de précis, d'éléments, d'extraits, de résumés et de manuels. Dans cette lutte incessante créée par l'encombrement des carrières, combien n'en voit-on pas parmi nous, insoucieux de toute filiation médicale, marcher à l'aventure en enfants perdus de la science, ou si mieux on aime et sans jouer sur les mots, en véritables enfants trouvés, livrés à l'abandon par des pères anonymes, sans lien commun, sans tradition, sans appui, et se réduisant d'eux-mêmes à la somme d'instruction dont ils ont strictement besoin pour être en possession du diplôme! Remonter vers le passé, ce serait s'imposer déjà le difficile effort de secouer le joug de l'autorité, puisqu'il faudrait d'abord franchir le cercle d'idées qui nous est tracé par l'enseignement des écoles. Pour s'en convaincre, il suffit de jeter les yeux sur un programme officiel. Les cours publics de nos Facultés, ainsi que M. Littré l'a fait remarquer ailleurs, y sont juxtaposés et non coordonnés; ils satisfont tant bien que mal au besoin d'embrasser l'ensemble des connaissances médicales, mais aucun d'eux ne se met en peine de renouer la chaîne des temps en acceptant, même sous bénéfice d'inventaire, l'héritage de nos ancêtres (1). On ne doit pas s'étonner dès lors que les générations nouvelles, également convaincues de l'excellence de nos méthodes et de la supériorité des lumières actuelles, jugent au moins inutile d'avoir à subir encore l'étude et l'interprétation des anciennes données scientifiques.

Loin de résister à ces tendances exclusivement pratiques, la presse médicale les seconde évidemment de tout son pouvoir. On ne nous demandera sans doute pas la preuve d'un fait qui se renouvelle chaque jour; nous rappellerons toutefois que l'un des traducteurs d'Oribase, dans ces dernières années, cherchait comme nous à conjurer l'ostracisme qui menace trop souvent ceux qui sont enclins à commettre le grave délit dont s'est rendu coupable, il *y a plus de vingt-deux siècles*, notre vieil Hippocrate lui-même en écrivant sur *l'ancienne médecine*. « L'érudition médicale, disait notre confrère, ne sait plus où trouver un refuge. Traitée partout en étrangère, en ennemie, elle est exclue de nos journaux, qui la repoussent à l'envi d'aussi loin qu'ils la voient venir. »

Exprimés par M. Daremberg, ces reproches avaient du moins le mérite du désintéressement, attendu qu'en ce moment même il était personnellement assuré d'obtenir de la GAZETTE MÉDICALE la plus cordiale hospitalité. Ce journal, il est vrai, conçu dans un esprit à la fois philosophique et pratique, est le seul, à notre connaissance, dont le cadre soit assez grand pour donner asile à tous les travaux sérieux, alors même qu'ils ne représenteraient qu'une époque de la science.

Si donc il fut loisible à M. Daremberg de consacrer dans la GAZETTE une longue étude critique à notre traduction de Celse, nous avons quelque raison d'espérer qu'il nous sera permis, en retour, d'apprécier succinctement l'entreprise, assurément plus vaste et plus importante, à laquelle ce médecin aura, jeune encore, attaché son nom.

Il s'agit, en effet, de bien autre chose que des huit livres dont se compose le TRAITÉ DE MÉDECINE. Un seul auteur de l'antiquité, fût-ce Oribase ou Galien, ne pouvait, à ce qu'il paraît, contenter l'ardeur de notre savant confrère, et son ambition ne sera satisfaite qu'après nous avoir dotés d'une bibliothèque des médecins grecs et latins. Au nom de la science philologique et de la science hippocratique, deux corps savants ont donné publiquement leur adhésion formelle au plan de cette collection, et s'il en résulte pour celui qui peut en revendiquer la pensée une faveur inestimable et un bonheur insigne, le public y trouve en même temps une garantie morale qui manque presque toujours aux publications de ce genre. Il y a de plus, dans ce patronage exercé spontanément par des hommes si haut placés dans la science, un sentiment de bienveillance et de confraternité auquel on est heureux d'applaudir. En signalant, au sein de l'Académie des inscriptions et belles-lettres, le délaissement où est demeurée la littérature médicale, M. Littré a provoqué, peut-on dire, une sorte de manifestation scientifique qui, se reproduisant peu de temps après à l'Académie de médecine par l'entremise du secrétaire perpétuel, M. Dubois (d'Amiens), a gagné de proche en proche les plus fermes soutiens de l'érudition en France et à l'étranger. Répondant à l'appel qui leur était fait, et persuadés qu'une telle œuvre exige plus que l'effort d'un homme, ces confrères, que leur zèle recommande autant que leur savoir, ont promis leur concours, ce qui implique une coopération active et persévérante, et ce sont là de ces promesses qui équivalent pour nous au fait accompli. Chacun, selon son pouvoir et la direction de ses études, apportera donc sa pierre au monument.

On aura quelque idée des obligations qu'ils s'imposent en songeant que la collection comprendra les médecins grecs depuis Hippocrate jusqu'à Actuarius (moyen âge), et trois médecins latins, Scribonius Largus, Celse et Cœlius Aurelianus. Mais en attendant la réalisation de ces engagements collectifs, l'auteur du projet s'est mis courageusement au travail, assisté de M. le docteur Bussemaker, déjà connu par des publications antérieures et depuis longtemps versé dans la connaissance des textes et des manuscrits. Aussi le spécimen de la collection, qui seul avait excité tant de ferveur et reçu tant d'encouragements, est-il suivi maintenant de deux volumes d'Oribase, qui sont le fruit de cette collaboration, et d'un volume de Galien, qui n'appartient qu'à M. Daremberg.

Le cours successif des ans, et plus encore l'importance réelle que lui assure à jamais la perte irréparable de nombreux ouvrages dont il nous a transmis des fragments, font qu'Oribase est, après Galien, l'écrivain le plus digne de fixer l'attention. L'espèce d'encyclopédie qu'il avait entreprise par ordre de l'empereur Julien, qui appréciait en lui l'archiâtre et l'ami, était divisée en soixante-dix livres; mais le temps, par malheur (*tempus edax rerum*), a couvert d'une ombre éternelle la plus grande partie de cet immense recueil, qui avait pour titre : Ἰατρικαὶ Συναγωγαί (COLLECTANEA MEDICINALIA), et représentait fidèlement, dans un ordre systématique, toutes les connaissances médicales de ces époques reculées. Toutefois les matériaux sauvés de la destruction formeront encore, avec les notes et commentaires, 5 vol. in-8°, qui n'auront pas moins de 700 à 900 pages.

En dehors des journaux de médecine, divers organes de la publicité que la nature de leurs études entraîne précisément à rechercher les œuvres d'érudition avec autant de soin que nous les évitons, ont avant nous souhaité la bienvenue à ces premiers-nés de la collection. Nous abandonnons volontiers à qui de droit, et au JOURNAL DES SAVANTS entre autres, l'examen et la solution des difficultés philologiques. Sur la foi d'autorités bien supérieures à la nôtre, nous voulons croire que la constitution du texte, qui a si longuement exercé la patience et la sagacité de MM. Bussemaker et Daremberg, est sortie de leurs mains à peu près irréprochable; mais quant à nous, médecin, parlant à des médecins, on nous pardonnera, dans une analyse si rapide et nécessairement incomplète, d'accorder une préférence exclusive aux sujets qui ont pour nous un intérêt plus direct, et qui relèvent aussi plus spécialement de la critique médicale.

On n'ignore pas que les anciens divisaient la médecine en trois branches, dont l'une, appelée *diététique*, traitait du régime en général, et de l'alimentation en particulier. Bien que le compilateur grec s'écarte

(1) On ne saurait nous objecter qu'en 1852 M. Andral a fait à la Faculté de savantes leçons sur l'histoire de la médecine; car il est évident que cette tentative isolée, qui ne lie personne pour l'avenir, atteste seulement que l'éminent professeur a pleinement conscience de la lacune que nous signalons, et qu'il est impatient de la voir disparaître.

un peu de ces divisions et devienne en même temps plus confus et moins méthodique, il commence également par poser les bases du régime alimentaire, et cette partie de l'hygiène prend dans l'ouvrage de si grands développements que le premier volume lui est presque entièrement consacré. C'est qu'en effet les substances végétales et animales y sont examinées une à une : on étudie d'abord leurs propriétés nutritives, puis leur action débilitante ou réparatrice sur l'économie, et l'on indique en dernier lieu le mode de préparation réclamé par chaque aliment pour que la digestion ou *coction* s'opère plus facilement.

Les considérations hygiéniques et médicales reposent naturellement sur les idées théoriques tant préconisées par Galien, savoir : le chaud, le froid, le sec et l'humide. Il semblerait que des préceptes ainsi déduits de vues conjecturales et d'opinions préconçues devraient constamment aboutir à des erreurs matérielles; mais il y a lieu de penser qu'à l'insu même de l'auteur, l'hypothèse souvent est corrigée par l'expérience, puisqu'ici les règles établies pour le régime à suivre dans les divers états de santé et de maladie ne sont pas seulement ménagées avec art, mais portent, en général, l'empreinte d'une saine observation et d'un esprit pratique. L'intérêt historique vient s'ajouter à l'intérêt médical, et l'on recueille, à propos de l'alimentation, de curieux détails à l'aide desquels nous prenons place pour ainsi dire au foyer des anciens. Quant à leurs procédés culinaires, nous croyons fermement que dans bien des cas ils ne parviendraient pas à trouver grâce devant nous, tant ils sont éloignés des habitudes contemporaines. Nous en dirons autant d'un certain nombre de substances considérées alors comme aliments, et qui, traitées aujourd'hui, *secundum artem*, par infusion et décoction, sont transformées en tisanes et en cataplasmes; exemples : mauve, patience, morelle, serpentaire, pariétaire, graines de lin, de rue, de chanvre, etc., etc. On ne s'attend guère non plus à voir figurer l'ortie et le chardon au milieu des splendeurs et des raffinements inouïs de la civilisation romaine. Sans doute il ne faut pas disputer des goûts; mais pour peu qu'il soit permis de les consulter, nous féliciterons les modernes d'avoir ouvertement rompu avec cette gastronomie des anciens jours, où l'âne et le chien, réputés viande de boucherie, contribuaient encore aux plaisirs de la table. Il est heureusement de toute notoriété que nous avons renoncé depuis des siècles à disputer l'ortie et le chardon au patient animal que Buffon *a vengé de nos injustes mépris*. Mais ce qu'il faut savoir aussi, c'est que de menues graines, comme la vesce et le millet que nous abandonnons sans réserve à nos oiseaux privés, étaient appelées également à nourrir les Grecs et les Romains.

Dans Oribase, les aliments divisés et classés méthodiquement d'après leurs qualités nutritives sont déclarés tour à tour de bonne ou de mauvaise digestion. N'est-il pas à regretter que MM. Bussemaker et Daremberg, à force de se préoccuper de l'acception *littérale* des mots, soient venus à bout d'obscurcir une pensée si naturelle et si claire? Que στόμαχος en grec signifie réellement ouverture, cela ne fait pas question; mais en se souvenant à propos qu'il y a des cas où *la lettre tue*, ils auraient évité cette phrase malencontreuse qu'ils se condamnent à reproduire invariablement. « Telle substance, disent-ils, *est favorable à l'orifice de l'estomac, et telle autre lui est contraire*. Or nous maintenons que cette version n'offre plus qu'un sens équivoque et ne nous arrive pas comme une idée nette. Les anciens, que nous sachions, n'ont jamais prétendu que la digestion pût s'accomplir ailleurs que dans la cavité même de l'estomac; et si la traduction est fidèle, il en résulte, au contraire, que c'est l'orifice de l'organe ou le cardia qui devient exclusivement le siége des phénomènes digestifs. Nous étions assuré d'avance que la dernière édition des œuvres complètes d'Hippocrate (édit. et traduct. Littré) protesterait à chaque page contre une semblable interprétation, et nous tenons en outre du traducteur lui-même qu'il n'est aucun moyen de souscrire à cette locution si louche et si bizarre, dont le retour incessant attriste la raison autant qu'il fatigue l'oreille. Ceci posé, nous avouerons que la lecture des notes instructives et variées qui sont jointes au premier volume, nous a bientôt dédommagé de ce grief. Parmi ces notes, il en est qui s'élèvent au rang de documents et qui répandent une clarté nouvelle sur la civilisation antique. Tout s'enchaîne en effet dans l'étude de l'homme, et M. Daremberg n'avance rien qu'il ne prouve en disant dans son introduction que la lecture assidue des médecins grecs et latins est pour la connaissance des antiquités une source abondante qu'on est loin d'avoir épuisée. Hippocrate, Galien, Oribase, Aetius, et beaucoup d'autres ne se bornent pas à nous donner des notions historiques sur diverses branches de l'hygiène, telles que l'art culinaire, l'iatralepsie, la gymnastique, la cosmétique, etc., ils nous fournissent aussi des renseignements précis sur certains métiers, et chacun de ces auteurs nous laisse entrevoir çà et là les mœurs et les habitudes du temps où il a vécu. Que l'on étende ces recherches, que l'on s'applique à recueillir et à coordonner les faits, et l'on verra qu'il n'est pas impossible de reconstituer la vie sociale à telle ou telle période des annales humaines.

Peut-être avons-nous excédé déjà les limites qui pouvaient nous être accordées, et ce n'est pas sans hésitation que nous nous aventurons à parler du second volume d'Oribase.

Par la variété des sujets qu'il renferme, non moins que par l'importance des questions qu'il soulève, ce second volume est évidemment supérieur au premier, et seul il suffirait à défrayer une longue série d'articles. Mais quel que soit notre désir d'insister sur les mérites du livre, nous craignons, à vrai dire, de laisser ce compte rendu forcément inachevé, tant il nous paraît difficile, en présence des intérêts divers et souvent opposés qui se partagent la rédaction d'un journal, de procéder à l'examen suivi que nous voulions entreprendre. Toutefois, ce qui doit être plus difficile encore, c'est de faillir à ses engagements par une désertion soudaine, et mieux vaut après tout se résigner à des entraves légitimes et tenter une analyse incomplète que d'échapper aux difficultés par la fuite et le silence.

Nous entrons donc résolument en matière, et nos premières remarques auront pour objet les émissions sanguines. Personne, assurément, ne contestera l'importance d'un pareil sujet, et de tout temps il a dû provoquer les méditations du médecin. Que de faits et d'idées, que de théories et de systèmes se rattachent à cette immense question! et comment se défendre de suivre à travers les siècles les principes qui ont dirigé l'emploi d'une médication puissante dont les premiers essais vont se perdre dans les ténèbres où s'évanouit l'origine des choses? Il est consolant du moins, au milieu de l'antagonisme éternel des doctrines médicales, d'avoir à constater que les indications générales, et nous ajoutons aussi les contre-indications, ont toujours été à peu près les mêmes. Seulement on a pressenti déjà que de nos jours le diagnostic ayant acquis plus de certitude et de précision, nous avons pu donner à nos formules une plus grande rigueur et plus de fixité, tant pour l'opportunité que pour la juste mesure des saignées générales et locales. C'est dans Galien qu'Oribase a puisé l'indication des états pathologiques où il convient de tirer du sang, et c'est Antyllus qui lui a presque seul fourni le manuel opératoire. Ce manuel est nécessairement plus long et plus compliqué que le nôtre; car, indépendamment des prescriptions relatives aux sangsues et aux ventouses suivies de scarifications, il comprend l'artériotomie et la phlébotomie. Or il est évident que le nombre des vaisseaux artériels et veineux qu'on ouvrait alors dans la pratique journalière ne saurait se comparer à la saignée devenue si rare de l'artère temporale, et à la section des veines situées au pli du bras, qui suffisent presque toujours aux besoins de la médecine moderne.

En 1838, M. Dubois (d'Amiens) avait publié déjà dans le journal L'Expérience un travail excellent sur le sujet qui nous occupe, et les traducteurs d'Oribase, après avoir rendu justice à cette publication, ont cru devoir à leur tour se livrer à de nouvelles recherches; si bien que tous ces matériaux réunis n'attendent plus que la mise en œuvre d'un écrivain jaloux de nous donner une histoire vraiment complète des émissions sanguines en remontant même au delà des temps hippocratiques

Parmi les indications que les anciens accueillaient avec une confiance aveugle et que nos contemporains repousseraient avec un sourire de commisération, nous devons placer au premier rang celles qui leur étaient imposées par les rêves de la nuit. Écoutons Galien : « Moimême, dit-il, engagé par certains songes qui m'apparurent clairement, j'ai divisé l'artère située entre l'indicateur et le pouce de la main droite, et je laissai couler le sang jusqu'à ce qu'il s'arrêtât de luimême, *le songe me l'ayant ainsi prescrit*. » Ce beau génie tenait sans doute à nous laisser un témoignage plus décisif encore de sa crédulité, puisqu'il n'a pas dédaigné d'écrire un petit traité sur *la valeur séméiotique des songes*. La collection hippocratique nous transmet une œuvre en tout point semblable où l'on déduit gravement les conséquences pratiques de ces indications. Rien n'établit, il est vrai, que le vieillard de Cos, si crédule à la doctrine des nombres, ait franchi la distance qui sépare l'hypothèse de la superstition en reconnaissant l'autorité des songes. Mais, hélas! Aristote lui-même n'a pu se préserver de cette contagieuse croyance. — Qui mieux que lui pourtant pouvait plaider la cause de la raison? — Fallait-il donc tant de savoir, d'analyse et de *logique* pour arriver à cette conclusion, qu'il n'est pas permis de contester formellement la puissance divinatoire dont l'esprit humain peut se trouver investi dans l'état de sommeil? C'est ici que Celse, l'auteur du TRAITÉ DE MÉDECINE, prend tout à coup une physionomie nouvelle, et que devant les incertitudes et les défaillances de

ces grands génies, la fermeté de son jugement lui assure parfois une supériorité réelle. On a coutume d'estimer en lui le compilateur habile, l'écrivain élégant et concis, et l'on oublie que Celse est dans l'antiquité le seul auteur qui ait su rester inaccessible à toutes les rêveries enfantées par l'esprit de système. Si, tout en se déclarant l'admirateur passionné d'Hippocrate, il ne craint pas de lui reprocher ses idées pythagoriciennes, ce n'est pas à coup sûr pour s'incliner devant les chimères que produit le sommeil. Ce n'est pas tout, et puisqu'il s'agit d'émissions sanguines, nous ferons remarquer que les préceptes établis par Celse sont encore adoptés de nos jours, tandis qu'à certains égards les opinions de Galien sont manifestement entachées d'erreur. Que dit d'abord l'auteur du TRAITÉ DE MÉDECINE? « Tirer du sang par l'ouverture d'une veine n'est pas chose nouvelle; mais ce qui est nouveau, c'est de recourir à la saignée dans presque toutes les maladies. Employer ces émissions sanguines chez les jeunes sujets et les femmes qui ne sont point enceintes est encore une pratique ancienne; mais c'est récemment qu'on en a fait l'essai sur les enfants, les vieillards et les femmes en état de grossesse. Les anciens, en effet, pensaient qu'aux deux extrémités de la vie ce remède n'était pas supporté, et qu'il y avait là pour la femme qui a conçu une cause d'avortement. *On sait maintenant qu'il est moins important de s'arrêter à l'âge ou à la grossesse qu'à l'état des forces.* » (Liv. II, t. X, p. 40 de mon édit.)

Eh bien! pour Galien aussi l'intégrité des forces paraît être la règle souveraine des émissions sanguines; mais le grand homme est en retard sur le compilateur romain en ce qu'il regarde l'enfance et la vieillesse comme une contre-indication absolue. Le génie grec du médecin de Pergame fléchit encore devant le bon sens du latin quand il affirme que la salive humaine est tellement active et âcre chez les gens qui ont souffert de la faim et de la soif, qu'il peut résulter de son contact la mort de certains animaux. « J'ai vu (c'est Galien qui parle) un scorpion mourir par l'effet de la salive seule, quelqu'un crachant dessus, et cet effet se produisait rapidement quand le crachat provenait de gens qui avaient soif et faim, tandis qu'il ne survenait que lentement pour ceux qui s'étaient gorgés d'aliments et de boissons. » (Oribase, t. II, p. 728.)

Il faut avouer aussi que Celse était bien loin d'imaginer qu'avant d'administrer l'ellébore, le médecin, dans le but sans doute de remonter le courage du malade, dût l'avertir sérieusement de mettre ordre à ses affaires et de dicter son testament. Ce n'est plus ici Galien qui est en cause, c'est un autre Grec nommé Ctésias, et le passage vaut la peine d'être cité :

« Du temps de mon père et de mon grand-père, aucun médecin ne donnait de l'ellébore, car on ne connaissait ni la manière de le mélanger, ni la mesure, ni le poids qu'il en fallait donner, et, si quelqu'un donnait de l'ellébore à boire, il recommandait aux malades de faire d'abord leur testament, comme s'ils devaient courir un grand danger: aussi, parmi ceux qui en buvaient, plusieurs étaient suffoqués, et *peu restaient en vie.* Maintenant il semble que son administration soit tout à fait exempte de danger. » (T. II, p. 182.) Il suit de là qu'entre Celse et Ctésias, la tradition pratique, relativement à l'emploi de ce médicament, s'était altérée ou perdue. Au surplus, nous retrouvons, dans les notes, l'historique des vicissitudes singulières qu'a subies d'âge en âge cette médication redoutable avant de tomber dans l'oubli.

Pour tout dire enfin, sans être irréprochable, la matière médicale de Celse est assurément moins étrange que celle qui avait cours au temps d'Oribase; cette fois encore nous prenons le lecteur pour juge : « Les diurétiques, dit le compilateur Oribase d'après le médecin grec Antyllus, se prennent par la bouche, sous forme de boisson; d'autres s'appliquent sur le gland (orifice de l'urètre), et nous employons ce dernier procédé quand la vessie, étant remplie outre mesure, ne peut plus se contracter et évacuer l'urine. Nous introduisons, par le canal, de la soude brute dissoute dans l'eau, de l'eau salée, des fleurs de sel, de la bile, du pain de cochon ou *une punaise.* » L'emploi des punaises, comme agents diurétiques, est déjà quelque peu singulier pour qui ne sait pas que, dans ces derniers siècles, on prescrivait encore les poux contre l'ictère, et le procédé consistait simplement à couvrir le patient de vermine; mais ici, ce qui est vraiment bizarre, c'est de prendre le méat urinaire pour lieu d'élection de ce remède immonde.

Le plus sûr moyen de faire connaître au lecteur une œuvre médicale qui appartient à la fois à l'antiquité grecque et romaine, n'était sans doute pas de signaler d'abord tous les endroits du livre où la pratique ancienne se confond entièrement avec la médecine actuelle. Il était naturel de rappeler au contraire les faits et les idées qui ont conservé l'empreinte d'une autre époque que la nôtre.

En résumé, pour mener à bien une si longue entreprise, il faut assurément des qualités peu communes, et nous savons maintenant qu'elles ne font pas défaut aux traducteurs d'Oribase. Qu'il nous soit permis de le redire encore, les notes qui sont jointes à ces deux volumes ne sont pas seulement explicatives du texte, elles ont, même en dehors de l'ouvrage, une valeur d'érudition qu'on ne peut méconnaître, et quelques-unes entre autres deviendraient facilement l'objet d'une lecture académique dont plus d'un auditeur aurait à faire son profit. MM. Bussemaker et Daremberg ont, en un mot, rivalisé de patience, de zèle et de savoir, et, grâce à leurs constants efforts, Oribase, dont le nom même était à peu près ignoré du vulgaire, a dès à présent reconquis la place qui lui était assignée dans l'histoire de l'art.

Dr DES ÉTANGS.

VARIÉTÉS.

MOUVEMENT DU CHOLÉRA DANS PARIS ET DANS LES COMMUNES RURALES.

Octobre...	6	7	8	9	16	11	18
Admissions aux hôpitaux	8	6	20	16	12	16	22
Cas déclarés à l'intérieur	9	7	4	10	8	11	12
Totaux.......	17	13	24	26	20	27	34
Décès : Dans les hôpitaux civils..	5	4	14	12	12	13	9
— militaires..	0	1	0	0	1	2	1
A domicile : 1er arrond...	0	4	2	1	2	2	6
2e —	2	0	0	1	2	3	0
3e —	0	3	3	1	4	2	3
4e —	0	0	0	0	2	0	2
5e —	1	0	1	2	1	3	4
6e —	1	0	1	5	6	4	4
7e —	1	0	0	3	5	1	3
8e —	1	2	1	2	3	2	8
9e —	0	0	1	1	2	1	1
10e —	0	2	0	0	0	1	1
11e —	0	0	0	0	0	0	3
12e —	0	1	2	2	1	1	1
Communes rurales.....	3	1	2	0	3	0	0

RÉCAPITULATION DES DÉCÈS CHOLÉRIQUES :

Octobre...	6	7	8	9	10	11	12
Dans les hôp. civils et militaires ...	5	5	14	12	13	15	10
A domicile et dans les comm. rurales.	9	13	13	18	3t	20	36
Totaux généraux des décès...	14	18	27	30	44	35	46

RÉCAPITULATION DEPUIS LA RECRUDESCENCE JUSQU'AU 13 OCTOBRE.

Admissions dans les hôpitaux civils. .	4,448	6,404
Cas déclarés à l'intérieur	1,956	
Décès dans les hôpitaux civils.....	3,275	10,79t
— — militaires ..	609	
— à domicile...........	4,465	
— dans tes communes rurales.	2,442	

La mortalité générale en France par le choléra s'élève aujourd'hui au chiffre de 100,000 décès : c'est à peu près le chiffre atteint par les épidémies de 1832 et 1849.

— Un nouveau département, celui de la Charente-Inférieure, a été envahi par le choléra. Il fait d'assez grands ravages à Rochefort.

— M. Quesnel, second médecin en chef à Brest, vient d'être promu au grade de premier médecin en chef à Rochefort.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

CURABILITÉ DU CANCER. — VALEUR DIAGNOSTIQUE DU MICROSCOPE.

Trois séances de l'Académie ont déjà été consacrées à la discussion de ces deux questions. Leur importance et leur à-propos permettaient d'espérer une lutte sérieuse, approfondie et capable d'intéresser vivement les esprits, sinon de hâter la solution des points litigieux. Jusqu'ici on peut craindre que ni l'un ni l'autre de ces deux buts ne soient atteints. Les incertitudes, les convictions et les oppositions restent ce qu'elles étaient le premier jour, et le peu d'entrain qu'on a pu remarquer à la dernière séance ne laisse guère espérer de voir la discussion prendre les proportions que comportait un aussi fécond sujet. D'où cela vient-il? Sans doute de ce que les différentes opinions, les écoles opposées ne sont pas suffisamment représentées à l'Académie. Les cliniciens, les Nestors de la pratique n'y manquent pas; mais l'école moderne, celle en qui se personnifie l'application du microscope à l'étude clinique du cancer, n'y est représentée que par des partisans plus ou moins tièdes et circonspects. Les fortes convictions peuvent seules donner de la vie aux débats, parce qu'elles engendrent la contradiction; et la contradiction, il y a longtemps qu'on l'a dit, a seule le pouvoir de faire jaillir la lumière. A ce point de vue, la discussion qui a eu lieu naguère sur le même sujet au sein d'une société hiérarchiquement moins élevée que l'Académie, a au moins offert ce genre d'intérêt: on y a vu les doctrines véritablement aux prises par les hommes mêmes qui les professent. Si quelquefois l'expérience et la maturité ont paru y faire défaut, on y a trouvé du moins l'animation et l'ardeur de jeunesse qui remuent les idées quand elles ne les mettent pas en mouvement. Nous le répétons : il est à craindre que le débat académique ne produise même pas ce genre de résultat. Quoi qu'il en puisse être, et nous désirons fort nous tromper, la discussion, telle qu'elle s'est continuée jusqu'ici, n'a pas été sans intérêt. Si elle n'a fait voir encore que ce que l'on savait le plus généralement sur la curabilité du cancer et la valeur du microscope comme moyen de détermination, elle l'a mieux fait voir. On saura certainement mieux qu'auparavant où en sont la science et l'art à ces deux points de vue; et c'est quelque chose que d'avoir un point de départ mieux fixé pour les problèmes à résoudre et pour les progrès à réaliser. Nous espérons pouvoir le montrer dans cet article.

Le vrai cancer est-il curable? Nous commençons à dessein par la question pratique, parce qu'elle domine la question théorique et y conduit naturellement.

La divergence des opinions à l'endroit de la curabilité du cancer a existé de tout temps : les motifs ont pu changer, mais les conclusions sont restées les mêmes. Aujourd'hui comme au temps de Celse et même d'Hippocrate, il y a des personnes qui regardent le cancer comme absolument incurable; il y en a d'autres qui acceptent, à des degrés différents, l'opinion de la curabilité. Quels sont les principaux motifs de cette divergence? Les partisans de l'incurabilité absolue allèguent le caractère infectieux, cachectique de la maladie, ses manifestations multiples et successives et ses récidives sur place. Les fauteurs de l'opinion contraire nient le fait absolu de l'infection cancéreuse primitive; ils citent des cas de guérisons sans repullulation ni récidive. Voilà ce qu'on a dit et soutenu de tout temps. Quelle différence y a-t-il entre ceux qui défendent aujourd'hui les mêmes opinions? celle-ci : d'une part, on affirme la réalité de guérisons bien établies par toutes les ressources du diagnostic, et bien attestées par un nombre suffisant de résultats permanents; de l'autre, on prétend que le diagnostic n'a pas été rigoureux, que l'on a confondu des maladies non cancéreuses avec le vrai cancer, et que les seules guérisons permanentes alléguées ne se rapportent qu'à des pseudo-cancers, ou bien ont été suivies de récidives méconnues. Suivons, dans le développement de ces deux thèses, les argumentations qui ont été produites, ou du moins empruntons à chacune d'elles, en les commentant, les raisons qu'elles ont respectivement fait valoir.

M. Velpeau, qu'on peut regarder à juste titre comme le plus fervent adepte de la curabilité du cancer, s'est exprimé de la manière la plus catégorique. Pour lui, le cancer est fréquemment curable : cela ne fait pas l'objet d'un doute. Il ne s'agit pas ici d'une opinion conçue à la hâte, mais d'une conviction profonde, mûrie par le temps et basée sur une expérience aussi vaste qu'approfondie. Auteur d'un TRAITÉ DES MALADIES DU SEIN, où il a déposé le produit de trente années de pratique (1), ce n'est pas une guérison isolée qu'il cite, mais vingt. Il ne s'agit pas de tumeurs douteuses, rangées par ses contradicteurs dans la classe des pseudo-cancers, des tumeurs simplement fibro-plastiques ou épithéliales, mais de cancers vrais, de squirrhes, d'encéphaloïdes, de fongus hématodes, en un mot des formes les plus et les mieux accusées, et ce qui plus est, reconnues pour telles par les micrographes les plus difficiles; de cancers dans lesquels on avait constaté le suc laiteux, la cellule et les noyaux cancéreux. Cette conviction, aussi bien établie, n'a pas attendu la critique; elle l'a provoquée. M. Velpeau ne s'est pas borné à mentionner tous les résultats consignés dans son livre : il a mis ses adversaires au défi de les trouver en défaut, soit pour le diagnostic, soit pour le résultat. On peut se dispenser de reproduire ici toutes les preuves de fait, de chiffres et de pièces dont notre savant confrère a entouré son opinion; mais ce que l'on ne saurait assez faire valoir en faveur de celle-ci, c'est la verve qu'il a déployée, c'est le sentiment de vérité dont il s'est montré pénétré, c'est le caractère d'autorité qu'il a su donner à sa parole. Ce genre de démonstration a aussi sa valeur : s'il ne convainct pas, il commande au moins le plus sérieux examen. C'est ce que M. Robert a entrepris, et ajoutons non sans quelque succès.

Toute l'argumentation de M. Robert se résume en ces mots : les guérisons alléguées par M. Velpeau sont si extraordinaires sous le rapport de la quantité et de la qualité, qu'elles ne peuvent s'expliquer que par une méprise. M. Velpeau n'a pu croire avoir guéri tant de cancers vrais qu'en prenant pour tels des tumeurs bénignes, des tumeurs homœomorphes, fibro-plastiques, épithéliales, celles, en un mot, que le

(1) TRAITÉ DES MALADIES DU SEIN ET DE LA RÉGION MAMMAIRE. In-8° de 717 p. Paris, chez Victor Masson. 1854. — Nous rendrons prochainement compte de cet ouvrage.

FEUILLETON.

LA TARTARIE ET LE TIBET.

TOPOGRAPHIE ET CLIMAT. — HYGIÈNE. — MÉDECINE.

(Suite. — Voir le n° 40.)

II. — Hygiène.

Il est des gens qui sacrifient à toute mode, encensent toute idée régnante, se rangent à toute doctrine en vigueur; c'est le moyen de vivre en paix. Quant à moi, je me plais à chercher, avec ma petite lance, le dessous de la visière et les joints des armures. Cette escarmouche du feuilleton contre les colosses, ne peut amasser de grosses colères sur celui qui a le privilége de plaisanter et de parler raison tour à tour et simultanément, sans être obligé de dire au lecteur de quoi il tourne pour le moment; et les atteintes que reçoivent les plus robustes dans cette petite guerre n'en sont parfois pas moins incisives et piquantes.

En Tartarie, comme dans l'Hindoustan, il est une caste religieuse, celle des Banians, dont les sectateurs ne mangent rien de ce qui a eu vie animale. Ces curieux fanatiques, imbus des principes de la métempsycose la plus outrée, redouteraient de manger leur prochain en mettant sous leur dent les débris du moindre animalcule; avaler un œuf serait même un sacrilége qui les assimilerait à Saturne dévorant ses enfants. Par amour de leurs semblables, les Banians se laissent tourmenter par leurs frères les poux; ils n'osent aller la bouche ouverte, de peur d'avaler par mégarde leurs bonnes sœurs les mouches; c'est à peine s'ils s'aventurent quelquefois à cheval, de crainte que le sabot de leur monture n'écrase quelque parent caché sous l'herbe du chemin.

Eh bien! ces extravagants vivent tout comme nous, et atteignent autant d'âge que les mangeurs de viande! Mais alors, que va devenir la théorie chimique appliquée à la physiologie, cette grande mode des temps d'aujourd'hui? Messieurs les chimistes ont divisé les aliments en aliments de la digestion ou de l'assimilation, et en aliments de la respiration, et pensent, principe vrai du reste en général, que la vie ne peut s'entretenir que par l'usage simultané de ces deux espèces d'aliments, employés dans des proportions convenables. On l'a dit avec beaucoup d'originalité et pas mal de raison : *la vie est capable de tout pour donner des démentis à la chimie*. Nos Banians *sarniphobes*, vivant bel et bien au moyen d'une nourriture exclusivement végétale, sont une nouvelle preuve qui corrobore cet adage.

L'habitude et le climat introduisent des modifications profondes dans les exigences alimentaires. Le physiologiste, qui passe sa vie dans son cabinet, aurait souvent, malgré ses nombreuses et savantes expériences, beaucoup à apprendre du moindre voyageur doué de l'esprit d'observation. Dans les pays froids, l'entretien de la vie exige une nourriture animalisée abondante, et les alcooliques deviennent souvent aussi une nécessité; dans les régions chaudes,

microscope exclut du domaine du vrai cancer, et par conséquent qu'il reconnaît comme curables. Cette thèse, si elle n'est pas nouvelle, a au moins le mérite d'être claire et précise. De tout temps on a dit à ceux qui croyaient faire autrement et mieux que les autres qu'ils se trompaient. C'est un expédient qu'on croirait usé tant il a été employé; n'importe, il est toujours de mise, et ajoutons qu'il ne l'est jamais sans succès, pourvu qu'il soit varié avec esprit. A cet égard, on doit reconnaître que M. Robert a su donner à sa critique une tournure piquante. Il a exhumé malicieusement les précédentes opinions, les jugements antérieurs de M. Velpeau, et sur la rareté des guérisons, et sur la presque impossibilité d'éviter les méprises diagnostiques. Mais tout cela n'est pas sérieux, et un seul fait bien établi vaut mieux que tout l'esprit du monde. C'est ainsi qu'en a jugé M. Velpeau, et avec lui l'Académie.

Reprenant pied à pied l'argumentation de M. Robert, M. Velpeau s'est attaché à prouver trois choses : premièrement, que, nonobstant ses opinions et ses écrits antérieurs, les faits observés par lui depuis sont bien tels qu'il les a rapportés, et il en a cité bon nombre avec détails; secondement, qu'il ne peut y avoir eu confusion de sa part, parce qu'il a souvent appelé au contrôle de son diagnostic les chefs mêmes de la micrographie contemporaine; troisièmement enfin, que, pour lui, la constatation du microscope est parfaitement superflue. Avant de suivre l'honorable académicien dans la démonstration de ce troisième point (celle des deux premiers est superflue), il est peut-être utile de s'arrêter pour demander à l'habile chirurgien quelques éclaircissements propres à compléter la confiance que commandent les succès de sa pratique.

Quand un praticien fait mieux qu'un autre, c'est qu'il fait autrement. La guérison de 22 cancers vrais par un seul chirurgien a quelque chose qui étonne. Tant qu'on se borne à maintenir numériquement une telle affirmation, même appuyée de preuves de fait, de témoignages de toutes sortes, l'étonnement ne cesse pas. Mais pour peu qu'à l'appui de cette différence dans les effets, on montre une différence équivalente dans les causes, l'étonnement se change en satisfaction, sinon en admiration. Or pourquoi M. Velpeau n'a-t-il pas dit à ses adversaires comment il s'y est pris, dans quelles conditions il a opéré, quel mode d'opération il a préféré, quel traitement local et général il a employé? Cela eût été plus convaincant et plus profitable que toutes les pierres jetées dans le jardin des micrographes, comme il l'a dit malicieusement. Dans cette révélation des conditions, des causes de ses succès, tout le monde n'aurait pas seulement trouvé de nouveaux motifs de croyance, mais la science en eût tiré des enseignements, des préceptes pour l'avenir. C'est précisément ce que nous disions au commencement de cet article avoir manqué jusqu'ici à la discussion : affirmer, nier, prouver des faits n'est rien : l'induction et la généralisation seules sont profitables à la science; et c'est à cela que nous serions heureux de voir servir les riches matériaux de la pratique de M. Velpeau.

Dans notre prochain article, nous aborderons, avec notre savant collègue et avec ses contradicteurs du dedans et du dehors, la question de l'utilité clinique du microscope.

Jules Guérin.

PATHOLOGIE INTERNE.

Preuves cliniques de la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde (mémoire présenté à l'Académie des sciences, séance du 9 octobre 1854); par le professeur Forget (de Strasbourg).

Il est certaines maladies, en trop petit nombre, qui, subissant l'empire de la science et de la civilisation, tendent à disparaître complétement de la scène du monde actuel : tels sont particulièrement le scorbut et surtout le typhus dit des camps, des vaisseaux, des hôpitaux, des prisons.

Or quand une maladie devenue très-rare n'a pas été observée depuis longtemps, il arrive qu'on a parfois à regretter de n'avoir pas jadis suffisamment exploré certains éléments de cette affection, dont la science, en progrès, fait actuellement comprendre l'importance; c'est précisément ce qui a lieu pour le typhus, en ce qui concerne les lésions intestinales dont, lors de ses dernières apparitions, on se préoccupait assez peu, et dont la détermination est devenue depuis un point foodamental en pathologie. C'est cette lacune de l'histoire du typhus que nous allons chercher à combler, grâce à une occasion favorable qui est venue en quelque sorte nous apporter la solution de ce grave problème.

Tant qu'on n'a pas cherché à différencier les maladies par ce qu'on appelle aujourd'hui leurs caractères anatomiques, plusieurs d'entre elles ont dû nécessairement être confondues les unes avec les autres; telle est l'histoire des paralysies, des convulsions de causes diverses, telle est celle du typhus relativement à la fièvre typhoïde. Le mot *typhus* lui-même est d'invention moderne, en tant que désignant une maladie spéciale. Hippocrate appliquait l'épithète de *typhide* à toute affection accompagnée de stupeur, et, à vrai dire, telle est la signification rigoureuse du mot. Depuis lors l'antiquité presque tout entière a désigné sous le nom de *fièvre putride*, *maligne*, et plus généralement de *fièvre pestilentielle*, ce que nous appelons aujourd'hui *typhus*, *fièvre typhoïde*, *fièvre grave*. Pinel lui-même confondait le typhus avec sa fièvre *ataxique*.

Hildenbrand, en publiant son traité du *typhus contagieux* (1810), est celui qui a le plus contribué à faire considérer le typhus comme une maladie spéciale. Puis survint le fameux typhus de 1813 à 1815, lequel fut étudié par de nombreux observateurs. Mais alors malheureusement l'anatomie pathologique était imparfaitement cultivée; on négligeait d'ordinaire l'inspection régulière du canal digestif, et cette grande et funeste occasion de fixer les caractères anatomiques de la maladie fut perdue et ne s'est plus retrouvée depuis, à part de petites et rares épidémies; et les auteurs qui nous ont transmis les relations de ces dernières n'ont pas eu suffisamment d'autorité pour fixer solidement les opinions sur les points en litige.

Malgré les travaux de Rœderer et Wagler, de Prost, de Petit et Serres, etc., ce n'est que depuis 1829, époque où M. Louis publia ses belles Recherches sur la gastro-entérite, que l'on a compris et fait ressortir l'importance des lésions intestinales dans les fièvres graves. Aussi n'est-ce que sur de vagues souvenirs ou en se livrant à des re-

---

au contraire, l'alimentation est de moins en moins copieuse et de plus en plus végétale. Cela est vulgairement connu. Mais passez au feuilleton une autre observation qui a tout au moins pour elle l'originalité. Si certains animaux *hivernent*, c'est-à-dire s'endorment, meurent à demi pendant la saison froide, on pourrait presque dire que l'homme subit la même loi en sens inverse, qu'il est sujet à un *hivernage d'été*, ou plutôt à un véritable *estivage*. Voyez l'habitant des régions tropicales, être torpide, sans activité et presque sans motilité, ne dormant ni ne veillant et n'ayant presque pas la force de penser. Tout est languissant chez lui, même les fonctions digestives auxquelles il ne fournit que d'avares et légers aliments, qu'il rehausse de force épices, pour qu'ils puissent réveiller les organes de la digestion. Vraiment ce n'est là qu'une demi-vie. L'habitant des tropiques semble faire le mort pour que les agents destructeurs ne s'inquiètent point de cette espèce d'existence, et le laissent obscurément végéter dans un coin oublié. Avec de petites fonctions, de petits besoins, de petits mouvements, on ne heurte rien et l'on n'est pas heurté soi-même; on se passe de puissants incitateurs de la vie, mais, par contre, les organes n'ont qu'une vitalité rudimentaire qui se trouble difficilement.

Cette existence est, sauf quelques traits un peu brodés peut-être, celle de l'habitant des régions torrides où l'hivernage n'est qu'un mot trompeur donné à une saison brûlante, car le soleil darde verticalement ses rayons pendant toute l'année. Mais, dans les pays à climat excessif, où des hivers vraiment froids viennent retremper et reconforter l'organisme épuisé par des étés torrides, l'homme, remonté de temps en temps par la tonicité du froid, conserve encore assez d'énergie dans la saison accablante pour pouvoir s'y livrer à des travaux pénibles et les supporter malgré la sobriété de son régime. Tels sont, entre autres, les Tartares et les Mongols des déserts asiatiques.

Il était certes bien l'heure d'arriver à nos Tartares et à nos Mongols, que ce préambule a fait perdre de vue! Mais c'est que, sur leurs chevaux rapides, ces nomades passent si vite sur leurs steppes immenses, qu'on nous pardonnera tout le temps que nous avons mis à les atteindre. Maintenant que nous les tenons, nous allons jeter un coup d'œil sur leur hygiène, en nous réservant de parler, dans un dernier article, de leur médecine et de leurs médecins.

Ils mangent sobrement; nous l'avons fait pressentir. On les voit souvent, comme l'Arabe, parcourir d'immenses espaces en portant pour toute provision un peu de farine d'orge, d'avoine ou de millet. Le nomade de la Haute-Asie n'est point cependant sans passion gastronomique; comme l'habitant sédentaire de ce continent, il raffole d'une substance qui joue un rôle capital dans son système alimentaire, non pas comme élément offert à l'assimilation, mais comme condiment, comme passe-port donné aux vrais aliments, comme excitant diffusible bien nécessaire pour un organisme trop faiblement incité par des féculents peu sapides. Nous voulons parler de cette infusion qu'on fait circuler dans nos salons pour passer le temps, réveiller l'esprit et flatter le palais, et que le médecin prescrit souvent dans un but prophylactique ou curatif; on a nommé le thé.

Dans les villes tartares limitrophes du désert, tout repas commence par le thé, qu'on sert très-chaud et par larges tasses; on ne touche à rien avant ce préliminaire obligé. Sous la tente, on procède encore de la même manière,

cherches rétrospectives généralement peu probantes, que l'on a tenté d'établir les affinités ou les caractères différentiels du typhus et de la fièvre typhoïde. Ainsi, M. Cruveilhier affirme de mémoire que « le typhus qui a régné épidémiquement dans les hôpitaux, par suite de l'encombrement, en 1813 et 1814, n'était, en général, rien autre chose qu'une entérite folliculeuse primitive. » (ANAT. PATH.) Néanmoins, en 1834, M. Chomel disait que « les documents les plus récents que nous ayons sur cet objet sont trop contradictoires pour qu'on puisse avoir une idée bien arrêtée sur les lésions de l'intestin dans le typhus..... Son identité avec la fièvre typhoïde, *bien que probable*, n'est point encore certaine. » (CLIN. MÉD.)

L'Académie de médecine, pénétrée de ces incertitudes, posa, en 1835, la question du *parallèle du typhus et de la fièvre typhoïde;* mais les éléments cliniques actuels relatifs au typhus faisaient alors complétement défaut, et les concurrents n'ont pu arguer que de preuves historiques; cependant l'Académie couronna, en 1837, le travail de M. Gaultier de Claubry, dont la conclusion finale est que « le typhus et la fièvre typhoïde présentent, non pas seulement de l'analogie, mais la plus parfaite ressemblance, quant aux lésions anatomiques particulières ment. » (MÉM. DE L'ACAD., t. VII.) L'auteur résume, avec beaucoup de labeur et de sagacité, une foule de travaux obscurs et ignorés qui militent en faveur de sa thèse, et surprend Pinel lui-même en flagrant délit d'inadvertance. Quant aux difficultés, aux contradictions plus ou moins sérieuses qu'il peut rencontrer, il les résout assez lestement par cette fin de non-recevoir en forme de dilemme, à savoir : que les faits contraires à son opinion ont été mal observés, ou qu'il s'agissait de maladies autres que le typhus.

Il est vrai que l'Académie récompensa en même temps le travail de M. Montault, dont les conclusions sont diamétralement contraires à celles formulées par M. Gaultier de Claubry, ce qui prouve que l'Académie elle-même n'a pas osé prononcer entre les deux systèmes.

Voilà le point où en est la science, et moi-même, dans le TRAITÉ DE L'ENTÉRITE FOLLICULEUSE, publié en 1841, j'inclinais pour l'adoption des idées de M. Gaultier de Claubry, privé que j'étais d'expérience personnelle.

J'ai donc raison de dire que la question de l'identité du typhus et de la fièvre typhoïde n'est pas encore définitivement jugée, parce qu'elle manque de preuves cliniques incontestables et d'autorités suffisantes pour la résoudre. Des preuves cliniques authentiques, je suis assez heureux aujourd'hui pour pouvoir en produire un assez bon nombre, consistant en observations toutes récentes faites publiquement, au point de vue spécial du problème dont il s'agit. Quant à l'autorité, je ne sache pas que depuis Pinel, époque où ce problème n'était pas posé, le typhus ait été scruté, analysé, avant et après la mort, au lit et à l'amphithéâtre, par un professeur de clinique officiel, passant les faits au double crible de l'observation pratique et de l'exposition cathédrale, en présence et sous le contrôle de nombreux témoins. Que si, après cela, on venait nous objecter que nous nous sommes trompé sur la réalité des faits ou sur la nature de la maladie, je déclare n'avoir rien à répondre.

Je vais d'abord exposer l'historique de mes investigations, en rapportant les faits dans l'ordre où ils se sont produits; j'entrerai ensuite dans l'analyse de ces faits, pour en déduire les considérations dogmatiques et pratiques qui en découlent naturellement.

C'est la maison de détention de Strasbourg, où régnait notoirement le typhus, qui nous a fourni nos sujets d'observation. Lorsqu'un prisonnier a fini son temps de reclusion et qu'il est malade, on le transporte à l'hôpital civil, s'il n'a pas de domicile : c'est ainsi que nous avons à traiter bon nombre de prisonniers libérés. C'est sur de pareils sujets que nous avons rédigé naguère nos RECHERCHES CLINIQUES SUR LES CARACTÈRES DIFFÉRENTIELS DU PURPURA ET DU SCORBUT (GAZ. MÉD. DE PARIS, septembre 1853). C'est à la même source que nous puisons les matériaux du travail actuel.

Onze individus, affectés de typhus confirmé, sont passés dans nos salles; sept ont succombé. C'est par ceux-ci que nous commencerons notre exposition, tâchant de faire partager au lecteur nos perplexités au début, puis nos convictions croissantes par le fait de la succession des cas analogues. Ces convictions se sont établies avec d'autant plus de difficulté qu'avant de les concevoir il nous a fallu renoncer, en face de l'évidence réitérée, à l'opinion assez arrêtée que nous avions prise dans nos recherches historiques relatives à l'entérite folliculeuse, et surtout dans le livre de M. Gaultier de Claubry.

Toutes nos observations ont été recueillies avec soin par M. Sala, notre aide de clinique.

TYPHUS SIMULANT UNE ENTÉRITE FOLLICULEUSE GRAVE; MORT; ABSENCE D'ENTÉRITE FOLLICULEUSE.

OBS. I. — Le 24 mai 1854, un homme de 52 ans, de forte constitution, est transporté de la prison à la Clinique, dans un état de stupeur et de prostration qui ne permet d'en tirer aucun renseignement sur ses antécédents.

Facies hébété; intelligence très-obscure; réponses titubantes et dépourvues de sens. Le malade accuse vaguement de la céphalalgie; il demande sans cesse à boire. Bouche sèche, fuligineuse; narines pulvérulentes; abdomen météorisé; gargouillement; selles liquides, involontaires; toux; râles disséminés, sons-crépitants à la base du thorax. Pouls vif, résistant, à 110; peau chaude; point d'éruption. (Solution de gomme; lavement de guimauve et de pavot.)

25. Même état, sauf un peu moins de torpeur. (*Ut suprà.*) Délire pendant la nuit.

26. Hébétude profonde; réponses difficiles. Interrogé sur ce qu'il éprouve, il dit se bien porter. Selles et urines involontaires; toux fréquente; râles thoraciques; fièvre forte. (Looch avec sirop diacode, 30 grammes; lavements avec laudanum, 10 gouttes.) Délire dans la journée et dans la nuit.

27. Même état. L'engouement pulmonaire parait augmenter; prostration extrême; déjections toujours involontaires. (*Ut suprà*; vésicatoire au thorax.) Dans la nuit, le coma devient plus profond; le stertor s'établit; cyanose; mort.

NÉCROPSIE trente heures après la mort.

CAVITÉ CRANIENNE. Injection notable des méninges; cerveau sablé.

CAVITÉ THORACIQUE. Poumons généralement engonés. A l'incision s'écoule une abondante quantité de sang spumeux. Les lobes supérieurs, plus durs, plus friables, offrent les caractères de la pneumonie passant au deuxième degré. Dans le cœur, sang noir et liquide mêlé à des caillots fibrineux.

CAVITÉ ABDOMINALE. Rien de particulier dans l'estomac. L'intestin grêle contient plusieurs vers lombricoïdes; on y trouve quelques rougeurs disséminées, et au voisinage du cœcum, deux ou trois plaques de Peyer légèrement pointillées et réticulées. Point de plaques gaufrées, gangréneuses, ulcéreuses; rougeurs disséminées dans le gros intestin.

---

quand les ressources de la famille le permettent; c'est un besoin tellement impérieux que le nomade se prive de bien des choses pour se donner son thé, de même que la plus pauvre portière de Paris s'impose de dures privations afin de pouvoir prendre son café au lait le matin — car, pour le dire en passant, chacun a ses marottes, et nous n'en sommes pas plus exempts que les autres. — En Algérie, on offre une tasse de café arabe à tout visiteur qui franchit le seuil de la maison ou de la tente; dans la Haute-Asie, c'est le thé qui est présenté à celui qui fait visite; on ne refuse jamais, aussi un fort visiteur va-t-il facilement à ses douze tasses entre ses repas. Le thé est un condiment universel, un véhicule pour toute substance; il entre dans toutes les sauces et assaisonne presque tous les mets. Avant de prendre un gâteau, une friandise, une substance quelconque salée ou sucrée, on la trempe dans le thé comme un biscuit dans le champagne ou dans le bordeaux. Bien des fois nos pauvres missionnaires ont été réduits pour toute nourriture à de la grossière farine d'orge ou d'avoine pétrie avec du thé.

Le thé mongol ou tartare ne ressemble en rien au thé chinois que nous avons adopté dans l'Europe occidentale. Chez nous et dans le Céleste Empire, on fait infuser les fines feuilles desséchées et roulées, pour obtenir cette liqueur ambrée qui plaît à l'œil et au palais. Le Tartare n'est point assez riche pour se procurer ce thé de choix, et son goût n'est pas assez délicat pour savourer ce fin parfum, si léger, si suave. Le thé tartare, qu'on pourrait aussi appeler russe, car le rude Moscovite et surtout le Sibérien l'ont adopté, se présente sous forme de briques formées de feuilles grossières, de résidus, de petites branches, le tout aggloméré par la mise en presse. Ces gâteaux ont l'avantage de se transporter facilement, de ne point s'altérer et d'être peu coûteux. Pour faire son thé, on casse un fragment de la brique, et on le jette dans une chaudière d'eau qu'on porte à l'ébullition, et qu'on maintient à ce degré jusqu'à ce que la liqueur soit devenue rougeâtre. On ajoute alors une poignée de sel, et la décoction est prolongée jusqu'à coloration noirâtre; on verse une tasse de lait, on retire du feu, on décante, et voilà que le nectar mongol épand d'appétissantes fumées qui convoquent toute la famille de la tente autour de la chaudière, où chacun puise à l'envi avec son écuelle de bois.

Quand le thé manque, grand désespoir, extrême privation! On cherche alors à se faire une chétive illusion et à tromper grossièrement son palais, en recourant à une décoction de fèves grillées! Dans les pauvres auberges des pauvres pays, on n'offre même au voyageur que cette lointaine imitation.

L'eau, le thé, le lait, telles sont les boissons du Tartare. Il fabrique aussi une boisson fermentée avec le petit-lait qu'il expose pendant quelque temps à la chaleur du foyer; on distille ensuite et l'on obtient une liqueur fade et empyreumatique, fort désagréable, au dire de nos missionnaires, qui pourtant n'étaient pas difficiles. Le fameux Tartare, aujourd'hui historique, qui est venu dernièrement nous leurrer tous, était sans doute sous l'influence de cette liqueur fermentée qui amplifie les images et porte à l'exagération.

Le beurre et le fromage figurent dans l'alimentation du nomade; on fait aussi sous la tente une espèce de couscous, à la façon arabe, avec la farine d'avoine, d'orge, de millet, et quelquefois de froment dans les familles riches; le beurre et le thé sont l'assaisonnement d'un couscous complet, *secundum*

Rate normale; vessie ploine d'urines.

J'avais franchement qualifié cette affection fièvre typhoïde avec entérite follicule grave. Grande fut ma surprise de ne trouver que de ces lésions superficielles, rudimentaires, insignifiantes des plaques de Peyer, que l'on rencontre dans les affections les plus diverses!... Il a fallu renoncer à l'idée d'entérite folliculeuse et se rejeter sur les lésions pulmonaires comme substratum de l'appareil typhoïde, et intituler, quoique avec hésitation, cette maladie: broncho-pneumonie-typhoïde. La lumière ne devait se faire que plus tard sur la nature réelle du mal; car j'ignorais alors l'existence du typhus à la prison.

TYPHUS HÉMORRHAGIQUE PRIS POUR UNE ENTÉRITE FOLLICULEUSE ULCÉRÉE; MORT; ABSENCE D'ENTÉRITE FOLLICULEUSE.

Obs. II. — Le 18 juin 1854, on apporte de la prison à la Clinique un homme de 40 ans, de constitution faible et détériorée, dans un état de prostration et de délire. On nous dit, pour tout renseignement, qu'il est malade depuis quatorze jours et qu'il a la diarrbée.

19. Prostration profonde; intelligence obtuse; bouche dessécbée; langue râpeuse; soif. Les narines et même les paupières sont pulvérulentes. Abdomen un peu météorisé, sensible à la pression; selles nombreuses, liquides, sanguinolentes, involontaires. On y découvre de petits caillots sanguins, peu altérés, qui font supposer que le sang ne vient pas de bien loin. Point d'hémorrhoïdes; rien du côté du thorax. Pouls fréquent, petit, filiforme; peau sèche, sans chaleur, sans éruption. Point de purpura; gencives pâles, mais fermes. (Limonade de citron; petits lavements d'ean froide; compresses d'ean froide sur l'abdomen; bouillon.)

20. Même état; boquet. (Limonade sulfurique; lavements acidulés; fomentations froides; bouillon.)

21. L'entérorrbagie paraît enrayée. Selles rares, à peine colorées; état général un pen meilleor. (Eau froide en boisson et en lavement.)

22. Nuit très-agitée; délire. Le matin, prostration profonde; point de réponses. Cependant le malade se lève encore, comme automatiquement, pour uriner. Langue brûlée; selles involontaires, fortement sanguinolentes. (Limonade sulfurique; lavements acidulés; sirop de morphine, une cuillerée à café.)

23 Même état; abdomen ballonné, douloureux à la pression; ver lombricoïde rendu par la bouche; selles sanglantes. (*Ut suprà.*)

24. Coma interrompu par de vives douleurs abdominales; pouls misérable; extrémités froides. (Sinapismes aux mollets.) Mort dans la nuit.

Nécroscopie trenle beures après la mort.

Cavité cranienne. Rien de particulier.

Cavité thoracique. Léger engouement bypostatique dans les poumons; sang noir, liquide; petits caillots fibrineux dans le cœur.

Cavité abdominale. Un peu de sérosité légèrement trouble dans le péritoine, qui présente quelques traces de pblogose dans la région pelvienne. Rien dans l'estomac. L'intestin grêle n'offre que quelques plaques de Peyer pointillées au voisinage du cœcum. Gros intestin météorisé; il présente quelques suffusions sanguines, en forme d'ecchymoses, dans divers points de son étendue, principalement an rectum, où l'infiltration pénètre jusque dans le tissn cellulaire extérieur. Matières liquides, branes, sanguinolentes, mêlées à des détritus stercoraux, à partir du milieu du colon transverse.

Rate volumineuse, infiltrée de sang noir, très-friable; du sang noir, en bouillie, s'en écoule par incision, comme d'un foyer hémorrbagique.

Ici encore nous avions diagnostiqué une fièvre typhoide grave avec ulcération des plaques de Peyer, source de l'hémorrhagie intestinale. Péritonite ultime. Aussi fûmes-nous bien étonnés de ne rencontrer que de légères plaques pointillées. Complétement dérouté par cette nouvelle déception, nous ne sûmes quel nom donner à la maladie, si ce n'est celui de scorbut interne, en mémoire du scorbut que nous savions être endémique à la prison, et bien qu'il n'existât ni purpura ni gencives fongueuses. Nos élèves murmuraient autour de nous que l'entérite folliculeuse semblait nous fuir, et nous ne concevions rien à ce renversement de l'ordre clinique.

Ce fut sur ces entrefaites que nous eûmes connaissance du typbus qui régnait épidémiquement à la prison. Cette notion mit un terme à nos perplexités, déchirant le voile qui nous dérobait la nature réelle des deux faits précédents, ainsi que de plusieurs autres, que nous n'hésitâmes pas à caractériser rétrospectivement typbus carcéraires. Fixé maintenant sur l'essence du mal, nous procéderons désormais avec assurance, avant comme après la mort, et nous ne confondrons plus le typhus avec la fièvre typhoïde, malgré les apparences extérieures, et nonobstant nos idées préconçues quant à l'identité que nous supposions jusqu'alors exister entre ces deux maladies; car tel est, sur les esprits droits et sincères, l'empire des faits répétés et bien observés, qu'ils dissipent forcément les illusions les plus chères et les plus profondes.

TYPHUS COMPLIQUÉ DE FORTE CONGESTION PULMONAIRE; ADHÉRENCES ANCIENNES DU PÉRICARDE; MORT; ABSENCE D'ENTÉRITE FOLLICULEUSE.

Obs. III. — Le 22 juin 1854 est apporté de la prison à la clinique une jeune bomme de 24 ans, de forte constitution, malade depuis quatorze jours. La prostration et le délire l'empêchent de nous renseigner sur ses antécédents. On voit an pli du bras les cicatrices de plusieurs saignées récentes. Il indique l'épigastre comme le siége de son mal.

Le 23, stnpeur, léger délire, céphalalgie, facies vultneux, sensiblement cyanosé, dyspnée intense, toux, crachats contenant dn sang liquide et rutilant. Pouls large et résistant, à 130 pulsations, irrégulières. Battements dn cœur assez nets, avec interruption après trois on quatre pulsations. Thorax assez sonore à la percussion, respiration rude en avant, râles sous-crépitants abondants en arrière et snrtout à gauche. Soif; langue blanche, bumide; abdomen nn pen tendu, mais insensible à la pressiou; pas de gargouillement, pas de diarrhée. (Saignée de 500,00, solution de gomme, potion avec infusion d'herbe de digitale 0,50.) Soulagement, diminution de la cyanose et de la céphalalgie, crachats moins sanguinolents. Le sang de la saignée est consistant et recouvert d'une couenne muqueuse.

24. Nuit très-agitée, délire continu. Le matin, stupeur, fièvre vive, pouls à 120, dyspnée intense. (Saignée, potion de digitale.) La saignée ne donne pas. (20 ventouses, dont 10 sèches en avant et 10 scarifiées en arrière du thorax.) Point d'amélioration, la cyanose reparaît, les traits se grippent.

25. Prostration profonde, subdélire continn, cyanose, dyspnée, crachats sanglants, fièvre vive, rien dn côté de l'abdomen. (20 ventouses scarifiées au thorax, vésicatoire à la cuisse, potion de tartre stibié à 0,20 centigr.) Le soir, délire agité; le malade sort de son lit. Quelques vomissements par la potion stibiée.

26. Prostration profonde, point de réponses, pouls peu développé à 100. Dyspnée, toux, crachats colorés, râles abondants. Selles fréquentes, involontaires. (Solution de gomme, julep avec sirop diacode 30,00, sinapismes aux jambes.) Dans la nuit, affaissement, hoquet, vomituritions et diarrhée, refroidissement.

Mort le 27 au matin.

Nécroscopie 25 beures après la mort.

---

artem. On pétrit aussi des pains, des gâteaux, des galettes avec ces différentes farines.

Ceux des Tartares qui ne donnent pas dans les extravagances de la métempsycose mangent la chair de leurs troupeaux, Un de leurs mets de *gala*, c'est un horrible boudin fait de chair mêlée à de ta farine d'orge et à antre chose que nons allons dire. Ce que nous conservons dans la bécasse et que nous rejettons de tont autre animal, le Tartare l'incorpore souvent sans façon à ses boudins; les larges intestins des berbivores lui fournissent ainsi une farce économique et toute hachée. Quand on voyage, il fant goûter de tont, afin de pouvoir parler sciemment de tout: j'en sais qui ont mangé de la chair bumaine *par expérimentation;* c'est pousser bien loin l'envie d'observer, et nons eussions reculé devant cette épreuve, au risque de ne pouvoir dire aux savants d'Europe si la viande d'homme ressemble, pour la saveur, au mouton on an veau, Un couscoos au beurre rance et à la poudre de sauterelles, que nous nous sommes fait servir à Asla, oasis du désert africain, nous semble une suffisante prouesse: le boudin tartare goûté par les missionnaires ne peut pas être plus mauvais.

Comme l'Arabe, le Tartare chasse peu et se prive ainsi d'une abondante et facile nourriture. Dans certaines parties de l'Asie centrale, les plaines sont sillonnées et les montagnes courues par une foule de lièvres, de chevreuils, de chèvres sauvages, d'hémiones, sans compter les bêtes fauves; les airs sont peuplés d'oiseaux, les palmipèdes pullulent dans les étangs, et les poissons peuplent les fleuves. Le désert asiatique ressemble au désert africain que nous avons parcouru: la stérilité et la solitude complète n'occupent quo des espaces restreints, partout ailleurs le nomade trouve à paître ses troupeaux.

Dans les grands fleuves limitrophes du désert central, on se livre à la pêche an commencement de l'hiver, et l'on fait geler le poisson, qui se conserve très-bien alors, précieuse ressource pour toute la mauvaise saison. Le difficile est de saisir le bon moment ponr cette conserve alimentaire si simple; s'il ne fant pas se laisser surprendre par la gelée qui mettrait un grave obstacle à la pêche, il ne fant pas non plus se hâter trop; car si le froid n'est pas définitivement établi et qu'un dégel survienne, le poisson se pntréfie, et il faut recommencer tout son labeur.

Dans l'Amérique dn Nord, les Peaux rouges ont recours à un procédé absolument semblable. C'est ainsi que l'homme fait tourner à son profit les inclémences et les rigueurs de son climat. Nous nous souvenons d'avoir lu que, dans la haute région des Andes, à laquelle son altitude extrême vaut un climat si rigoureux, on conserve par la congélation une foule de snbstances alimentaires, notamment le précieux tubercule de Parmentier.

La tente mongole ou tartare est plns lourde, moins mobile que la tente arabe; son système de poteaux, de poutrelles et de bâtons est plus compliqué. Terminée en cône, elle retombe sur la terre en forme de pans et de chássis qu'on peut ouvrir ou fermer à volonté. Pendant l'hiver, on la clôt hermétiquement, de sorte que la fumée qui ne trouve pour s'échapper qu'une insuffisante ouverture pratiquée au sommet, obscurcit bientôt toute l'atmosphère intérieure. Il faut l'insensibilité conjonctivale acquise par l'habitude à ces nomades pour endurer sans larmes ces piquantes fumées.

Dans ces réduits encombrés de graisseux et fuligineux individus auxquels

CAVITÉ CRANIENNE. Injection des veines superficielles de l'encéphale.

CAVITÉ THORACIQUE. Légères adhérences des plèvres d'apparence récente. Poumons fortement engoués, surtout en arrière, noirs, indurés, non friables, ruisselant à l'incision (apoplexie pulmonaire); rougeur générale des bronches remplies de mucosités sanguinolentes; on y rencontre même de petits caillots sanguins. Cœur un peu volumineux, offrant quelques adhérences anciennes avec le péricarde, contenant du sang liquide et quelques caillots fibrineux.

CAVITÉ ABDOMINALE. Rien de particulier dans l'estomac; quelques rougeurs disséminées dans les intestins grêles et gros; vestiges de plaques réticulées au voisinage du cœcum. Rate normale.

Dans toute autre circonstance, nous aurions intitulé ce fait : *Apoplexie pulmonaire typhoïde*, comme déjà nous avions intitulé l'obs. 1: *Broncho-pneumonie typhoïde*; mais renseigné sur la constitution médicale de la prison, nous n'avons pas hésité à l'intituler : *Typhus compliqué de forte congestion pulmonaire*. L'affection pulmonaire a-t-elle précédé le typhus? La chose est possible; mais je crois l'inverse plus probable. Du reste, nous verrons d'autres cas dans lesquels l'affection pulmonaire a précédé et *vice versâ*. Nous expliquons par les adhérences du cœur au péricarde, les irrégularités observées dans le pouls; la stase veineuse elle-même a pu en dépendre en partie. Ce n'est qu'après l'administration du tartre stibié que le tube digestif s'est affecté, et l'absence de l'entérite folliculeuse prouve assez qu'il ne s'agissait point ici d'une fièvre typhoïde, malgré l'appareil ataxo-adynamique.

TYPHUS CÉRÉBRAL, PECTORAL ET ABDOMINAL; MORT; ABSENCE D'ENTÉRITE FOLLICULEUSE.

OBS. IV. — Le 29 juin 1854 un homme de 28 ans, de forte constitution, est apporté de la prison à la clinique, après quinze jours de maladie. On apprend qu'au début il y a eu lassitude, frisson, inappétence, céphalalgie, vertiges. On a fait une saignée. Délire pendant la nuit.

30. Prostration, facies hébété, intelligence obtuse, réponses lentes et embarrassées, narines pulvérulentes, lèvres sèches, langue blanchâtre et limoneuse; abdomen météorisé, sensible à la pression; gargouillement dans le flanc droit, deux selles liquides depuis la veille; pouls large, résistant, à 120; peu de dyspnée, quelques râles pectoraux, peau sèche, chaleur mordicante, point d'éruption. (Eau fraîche, lavements froids, cataplasmes froids sur l'abdomen). Le soir, prostration profonde, délire continu, facies vultueux, dyspnée intense, râles sibilants et muqueux disséminés, fièvre vive. (Deux applications de 10 ventouses chacune, sèches et scarifiées, sur le thorax; solution de gomme, looch avec sirop diacode 30,00.) Soulagement.

1er juillet. Même état, moins de dyspnée, râles sibilants, langue sèche, soif, abdomen sensible, selles et urines involontaires. (Saignée de 300 grammes, vésicatoire à la cuisse; ne pouvant obtenir de sang par la veine, on ouvre l'artère temporale.) Oppression et cyanose croissantes, pouls toujours vif. (20 ventouses sèches au thorax, sinapismes aux cuisses.)

2. Prostration extrême, dyspnée intense, cyanose, râles bouillonnants. (Sinapisme sur le thorax, vin de Malaga.) Mort dans la journée.

NÉCROSCOPIE 40 heures après la mort.

CAVITÉ CRANIENNE. Veines des méninges très-injectées; cerveau fortement sablé.

CAVITÉ THORACIQUE. Poumons fortement engoués de sang noir et liquide, peu friables. Bronches d'une rougeur foncée, contenant des mucosités spumeuses et sanguinolentes. Sang liquide et caillots dans le cœur.

CAVITÉ ABDOMINALE. Muqueuse gastrique rouge et mamelonnée par places, surtout au grand cul-de sac. Intestins grêles : rougeurs disséminées, surtout au voisinage du cœcum où l'on distingue deux plaques de Peyer pointillées, larges, superficielles; arborisations dans le gros intestin. Rate normale.

Ce fait ressemble beaucoup au précédent, sauf les symptômes abdominaux du début qui simulaient parfaitement une entérite folliculeuse; néanmoins, pendant la vie comme après la mort, nous n'avons pas méconnu un seul instant le typhus, diagnostic uniquement basé sur la provenance du malade. L'absence d'entérite folliculeuse, constatée à l'autopsie, est venue nous justifier. Ici les symptômes thoraciques, au développement desquels nous avons assisté, nous ont paru manifestement secondaires.

TYPHUS CÉRÉBRAL, PECTORAL ET ABDOMINAL; MORT; LÉGER HYDROCÉPHALE; PNEUMONIE HYPOSTATIQUE; ABSENCE D'ENTÉRITE FOLLICULEUSE.

OBS. V. — Le 4 août 1854 est apporté de la prison à la clinique un homme de 50 ans, de forte constitution. L'état de délire comateux où il se trouve ne permet d'en obtenir aucun renseignement. Facies hébété, torpeur interrompue par des mots incohérents. Douche sèche, langue fuligineuse, soif intense; abdomen météorisé, très-sensible à la pression qui arrache des cris; diarrhée, selles et urines involontaires. Dyspnée, râles muqueux et sibilants disséminés, expectoration très-difficile. Pouls peu développé, à 120. Peau très-chaude, sans éruption. (Solution de gomme, potion avec sirop d'opium 30,00, un quart de lavement avec 10 gouttes de laudanum, large vésicatoire sur le sternum.)

Dans la nuit, délire prononcé, pouls large et fréquent, chaleur vive. (16 sangsues aux mastoïdes.)

5. Même état; prostration plus prononcée, pression abdominale moins douloureuse. selles liquides involontaires (Limon. tartarique, un quart de lavement et cataplasmes laudanisés.)

6. État plus grave encore; prostration profonde, respiration anxieuse, facies cyanosé, météorisme, selles involontaires, hoquet. (Potion opiacée, sinapismes aux jambes.) Affaissement progressif. Mort dans la nuit.

NÉCROSCOPIE 30 heures après la mort.

CAVITÉ CRANIENNE. Veines superficielles engorgées; sérosité abondante dans la cavité de l'arachnoïde et dans les ventricules; substance cérébrale notablement sablée.

CAVITÉ THORACIQUE. Poumons fortement engoués, surtout en arrière, sensiblement friables (pneumonie hypostatique). Bronches injectées, contenant du mucus écumeux, sanguinolent. Sang liquide et caillots fibrineux dans les cavités du cœur.

CAVITÉ ABDOMINALE. Rien de bien particulier, si ce n'est quelques rougeurs disséminées dans les intestins grêles et gros, et une plaque, légèrement réticulée, au voisinage du cœcum.

Ressemblance avec les cas précédents; absence d'entérite folliculeuse, comme toujours.

(*La suite au prochain numéro.*)

---

les soins de propreté sont inconnus, règne une insupportable puanteur qui est devenue proverbiale; les Chinois disent tsao-ta-dze, les *puants Tartares*. Jamais épithète ne fut mieux méritée.

La nature du combustible contribue beaucoup à cette infection; le bois étant rare partout, et manquant tout à fait sur de vastes espaces, c'est la fiente desséchée des animaux, *argol* en tartare, qui fait les frais du foyer. La recherche de l'*argol* dans le désert est un véritable métier, la vente de l'*argol* une grande industrie; toute une classe de lamas, les lévites de ce pays, ne dédaigne pas de se consacrer à la recherche de ce précieux résidu; nos missionnaires appellent plaisamment *lamas-bouziers* cette classe de saints personnages. Les deux voyageurs, qui ont appris par expérience le rôle que joue l'*argol* dans l'économie domestique du désert, dissertent savamment sur ses diverses qualités. Dans leur nomenclature, la préséance est attribuée à l'*argol* de chèvre et de mouton, utile fiente dont les Mongols se servent pour la métallurgie. Mais ces excréments ne sont point employés à l'état de nature; on les pétrit, on les moule, on en fait des gâteaux qu'on sèche et qu'on conserve ainsi pour les livrer au commerce.

Plus d'une fois, dans les déserts africains, il nous est arrivé de cuisiner avec des *argols* qui n'avaient point subi ces préparations raffinées, et sur lesquels notre infortuné cuisinier s'épuisait à souffler vainement. En tout pays les misères sont les mêmes!

Dans les maisons de ville, une grande partie des pièces est occupée par une longue estrade sur laquelle on se tient, où l'on invite les étrangers et les visiteurs à s'asseoir, et sur laquelle on s'établit pour dormir; une douce chaleur continue s'en exhale. C'est que cette estrade n'est autre chose qu'un fourneau en maçonnerie qu'on recouvre en pierre dans la Chine et en planches juxtaposées dans la Tartarie. On étend au fond du foyer ou *kang* une couche d'*argol* auquel on met le feu à l'aide de quelques charbons; la combustion est lente, régulière, prolongée, de sorte qu'on est soumis à une sorte d'agréable incubation qui dure nuit et jour.

Les eaux sont souvent saumâtres et salées dans le désert tartare, comme dans le Sahara algérien. On y rencontre également des efflorescences salines qui forment quelquefois de véritables couches sur le sol. On en trouve également, avons-nous dit ailleurs, dans le désert africain, à telle enseigne que les caravanes qui vont de Timimaoun à Timbouctou, en ramassent en route, pour le vendre dans le Sandan où le sel, si commun au désert, est au contraire fort rare et fort coûteux. Ces eaux sont sans doute quelquefois purgatives en Asie comme en Afrique, où, après une longue marche sans eau, il nous souvient qu'un jour chacun se précipita avidement sur des puits dont les ondes, limpides mais trompeuses, causèrent une diarrhée universelle qui amena dans la colonne expéditionnaire une débandade dont Abd-el-Kader eût été jaloux.

Les fièvres palustres doivent évidemment régner autour des nappes d'eau stagnantes engraissées par des détritus végéto-animaux; le fait confirme cette prévision, comme nous le verrons en parlant du *diable des fièvres intermittentes* et de la manière de l'exorciser.

Dans ces pays à climat excessif, à grandes sécheresses et à pluies prolongées, l'aménagement des eaux est une condition de sécurité et de fertilité.

MÉCANIQUE HUMAINE.

CONSIDÉRATIONS GÉOMÉTRIQUES PROPRES A PRÉCISER LES RAPPORTS DE SITUATION DU FÉMUR AVEC LE BASSIN DANS LES ÉTATS MORBIDES DE L'ARTICULATION COXO-FÉMORALE; par M. GIRAUD-TEULON, D. M. P. à Nice, ancien élève de l'École polytechnique.

(Suite. — Voir les nos 38 et 39.)

§ XXII.—Passons à la seconde hypothèse: celle où la cuisse déplacée affecte une direction plus ou moins rapprochée de la perpendiculaire au plan de la circonférence cotyloïdienne, c'est-à-dire dans la *flexion* accompagnée d'un *degré marqué d'abduction*, seule position qui réponde à la relation géométrique dont nous voulons étudier l'influence.

Les variations d'x suivent ici une tout autre loi.

Une considération géométrique très-simple démontre en effet que, dans une telle situation, pour tout point pris sur la circonférence du cotyle sur lequel viendra reposer la tête du fémur déplacé, la distance x aura nécessairement augmenté. On voit en effet, dans la figure ci-dessous, que la ligne OC (ou x), augmentée de OB, est plus grande que

Fig. 3 bis.



cB.(Dans tout triangle, un côté quelconque est plus petit que la somme des deux autres.)

$$cB < oc + oB;$$

mais $cB = R + o'B$,

et d'autre part $o'B = oB$ à très-peu près : ce sont les rayons de la tête du fémur et de la cavité.

Retranchant donc oB ou $o'B$ de chaque côté du signe de l'inégalité, on aura encore une inégalité de même sens :

$$cB - o'B \text{ (ou R)} < Co.$$

En d'autres termes, dans le mouvement qui a porté, pendant la flexion du membre avec abduction, la tête fémorale sur le rebord cotyloïdien, l'extrémité libre du fémur s'est sensiblement éloignée du centre de l'article (x a augmenté).

§ XXIII. — Telles sont donc les conséquences formelles de l'examen, au point de vue géométrique, des rapports de situation du fémur avec la cavité cotyloïde :

1° L'axe de la cuisse est-il plus ou moins voisin du parallélisme avec la circonférence cotyloïdienne, c'est-à-dire dans l'extension avec ou sans abduction, ou dans la flexion depuis l'adduction extrême jusqu'à un degré modéré d'abduction, il n'y a d'allongement géométriquement possible que si, dans une telle situation, la tête était portée sur le rebord du cotyle dans son quart inférieur et interne.

2° L'axe de la cuisse est-il, au contraire, plus ou moins près de la perpendiculaire au plan de la circonférence du cotyle (c'est-à-dire dans la flexion avec abduction marquée), il y a toujours allongement, quel que soit le point de la circonférence articulaire sur lequel vienne à reposer la tête du fémur.

§ XXIV. — Voilà bien ce qui ressort de l'examen purement géométrique de cette région anatomique; mais que dit la pratique à cet égard?

L'observation clinique et celle de l'amphithéâtre vont en effet compléter et résoudre ce point de discussion. Consultant toutes les relations d'autopsies, toutes les observations qui remplissent les ouvrages classiques, nous trouvons toujours l'axe du membre incliné, porté vers le côté de la cavité *opposé* à celui qui a livré passage à la tête fémorale. Ainsi, quand la tête est luxée en *haut et en dedans*, le membre se trouve dans l'*extension avec abduction;* dans l'*adduction* et la *flexion*, au contraire, quand la tête est déplacée en dehors (ajoutons que, dans ce cas, la flexion de la cuisse sur le bassin est en général inversement proportionnelle au degré de hauteur du point occupé par la tête du fémur).

Si nous remarquons maintenant que tous ces cas sont ceux (et les seuls) pour lesquels la direction de l'axe de la cuisse demeure plus ou moins exactement dans le plan de la circonférence du cotyle ou dans un plan parallèle, et que secondement la tête fémorale est, dans tous ces cas, dirigée vers un point appartenant aux trois quarts supérieurs et externes de ladite circonférence, nous devrons forcément conclure que, dans aucune de ces circonstances (répondant à la première catégorie), on ne peut observer d'*allongement* réel de la distance x ou de la longueur propre de la cuisse, mais bien au contraire son *raccourcissement* plus ou moins marqué (1).

(1) Cette discussion peut servir à lever quelques-unes des obscurités qui planent encore sur les variations de longueur éprouvées réellement par la cuisse, dans la luxation en haut et en dehors. Peut-il y avoir allongement réel observable préalablement au raccourcissement final qui pourra être constaté quand la luxation sera accomplie, ou seulement quand la tête sera venue en contact avec le bord tranchant de l'article? Or, si l'on examine la courbure évasée offerte par le cotyle, on remarquera qu'aucun des éléments de cette surface courbe ne présente de résistance dirigée contre l'une quelconque des composantes dont nous venons d'étudier le mode d'action. Chez quelques sujets, on observe bien, à la vérité, un léger retour de la cavité dans sa partie supérieure, mais il ne dépasse pas 1 ou 2 millimètres. Il ne peut donc avoir

---

Comme on ne peut compter sur des pluies arrivant par intervalles rafraîchir les plantes languissantes, il faut, comme en Égypte, utiliser la grande crue périodique et retenir le plus longtemps possible les eaux qui, en se retirant, déposent un gras limon; mais, ainsi que dans l'antique royaume des Pharaons, c'est parfois aux dépens de la salubrité que l'homme obtient la fertilité. Les bords du fleuve Jaune ou Hoang-Ho ne sont plus reconnaissables lors de la grande crue; ses eaux s'épanchent au loin et des digues et des canaux les portent plus loin encore; elles s'amassent enfin dans d'immenses circonscriptions entourées de talus de terre, de sorte que durant plusieurs myriamètres sur l'une et l'autre rive, le voyageur qui ose s'aventurer hors des chaussées ne trouve qu'un marais à perte de vue, rempli d'abîmes de boue qui menacent à chaque instant de l'engloutir.

Au Tibet, sillonné par des fleuves tributaires du golfe du Bengale et des lacs intérieurs, l'industrie agricole élève aussi des digues et creuse des canaux destinés à r'pandre sur la campagne les eaux limoneuses et bienfaisantes. Dans le grand désert de Chamo ou Cabi, qu'aucun fleuve n'arrose, l'homme n'a point ces soucis industrieux, et l'herbe qui croît d'aventure sur cette terre sans eau est le seul signe de vie que donne la nature végétale.

Suivons maintenant le Tartare dans sa dernière demeure, et nous aurons donné une idée assez complète des principaux traits de son existence qui peuvent intéresser l'hygiéniste.

La nature humaine est ainsi faite, que nous nous inquiétons de notre misérable corps même pour l'époque où l'âme l'ayant quitté, il retournera à la poussière. La crainte d'être disséqué après sa mort agite plus d'un agonisant, et le voyageur qui succombe loin de sa patrie déplore que son corps sans sépulture ne puisse reposer dans la tombe de ses pères. La terreur de la mutilation et de la profanation posthume n'est qu'une idée de convention. Les anciens livraient les cadavres au bûcher, c'est bien la mutilation poussée à son excès, jusqu'à la pulvérisation. Nous lisons dans le journal d'un chirurgien de marine, inséré en ces mêmes colonnes, que chez certains anthropophages de Sumatra, le ventre des enfants sert de tombeau aux grands parents, et que l'idée d'être dévoré après sa mort et même avant que la vie n'ait complétement fui, n'effarouche personne et semble toute naturelle. En Tartarie, l'intégrité de l'*agrégat matériel*, comme on dit si bien à Montpellier, ne préoccupe pas non plus : on porte les cadavres sur les montagnes désertes ou au fond des ravins solitaires; l'aigle descend de son aire, le renard surgit de son terrier, le loup sort des rochers et des broussailles, et ces voraces disséqueurs ont bientôt dépouillé les os de toute chair. On rencontre souvent, dans le désert, des ossements humains qui pourraient faire croire à des morts violentes, là où l'enfant de la tribu a reçu l'ordinaire sépulture.

La conclusion paraîtra sans doute étrange, impie, et pourtant elle ne sera que vraie au point de vue de l'hygiène : abstraction faite de toute idée inhérente à notre civilisation, une telle sépulture est parfaitement salubre, et la barbare Tartarie a plus souci de la santé publique en jetant les cadavres aux bêtes que n'en avaient nos aïeux en les enterrant partout sous leurs pas, dans les chapelles, dans les châteaux, au milieu des villes.

Les riches Tartares livrent quelquefois les cadavres au bûcher ou plutôt au fourneau, car le corps est placé dans une sorte de four haut et étroit, muni

§ XXV. — Il en est tout autrement des cas où l'on peut trouver la tête du fémur en rapport avec le rebord cotyloïdien, quand la direction de la cuisse est plus ou moins perpendiculaire au plan de la circonférence du cotyle. Pour ceux-ci x est évidemment augmenté; la longueur réelle de la cuisse est accrue.

Mais si l'on ouvre les auteurs, on ne trouve la cuisse dans une telle direction que dans le cas unique où la tête fémorale déplacée est en rapport avec le quart *inférieur et interne* de la circonférence articulaire, c'est-à-dire dans les luxations seules *en bas et en dedans*, ou directement en bas, s'il s'en rencontre.

§ XXVI. — Voilà donc une grande et importante division établie entre les déplacements du fémur, suivant que la tête fémorale vient à reposer sur les trois quarts supérieur et externe de la circonférence articulaire, ou sur son quart inférieur et interne.

Dans la première catégorie, on ne pourra observer qu'un *raccourcissement* plus ou moins prononcé; dans la seconde, on constatera, au contraire, un *allongement* non moins certain.

A la première classe se rapportent tous les déplacements en dehors et ceux en haut et en dedans (sus-pubienne).

Seule, la luxation *en bas et en dedans*, ou directement en bas, peut offrir un allongement marqué dans la première période de son accomplissement (1).

§ XXVII. — Revenant maintenant à la méthode de mensuration qui fait le principal objet de ce travail, nous concluons de ce qui précède que la *supériorité constatée* d'x sur R a une valeur séméiotique incontestable. Elle se rattache forcément à une luxation en bas et en dedans, et ne se rencontre qu'avec la flexion du membre, accompagnée d'un degré marqué d'abduction.

On trouve dans l'ouvrage du professeur Bonnet cette même proposition, déduite de sa longue et judicieuse expérience par la seule force de l'observation et en dehors de toute considération de géométrie abstraite :

« Dans toute coxalgie avec *allongement*, la cuisse malade est placée » plus ou moins fixement dans la flexion, l'abduction et la rotation en » dehors. » (2ᵉ vol., p. 288.)

§ XXVIII. — Nous n'envisageons pas ici le cas où quelque développement osseux pathologique, quelque hyperostose du bassin ou de la tête du fémur viendrait à produire le même effet numérique, des cas de ce genre, échappant évidemment à toutes prévisions, et offrant sans doute, d'autre part, des données symptomatiques particulières. Ces cas, d'ailleurs, sont rares, et plus rares encore seraient les circonstances qui donneraient en même temps au membre la position particulière et unique correspondant à ce rapport numérique. Ajoutons que, dans de tels cas, toutes les valeurs voisines croîtraient dans le même rapport.

§ XXIX. — Nous venons de voir dans quelle circonstance x pourrait se trouver supérieure à R : l'infériorité marquée de la première valeur sur la seconde n'aura pas une signification moins nette. Elle indiquera

---

d'influence appréciable sur la marche de la tête, et partant sur la longueur réelle de la cuisse, pendant l'accomplissement de la luxation. Le seul véritable obstacle qui pût obliger la tête à un léger mouvement contraire à celui qu'elle a commencé à suivre, ce serait la capsule; mais comme sa consistance est nécessairement altérée du côté vers lequel se dirige la tête déplacée, on ne peut trouver en elle autre chose qu'une puissance retardatrice de l'effet final à observer, et non une puissance active en sens contraire, puisque c'est elle, en définitive, qui doit céder et qui cède constamment et graduellement devant la résultante de toutes les autres forces. Ajoutons que cette composante négative n'agit que tant que la tête n'est pas écartée du fond de la cavité de plus de 5 millimètres, époque du mouvement à laquelle il n'est pas possible d'apprécier une différence sensible de longueur dans la direction perpendiculaire au sens de cette composante, c'est-à-dire suivant l'axe du membre. Passé cette distance (0,005), la capsule est rompue ou distendue, et ramollie nécessairement du côté qui livrera passage à la tête. Il n'y a donc plus de résistance directe au mouvement commencé, et on ne voit plus aucune circonstance propre à en troubler la loi, qui est celle du raccourcissement.

On ne saurait donc concevoir que, pendant le cours d'une luxation en haut et en dehors, il y ait en aucun moment allongement appréciable.

Nous inscrivons ici cette remarque pour faire suite, en la corroborant, à celle que l'on peut lire dans l'ouvrage de M. Bonnet, 2ᵉ vol., p. 297, à l'appui de l'opinion de J.-L. Petit.

(1) Il semblerait résulter de ces propositions que les muscles pelvi-fémoraux ou pelvi-tibiaux sont attachés au membre abdominal comme des haubans à un mât, et destinés à l'assujettir dans sa position normale en tendant sans cesse, par leur contractilité tonique, à rendre la plus courte possible la distance x de l'extrémité mobile au centre de l'article (longueur propre de la cuisse à un instant donné).

Après un déplacement quelconque, si ce point de vue est exact, il serait simple que cette même contractilité tonique, devenant supérieure du côté opposé au déplacement, par l'accroissement du nombre des forces élémentaires agissant de ce même côté, maintînt le membre dans le déplacement en tendant sans relâche à exagérer le raccourcissement.

Un seul cas fait exception et semble détruire la justesse de notre remarque : c'est celui de la luxation en bas et en dedans, où l'on observe et l'on doit observer, au contraire, l'allongement de la cuisse. Eh bien! dans ce cas-là même, nous ne serions pas éloigné d'admettre que si la loi énoncée n'est pas vérifiée, ce n'est qu'exceptionnellement, et que la nature tend en quelque sorte, jusque dans une circonstance pathologique, à se soumettre à la loi qui, dans l'état physiologique, règle les conditions d'adhérence intime du fémur avec le bassin.

Dans ce cas, en effet, le membre fléchi est porté dans l'abduction maximum avec rotation en dehors, comme s'il s'efforçait de s'allonger dans le plan de la circonférence cotyloïdienne, mais en sens inverse de la position qu'il occupe dans le déplacement diamétralement contraire. On dirait que, dès le principe du mouvement de la tête en dedans et en bas, le membre se place dans une situation telle que la cuisse puisse atteindre une position forcée, il est vrai, mais dans laquelle elle offre un raccourcissement réel, au lieu de l'allongement auquel elle paraît tout d'abord condamnée; car il y a lieu de remarquer que, dans cette position extrême, si elle pouvait l'atteindre, ce serait un raccourcissement qui serait observable, comme dans les luxations en dehors, mais en sens inverse.

Plus tard et à mesure que la luxation s'achève, la longueur de la cuisse tend en effet à diminuer en même temps qu'elle se renverse en dehors; elle arriverait même ainsi à un raccourcissement réel, si, par suite des dispositions offertes par l'os pubis, la tête fémorale ne venait à rencontrer un point d'arrêt plus superficiel que n'est le fond de la cavité cotyloïde, à savoir le plan osseux qui circonscrit le trou ovale : circonstance qui maintient et conserve l'allongement observé pendant la première époque du déplacement.

---

d'une ouverture inférieure pour attiser le feu et donner passage à l'air, et d'un trou pratiqué au sommet pour laisser sortir la fumée et l'air désoxygéné. Les ossements sont recueillis par les proches et portés au Grand Lama; celui-ci en pétrit la poussière avec de la farine de froment et confectionne des gâteaux qui....... Le Grand Lama, dit-on, fait manger ses sacrés excréments aux dévots bouddhistes, très-avides de ce condiment précieux. Le Grand Lama livre probablement aussi ces gâteaux à la cuisine de ses zélés sectateurs. Nous voudrions pouvoir dire qu'il en est ainsi, car ce serait là un bouquet qui fleurirait pittoresquement les dernières lignes de ce feuilleton; mais nous nous devons avant tout à la vérité; ces gâteaux sont tout simplement déposés dans un de ces petits tombeaux en forme de tourelle qu'on rencontre à chaque pas au Tibet, aux environs des lamaseries les plus renommées, terre sainte où chaque riche bouddhiste désire reposer et où la famille le fait souvent transporter à grands frais à travers les monts, les fleuves et le désert.

F. J.

— L'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux est réorganisée de la manière suivante :

L'enseignement comprendra : 1° anatomie et physiologie; 2° pathologie externe et médecine opératoire; 3° clinique externe; 4° pathologie; 5° clinique interne; 6° accouchements, maladies des femmes et des enfants; 7° matière médicale et thérapeutique; 8° pharmacie et notions de toxicologie.

Ces chaires sont confiées à huit professeurs titulaires.

Le nombre des professeurs adjoints de ladite école est fixé à trois, qui seront attachés : à la chaire de clinique externe; à la chaire de clinique interne; à la chaire d'anatomie et physiologie.

Le nombre des professeurs suppléants est de quatre, qui seront attachés : aux chaires de médecine proprement dite; aux chaires de chirurgie et d'accouchement; à la chaire d'anatomie et physiologie; aux chaires de matière médicale, thérapeutique, pharmacie et toxicologie.

Il est également attaché à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux : un chef des travaux anatomiques; un prosecteur; un préparateur de pharmacie et toxicologie.

— L'état sanitaire de l'armée expéditionnaire de la Crimée est assez bon. Le choléra, qui s'était développé quelques jours après la bataille d'Alma, n'a pas fait de nouveaux progrès. On évacue peu de malades sur Constantinople et sur Varna, ce qui est d'un très-bon signe.

En Grèce, le choléra a presque complétement disparu d'Arta, de Janina, de Tinos, Paros et Antoparos, où il sévissait encore dans la dernière quinzaine de septembre.

— L'épidémie de choléra qui sévissait avec une faible intensité depuis deux mois à Toulouse, y a pris, le 9 octobre, une violence extraordinaire. Plus de 300 cas, dit-on, se sont déclarés dans la journée et la nuit du lundi 9. — M. le docteur Tellier, secrétaire général de l'association médicale, a succombé le 10 à une attaque de choléra.

manifestement soit une luxation accomplie ou en train de se produire sur les trois quarts supérieurs ou externes de la circonférence cotyloïdienne, soit l'absorption, l'usure par ulcération, la disparition plus ou moins prononcée de la tête du fémur ou du fond de la cavité articulaire.

§ XXX.—Mais ici, précisément, il y a de nouveau matière à douter: auquel de ces deux cas devra-t-on rapporter la différence numérique reconnue?

Il est impossible, au point où nous en sommes, de trancher absolument cette question par la seule considération de la longueur du membre : il faut faire appel aux autres données symptomatologiques, entre autres à l'étendue des différents mouvements qu'il sera possible d'imprimer au membre malade et que l'on pourra comparer à celle des mouvements semblables exécutés par le membre sain. On conçoit, par exemple, que si la longueur réelle de la cuisse (x) a été diminuée par le fait de l'ulcération, la carie, l'absorption du fond de la cavité ou de la tête de l'os, *toutes* les distances du genou aux divers points fixes du bassin que nous avons considérés soient *diminuées de la même quantité;* cette diminution pourra particulièrement être appréciée et reconnue dans la comparaison des *maxima* et des *minima* du côté malade et du côté sain pour chaque position principale : extension directe; flexion à 90, flexion extrême; abduction extrême ; adduction extrême dans la flexion, etc. Dans l'un et l'autre cas, les *maxima* et *minima* seront à la fois diminués du côté malade. Les données séméiologiques de chaque cas particulier, la position, la direction des trajets fistuleux, des abcès, etc., etc., pourront probablement, cette première notion acquise, aider à déterminer quel est celui des deux os qui est altéré dans son tissu.

§ XXXI. — Mais la cavité cotyloïde peut aussi être attaquée, usée, sur quelqu'un des points de sa circonférence et non plus dans son fond. Alors la diminution des distances dont nous venons de parler à l'instant ne sera plus observable pour *tous* nos points fixes de repère ni pour *toutes* les inclinaisons du membre, mais seulement pour celle qui porte sur le diamètre passant par le point altéré et du côté opposé à l'altération ; les autres distances demeurant semblables à ce qu'elles sont du côté sain.

Prenons un exemple :

Supposons la cavité articulaire ulcérée et absorbée à l'extrémité inférieure de son diamètre vertical : le point inférieur de l'article, normalement en I, étant descendu en I', de 2 centimètres plus bas, par exemple. Dans une telle circonstance, si l'on

Fig. 4.



place le membre dans l'*extension*, il est clair que les distances mesurées entre le condyle interne et l'épine iliaque antéro-supérieure ou l'ischion seront les mêmes du côté sain et du côté malade, la situation de la tête par rapport à eux n'ayant point changé. Mais placez, si la chose est possible, le membre malade dans la flexion extrême, alors la tête fémorale étant descendue en O', de 2 centimètres, les distances du condyle à l'épine iliaque antéro-supérieure et à l'ischion seront plus petites de 2 centimètres que celles correspondant à la même position du côté sain.

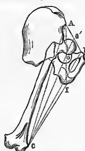
§ XXXII. — Des remarques analogues seront applicables au cas où l'altération porterait sur l'un des points extrêmes du diamètre horizontal de l'article. Dans ce cas, les distances extrêmes pour les positions de flexion ou d'extension directes seraient trouvées les mêmes du côté sain et du côté malade ; mais celles relevées dans la flexion à 90° avec abduction ou adduction, à partir de l'épine pubienne d'une part et de l'épine iliaque postéro-supérieure de l'autre, offriraient les mêmes différences que nous venons d'exposer en détail pour les altérations du diamètre vertical, relativement à l'ischion et à l'épine iliaque antéro-supérieure.

Pour chaque cas particulier, d'ailleurs, ces points de diagnostic trouveront, dans les développements qui vont suivre, des éléments spéciaux de nature à les éclairer.

§ XXXIII. — Ces préliminaires établis, revenons à la question que nous nous étions posée et cherchons les caractères qui seront particulièrement à rencontrer dans les deux ou trois situations principales que peut occuper la tête du fémur luxée plus ou moins complétement sur le côté interne de l'article : quels seront les signes numériques saillants qui différencieront, par exemple, la situation de la tête luxée sur le pubis de la luxation ovalaire ou sous-pubienne?

Or on peut remarquer que, de même que dans l'état normal, le centre de la tête fémorale occupe le milieu de la ligne qui joint l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'ischion, de même, luxée complétement sur l'os pubis, cette même tête occupe plus ou moins exactement, mais d'une manière assez approchée, le milieu de la ligne qui joindrait l'épine iliaque antéro-supérieure à l'épine pubienne : cette ligne est la corde du ligament de Poupart. A proprement parler, dans la luxation complète, la tête repose par son extrémité supérieure sur cette ligne. Si donc on applique, au triangle formé par ces deux éminences et le condyle interne, triangle qui offre aussi une ligne médiane ou intermédiaire passant par le centre de la tête fémorale, le calcul développé plus haut, on devra trouver pour $x' = co'$ (fig. V) une valeur égale au

Fig. 5.



rayon R augmenté de celle du rayon même de la tête, 2, 5 ou 3 centimètres. Pour une luxation incomplète, x' serait encore plus grand, pendant que, d'autre part, x serait toujours inférieur à R.

§ XXXIV. — Si nous recherchons maintenant ce qui advient des rapports du fémur et de l'os iliaque, dans la supposition d'une luxation opérée sur ou vers le trou ovale, nous sommes conduits à des résultats non moins satisfaisants quoique inverses. Par un singulier concours de circonstances, le même procédé de calcul trouve à s'appliquer ici : nous rencontrons encore, dans cette position, un triangle dont les sommets sont parfaitement reconnaissables ; la base en est la ligne idéale qui joindrait à l'épine pubienne le point le plus bas de l'ischion ; ligne qui passe en avant du trou ovale et à peu de distance de son plan. Cette ligne traverse la tête fémorale entre son centre et sa circonférence, tandis que, dans le cas précédent, la base du triangle était au plus tangente à la sphère fémorale. Si l'on remarque, d'autre part, que le plan du trou obturateur qui sert de point d'arrêt au fémur ainsi déplacé est d'un centimètre environ antérieur à celui de la cavité, on arrive à cette conclusion que le calcul ayant pour objet de déterminer co'' ou x'' (fig. 7 et 8) au moyen du triangle CPI, devra donner pour cette distance une valeur toujours un peu supérieure à la constante R (1 centim. environ). Rappelons d'ailleurs que dans la luxation sus-pubienne, la distance x ou longueur absolue de la cuisse est diminuée et d'autant plus que, d'autre part, x' se rapproche plus de R ; tandis que dans le cas de luxation ovalaire x demeure constant ou est augmenté.

(La suite au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Suite.)

V. REVUE THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

Les numéros de février et mars 1854 contiennent les travaux ori-

ginaux suivants : 1° *Des opérations qui se pratiquent sur les amygdales;* par M. Verneuil. 2° *De la glace dans les lésions traumatiques de la tête;* par M. Baudens. 3° *Traitement des arthrites phalangiennes;* par M. Chassaignac. 4° *Traitement du choléra par les vapeurs sulfureuses;* par M. Canolle. 5° *Traitement du choléra par les alcooliques et les eaux gazeuses;* par M. Saley. 6° *Excision simultanée des amygdales;* par M. Chassaignac. 7° *Des lésions que l'application du forceps peut produire;* par M. Dubois. 8° *Scarification des vaisseaux dans la kératite vasculaire superficielle;* par M. Tavignot. 9° *Exophthalmie; atrophie de l'œil;* par M. Roché. 10° *Compression des artères contre les névralgies;* par M. Allier.

EXOPHTHALMIE ; ATROPHIE DU GLOBE DE L'ŒIL ; par M. ROCHÉ.

La cause de l'exophthalmie observée par M. Roché est assez inusitée et digne de remarque pour que nous transcrivions ici le fait dont il a été témoin.

OBS. — Le 28 juin je fus appelé pour donner des soins à un enfant âgé d'un mois. Trois jours avant ma visite, la nourrice s'était aperçue que l'œil droit faisait saillie au dehors. L'enfant ne paraissait pas souffrir et continuait à prendre le sein. Je reconnus, en effet, que le globe oculaire était plus d'à moitié sorti de l'orbite. La conjonctive formait un bourrelet considérable entre les paupières. La cornée était saine. Pas de fièvre.

Après avoir excisé avec des ciseaux courbes le chimosis, je fis poser une sangsue à la tempe et recouvrir les paupières d'un cataplasme. Au bout de trois jours une fluctuation profonde se faisait sentir à la paupière supérieure. Une ponction avec un bistouri amena l'écoulement d'une bonne cuillerée de pus. Pour faciliter l'écoulement, j'introduisis un stylet mousse dans la plaie; en retirant l'instrument je vis saillir à l'entrée de la plaie un corps étranger; ce corps, long de 2 centim. et demi, était *un pédicelle d'avoine.* (L'enfant couchait sur un oreiller et sur une paillasse remplis de balles d'avoine.) Au bout de cinq jours, le globe de l'œil avait repris son volume; mais une ulcération de la cornée, petite et superficielle d'abord, ne tarda pas à faire des progrès. Cette membrane perforée donna passage à une hernie de l'iris, et l'œil finit par s'atrophier complétement malgré le traitement actif employé.

Ici évidemment la cause de toute la maladie a été le corps étranger, le pédicelle d'avoine, introduit sous la paupière et dans le tissu cellulaire de l'orbite. Autour de ce corps étranger un abcès s'est formé, et comme conséquence une exophthalmie. Quant à l'atrophie consécutive de l'œil, elle s'est produite suivant le mécanisme habituel : perforation de la cornée et évacuation des humeurs.

DE LA COMPRESSION DES ARTÈRES DANS LE TRAITEMENT DES NÉVRALGIES; par M. ALLIER.

OBS. — Un individu âgé de 48 ans, d'un tempérament nerveux, éprouva, dans la convalescence d'une maladie grave, le retour d'une névralgie du nerf orbito-frontal, à laquelle il était sujet depuis longtemps. Elle résista cette fois à l'emploi des moyens ordinaires. Après sept jours de vives douleurs, M. Allier en vint à la compression de la carotide correspondante remise depuis quelque temps en honneur. La compression fut exercée presque toute une matinée et interrompue durant cinq à six minutes, de quart d'heure en quart d'heure. Elle détermina d'abord une espèce de somnolence avec engourdissement, puis enfin la cessation des douleurs. Mais aussitôt des éclairs d'élancements éclatèrent avec violence sur la région dorsale de la verge. Ces douleurs, profondément énervantes, s'étendaient du pubis au gland, et ne suivaient point la crête iliaque et le cordon des vaisseaux spermatiques. La compression de l'aorte abdominale fut mise en usage presque sans interruption pendant trois quarts d'heure. La douleur s'éteignit graduellement et ne se reproduisit nulle part.

Ce fait est intéressant à un double point de vue, d'abord comme exemple rare de névralgie du rameau supérieur du nerf honteux, survenue subitement et comme par une sorte de répercussion de la névralgie sus-orbitaire, et en second lieu comme démonstration rendue évidente par une sorte de contre-épreuve de l'efficacité de la compression des artères pour faire cesser les douleurs névralgiques.

EMPLOI DE L'OPIUM DANS LA MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE; par M. SANDRAS.

Ce n'est qu'une unité de plus à joindre aux faits qui ont servi à établir depuis longtemps déjà la supériorité de l'opium sur tous les autres moyens thérapeutiques dans le traitement de la méningite cérébro-spinale. Mais une unité, en pareille matière, lorsqu'elle porte avec elle un caractère de démonstration, est loin d'être à dédaigner.

OBS. — Il entra, il y a quelques mois, dans le service de M. Sandras, un homme de 37 ans, présentant tous les symptômes d'une méningite cérébro-spinale, tels que douleurs violentes de la tête et du cou, faiblesse profonde, lenteur du pouls, agitation extrême, etc. M. Sandras débuta par le sirop de morphine, à la dose de 60 grammes dans 100 grammes de julep. On en donnait une cuillerée tous les trois quarts d'heure, et le soir deux cuillerées à la fois.

Le lendemain, les douleurs étaient diminuées; on augmenta la dose du sirop de morphine de 10 grammes chaque jour, et ainsi de suite les jours suivants, jusqu'à ce que l'on fut arrivé à 100 grammes. Le malade ayant alors recouvré le sommeil, les divers phénomènes de méningite cérébro-spinale disparurent progressivement.

Après avoir continué quelques jours encore le sirop de morphine à la même dose, on diminua progressivement celle-ci, et on cessa tout à fait au bout de quinze jours.

C'est, comme on le voit, un nouveau témoignage en faveur de l'excellence de la méthode que MM. Chauffard et Boudin ont si justement préconisée.

VI. ARCHIVES D'OPHTHALMOLOGIE.

Les numéros de janvier, février et mars 1854 contiennent les mémoires originaux suivants : 1° *Statistique des résultats de l'opération de la cataracte;* par M. Dingé. 2° *Mélanges ophthalmologiques;* par M. Sirus-Pirondi. (Extrait d'un rapport de l'auteur sur le TRAITÉ DES MALADIES DES YEUX de M. Capeletti, dont la GAZETTE MÉDICALE a précédemment publié elle-même l'analyse due à M. Pétrequin; voy. 1854, p. 247.) 3° *De la belladone et de ses préparations;* par M. Jamain. (Premier article.) 4° *Du décapage des cils dans les ophthalmies;* par M. Chassaignac. (L'auteur conseille d'assouplir les cils au moyen de douches oculaires et de les ramener doucement de dedans en dehors avec le doigt ou un linge fin.) 5° *Des signes de la mort, tirés de l'examen des yeux;* par M. Josat. (Extrait du livre de l'auteur sur la mort apparente.) 6° *Luxation du cristallin;* par M. Alessi.

STATISTIQUE DES RÉSULTATS DE L'OPÉRATION DE LA CATARACTE; par M. DINGÉ.

M. Dingé a rassemblé, dans son travail, plusieurs statistiques de l'opération de la cataracte; mais la plus importante, par sa nouveauté, est celle de son maître M. Sichel.

M. Sichel opère la cataracte suivant toutes les méthodes. Dans une période de six années, il a eu occasion de voir 432 malades affectés de cataractes, et de pratiquer 689 opérations.

Voici les données les plus importantes de cette statistique, que l'auteur a voulu faire servir à l'élucidation de diverses questions.

SEXE. — Sur les 432 individus affectés de cataracte, il y avait 154 hommes et 238 femmes; 44 femmes en plus.

AGE. — Les 432 cataractés opérés par M. Sichel se trouvent ainsi répartis sous le rapport de l'âge :

De 5 mois à 10 ans.	15 malades.
De 10 ans à 20 ans.	11
De 20 ans à 30 ans.	12
De 30 ans à 40 ans.	6
De 40 ans à 50 ans.	31
De 50 ans à 60 ans.	90
De 60 ans à 70 ans.	154
De 70 ans à 80 ans.	102
De 80 ans à 90 ans.	11

SIÉGE DE LA CATARACTE. — Les 689 cataractes ont été ainsi réparties sous le rapport du siége :

Cataractes lenticulaires.	638
— capsulo-lenticulaires. .	45
— capsulaires.	6

CONSISTANCE DE LA CATARACTE. — Les cataractes lenticulaires seules ont été classées à ce point de vue et sans distinction d'âge, de la manière suivante :

Cataractes dures	17
— demi-dures	167
— molles	144
— demi-molles.	336
— demi-liquides.	19
Cataracte ossifiée	1

FRÉQUENCE DE LA CATARACTE DOUBLE. — Cataracte *traumatique :* Sur 9 individus atteints, 8 ont été affectés d'un seul œil, et 1 des deux yeux.

Cataracte *spontanée :* Sur 414 sujets atteints de cataractes spontanées, 386 ont été affectés des deux yeux, et 28 d'un seul.

RÉSULTAT DES OPÉRATIONS. — *Broiement.* Sur 83 yeux opérés :

Succès	63
Demi-succès	11
Insuccès	9

Abaissement. Sur 78 yeux opérés :

Succès	52
Demi-succès	17
Insuccès	9

Extraction. Sur 516 yeux opérés :

Succès	412
Demi-succès	51
Insuccès	53

Accidents particuliers à l'extraction. L'issue d'une portion du corps vitré a été observée 39 fois sur 525 extractions. La suppuration de la plaie de la cornée a été observée 69 fois.

DURÉE DU TRAITEMENT. — La moyenne a été de :

Après l'extraction	28 jours.
Après l'abaissement	42
Après le broiement	54

LUXATION DU CRISTALLIN; CATARACTE CAPSULO-LENTICULAIRE; par M. ALESSI.

OBS. — Le malade dont M. Alessi rapporte l'observation avait une cataracte capsulo-lenticulaire avec luxation spontanée du cristallin.

L'iris était repoussé en avant, de manière à effacer presque complétement la chambre antérieure. C'est cette dernière circonstance qui a donné lieu aux particularités opératoires que nous allons faire connaître.

Dans le premier temps de l'opération, l'iris fut incisé par le kératome en même temps que la cornée. Ce cristallin sortit sans difficulté.

Immédiatement après la sortie du cristallin, on put se rendre compte de l'étendue de la perte de substance qui avait été faite à l'iris.

La moitié inférieure de l'iris présentait une ouverture transversale elliptiforme, qui formait une véritable pupille artificielle, séparée de la pupille normale par un intervalle de 3 à 4 millimètres environ.

En examinant l'œil avec attention, on apercevait, dans la chambre postérieure et à la partie supérieure, un lambeau de capsule opaque.

L'opérateur essaya, au moyen d'une légère pression, de faire descendre ce lambeau dans la plaie de la cornée, afin de l'extraire. Mais, au lieu de s'engager dans la plaie de la cornée, il entra dans la blessure de l'iris. Lorsqu'on eut cessé de comprimer l'œil, on vit que le lambeau ne quittait plus sa nouvelle position.

M. Alessi profita fort habilement de cette circonstance. Il favorisa le mouvement naturel de la capsule cristalline et engagea davantage le débris capsulaire dans la solution de continuité.

Bref, cette portion de capsule ne tarda pas à contracter des adhérences avec l'iris, et au bout de huit jours on constata que la pupille artificielle était complétement oblitérée.

Il y a donc eu ici une véritable *iridoplastie*, que, dans des cas analogues, le chirurgien pourra sans doute favoriser, mais qui sera presque toujours le résultat de circonstances fortuites.

VII. ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES.

Les numéros de janvier, avril et juillet 1854 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *De la réforme du traitement des aliénés*; par M. A. Brierre de Boismont. (Travail historique à l'occasion d'une notice biographique sur le médecin Daquin, de M. le docteur Guillaud fils.) 2° *Recherches sur le crétinisme*; par M. Baillarger. 3° *Conséquences de l'épilepsie*; par M. Delasiauve. (Extrait du TRAITÉ DE L'ÉPILEPSIE, dont nous aurons incessamment à rendre compte.) 4° *De la monomanie envisagée sous le rapport de l'application de la loi pénale*; par M. Victor Molinier. 5° *Rapport sur un cas de simulation de folie*; par M. Morel. 6° *Études sur les éléments pathogéniques de la folie*; par M. Buchez (1). 7° *Du traitement rationnel de la congestion et de l'apoplexie par les alcalins, et en particulier par le bicarbonate de soude*; par M. E. Carrière. (Ce travail a déjà été analysé par la GAZETTE MÉDICALE.) 8° *Observations médico-légales sur la monomanie*; par M. Renaudin. 9° *De la folie générale et partielle*; par M. Ott. 10° *Nouvelles observations sur le goître et le crétinisme*; par Mgr Alexis Billiet, avec des réflexions de M. Morel. 11° *De la folie à double forme*; par M. Baillarger. (Reproduction, sous forme de leçons, des idées contenues dans un mémoire lu à l'Académie de médecine, et dont nous avons publié un résumé.) 12° *Des prodromes de la folie au point de vue médico-légal*; par M. Boileau de Castelnau. 13° *Rapports médico-légaux sur un incendiaire, un individu inculpé de coups et blessures, un inconnu, un condamné pour vol*; par MM. Rousselin et Chevallier.

(1) Le travail de M. Buchez et celui de M. Ott sur le même sujet font partie de la discussion soulevée à la Société médico-psychologique sur la monomanie.

RECHERCHES SUR LE CRÉTINISME; par M. BAILLARGER.

NOUVELLES OBSERVATIONS SUR LE GOÎTRE ET LE CRÉTINISME; par Mgr ALEXIS BILLIET et M. MOREL.

Il existe en ce moment dans la science deux opinions principales très-distinctes et très-tranchées sur la nature du crétinisme. D'après l'une de ces opinions, émise d'abord par Fodéré, puis adoptée par Esquirol et soutenue aujourd'hui par plusieurs aliénistes, le crétinisme est assimilé à l'idiotie, dont il ne serait séparé que par quelques caractères accessoires. La seconde opinion consiste au contraire à considérer le crétinisme comme une maladie distincte, spéciale et très-différente de l'idiotie. Elle est soutenue par le rapporteur de la commission du Piémont et par MM. Ferrus et Niepce. Partisan de la première opinion, tant qu'il n'avait d'autres éléments d'appréciation que les documents empruntés aux auteurs, et qu'il n'avait eu en vue que le crétinisme complet ou au plus haut degré, qu'il ne lui paraissait pas possible de différencier d'avec l'idiotie, au moins d'une manière tranchée et complète, M. Baillarger a modifié sa première manière de voir depuis qu'il a observé par lui-même des crétins dans les pays où cette affection règne endémiquement.

Les premiers crétins que M. Baillarger a eu l'occasion d'observer ne lui ont paru différer des idiots et des imbéciles que par des caractères tout à fait accessoires. L'état de leur constitution ne lui a pas semblé offrir de caractère général qu'il fût possible de préciser. Mais une observation plus attentive l'a amené à reconnaître l'existence de certains cas de crétinisme qui ne sauraient être confondus avec les faits d'idiotie ordinaire. L'un des caractères qui les séparent véritablement des idiots, suivant M. Baillarger, est la continuation au delà des limites ordinaires, ou même la continuation indéfinie des caractères propres à l'enfance, ou, en d'autres termes, un arrêt de développement de tout l'organisme. Ainsi, tandis que l'arrêt de développement dans l'idiotie endémique ou sporadique ne porte que sur l'organe encéphalique, il s'étend, chez cette classe de crétins, à tout l'ensemble de la constitution.

Il y aurait donc, d'après M. Baillarger, une distinction importante à faire, et qui, en tenant compte tout à la fois des analogies qui rapprochent le crétinisme de l'idiotie et des différences qui l'en séparent, concilierait en quelque sorte les deux opinions adverses et ferait cesser la contradiction apparente qui existait entre la première opinion de M. Baillarger et celle qu'il professe aujourd'hui; cette distinction consisterait à faire deux parts ou deux grands groupes de tous les sujets désignés jusqu'ici sous le nom de crétins. Les uns, et ce serait le plus grand nombre, chez qui l'arrêt de développement porte principalement et quelquefois exclusivement sur les facultés intellectuelles, devraient être considérés comme idiots. Ils constitueraient une variété d'idiotie, l'idiotie endémique. Les véritables crétins, ceux pour qui devrait être exclusivement réservée cette dénomination, seraient ces sujets que M. Baillarger a observés en plus petit nombre que les précédents, et qui sont enrayés simultanément dans leur développement général comme dans leur développement cérébral.

Ces divisions indiquées, M. Baillarger se propose, dans la suite de ce travail, de décrire séparément le *crétinisme vrai* et l'*idiotie endémique*.

— De cette étude nosologique sur le crétinisme, nous passerons à un autre point de vue de la question, l'étiologie, qui a fait le sujet d'un échange de notes entre Mgr Billiet, archevêque de Chambéry, et M. le docteur Morel. L'objet du débat soulevé entre MM. Billiet et Morel est la détermination des causes principales et des causes accessoires du crétinisme et l'examen de la valeur des divers moyens prophylactiques proposés pour le prévenir et le combattre. Le savant archevêque de Chambéry est d'avis qu'il faut assigner au crétinisme des causes secondaires ou accessoires et des causes directes, primitives. Il regarde comme causes secondaires les conditions hygiéniques, la configuration du sol, l'étroitesse des vallées, le défaut d'insolation ou de courants d'air, l'humidité excessive, la mauvaise construction et la malpropreté des habitations, etc. Toutes ces circonstances peuvent influer sur ces deux affections, en favoriser le développement; mais elles n'en sont pas la première cause, parce que, très-souvent, on trouve les mêmes conditions hygiéniques dans des pays où le goître et le crétinisme sont inconnus. La vraie cause du crétinisme doit être cherchée, non dans la configuration extérieure du sol, mais dans la constitution minéralogique, non dans les conditions météorologiques, mais dans la nature du terrain. Il n'est endémique que parce que la population qui en est affligée a fixé son séjour dans le pays qui le produit. Les localités qui en sont aujourd'hui en ont toujours eu et en auront toujours,

à moins qu'on ne vienne à découvrir un véritable préservatif. Qu'on emmène cette population dans un pays salubre, dit Mgr Billiet, après une ou deux générations, elle ne se ressentira plus de ces infirmités; mais celle qui la remplacera en sera entièrement atteinte en très-peu de temps, parce que la vraie cause du mal n'est ni dans les conditions hygiéniques ni dans le sang de la population : elle est, en un mot, *sous la surface du sol et non dessus.*

Mgr Billiet ne se prononce pas précisément sur la nature de la substance minéralogique qui produit cet effet, mais il est porté à penser, par suite de la connaissance de la composition géologique des pays à goitreux, et en particulier de la Savoie, que ce sont les terrains gypseux ou argileux, d'où sourdent des eaux dont on fait usage dans ce pays, qui jouent le principal rôle dans la production du goitre et du crétinisme. D'après cette vue, l'amélioration des conditions hygiéniques au milieu desquelles vivent les crétins serait insuffisante pour faire disparaître cette affection.

C'est sur ce dernier point principalement que porte le débat entre Mgr Billiet et M. Morel, qui admet d'ailleurs l'opinion du savant prélat sur la cause principale, la cause géologique. Le travail très-étendu et très-intéressant que M. Morel a entrepris pour élucider le point litigieux de cette question n'étant point terminé, nous nous trouvons dans la nécessité d'en ajourner l'examen.

DE LA MONOMANIE ENVISAGÉE SOUS LE RAPPORT DE L'APPLICATION DE LA LOI PÉNALE ; par M. VICTOR MOLINIER.

OBSERVATIONS MÉDICO-LÉGALES SUR LA MONOMANIE ; par M. le docteur RENAUDIN.

DES PRODROMES DE LA FOLIE AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL ; par M. BOILEAU DE CASTELNAU.

Le premier de ces mémoires, écrit par un savant jurisconsulte, professeur de droit criminel à la Faculté de droit de Toulouse, dans le but de chercher à concilier les principes si souvent en opposition des médecins et des légistes, en matière d'appréciation du libre arbitre, se termine par les conclusions suivantes :

« 1° Une aliénation mentale partielle, qui ne se réfère qu'à un ordre déterminé d'idées, n'est pas toujours suffisante pour excuser toute espèce de crimes. Il faut encore que l'acte ait été exécuté sous l'influence de la folie et se rattache à l'ordre spécial d'idées par rapport auquel existe le délire.

» 2° Tout acte exécuté avec discernement par celui qui avait une notion du précepte qu'il a enfreint, et d'une pénalité attachée à l'infraction, est punissable, sans que l'entraînement résultant des passions ou d'une perversion des facultés affectives soit suffisant pour ôter au fait toute criminalité.

» 3° Les tribunaux n'ont à puiser, dans les rapports des médecins, que des renseignements sur des faits physiologiques ou pathologiques. C'est aux juges et aux jurés qu'il appartient d'apprécier les questions de discernement et de liberté morale qui constituent les éléments moraux et légaux des délits. »

Ces conclusions, qui excluent la monomanie du bénéfice de l'irresponsabilité et restreignent le rôle du médecin expert à la simple constatation des faits physiologiques et pathologiques, attribuant exclusivement aux juges et aux jurés l'appréciation de la signification psychique des faits, la discussion des questions de discernement et de libre arbitre, ne pouvaient être acceptées sans contestation par les médecins aliénistes. Aussi n'avons-nous pas été surpris de voir, dans le fascicule suivant des ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES, M. le docteur Renaudin revendiquer en leur nom la part de droits et de compétence déniée à l'expert. M. Renaudin eût pu, à la rigueur, se borner à réfuter les propositions de M. Molinier, en tant qu'expression d'une opinion individuelle, par cette opinion toute différente exprimée par un autre jurisconsulte : Si au médecin revient la tâche de faire pénétrer la lumière dans le labyrinthe d'une intelligence troublée et dedécrire les désordres qui s'y produisent, l'office du législateur aussi bien que du jurisconsulte est d'accueillir les résultats de l'expérience médicale, et de se conformer aux décisions de ceux que leur profession charge naturellement du soin d'observer les faits, de les classer, et d'en faire jaillir une théorie. (M. le conseiller Sacase.) Mais il n'a pas voulu se priver de la satisfaction de soumettre à une nouvelle discussion une question aussi délicate et aussi controversée. Il nous serait impossible de suivre les deux auteurs dans leurs savantes dissertations. Qu'il nous suffise de mettre en regard des propositions du professeur de droit criminel de Toulouse les conclusions que lui oppose M. le docteur Renaudin; le lecteur aura ainsi sous les yeux les principaux termes du débat.

« 1° L'aliénation mentale, dit M. Renaudin, ne saurait être considérée comme pouvant être partielle. Elle est ou elle n'est pas. Son type peut varier, comme cela du reste s'observe dans les maladies ordinaires, et les complications sympathiques plus ou moins étendues qui en résultent dépendent des conditions pathologiques initiales sur l'appréciation desquelles repose le diagnostic de l'affection.

» 2° La monomanie est un délire ayant des caractères qui lui sont propres. Il est constitué de toutes pièces sur un état pathologique qui, s'il peut emprunter beaucoup aux prédispositions antérieures, constitue, dès qu'il est organisé, une idiosyncrasie maladive soumise à des lois spéciales en même temps qu'aux lois physiologiques ordinaires, en tant qu'il n'y a point été dérogé par les modifications de la sensibilité générale et l'invasion de l'état hallucinatoire.

» 3° L'idée ne constitue pas le délire : elle en est l'expression; mais surtout elle représente les conceptions délirantes, qu'il faut juger non-seulement dans leurs rapports avec les virtualités primitives, mais surtout avec l'élément pathologique auquel elles sont associées.

» 4° C'est là seulement qu'est le critérium de leur influence sur les déterminations qui se révèlent soit par restriction, soit par extension. Les conceptions délirantes peuvent, par une certaine élaboration sentimentale, aggraver l'état pathologique initial; mais c'est ordinairement dans les exacerbations de celui-ci qu'elles produisent leurs conséquences extrêmes, dont la période de rémission ne contient quelquefois que la virtualité obscure. Ce n'est donc pas par les caractères de cette période de rémission qu'il faut juger le monomaniaque.

» 5° La monomanie n'étant pas une pression, mais un état pathologique bien constaté, les actes commis sous son influence ne sauraient constituer une infraction punissable, quelles que puissent être les apparences de discernement. On peut très-bien concilier la perte du libre arbitre avec la conscience de cette perte, et il ne faut pas oublier en outre que les bases sur lesquelles s'exerce le discernement apparent du monomane diffèrent de celles sur lesquelles s'appuie la raison commune.

» 6° Les tribunaux ont donc à puiser dans les rapports des médecins non-seulement des renseignements sur des faits physiologiques ou pathologiques, mais encore l'appréciation légale de leur valeur psychique, et du moment que l'aliénation mentale est constatée, qu'elle affecte le type de la monomanie ou tout autre, l'irresponsabilité morale est la conséquence nécessaire de cette constatation. »

—Enfin l'auteur du troisième mémoire, M. le docteur Boileau de Castelnau, semble venir tout à point pour proposer un moyen terme et comme une sorte de moyen de conciliation entre ces opinions adverses, en démontrant, par une nouvelle série de faits, la nécessité si souvent invoquée de fonder des asiles spéciaux pour les fous criminels, seul moyen peut-être de mettre un terme à ces dissidences.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 9 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

EMPLOI DE LA MÉTHODE HÉMOSPASIQUE DANS LE TRAITEMENT DU CHOLÉRA ÉPIDÉMIQUE.

M. JUNOD lit un mémoire sur ce sujet.

Voici les faits invoqués à l'appui de ce mode de traitement.

OBS. I. — Dans la matinée du 5 septembre 1854, je fus appelé auprès d'une femme âgée de 26 ans, domestique dans une fabrique de tuiles, distante d'un kilomètre environ de la ville de Langres.

Au moment de mon arrivée, elle avait des crampes violentes aux extrémités et dans différentes parties du corps. Ces crampes étaient tellement douloureuses que la malade se roulait dans son lit où l'on pouvait à peine la maintenir, et qu'elles lui arrachaient des cris déchirants.

Depuis le 24 elle éprouvait un malaise général, des céphalalgies susorbitaires, de l'anxiété épigastrique, des nausées continuelles, des déjections alvines fréquentes dont je n'ai pu constater la nature, attendu qu'elles ne se sont plus reproduites dès la première application de la ventouse. Le pouls était faible et à 95 pulsations.

Je me hâtai d'opérer une dérivation énergique sur le membre inférieur gauche. Pour atteindre ce but, je me fis apporter des tuiles sortant du four; j'en pris six qui furent enveloppées de linge et placées contre les parois de la grande ventouse que j'avais préalablement appliquée sur le membre désigné. Sous l'influence combinée de la chaleur et de la dérivation puissante de l'appareil hémospasique, les crampes, les nausées, la céphalalgie, les déjections alvines disparurent à l'instant et complétement.

Toutefois, afin de produire sur les centres nerveux une influence encore plus sédative, je portai la dérivation hémospasique à ses dernières limites en

affaiblissant graduellement le pouls par la seule action de la ventouse, au point de le rendre insensible.

La séance dura quarante-cinq minutes. Dans cet intervalle, la circonférence de la jambe hémospasiée avait augmenté de 6 centimètres, et la teinte de ce membre, au lieu d'être rouge, était cyanosée, ainsi que cela s'observe dans les affections adynamiques.

La malade était très-calme; elle se plaignait seulement de la débilité extrême à laquelle je l'avais réduite.

Le thermomètre indiquait dans la chaleur du front une diminution de 4 degrés; une sueur abondante et tiède couvrait le reste du corps, sans que la température de la peau fût aussi élevée qu'on le remarque généralement dans l'état inflammatoire.

Le soir du même jour, je revis la malade, que je trouvai dans les conditions les plus rassurantes : le retour du pouls à son rhythme normal, la continuation de la sueur, me dispensèrent de revenir à l'application de mon appareil.

Le 6, à ma visite du matin, une réapparition légère de la céphalalgie fut dissipée par une dernière application de la ventouse.

Obs. II. — Une femme âgée de 36 ans, atteinte par l'épidémie, fut reçue à l'hôpital de Saint-Dizier.

Lorsque, le 21 août 1854, je vis la malade, le pouls, qui était faible, donnait 92 pulsations ; les extrémités étaient froides et légèrement cyanosées; des déjections et des vomissements caractéristiques se répétaient à peu près toutes les demi-heures. Elle accusait une sensation continue d'oppression à l'épigastre accompagnée de hoquet, ainsi que de vives douleurs à la région dorsale, ce qui la mettait dans une anxiété extrême.

Comme aucun moyen n'avait pu la calmer, M. Catel, médecin en chef de l'hôpital, voulut bien avoir recours à la grande ventouse, qui fut appliquée en sa présence et en celle de M. le docteur Richer, et eut lieu sur l'une des extrémités inférieures, qui fut entourée de plusieurs boules chaudes, afin de provoquer la transpiration, ainsi que nous l'avons dit plus haut.

Sous l'influence de l'entraînement mécanique du sang vers cette extrémité, la malade fut, en moins de quinze minutes, parfaitement calme et délivrée des douleurs vives qu'elle ressentait à la région dorsale, et tout son corps se couvrit de sueur.

Le 22, cette sueur générale qui persistait encore, et l'apparition des menstrues, qui la veille avaient immédiatement suivi l'application de la ventouse, semblaient s'être substituées aux évacuations alvines et aux vomissements, lesquels avaient complétement cessé.

La malade avait reposé durant la nuit; le pouls, à 78, avait diminué en fréquence, repris de la force. Nous fûmes ainsi dispensés de revenir à l'emploi de la ventouse, et depuis la malade a marché vers la guérison.

Ces deux observations sont suivies de plusieurs autres que nous ne pouvons reproduire ici. Après avoir appelé l'attention sur les circonstances qui semblent prouver, dans ces diverses guérisons, l'heureuse influence de la méthode de traitement, l'auteur poursuit en ces termes :

Sans vouloir remplacer par la dérivation hémospasique tous les moyens préconisés dans le traitement du choléra, je suis en mesure d'affirmer aujourd'hui que ce procédé est utile, et qu'il rendra des services réels auxquels ne saurait être attaché aucun inconvénient. Ainsi l'emploi de ma ventouse permet d'entourer le malade d'une haute température, de lui administrer les stimulants diffusibles. Et cependant on ne sait que trop combien l'élévation de température et les stimulants produisent de congestions fatales, alors qu'ils ne sont pas contre-balancés par la dérivation efficace que je leur associe. J'ajoute que, dans un très-grand nombre de circonstances, cette dérivation seule a relevé la circulation, ramené la chaleur et la faculté perspiratrice de la peau, et arrêté en un mot la maladie dans son développement, lorsque toutefois elle ne se présentait pas avec une gravité au-dessus de toute ressource.

Qu'il me soit permis, en terminant cette lecture, de rappeler que, dans l'obs. IV de mon mémoire de 1849, la dérivation fit cesser les crampes, et dans les obs. V et VI du même mémoire, les évacuations cessèrent de la même manière que dans les observations rapportées plus haut.

Des faits et des considérations qui précèdent, se déduisent naturellement, selon moi, les conclusions suivantes :

1° La méthode hémospasique présente des avantages qui procèdent tous des modifications qu'elle apporte à la répartition du sang.

2° Combinée au calorique, elle étend son action au système nerveux, qui se trouve profondément modifié : de là ces crises salutaires qui, au début d'une attaque de choléra, se caractérisent souvent par la cessation immédiate des accidents et par des sueurs critiques.

3° Dans la période algide, elle opère la même dérivation, de l'estomac et de l'intestin, et de plus, en attirant vers les extrémités une grande masse de sang, elle soulage d'autant le cœur, qui alors peut encore avoir action sur un liquide presque coagulé.

4° Dans la période de réaction, elle dégage et le cerveau et les poumons, sans faire perdre au malade un sang qui peut lui devenir nécessaire.

5° L'effet dérivatif est encore le même, alors que des accidents typhoïdes ont remplacé les phénomènes purement cholériques.

6° Enfin, dans la convalescence, cette dérivation devient souvent l'unique ressource du praticien lorsqu'il s'agit de prévenir ou de combattre avec énergie et promptitude les accidents inflammatoires qui peuvent encore survenir.

DE L'APTITUDE ANESTHÉSIQUE DES SUJETS POUR LE CHLOROFORME ET DU DOSAGE DE CET AGENT.

M. Ancelon lit un mémoire sur ce sujet, dont voici les conclusions :

En ce qui touche l'aptitude anesthésique :

1° L'aptitude anesthésique des sujets est en raison directe de la durée de la diète absolue à laquelle ils se soumettent.

2° Les doses de chloroforme à employer sont en raison inverse de l'appétit habituel des sujets, et de la rapidité avec laquelle s'opèrent chez eux les digestions et l'absorption.

En ce qui concerne le dosage :

1° Le maximum des doses de chloroforme à employer en inhalation est de 19 grammes; le minimum, de 3 grammes.

2° L'administration n'en doit être faite que par doses de 3 ou 4 gouttes, bien comptées, et tout le liquide à mettre en usage pour chaque opération doit être divisé en doses de 4 grammes, dans des flacons cylindriques, dont la capacité et le diamètre des goulots sont déterminés à l'avance.

— M. Forget envoie à l'Académie un travail intitulé: Preuves cliniques de la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde. (Voir plus haut la reproduction complète de ce travail.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 17 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. DOSTAN.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Une brochure du docteur Tourrette sur un nouveau mode de traitement du choléra ;

2° Un rapport du comité consultatif d'hygiène sur un système de plaques métalliques du docteur Burq ;

3° Un rapport du docteur Spitalier sur le traitement d'un cas d'hydrophobie suivi de mort, occasionné par la morsure d'un loup ;

4° Un rapport du conseil d'hygiène et de salubrité de la Haute-Loire sur la vaccine ;

5° Une lettre de M. le docteur Lahowski, qui expose une théorie de la propagation du choléra, et le traitement qu'il applique à cette maladie ;

6° Une lettre de M. le docteur Ourgand, pour faire connaître un agent thérapeutique qu'il aurait employé avec succès dans les cas désespérés du choléra ;

7° Une lettre sur le choléra du docteur Doin, de Bruyère-le-Châtel (Seine-et-Oise).

— M. Anselmier envoie à l'Académie un bandage destiné à maintenir les pansements et hernies de la région inguinale et crurale. (Comm. : MM. Huguier et Ricord.)

— M. le maire de Lille écrit à l'Académie que des allégations erronées ont été faites, dans la discussion du 22 août et celle du 3 octobre, sur le nombre des victimes que le choléra aurait faites dans la ville de Lille depuis sa dernière apparition. Le chiffre total des décès dans les trois derniers mois a été de 601, y compris ceux d'un grand nombre d'enfants atteints de maladies autres que le choléra. Le chiffre du choléra est de 27 choléras et 11 cholérines pour toute cette période.

— M. le docteur Vienne écrit à l'Académie pour lui faire connaître les effets qu'il a obtenus dans la cholérine avec le sesquichlorure de fer.

On administre, dit-il, un lavement de 120 gr. avec 50 centigr. de perchlorure. Le perchlorure sublimé est préférable, mais six fois plus cher. Une potion composée de 250 gr., 2 gr. de perchlorure de fer par cuillerée à bouche, peut remplacer quelquefois le lavement.

— Le docteur Saintelette écrit à l'Académie pour lui faire savoir qu'il admet d'après ses observations la contagion du choléra.

— M. Baudrimont envoie un ensemble de documents sur le choléra épidémique, où il passe en revue les divers traitements employés.

— M. Dalmas soumet au contrôle de l'Académie la propriété qu'il a cru reconnaître aux frictions ammoniacales sur la poitrine, pour faire cesser la dyspnée sans congestion simultanée de la face qui s'observe dans certains cas de choléra.

— M. Margalier envoie un appareil destiné à pratiquer des douches sur les yeux dans les cas d'amblyopies congestives, etc.

DIAGNOSTIC ET CURABILITÉ DU CANCER.

M. Jobert a la parole à l'occasion du procès-verbal.

M. Pamard s'est rendu à l'invitation de l'Académie et lui écrit, par l'organe de M. Jobert, pour faire savoir que les deux malades qui ont soulevé la discussion à l'Académie sont en parfaite santé; qu'il les a suivies de sa sollicitude jusqu'à ce jour, et que rien ne fait prévoir une récidive.

M. J. Cloquet résume la discussion en rappelant que dès l'abord deux questions très-distinctes ont été soulevées : l'une relative au diagnostic du cancer tend à établir la limite dans laquelle on peut différencier le cancer d'avec ce qui ne l'est pas. Il y a des tumeurs qui ont une grande analogie avec lui, mais on leur a trouvé ou cru trouver des caractères différentiels. Jusqu'à quel point ces distinctions sont-elles justifiées? Ensuite a été agitée la question de la curabilité du cancer.

M. Robert a non-seulement élevé des doutes sur la nature des tumeurs opérées par M. Pamard, tumeurs qui n'ont point été étudiées au microscope, mais encore sur la signification de cette guérison. Aujourd'hui que M. Jobert annonce la guérison de ces malades, M. Cloquet s'en félicite d'autant plus qu'il n'a pas mis en doute la nature cancéreuse des tumeurs enlevées, et que d'autre part il se croit pleinement fondé à admettre la curabilité du cancer.

Après avoir rappelé le sage, modeste et savant discours de M. Barthe, l'orateur analyse le discours de M. Velpeau, avec lequel il est parfaitement d'accord sur tous les points.

M. Velpeau ne rejette pas le microscope, dit-il, mais il admet que cet instrument a trompé aussi bien que l'œil nu. Il fait la part du microscope; mais il craint que le microscope n'éloigne trop de l'observation clinique dont il tend, selon M. Velpeau, à amoindrir la valeur. Puis M. Cloquet se joint au savant chirurgien pour rejeter les distinctions qu'on a voulu établir. Après s'être demandé ce qui constitue la nature du cancer, il déclare comprendre sous cette dénomination et les tumeurs épithéliales et les tumeurs fibroplastiques, et les *noli me tangere*, etc., qu'il faut presque toujours toucher. Un chevalier ***, âgé de 70 ans, dit-il, se fit opérer d'un *noli me tangere*; il appliqua la pâte arsenicale. Bientôt survint un œdème, une irritation considérable, des symptômes cérébraux très-graves; le malade, qui mourut quatre ans après d'une autre affection, n'avait pas encore offert de récidive. Les caractères de malignité, de repullulation, sont des sources d'indication pour le clinicien qui se passent très-bien de tout autre source de lumière. Et la preuve, c'est que M. Cloquet différencie toujours à l'œil nu les mélanoses, par exemple, de tous les autres cancers, pour en constater toute la gravité, que l'expérience lui a démontré en l'absence de toutes recherches microscopiques.

Il est des cancers qu'on peut énucléer, d'autres qui ont des prolongations rameuses. Eh bien! autant il y a de chances de succès à opérer les uns, autant il est périlleux d'opérer les autres.

Une vieille femme de l'hôpital Saint-Louis portait au sein un cancer granuleux, tuberculeux, avec engorgement sus-claviculaire considérable. Richerand enleva la tumeur, et quinze jours après l'opération, il se déclara une inflammation considérable des ganglions engorgés. Il survint un écoulement, les glandes fondirent, la femme sortit de l'hôpital, et sept ans après M. Cloquet la retrouva à Saint-Antoine sans qu'il y eût aucune manifestation de récidive. Voilà un premier fait en faveur de la curabilité du cancer, ajoute l'orateur.

Une deuxième observation a pour sujet une femme, vue en commun avec le baron Larrey en 1829. C'était un cancer du sein droit et gauche. L'engorgement axillaire était douteux. On opéra le sein droit; une suppuration grave s'ensuivit; l'engorgement, la tumeur du sein gauche fondit insensiblement, et la femme succomba cinq ans après d'une pneumonie, sans la moindre récidive.

Une troisième observation est fournie par une femme qui portait au sein une tumeur de la grosseur du poing. M. Cloquet l'a opérée de son cancer il y a onze ans, et depuis ce jour elle n'a pas eu d'accident nouveau.

La quatrième observation est celle d'un acteur portant, dans la région parotidienne, une tumeur énorme, converte d'un ulcère de mauvaise nature. L'opération lui inspira les appréhensions les plus vives. Il s'y décida; il y eut force ligatures; il fallut couper en travers le nerf facial, compris dans la tumeur. Le malade guérit parfaitement; sauf l'hémiplégie faciale, il s'est jusqu'à ce jour bien trouvé de l'opération qui remonte à bien des années. Or cette tumeur encore était, selon l'avis de M. Cloquet, essentiellement cancéreuse.

Une cinquième observation a pour sujet une tumeur énorme au sternum; elle était si dure que l'opérateur s'attendit à la scier; il l'enleva en effet avec la gouge. Malgré les circonstances les plus défavorables en apparence, cette plaie cicatrisa. Mais quatre ans après la tumeur repullula. Voilà un exemple de tumeur non cancéreuse évidemment, et qui a néanmoins récidivé.

Revenant ensuite à l'emploi du microscope, l'orateur rappelle qu'il ne rejette pas l'emploi du microscope d'une manière absolue; que dans les cas douteux, il pense qu'on y peut recourir; mais que les résultats qu'il fournit ne jugent pas en dernier ressort. D'ailleurs il y a de grandes difficultés à diagnostiquer la nature de ces tumeurs; les ponctions exploratrices que réclame le microscope sont peu praticables, en supposant qu'elles fournissent un résultat avantageux.

M. Robert, après avoir annoncé qu'il prendrait la parole dans la prochaine séance seulement, cède la place à M. Velpeau.

M. Velpeau vient aujourd'hui présenter à l'Académie des pièces à l'appui des assertions avancées dans la dernière séance. Il veut prouver à la fois que l'on peut distinguer la nature des tumeurs sans microscope; que souvent il est venu confirmer son diagnostic, et qu'enfin de ses yeux il a souvent démenti les résultats négatifs de cet instrument.

Il présente à l'appui : 1° une mâchoire cancéreuse, enlevée il y a peu de jours; le chirurgien de la Charité a diagnostiqué de l'encéphaloïde, et le microscope lui a donné raison; 2° une tumeur du sein, qu'il a diagnostiquée squirrheuse, et que le microscope lui donne raison ou non, il maintient son diagnostic. Puis après, il montre des tumeurs épithéliales et des ganglions, qu'il reconnaît à l'œil nu être de nature non cancéreuse.

Après cela il faut distinguer les tumeurs à diagnostic aisé d'avec les difficiles. Dans l'un des cas présentés, la tumeur est adénoïde, ce que les micrographes nomment hypertrophique. Et à cette occasion, M. Velpeau rejette cette dénomination, parce que la tumeur est là, logée comme une balle. Que si les micrographes n'y ont trouvé que l'élément glandulaire, il n'est pas démontré que plus tard ils n'y découvrent autre chose.

L'orateur termine en présentant une tumeur du sein enlevée il y a quatre jours. Elle n'a ni la physionomie du squirrhe, ni de l'encéphaloïde, ni des colloïdes, ni des tumeurs hypertrophiques. Or sur deux micrographes qui l'ont examinée, l'un y a trouvé du cancer, l'autre non. Ce cas est donc douteux; M. Velpeau se gardera bien de le mettre dans ses statistiques.

M. Depaul a la parole pour la présentation d'un fœtus avec anus imperforé, etc.

La séance est levée avant cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

Des tumeurs de l'orbite; par M. Demarquay, chirurgien du bureau central des hôpitaux, etc. (Thèse de concours pour l'agrégation.) — In-8°. — Paris, 1853. Chez Ch. Lahure, rue de Vaugirard, 9.

M. Demarquay a décrit successivement, comme faisant partie de son sujet, les tumeurs extra-orbitaires qui viennent faire saillie dans l'orbite, les tumeurs des parois orbitaires proprement dites et celle de la cavité orbitaire elle-même.

Ces dernières, auxquelles il a consacré la plus grande partie de sa thèse, comprennent les phlegmons, les abcès, les kystes et la plupart des tumeurs qu'on observe dans les autres régions. Toutefois il en est quelques-unes, récemment observées, qui n'avaient encore figuré dans aucun travail d'ensemble sur les maladies chirurgicales de l'orbite : telles sont les tumeurs gazeuses, certaines tumeurs sanguines, les névrômes et les tumeurs gommeuses syphilitiques. C'est sur ces affections, qui sont de véritables nouveautés dans la pathologie orbitaire, que nous insistons surtout dans ce compte rendu.

Les observations de tumeurs gazeuses de l'orbite sont au nombre de trois. La première, publiée par M. Malgaigne, est un exemple d'emphysème général avec gonflement des paupières supérieures qui avaient la grosseur d'une pomme, et saillie considérable des deux yeux, refoulés par l'infiltration gazeuse du tissu cellulaire de l'orbite. Les deux autres sont des exemples d'emphysème partiel et assez bien localisé dans l'orbite. Le malade observé par M. Desmarres était dans les conditions suivantes : lorsqu'il se mouchait et que l'air était poussé dans le canal nasal, on voyait l'œil gauche projeté en avant dans l'étendue d'un centimètre et demi. Dès que la compression des narines cessait, le globe oculaire reprenait sa place. La dernière observation, qui est de M. Jarjavay, est plus complète que les précédentes. La tumeur s'était d'abord développée vers l'apophyse orbitaire externe; un peu plus tard il y eut exophthalmie. Elle était uniforme, sans chaleur, sans changement de couleur à la peau, rénitente, résonnant sous la percussion, sans douleur à la pression. On pouvait la faire disparaître en la comprimant, et alors l'oreille appliquée sur la partie, malade entendait un sifflement proportionné au degré de pression. Le même sifflement avait lieu quand le malade se mouchait. Une ponction fut pratiquée dans la tumeur avec un trocart, et aussitôt des gaz s'en échappèrent. Par la pression on pouvait établir un courant d'air perceptible à la main. Une incision d'un centimètre pratiquée sur la tumeur, vers la racine des cheveux, fut suivie d'une violente inflammation et d'un abcès après lesquels la guérison eut lieu.

Toute l'histoire des tumeurs emphysémateuses de l'orbite est dans ces observations. C'est pourquoi nous avons tenu à en reproduire des extraits. Mais ces faits ne sont pas sans analogues dans la science. Dernièrement M. Bolassa a décrit une tumeur gazeuse développée sur le pariétal, dans laquelle l'air arrivait à travers une perforation multiple de l'apophyse mastoïde. On a également cité des cas de tumeurs emphysémateuses du front, succédant à la perforation des sinus frontaux. En réunissant tous ces faits, en les rapprochant des observations intéressantes de M. Ozanam dans lesquelles on a vu d'énormes tumeurs aériennes de la joue se montrer comme premiers signes de la rupture pulmonaire chez les enfants, on aurait, ce nous semble, des matériaux suffisants pour décrire en les comparant entre elles, sous le nom de tumeurs emphysémateuses de la tête, toute une classe d'affections à peine soupçonnées avant ces dernières années.

Parmi les tumeurs sanguines de l'orbite, quelques-unes sont connues depuis longtemps L'anévrisme de l'artère ophthalmique a été observé par Guthrie, Scultel, Langenbeck, Busk (1); les tumeurs érectiles artérielles ont été vues plus fréquemment encore. M. Demarquay a fait

(1) M. Pétrequin en a cité une observation curieuse qui a été le point de départ de ses travaux sur la galvano-puncture dans les anévrismes (Gaz. Méd., 1846, p. 736.)

remarquer avec raison que la ligature de la carotide, si souvent inefficace dans les autres tumeurs sanguines du crâne ou de la face, est presque toujours suivie de succès lorsqu'on a affaire à des tumeurs orbitaires, probablement à cause de l'isolement de l'appareil circulatoire artériel de l'orbite.

Mais à l'anévrisme et aux tumeurs artérielles et veineuses, il faut joindre maintenant d'autres tumeurs sanguines par extravasation, véritables thrombus de l'orbite. M. Demarquay en cite deux observations, l'une appartenant à M. Desmarres, l'autre publiée par le docteur Redemans. Ces tumeurs n'ont de commun avec les ecchymoses décrites par M. Maslieurat-Lagémard que leur origine traumatique; car elles peuvent acquérir de telles dimensions que chez le malade de M. Redemans l'œil fut complétement chassé de sa cavité et ne put jamais y être ramené, malgré les efforts les plus méthodiques. Ces tumeurs doivent être traitées ici comme dans les autres régions, par les résolutifs, les dérivatifs, la compression; la ponction peut aussi devenir opportune dans quelques cas.

Le chapitre où M. Demarquay traite des névrômes de l'orbite ne contient que des détails d'anatomie pathologique, la maladie n'ayant pas encore été observée sur le vivant. Il résulte des recherches de MM. Houel et Lebert sur ce point que tous les nerfs de l'œil peuvent être envahis par des tumeurs névromatiques. M. Lebert a vu un cas de névrômes multiple du nerf optique et des nerfs moteur oculaire commun et moteur oculaire externe. Dans tous les faits rapportés par M. Houel, le nerf optique ne participait pas à la maladie.

Beaucoup de périostoses et d'exostoses des parois orbitaires sont de nature syphilitique. Mackensie cite un exemple remarquable de périostose ayant déterminé une exophthalmie considérable et qui guérit complétement sous l'influence du traitement spécifique. Le sujet de l'observation avait eu, huit ans auparavant, des accidents primitifs, puis des syphilides, des ulcérations au gosier, un iritis et finalement des douleurs ostéocopes et la tumeur orbitaire. M. Desmarres a guéri, au moyen des préparations d'or, une exostose syphilitique de l'orbite. D'autres chirurgiens ont fait des observations analogues. Mais jusqu'à ce jour on ne connaissait pas d'exemple de tumeur gommeuse syphilitique développée dans la cavité orbitaire. L'observation que rapporte M. Demarquay dans sa thèse a une grande valeur, puisqu'elle lui a été communiquée par M. Ricord.

Il s'agit d'un officier supérieur traité pour des accidents syphilitiques tertiaires et qui présentait une saillie considérable des deux yeux. Au bout de quelque temps il survint un gonflement des paupières avec des signes d'inflammation, puis le pus se fit jour à l'extérieur; il ressemblait à celui des tumeurs gommeuses. Le malade n'éprouvait aucune douleur ni dans les yeux ni dans la tête; ce qui fit croire à M. Ricord qu'il avait affaire à une tumeur gommeuse, les périostoses et les exostoses de l'orbite étant toujours précédées et accompagnées de douleurs ostéocopes caractéristiques. L'iodure de potassium triompha complétement de la maladie.

Certes, voilà pour la pathologie de l'orbite des acquisitions de première importance, et nous devons savoir gré à M. Demarquay de les avoir recueillies çà et là pour les réunir dans sa thèse. Mais nous croyons que sur d'autres points l'auteur n'a pas donné à son sujet tous les développements qu'il comportait.

Sur tout ce qui concerne l'histoire individuelle des tumeurs de l'orbite, M. Demarquay a été aussi complet que possible. Les kystes, par exemple, ont été décrits avec toutes leurs variétés: kystes séreux, kystes hydatiques, tumeur enkystée contenant des poils, tumeur enkystée contenant une dent.

La thèse que nous analysons contient aussi des chapitres très-substantiels sur les tumeurs des sinus frontaux, sur celles de la glande lacrymale, etc. Ces affections sont non-seulement mentionnées, mais encore étudiées au point de vue de leurs symptômes, de leur diagnostic et du traitement qui convient à chacune. Mais ce qui nous paraît incomplet, sans toutefois faire absolument défaut, c'est la symptomatologie, le diagnostic et le traitement composés de ces diverses affections; en un mot c'est l'histoire générale et parallèle des tumeurs orbitaires.

N'y avait-il donc aucune considération générale à émettre sur les causes de ces tumeurs, sur leur siége au fond de l'orbite, vers la partie moyenne ou à la partie antérieure de cette cavité? Les symptômes ne varient-ils pas, surtout au début de la maladie, suivant que la tumeur occupe primitivement l'un ou l'autre de ces points? Le diagnostic différentiel des tumeurs de l'orbite a-t-il moins d'importance que celui des tumeurs des autres régions?

Sans doute, en entrant dans cette voie, il y avait des difficultés sérieuses à surmonter; mais il y avait aussi une ample moisson à recueillir. Ce que d'autres ont fait avec tant de succès, dans des thèses justement recherchées, pour les tumeurs du sein, pour celles de la région parotidienne, pour les maladies du testicule, etc., est encore à faire pour les tumeurs de l'orbite.

Cependant nous ne voudrions pas que l'on se méprît sur l'opinion que nous avons de la thèse de M. Demarquay. Les imperfections que nous avons cru devoir signaler sont loin de contre-balancer toutes les qualités que l'auteur y a déployées.

C'est, en définitive, une bonne monographie, contenant beaucoup d'observations, dans laquelle toutes les tumeurs de l'orbite sont méthodiquement classées, bien décrites et sainement envisagées au point de vue des indications qu'elles peuvent présenter; car nous n'aurions pas rendu justice à M. Demarquay si nous terminions cette analyse sans louer, dans sa thèse, la partie thérapeutique où il a fait preuve d'un grand sens pratique et de la décision d'un chirurgien déjà expérimenté.

J. Rollet.

VARIÉTÉS.

MOUVEMENT DU CHOLÉRA DANS PARIS ET DANS LES COMMUNES RURALES.

Octobre...	13	14	15	16	17	18	18
Admissions aux hôpitaux	16	11	7	4	10	15	13
Cas déclarés à l'intérieur	5	10	7	3	11	10	2
Totaux.......	21	21	14	7	21	25	15
Décès : Dans les hôpitaux civils..	13	11	12	13	10	8	12
— militaires..	0	1	0	0	0	3	1
A domicile : 1er arrond...	0	3	2	1	2	0	1
2e —	1	3	1	2	1	0	1
3e —	0	2	1	1	1	1	1
4e —	0	0	0	0	1	0	0
5e —	2	2	3	0	0	1	0
6e —	2	4	1	0	0	5	1
7e —	0	2	0	2	2	0	1
8e —	6	1	3	0	1	0	2
9e —	4	2	1	0	0	0	0
10e —	1	3	1	1	0	0	0
11e —	0	1	1	0	1	0	0
12e —	0	6	1	0	1	2	1
Communes rurales.....	0	8	3	0	3	0	1

RÉCAPITULATION DES DÉCÈS CHOLÉRIQUES :

Octobre...	13	14	15	16	17	18	19
Dans les hôp. civils et militaires...	13	12	12	13	10	11	13
A domicile et dans les comm. rurales.	16	37	18	7	13	9	9
Totaux généraux des décès...	29	49	30	20	23	20	22

RÉCAPITULATION DEPUIS LA RECRUDESCENCE JUSQU'AU 19 OCTOBRE.

Admissions dans les hôpitaux civils..	4,524	6,528
Cas déclarés à l'intérieur	2,004	
Décès dans les hôpitaux civils.....	3,354	10,984
— — militaires..	614	
— à domicile...........	4,559	
— dans les communes rurales.	2,457	

— M. le professeur Serres, membre de l'Institut, commencera son cours d'anthropologie ou d'anatomie et d'histoire naturelle de l'homme au Muséum d'histoire naturelle, le samedi 28 octobre 1854, à deux heures et demie, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

Le professeur exposera la théorie de la génération et celle du développement de l'homme, d'après les règles de l'organogénie et de l'embryogénie.

Les digressions sur l'anatomie comparée auront pour objet d'éclairer la structure de l'homme par celle des animaux, afin d'arriver à la détermination méthodique des diverses races humaines, ainsi qu'à leur dissémination sur la surface du globe.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

CURABILITÉ DU CANCER. — VALEUR DIAGNOSTIQUE DU MICROSCOPE.

(Deuxième article.)

Avant de discuter la valeur diagnostique du microscope, il est utile de revenir sur la question de la curabilité du cancer, qui a fait un pas dans la dernière séance.

L'honorable M. Robert, dans un discours écrit avec soin, a insisté de nouveau sur les arguments qu'il avait opposés aux guérisons annoncées par M. Velpeau. Pour M. Robert, les succès de M. Velpeau ne peuvent être que le résultat d'une méprise, parce qu'ils sont contraires aux statistiques de Monro, Mayo, Boyer, Mac-Farlane et de M. Lebert, lesquels, sur un nombre considérable d'opérations de cancers avérés, n'ont pu constater une seule guérison permanente. En second lieu, M. Velpeau, se fondant à tort sur le caractère de la récidivité comme signe pathognomonique du cancer, a dû nécessairement entacher ses résultats de l'erreur de son diagnostic. On peut laisser au savant chirurgien de la Charité le soin de se défendre lui-même; mais, comme il y a dans l'argumentation de M. Robert une fin de non-recevoir-principe qui se trouve en opposition complète avec le principe posé par la Gazette Médicale comme critérium plus sûr et plus élevé, il n'est pas inutile d'y revenir, d'autant plus que la discussion peut aisément déborder le champ de la spécialité du cancer.

Les statistiques invoquées par M. Robert établissent que, sur un nombre déterminé de cancers opérés, il n'y a eu aucune guérison. Qu'est-ce que cela prouve? Tout au plus qu'en continuant à opérer dans les conditions où les malades cités par M. Robert l'ont été, et en opérant et traitant d'autres malades comme ceux-là l'ont été, il est très-présumable qu'on ne réussirait pas mieux. Mais est-ce là ce qu'a fait M. Velpeau? Est-ce là ce qu'ont fait, avant lui et après lui tous les chirurgiens qui affirment avoir guéri de vrais cancers? Cela n'est pas présumable; nous dirons plus, cela n'est pas possible. Du moment que le fait de la guérison a été dûment constaté, établi avec certitude, ce fait prouve à lui seul plus que toutes les statistiques du monde. Et il prouve si bien que si on parvenait à déterminer les conditions de genre, d'espèce, de degré, toutes les conditions étiologiques, en un mot, inhérentes au seul cas de succès obtenu, on guérirait à coup sûr autant de fois qu'on opérerait dans les mêmes conditions. Au lieu donc d'opposer cette fin de non-recevoir, cette barrière formée par la statistique négative, il est bien plus important de fournir la preuve certaine d'un nombre déterminé de guérisons, puis la détermination précise des conditions où ces guérisons ont été obtenues. MM. Velpeau, Cloquet et autres ont rempli la moitié de ce programme; il leur resté à satisfaire à la seconde. C'est ce que nous avons demandé dans notre dernier article, c'est ce que nous demandons encore aujourd'hui.

Mais M. Robert, et l'école qu'il représente, insistent : Les succès allégués ne sont pas assez rigoureusement établis pour être admis comme point de départ précis d'une détermination étiologique des conditions de la curabilité du cancer. Et ils allèguent la méprise qui résulterait de la signification erronée ou au moins exagérée attribuée à la récidivité. Ici nous sommes bien obligé d'anticiper sur ce que M. Velpeau ne manquera pas de répondre. Ce n'est pas sur le fait de la récidive que ce chirurgien établit son diagnostic, mais sur ce fait entouré de tous les caractères cliniques propres à faire diagnostiquer le cancer, soit avec, soit sans le concours du microscope. Et en effet, M. Velpeau, à la fin de la dernière séance, a exhibé plusieurs spécimens de tumeurs cancéreuses franches, squirres et encéphaloïdes, dont les apparences étaient telles, qu'il n'y a pas un externe, a dit le savant chirurgien, qui s'y fût mépris. D'où M. Velpeau a conclu que la récidive n'est pas son critérium, et que le microscope ne lui est d'aucun secours dans les cas de cette sorte pour prononcer à coup sûr qu'il s'agit bien du cancer, et du cancer pour toutes les écoles, pour tous les diagnostics. Et il a encore ajouté qu'en prouvant que ces sortes de tumeurs ne peuvent donner lieu à aucune méprise, il se croit en droit de maintenir les guérisons qu'il a annoncées dans des cas analogues. M. Cerdy a protesté, il est vrai, contre la déclaration de M. Velpeau, prétendant sans doute, ce que l'honorable membre ne manquera pas de développer lui-même, qu'il y a sur la limite qui sépare les vrais cancers des pseudo-cancers, des cas douteux qui ne permettent pas de porter un diagnostic aussi absolu : et c'est pour ces cas qu'il y aurait lieu de recourir au microscope. Ceci nous amène naturellement à discuter la nature des services qu'on est en droit d'en attendre.

Jusqu'ici on s'accorde assez peu sur ce qu'on est en droit de demander au microscope : pas plus ceux qui le considèrent comme l'oracle absolu de la vérité que ceux qui le considèrent comme une véritable superfluité. Entre ces deux opinions extrêmes, il s'en est produit une mixte qui paraîtrait vouloir faire la part de l'éclectisme, ni trop ni trop peu. Si ces trois opinions, différant pour la quantité, semblent indiquer le degré de confiance qui appartient à chacune d'elles, on ne peut pas dire que cette confiance pour les uns ou cette défiance pour les autres résulte de motifs bien déterminés ; c'est bien plus le résultat d'un sentiment instinctif que d'une conviction réfléchie. Nous en dirions autant de l'opinion mixte, si, à la fin de la dernière séance, un orateur nouveau pour l'Académie, M. Barth, n'avait ébauché à faire la part de chaque chose avec un bon sens rare et avec des considérations qui touchaient presque à la raison des choses. Mais, ainsi qu'il l'a dit, le nouvel académicien n'a pu, faute de temps, qu'effleurer la question : il y reviendra sans doute ; en attendant, on peut, en suivant la ligne qu'il a tracée, motiver peut-être d'une manière plus explicite la part qu'il a faite à l'intervention légitime du microscope.

La valeur diagnostique du microscope appliquée à l'étude du cancer peut se déduire du caractère général de ses informations, dubut qu'on se propose dans le cas particulier et des conclusions dont on le rend solidaire.

Ainsi que l'a dit M. Barth, le microscope est un œil de plus qui fait voir plus et autre chose que les yeux, mais qui ne saurait suppléer, par ses révélations moléculaires, à la vue de l'ensemble. C'est donc une sorte de dissection des molécules, mais des molécules séparées du tout. Sous le microscope, point de formes de l'objet, point de rapport des parties, point de réalité véritablement objective. C'est à un autre point de vue l'analyse chimique qui trouve dans tous les corps de l'oxygène, de l'hydrogène, de l'azote et du carbone : car les

FEUILLETON.

LES BLESSÉS DE LA BATAILLE D'ALMA.

Si l'un des hommes distingués qui assistent aux opérations de nos armées ou qui les dirigent venait à écrire un jour l'histoire de la campagne d'Orient, il devrait avoir en grande considération les maladies qui ont sévi dans ce pays et les effets des projectiles de guerre, si terribles, dont les perfectionnements des armes à feu ont permis d'armer nos troupes. Les maladies ont retenu nos soldats près de deux mois dans l'inaction à Varna; elles les ont cruellement éprouvés; la première division, entre autres, a ainsi perdu le cinquième de ses hommes dans la Dobrutscha, et c'est au moins la moitié des huit mille hommes restants complétement invalidés. L'influence cholérique, car c'est elle qui a dominé toutes les autres, laissant, au moment de l'embarquement, nos troupes en repos, s'est de nouveau fait jour en Crimée après les premières fatigues, après l'excitation du combat, les marches de nuit, le manque d'eau. Aujourd'hui, sous les murs de Sébastopol, la tranchée ouverte, il meurt plus d'hommes du choléra que du feu de l'ennemi, et ce n'est pas sans crainte que nous étudions chaque jour le caractère des maladies d'où dépendent le sort des armées, l'avenir des nations et les destinées de la politique.

La médecine, prévoyante en ces matières, va au-devant de chacune des indications hygiéniques réclamées soit par la physionomie des maladies, soit par les mauvaises conditions d'existence dont l'homme de guerre se trouve entouré; elle prévoit de loin les influences épidémiques, elle en calcule la portée, elle en atténue les effets. Son grand rôle est dans la prophylaxie. Quand les moyens préservatifs échouent ou sont insuffisants, alors elle organise le service hospitalier, elle prévoit le grand nombre des malades, elle indique les moyens les plus simples de les loger, de les traiter, en évitant l'encombrement, l'infection, et tous leurs désastreux effets.

La chirurgie, plus brillante, a aussi un double rôle : active, courageuse, hardie, elle se multiplie au moment de l'action. Ses ressources se déploient et s'appliquent aux blessés sur le champ de bataille. Les mains qui réparent ou simplifient les effets des blessures par armes de guerre sont là prêtes à opérer dès que la cause vulnérante a agi. C'est une première et une grande consolation pour les blessés. Au fond, le plus souvent, des soins si immédiats ne seraient pas indispensables, mais qui a interrogé les hommes blessés pendant la lutte sait bien avec quelle anxiété ils attendent, avec quelle profonde reconnaissance ils bénissent l'arrivée du chirurgien.

La lutte du combat est presque toujours accompagnée d'une excitation considérable, même chez les âmes fortes. Cette ardeur est factice chez presque tous les hommes. Les cœurs pusillanimes et timorés qui n'éprouvent pas cette réaction qui a produit tant de nobles dévouements suivent par nécessité et sont frappés dans un état de dépression des forces vitales. Les esprits calmes et froids qui marchent sans excitation et sans crainte sont très-rares, surtout dans les armées qui combattent pour la première fois. Ces derniers sont ceux qui supportent le mieux ces moments d'anxiété qui précèdent l'arrivée du blessé à l'ambulance.

Mais devant les grandes mutilations, les différences du caractère et du cou-

globules, les cellules, les granules, les filaments celluleux, formes élémentaires de la matière, se retrouvent à peu près partout. Faisons néanmoins tout de suite une réserve au profit du microscope, qui a sur la chimie l'avantage de montrer les objets sans les détruire, et par conséquent de conserver aux éléments des choses un reflet différentiel de leur essence, c'est-à-dire de la cause qui les imprègne. Mais la vue du microscope ne porte que sur les éléments moléculaires séparés, dissociés, et partant privés de la signification qu'ils tiennent de leurs rapports mutuels, c'est-à-dire de la forme générale des corps dont ils font partie : le microscope ne fait voir que des lettres, et non des mots. On est ainsi conduit à montrer que cette vue analytique n'est bonne, n'est utile qu'à la condition d'être complétée, contrôlée par la vue synthétique de l'œil. Or, dans l'espèce, ne serait-il pas dérisoire de vouloir subordonner à la perception d'une molécule, cellule, granule ou noyau d'une tumeur, la perception de cette tumeur, de son tout, vu à sa surface, touché dans tous ses points et disséqué dans ses moindres replis? C'est pourtant ce qu'à leur insu prétendent faire quelques enthousiastes irréfléchis. De ce qui précède, on peut conclure que l'œil du microscope est utile dans la sphère de son application, et qu'il serait aussi peu sensé de le repousser d'une manière absolue que de l'appeler seul à la constatation matérielle des choses. Nous disons constatation : il ne s'agit jusqu'ici, en effet, que de l'opération du sens de la vue étendu ou limité, mais non de l'idée réfléchie, du jugement qu'elle inspire ou motive. Au second point de vue, les distinctions ne sont pas moins importantes à établir.

De même que certains micrographes prétendent pouvoir se passer de la vue extérieure des objets pour s'en tenir exclusivement au microscope, de même ils ne reconnaissent de conclusions valables que celles qui reposent sur les révélations de ce précieux instrument. Ils transportent ainsi à l'esprit l'exagération du service rendu par le sens; en un mot, ils concluent que cet objet est bien ce qu'ils affirment, en raison de certains caractères élémentaires, et en raison de ces caractères seulement. Exemple : le cancer n'est cancer que parce que le microscope y fait découvrir la cellule cancéreuse, et lorsqu'il l'a fait découvrir. Voilà la méthode, voilà le raisonnement. Ainsi ramenée à sa façon d'agir non déguisée, dépouillée de tout artifice, cette exagération ne saurait tenir debout. Mais on l'entoure d'un si grand appareil scientifique, on lui fait si bien les honneurs d'une école et d'un drapeau que l'arbitraire de la chose disparaît sous l'apparence d'autorité des hommes. Quelques mots cependant nous paraissent suffire pour montrer les choses ce qu'elles sont.

Il y a longtemps déjà que la GAZETTE MÉDICALE a discuté avec quelque soin la question de la valeur de la cellule cancéreuse (1). « La cellule cancéreuse est-elle une réalité? quelle est sa signification? est-elle un symptôme, un signe ou une cause? quelle est sa valeur essentielle dans la détermination scientifique du cancer? » Telles sont les questions que nous nous sommes posées à une autre époque, et que nous avons cherché à résoudre dans la mesure de nos forces et de nos moyens. Or, sans vouloir répéter ce que nous avons dit à cette époque, nous avons montré que les partisans de la cellule cancéreuse, comme base absolue de la détermination du cancer, n'avaient même pas songé à établir sa signification dans la génération de la tumeur dont ils prétendent en faire le signe caractéristique. Ils posent arbitrairement en fait la conclusion qu'il faudrait établir : que la cellule cancéreuse existe toujours dans le cancer, et que partout où elle manque, il n'y a point cancer. S'ils avaient au moins songé à donner à ce facteur une raison d'être quelconque, ils seraient sortis d'une affirmation purement empirique : mais non, ils se bornent à dire : la chose est, parce qu'elle est. Les adversaires ont beau jeu; il leur suffit de répondre : la chose n'est pas, parce qu'elle n'est pas. Mais ils opposent plus que cette fin de non-recevoir ; ils leur disent : nous avons, depuis que la science existe, une foule de caractères cliniques qui ne trompent pas sur la réalité du cancer. Or s'il est vrai qu'avec cet ensemble de caractères cliniques très-sûrs, quelquefois coïncide la cellule cancéreuse, souvent aussi cette cellule manque alors que les autres caractères existent. Dès lors, rien qu'à l'aide de l'expérience, ils concluent que la cellule cancéreuse est tout au plus un caractère de certains cancers, et que certains autres cancers peuvent exister sans la cellule. C'est là ce qu'ont très-bien motivé MM. Velpeau et Barth, M. Barth surtout, parce qu'à l'autorité du clinicien expert, il a joint celle du micrographe habile. Pour moi, a-t-il dit, il y aura donc des cancers à cellules et des cancers sans cellules. Cette conclusion, il ne l'a pas exprimée d'une façon aussi abrupte, il y est venu par gradation, il y est venu en présentant une pièce des plus significatives, dans laquelle, malgré les précédents de l'hérédité, les caractères extérieurs les plus manifestes du cancer, on n'avait trouvé ni suc cancéreux, ni cellule, ni noyau. Cependant l'aspect extérieur, comme l'aspect intérieur, s'accordaient avec tous les autres symptômes pour maintenir la présomption établie par l'existence de cancers auxquels avaient succombé la mère et le grand-père du malade. Pour adoucir la rigueur de son jugement, M. Barth a prononcé en concluant le mot de *tumeur maligne*, tumeur fibro-plastique de la *pire espèce;* enfin, il a ajouté qu'il y avait à voir s'il ne conviendrait pas de faire deux classes de cancers : les cancers *à cellules* et les cancers *sans cellules.* Qu'à cela ne tienne : nous souscrivons volontiers à ce compromis ; il réalise un progrès, il réserve tous les droits de l'observation clinique et de l'observation micrographique. Mais, est-il utile de le faire remarquer, il attribue à la révélation du microscope celle d'un œil de plus, qui fournit un nouveau caractère, un élément de détermination, mais ne permet pas une conclusion absolue, systématique. Dans cette mesure, le microscope est utile ; il mérite d'être appelé comme auxiliaire diagnostique, mais, nous le répétons, à la condition de n'aspirer qu'à fournir un élément de conclusion et non la conclusion elle-même. Nous aurons occasion de suivre et de développer ce raisonnement à propos des argumentations nouvelles qui ne manqueront pas de se produire; car, dans la dernière séance, la discussion a paru se ranimer et promettre quelques nouveaux épisodes.

JULES GUÉRIN.

(1) GAZ. MÉD., 1853, p. 57, à l'occasion de la discussion sur le cancer à la Société de chirurgie.

---

rage s'effacent presque totalement pour le chirurgien du champ de bataille. Sa besogne est de simplifier; il opère quand il est démontré qu'il ne peut conserver ; il opère surtout quand le transport des blessés doit être lointain et difficile. Sans doute il importerait de laisser tomber cette fièvre du combat, cette excitation vive, cette sorte d'ivresse, mais les moments sont précieux, les pansements difficiles, les blessures graves et nombreuses. On a eu, à la bataille de l'Alma, beaucoup de membres emportés en totalité ou en partie par des boulets ou d'autres gros projectiles; un assez grand nombre d'hommes ont une ou plusieurs blessures graves dans le même membre. Il faut sans doute alors faire disparaître ces mutilations en enlevant le membre où elles siégent.

Dans d'autres cas, moins graves en apparence, il y a telles parties qui sont atteintes : vaisseaux, nerfs, os, articulations, que la conservation du membre est sinon impossible, du moins très-incertaine. Ici le chirurgien fait intervenir les connaissances anatomiques, les préceptes dictés par les grands maîtres; il se décide pour l'opération dans les cas les plus graves, il réserve les cas douteux.

Les évacuations de blessés se composent ainsi de deux catégories de malades : les amputations du champ de bataille, les blessures graves du tronc, les blessures graves des membres non amputés, les blessures légères.

L'art ancien, qui comprenait à peine la nature des lésions qu'engendrent les armes à feu, avait établi des divisions multiples dans les plaies de cette sorte, suivant l'espèce de projectiles ; l'importance est de connaître les tissus emportés, détruits ou dilacérés, l'étendue de ces destructions, dilacérations, décollements, contusions, tiraillements, non-seulement pour l'extraction des projectiles, mais surtout pour apprécier l'étendue et la portée du mouvement fluxionnaire dont toutes ces parties vont bientôt devenir le siége. C'est quand les os ont été entamés, c'est surtout quand ils ont été pénétrés ou fracturés que cette recherche est importante. Les *parties molles*, à l'exception des tissus fibreux qui subissent quelquefois des mortifications étendues dont l'élimination est longue et difficile, la trame richement vascularisée de la peau, des muscles, du tissu cellulaire, celle du cerveau, du poumon et des autres organes parenchymateux, se débarrasse facilement, après un certain nombre de jours, des parties broyées, froissées, en attrition qui tapissent le trajet des projectiles chassés par les armes à feu, surtout à ses ouvertures d'entrée et de sortie. Il y a plus : la texture de la plupart de ces organes est telle que les ébranlements, les commotions, les refoulements de tissus opérés par les projectiles ne s'étendent pas au loin et ne dépassent pas, au voisinage même des parties frappées, les limites compatibles avec le retour des actions organiques et des phénomènes vitaux. Les parties dures, *les os*, au contraire, qui résistent davantage au choc, subissent un ébranlement considérable de toutes leurs molécules. Ces vibrations, à cause de la texture solide et de l'élasticité du tissu osseux, ne portent pas d'ordinaire la désorganisation au loin. L'action fracturante s'épuise d'habitude au lieu même où a lieu le choc et dans son voisinage ; elle résulte de la quantité de mouvement amassé dans le projectile. Contre les os forts, tels que les os longs des membres, les projectiles en plomb subissent, avant de produire la fracture, une déformation, un aplatissement, ils se moulent quelquefois sur les rugosités, ils se séparent d'autres fois en deux portions qui suivent chacune un trajet différent. Avant toute chose, il faut s'enquérir de la nature de cette action du projectile sur les os. C'est sur-

PATHOLOGIE INTERNE.

PREUVES CLINIQUES DE LA NON-IDENTITÉ DU TYPHUS ET DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE (mémoire présenté à l'Académie des sciences, séance du 9 octobre 1854); par le professeur FORGET (de Strasbourg).

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

Pour ne rien dissimuler, je vais relater les deux faits suivants, contemporains de notre épidémie, afférents à des individus venant également de la prison, mais où l'intervention du typhus est moins manifeste, les accidents pulmonaires y ayant joué le principal rôle. S'ils sont moins probants à l'endroit du typhus, ils serviront au moins à faire constater la réalité de la constitution pulmonaire qui régnait à la prison en même temps que le typhus, et qui presque toujours, comme on l'a vu et comme on le verra plus loin, est venue s'y mêler, ce qui explique la participation et souvent la prédominance pectorale qu'on remarque dans nos observations.

TYPHUS PROBABLE; BRONCHO-PNEUMONIE INTENSE; MORT; ABSENCE D'ENTÉRITE FOLLICULEUSE; HYDROPISIE DU TROISIÈME VENTRICULE.

OBS. VII. — Le 11 juillet 1854 est apporté, de la prison à la clinique, un enfant de 15 ans, chétif, se disant malade depuis trois semaines. Son mal aurait débuté par de la céphalalgie, de la diarrhée, puis la toux et la dyspnée seraient survenues. Il a été saigné et ventousé à la prison.

Agitation, faciès grippé, anxieux, livide, céphalalgie, délire passager, soubresauts des tendons. Dyspnée intense (45 inspirations), toux vive, rauque, expectoration laborieuse, crachats visqueux, râles muqueux disséminés, sous-crépitants dans quelques points. Pouls serré, vif, à 110, langue humide, ventre souple, sans gargouillement; point de diarrhée. (Solut. de gomme, 20 ventouses scarifiées sur le dos.)

Le soir, aggravation, délire, respiration anxieuse, saccadée, cyanose, fièvre vive. (Saignée de 400,00, potion avec tartre stibié, 20 centigr., et sirop de morphine, 20,00 dans eau, 100.) Sang plastique.

12. Nuit plus calme, peu de délire, moins de dyspnée et de cyanose, expectoration pénible, râles disséminés, sous-crépitants, mêlés de souffle doux à l'angle de l'omoplate droite. Pouls vif, à 120; langue humide, selles liquides et fréquentes. (20 ventouses scarifiées à la partie interne des cuisses, looch avec sirop d'opium, 30,00.)

Nuit mauvaise, délire.

13. Anxiété vive, dyspnée, cyanose, râles abondants, asphyxie imminente, langue humide, un vomissement, selles liquides, verdâtres, contenant deux vers lombricoïdes. Pouls déprimé. (Vésicatoire sur le sternum.) Mort.

NÉCROSCOPIE 46 heures après la mort.

CAVITÉ CRANIENNE. Veines superficielles injectées. En soulevant l'encéphale, on découvre à sa base une ampoule transparente, comprise entre le chiasma des nerfs optiques et les caisses du cerveau, formée par le feuillet de l'arachnoïde. Sa rupture laisse écouler un liquide limpide, sans traces d'hydatides. La paroi inférieure du troisième ventricule n'existe plus. Les couches optiques sont écartées l'une de l'autre de 3 à 4 centimètres. La cavité du troisième ventricule ainsi dilatée, contient cent et quelques grammes de liquide; les ventricules latéraux en contiennent peu et ne sont pas sensiblement dilatés.

CAVITÉ THORACIQUE. Poumons fortement engoués dans leur presque totalité; l'incision laisse écouler du sang liquide et spumeux. Il existe à droite, en arrière et en haut, un noyau de pneumonie passant au troisième degré. Bronches injectées, gorgées de mucus spumeux et rosé. Caillots fibrineux et sang liquide dans le cœur.

CAVITÉ ABDOMINALE. Estomac légèrement arborisé. Dans l'intestin grêle, rougeurs disséminées, quelques plaques de Peyer superficiellement réticulées. Quelques rougeurs dans le gros intestin. Rate normale.

Ici, l'absence de prostration, de fuliginosités buccales, etc., permet de contester la réalité du typhus. Le délire et autres phénomènes nerveux peuvent avoir été symptomatiques des lésions pulmonaires. Néanmoins, l'origine du malade et plusieurs points de similitude avec les cas précédents rendent assez vraisemblable l'intervention du typhus, surtout si l'on considère que la maladie, ayant plusieurs semaines de date, a pu présenter les vrais caractères du typhus au début. Quel a pu être le rôle de cette singulière hydropisie du troisième ventricule, rencontrée à l'autopsie et que rien ne pouvait faire présumer avant la mort?

Dans le cas suivant, la lésion pulmonaire est encore plus simple.

FORTE CONGESTION PULMONAIRE; SYMPTÔMES TYPHOÏDES ULTIMES; MORT; ABSENCE D'ENTÉRITE FOLLICULEUSE.

OBS. VII. — Le 17 juin 1854 est apporté, de la prison à la clinique, un jeune homme de 17 ans, de constitution grêle, malade depuis neuf jours. Il est sourd-muet, ce qui rend les renseignements très-difficiles à obtenir. Une saignée à la prison.

18. Céphalalgie, agitation sans délire, yeux saillants, injectés, langue sèche, dépouillée, soif vive, abdomen indolent, point de météorisme ni de diarrhée. Il se plaint surtout de constriction à la gorge, que l'état spasmodique empêche d'explorer convenablement. Respiration pénible, bruyante, comme convulsive; toux vive, rauque, douloureuse. Râles muqueux, sibilants, disséminés dans les poumons; pouls développé, résistant, à 120; peau sèche et brûlante. (Solut. de gomme, looch avec sirop diacode, 30,00.)

19. Fièvre vive, pouls à 130, peau brûlante, toux rauque, striduleuse, convulsive; dyspnée, point de côté sous la mamelle gauche, râles pectoraux, sans souffle ni bronchophonie. Langue sèche, abdomen rénitent, indolent; point de diarrhée. (Saignée de 300,00, potion avec tartre stibié, 20 centigr.; lavement simple.)

20. Moins de fièvre, moins de toux, moins de spasmes, râles pectoraux; constipation. (Potion stibiée, lavement miellé.)

21. Prostration, respiration plaintive, dyspnée, un peu de cyanose, toux, crachats tenaces, muqueux, râles thoraciques abondants, soif, abdomen un peu douloureux, deux selles. (Solution de gomme, lavement de lin et de pavot.)

Nuit mauvaise, délire, état semi-comateux, soubresauts des tendons. (Sinapismes aux jambes.)

22. Etat plus calme, abattement, dyspnée, fièvre persistante. (20 ventouses sèches sur le thorax.)

Dans la nuit, l'état s'aggrave: coma, dyspnée croissante jusqu'à suffocation, respiration stertoreuse, cyanose. (Sinapismes.)

Mort le 23 au matin, dans un état d'asphyxie.

NÉCROSCOPIE 26 heures après la mort.

CAVITÉ CRANIENNE. Injection veineuse de l'encéphale.

CAVITÉ THORACIQUE. Quelques adhérences pleurales assez récentes, point d'épanchement séreux. Bronches très-colorées, remplies de mucosités sanguinolentes. Poumons engoués, sang spumeux, ruisselant sous le scalpel, parenchyme un peu friable. Rien de particulier au larynx. Sang liquide mêlé de caillots fibrineux dans le cœur.

tout sous ce rapport que le diagnostic chirurgical est difficile. Mais ici nous entrons dans la seconde phase de la chirurgie des armées.

Les évacuations sont faites. Dieu sait comment elles s'opéraient anciennement. Dans la première campagne d'Italie, par exemple, les blessés étaient entassés pêle-mêle sur des voitures; dans de grandes batailles de la fin de l'empire, il est resté des blessés sur le terrain pendant plus de vingt-quatre heures. Aujourd'hui les moyens d'évacuation sont perfectionnés: dans des terrains difficiles les cacolets, la voiture *Masson* dans les terrains ordinaires, sont d'excellents moyens de vectation, mais moyens restreints quand il faut faire une évacuation à de grandes distances. Du reste, ces systèmes ne sont bons que pour franchir quelques lieues; dès qu'il faut abandonner ainsi les blessés dans des routes difficiles, longues, et c'est là le cas de nos guerres d'Afrique, il y a pour la chirurgie nécessité de simplifier le plus possible les blessures par armes à feu. Tel n'était point le cas à la bataille d'Alma. Le voisinage de la mer, le court trajet qui sépare la côte de Crimée de Constantinople où sont établis des hôpitaux pour 4 ou 5,000 malades permettait à notre chirurgie de tenter les efforts nécessaires pour la conservation des membres mutilés. C'est dans les hôpitaux de Constantinople que devait s'exercer de seconde main la pratique chirurgicale la moins brillante peut-être, à coup sûr la moins honorée, mais non pas la moins difficile, et, je dirai pourquoi, la plus savante.

Cette entente générale du service devait bien résulter d'une direction habilement imprimée à l'avance, du choix intelligent des hommes, de leur appropriation à telle ou telle partie du service médico-chirurgical de l'armée. Quand les 12 ou 1,500 blessés français sont arrivés dans le Bosphore, après une courte traversée de quarante-huit heures; quand la répartition en a été faite si rapidement dans les hôpitaux de *Péra*, de *Dalma-Bacci*, de *Kandiligé*, on a reconnu là l'effet d'une impulsion puissante et de la centralisation du service de santé de l'armée dans des mains médicales.

L'organisation préparatoire des hôpitaux est une affaire considérable et complexe même dans nos pays. En Orient, avec l'apathie du gouvernement turc, la négligence ou le peu d'intelligence de certains fonctionnaires, c'était une difficulté qui ne pouvait être vaincue qu'après plusieurs mois d'efforts persévérants. Fort heureusement les locaux ne manquent pas à Constantinople pour l'installation d'un grand nombre de lits. Les Turcs ont là d'immenses casernes, bâties sur un beau modèle; quelques-unes, tout à fait monumentales, ont l'aspect de palais et se rapprocheraient plutôt du palais du quai d'Orsay que de cette construction si laide qui l'avoisine et qui était encore, il y a quelque temps, l'une des plus belles casernes de Paris. — Il y a dans les édifices turcs dont nous parlons de l'espace, il y a de l'air, il y a plus que cela, on y trouve la plus belle exposition du monde. Situés sur les collines qui dominent Constantinople au nord et au sud, ils regardent les uns la mer de Marmara et les îles des Princes, les autres le Bosphore. L'hôpital de *Péra* et celui de *Dolma-Bacci* surtout sont admirablement favorisés sous le rapport des constructions et de l'exposition.

Il y a très-peu de batailles à la suite desquelles un aussi grand nombre de blessés aient pu recevoir des secours aussi complets que les blessés d'Alma. Ici on savait, on avait fixé à l'avance, d'une manière à peu près certaine, le lieu du combat, les bateaux à vapeur étaient prêts pour le transport des blessés, des hôpitaux considérables attendaient à Constantinople avec un matériel

Cavité abdominale. Rien de particulier que quelques plaques de Peyer légèrement pointillées, au voisinage du cœcum.

Ici, l'intensité des phénomènes pectoraux et le peu de gravité des symptômes cérébraux, au moins au début, permettent de supposer que l'affection pulmonaire était primitive, que l'état nerveux n'était que secondaire et que le typhus y est étranger. Il reste encore cependant quelques doutes à cet égard, la maladie ayant duré neuf jours avant l'entrée du malade à l'hôpital. Au demeurant, cela prouverait seulement qu'à la prison régnaient simultanément le typhus et de graves affections pulmonaires.

On a pu remarquer et nous avons fait remarquer nous-même la fréquence et la gravité des symptômes et des désordres pectoraux chez la plupart de nos malades, et l'on pourrait se demander encore une fois si ce ne sont pas là des congestions pulmonaires ataxo-adynamiques, plutôt que de véritables typhus essentiels Mais d'abord, nous ferons observer que l'affection pulmonaire a manqué dans l'obs. II et dans d'autres cas que nous verrons plus loin; puis que, chez plusieurs sujets, la complication pulmonaire était manifestement accessoire et secondaire, eu égard à la prédominance et à la primitivité des symptômes ataxo-adynamiques; enfin, on verra que l'épidémie de la prison a été considérée purement et simplement comme de nature primitivement typhoïde par ceux qui l'ont observée au foyer même.

Maintenant, pour les lecteurs, en petit nombre, qui, croyant à la fièvre typhoïde sans entérite folliculeuse, ne seraient pas bien convaincus que c'est du typhus qu'il s'agit ici, nous allons esquisser deux cas de fièvre typhoïde vraie, c'est-à-dire avec entérite folliculeuse, qui se sont produits concurremment avec nos typhus, qui ressemblent extrêmement à ceux-ci par les apparences extérieures, mais qui en diffèrent essentiellement, d'abord par les lésions intestinales, puis aussi par l'origine des sujets qui ne venaient point de la prison.

Fièvre typhoïde modèle; nécroscopie.

Obs. VIII. — Le 23 juin 1854 est apporté à la clinique un homme de 25 ans, ouvrier de la ville, de constitution délicate, malade depuis quatre jours. L'affection a débuté par courbature, céphalalgie, coliques, diarrhée, fièvre, puis délire, etc.

État actuel : Prostration, mêlée parfois d'agitation et de délire; facies empreint de stupeur, narines pulvérulentes, bouche fuligineuse, soif, abdomen peu météorisé, sensibilité à la pression, crépitation dans le flanc droit. Point de selles; toux légère, râles sibilants disséminés dans le thorax, pouls serré, à 120; peau sèche, chaleur mordicante, taches rosées lenticulaires à la base du thorax. (Solution de gomme, looch avec sirop diacode.)

Nuit agitée, délire.

24. Même état, point de selles. (*Ut suprà*, lavement de lait miellé.)

Nuit plus calme que la précédente.

25. Moins d'abattement, réponses justes, céphalalgie, vertiges, bouche fuligineuse, abdomen tendu, très-sensible à la pression, trois selles liquides. Sibilance thoracique. (Onctions mercurielles sur le ventre, julep, lavement de guimauve et pavot.)

Nuit assez calme.

26. Point de délire, facies hébété, bouche brûlée, langue râpeuse, abdomen douloureux, ballonné, trois selles liquides, pouls assez vif, à 120. (*Ut suprà*.)

27. Même état, météorisme, douleurs, selles liquides, pouls vif, à 140. (*Ut suprà*, plus 20 ventouses scarifiées aux cuisses.)

28. Prostration, pouls fort, à 130, dyspnée intense, cyanose, même état de l'abdomen. (Saignée de 300 grammes, solution de gomme, quart de lavement narcotique, frictions mercurielles toujours.)

Nuit agitée, délire.

29. Prostration, dyspnée, cyanose, météorisme douloureux, selles liquides involontaires, pouls vif et développé. (Large vésicatoire au sternum, sinapismes aux cuisses, onctions mercurielles, looch avec sirop d'opium 30,00.) Affaissement, coma, stertor. Mort dans la soirée, au vingtième jour de la maladie.

Nécroscopie 30 heures après la mort.

Cavité crânienne. Rien de particulier, sauf un peu d'injection.

Cavité thoracique. Poumons engoués, surtout à la base et à gauche.

Cavité abdominale. Péritoine sain; estomac normal; intestin grêle : à partir d'un mètre au-dessus du cœcum apparaissent de nombreuses plaques de Peyer piquetées, réticulées, mais surtout gaufrées, fongueuses, saillantes, d'un à 3 centimètres d'étendue. Plusieurs sont ulcérées à divers degrés; une d'elles a pour plancher le feuillet transparent du péritoine. Point de plaques gangréneuses. Ganglions mésentériques engorgés. Rate volumineuse, molle et friable.

Les symptômes observés pendant la vie, à part les taches rosées de la peau, ressemblent exactement à ceux observés chez nos malades du typhus. Mais à l'autopsie, quelle différence! Ici se rencontre l'entérite folliculeuse modèle : plaques gaufrées, fongueuses, ulcérées. (Point de plaques gangréneuses, ce qui prouve une fois de plus que la gangrène n'est pas essentielle à la fièvre typhoïde, et que l'ulcération peut se produire sans son intermédiaire.) C'est la forme fongueuse, faussement dite pustuleuse, qui domine, c'est-à-dire la plus maligne des formes. Aussi a-t-on pu remarquer l'opiniâtreté des symptômes graves, et notamment de la réaction fébrile, malgré les évacuations sanguines.

Le fait suivant offre une variété rare et curieuse : c'est l'entérite folliculeuse isolée du gros intestin.

Fièvre typhoïde; mort; lésions légères de l'intestin grêle; plaques gangréneuse et ulcéreuse du gros intestin.

Obs. IX. — Le 17 mai 1854 entre à la clinique un homme de 38 ans, de constitution forte, malade depuis quatre jours. Il vient de la clinique chirurgicale où il était entré pour se faire opérer d'un ganglion sous-maxillaire. Au début, céphalalgie, fièvre, douleur abdominale, diarrhée.

18. Céphalalgie intense, vertiges, prostration, douleur à la nuque et au rachis, facies hébété, conjonctives injectées. Bouche sèche et fuligineuse, soif vive, abdomen ballonné, sensible à la pression, sans gargouillement appréciable. Point de selles depuis la veille. Toux, râles sibilant et muqueux en arrière du thorax. Pouls large, résistant, à 120; peau sèche et brûlante. (Solution de gomme, lavements froids de décoction de guimauve et pavot, looch avec sirop diacode.)

19. Prostration augmentée, délire, fièvre forte, ascaride lombricoïde rendu par la bouche. Abdomen ballonné, sensible; selles liquides involontaires. (*Ut suprà*.)

20. Délire continu, hoquet, selles involontaires, rétention d'urine. (*Ut suprà*, cathétérisme.)

Nuit très-agitée, délire intense.

21. Prostration, coma, hoquet persistant, selles et urines involontaires. (Vé-

et un personnel tout disposés; ces conditions matérielles ne devront pas être indifférentes à la guérison des blessés, c'est là la condition principale. Il y a plus, elles profiteront en outre à la science, à la pathologie, au traitement méthodique des plaies d'armes à feu Que d'inconnues encore à résoudre dans une question toute d'expérience, de pratique; que d'obscurités à faire disparaître, que de difficultés à trancher! On vient de voir combien il importe dans la classification des blessures par armes à feu, suivant leur gravité, de déterminer d'une manière précise leur action sur les parties osseuses. Sont-elles *simplement fracturées* en un ou plusieurs *éclats* par le passage du projectile; sont-elles *comminutivement fracturées* avec un grand nombre d'esquilles détachées; la balle a-t-elle dévié en rencontrant l'os, ou bien traversant de part en part l'espace occupé par le cylindre osseux, a-t-elle fait là, par l'éloignement des esquilles, une perte de substance réelle et considérable à la tige osseuse? Cette dernière considération est à peine formulée dans les auteurs, et pourtant elle a bien son importance. Qu'on suppose un os fracturé en plusieurs fragments, le trajet de la balle ne communiquant pas directement avec le foyer de la fracture. Comme après tout il n'y a de suppuration que dans le trajet du projectile, à moins qu'il n'y ait des fusées purulentes, on peut comprendre que si l'inflammation des parties molles ambiantes n'est ni très-forte ni suppurative, les phénomènes de la formation du cal suivent leur marche presque normale, surtout quand le blessé n'a pas subi les secousses ni les fatigues d'un long transport qui peut changer le rapport naturel des parties, tirailler les fragments des os fracturés, les déplacer et en rendre la coaptation ultérieure impossible. Que si le trajet de la balle s'est tracé au milieu des esquilles, si les bouts dénudés des os fracturés et les gros fragments se trouvent compris dans le trajet du projectile, inévitablement la suppuration s'emparera de toutes ces parties, elle détruira les parties molles gangreneés ou fortement contuses, elle éliminera facilement les petites esquilles, et elle s'étendra ensuite aux principaux fragments de l'os fracturé.

Dans le premier cas, on avait une fracture compliquée de plaie; dans le second cas, on a une fracture formant plaie et soumise à toutes les conséquences graves des dénudations et des suppurations du tissu osseux.

Ce n'est pas tout : après les os viennent leurs articulations, ce mécanisme si complexe, doué d'une réaction organique si sensible, si étendue, si puissante. Les jointures sont-elles atteintes primitivement par le projectile, ou secondairement par l'inflammation phlegmoneuse et suppurative qui se propage aux tissus ambiants et surtout dans ces fissures des os longs qui s'étendent quelquefois jusqu'à leur extrémité articulaire? Dans le second cas comme dans le premier, il y a tout à craindre des effets de la suppuration intra-articulaire. Que faire dans ces cas? Faudra-t-il immédiatement amputer la cuisse ou la jambe, par exemple, à cause de l'ouverture ou de l'effleurement d'une articulation. Il faut attendre; on en convient assez généralement pour les petites articulations. Mais voyez quelles questions soulève l'expectation? On n'a pas de pus dans le tissu synovial : ne vaut-il pas mieux opérer dans ces conditions que d'attendre que le pus se forme dans une membrane si susceptible d'absorption et de réactions sympathiques? On peut en dire autant de la réaction phlegmoneuse, éliminatrice, suppurative, qui s'opère dans le trajet des projectiles qui ont brisé les os dans leur continuité. On a remarqué bien souvent que la suppuration commençait avant le développement des phénomènes d'échauffement local et de réaction phlegmoneuse marquée.

sicatoire à l'épigastre, lavements laudanisés). Affaissement. Mort dans la nuit, au huitième jour de la maladie.

Nécroscopie 30 heures après la mort.

Cavité cranienne. Injection des veines superficielles, sérosité abondante dans la cavité de l'arachnoïde ; substance cérébrale sablée.

Cavité thoracique. Poumons fortement engoués ; noyau de pneumonie passant au deuxième degré, au sommet du poumon gauche.

Cavité abdominale. Estomac : rien de particulier. Intestin grêle : quelques rougeurs disséminées, trois ou quatre plaques de Peyer légèrement saillantes et rosées au voisinage du cœcum. La muqueuse du cœcum est injectée ; plusieurs vers tricocéphales. Dans le colon transverse on rencontre deux plaques, d'un à 2 centimètres d'étendue, dont une est constituée par une escarre gangréneuse et dont l'autre, d'apparence gaufrée, est superficiellement ulcérée. Plusieurs vers lombricoïdes dans le gros intestin.

Ganglions mésentériques engorgés ; rate volumineuse, friable ; vessie pleine d'urine.

Si l'on eût examiné superficiellement le tube digestif, si l'on n'eût pas exploré avec soin le gros intestin, on aurait pu méconnaître l'entérite folliculeuse et assimiler ce fait à nos cas de typhus ; ce qui eût fortement altéré notre parallèle ; mais indépendamment des plaques tendant à l'état gaufré de l'intestin grêle, les deux plaques gangrénée et ulcérée de l'intestin colon ne laissent aucun doute sur la réalité de la fièvre typhoïde ou entérite folliculeuse. Si l'on trouve que la lésion intestinale est bien légère, comparativement à la gravité des symptômes et à la rapidité de la catastrophe, nous demanderons qu'on tienne compte, non pas seulement de l'idiosyncrasie d'où peut dépendre cette désharmonie, mais aussi de cet engouement pulmonaire avec noyau pneumonique et de cet épanchement séreux arachnoïdien, qui ont pu et dû participer à l'aggravation du mal.

Quoi qu'il en soit on voit en quoi diffèrent anatomiquement le typhus et la fièvre typhoïde ou mieux l'entérite folliculeuse typhoïde, lesquels se ressemblent si bien quant aux symptômes extérieurs. Nouvelle preuve de la nécessité de désigner les affections à forme typhoïde par les lésions matérielles qui les distinguent, sous peine d'éterniser les malentendus et la confusion (1).

En résumé, nous avons produit 7 cas consécutifs de typhus, dans aucun desquels, à l'autopsie, nous n'avons rencontré l'entérite folliculeuse caractérisée, telle, par exemple, qu'elle s'est rencontrée dans notre obs. 7. Ces cas, joints à ceux bien plus nombreux et négatifs également de l'entérite folliculeuse, que nous savons de bonne source avoir été observés à la prison, ne laissent, je crois, aucun doute sur la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde ; ce qui n'empêche pas que dans d'autres épidémies de typhus, l'entérite folliculeuse n'ait pu se produire ; mais du moment où il est avéré que le typhus peut exister sans elle, il en résulte qu'elle ne constitue plus qu'un accident, une localisation fortuite, comme dans notre épidémie se sont produites fréquemment ces graves localisations pulmonaires qui, probablement, ne se rencontrent pas dans toutes les épidémies. Ces différences dans les déterminations locales doivent dépendre de la diversité des constitutions médicales. En même temps que sévit le typhus, si la constitution est aux affections intestinales, l'entérite folliculeuse pourra se produire ; dans d'autres cas, la détermination aura lieu vers l'encéphale, etc. Nous reviendrons sur ces considérations qui nous paraissent capitales, quant à l'interprétation des faits contradictoires en apparence et à la possibilité de concilier les opinions dissidentes. Au demeurant, peu importent les interprétations si les faits sont dûment constatés. Or je crois avoir démontré d'une manière irréfragable qu'en fait l'entérite folliculeuse peut faire défaut dans le typhus.

(La suite au prochain numéro.)

(1) Voir notre Lettre a M. le docteur Bally sur la fièvre typhoïde (Gaz. des hôp. des 15, 18, 20 juillet 1854).

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS

I. VIERTELJAHRSCHRIFT FUR DIE PRAKTISCHE HEILKUNDE ;

Publié par la Faculté de médecine de Prague.

Les tomes XXXVII et XXXVIII renferment les mémoires originaux suivants : 1° *Rapport sur la division du professeur Hamernik à l'hôpital général de Prague* ; par le docteur Duchek. (Revue clinique.) 2° *Sur la perte de poids des animaux après la mort* ; par le docteur Czermak. (Les animaux perdent de leur poids immédiatement après leur mort ; la perte de poids croît d'une manière irrégulière ; elle est d'autant plus forte que l'époque de la mort est plus rapprochée ; l'évaporation est la cause naturelle (et toute physique) de ce phénomène.) 3° *Remarques physiologiques et pathologiques sur la rotation de l'estomac chez l'homme* ; par le docteur Fr. Betz. (Quand l'estomac est plein, il tourne sur son axe, de sorte que la grande courbure est dirigée en avant, la petite en arrière, etc. On peut imiter cette rotation sur le cadavre, en insufflant l'estomac par le pharynx, sans avoir lié le duodénum.) 4° *Sur un nouveau muscle du duodénum dans l'homme, sur les tendons élastiques et sur quelques faits anatomiques* ; par le docteur Treitz. 5° *Recherches sur la rhubarbe en général, et sur la rhubarbe d'Autriche en particulier, principalement au point de vue microscopique* ; par le professeur K. D. Schroff. (Examen des caractères physiques et microscopiques des différentes espèces de rhubarbe. L'auteur a constaté qu'une seule et même plante a des racines de structure et de coloration différentes, et que, par conséquent, lorsqu'on trouve, dans le commerce, des racines qui varient par leur aspect, on n'est pas en droit, par ce seul fait, de conclure qu'elles proviennent d'espèces différentes. L'auteur a aussi établi que toutes les espèces de rhubarbes contiennent dans certaines cellules des corpuscules d'amidon, dans d'autres un principe colorant jaune (chrysophane), et dans d'autres encore de l'oxalate de chaux ; l'amidon se trouve dans les diverses rhubarbes de Chine, en moindre quantité que dans les rhubarbes européennes.) 6° *Prolapsus utérin guéri par la rétroflexion* ; par le docteur B. Seyfert. 7° *Sur le séjour prolongé des balles dans les os spongieux* ; par le docteur G. Simon. 8° *Sur les travaux de M. Claude Bernard* ; par le professeur Jaksch. (Appréciation des beaux travaux de notre savant et ingénieux physiologiste.) 9° *Sur le traitement de la mastite des nourrices* ; par le docteur Ratzenbeck. 10° *Résultats des*

N'y a-t-il pas dès ce moment un commencement de fièvre éliminatrice, médicatrice, suppurative, et cette fièvre n'entre-t-elle pas pour quelque chose dans les résultats des amputations pratiquées dans ces circonstances ? Il ne nous paraît pas qu'un mouvement vital de cette nature puisse commencer son action sans que toute l'économie y participe, et une fois le mouvement organique opéré vers les parties malades, est-il sans importance de supprimer brusquement le siége ? Jusqu'à quel point cette influence se fait-elle sentir sur le moignon pour s'opposer ou favoriser l'agglutination de ses parties molles ?

Nous énumérons un peu prématurément peut-être quelques-uns des désidérata que présente cette grande question clinique des plaies d'armes à feu. Les problèmes que nous avons fait intervenir sont si importants au point de vue de la pathologie et de la physiologie pathologique qu'ils ne peuvent manquer d'attirer l'attention de nos confrères de l'armée. L'observation une fois rendue attentive sur ces points, et sur les hautes questions de pratique que nous n'avons pas la prétention de poser ici, on ne doit pas douter que la campagne d'Orient ne fournisse à la science un contingent considérable de faits propres à résoudre ou à préparer la solution de problèmes importants pour la pathologie générale, la pathologie spéciale des armées, l'hygiène et la prophylaxie militaires. Ne pouvant citer aujourd'hui tous les noms des confrères distingués qui contribueront, nous n'en doutons pas, avec ardeur à l'édification de cette œuvre, nous nous bornerons à ceux des chirurgiens qui ont reçu la mission de présider aux soins à donner aux blessés français et russes de l'Alma : MM. Scoutetten, Mounier, Morgues, Salleron, Valette, Legouest, et parmi les chirurgiens du champ de bataille : MM. Thomas et Andrieu, Secourgeon et Pallier, Périer, Malapert et Cotmant, Scrive et Marmy.

Il ne nous est pas loisible de donner ici le détail précis des blessures, ni celui des opérations chirurgicales. Nous croyons pouvoir dire cependant que sur un total de 1,200 blessés français et russes, il a été pratiqué environ cent grandes opérations chirurgicales, parmi lesquelles quelques désarticulations de l'épaule, plusieurs amputations de cuisse au-dessous des trochanters, deux désarticulations coxo-fémorales (MM. Mounier et Legouest). Il a été remarqué que les blessés français étaient beaucoup moins grièvement atteints que les Russes. Ceux-ci, au nombre de 300, ont fourni les cas les plus graves et ont donné lieu au plus grand nombre d'opérations. Ce fait s'expliquera facilement quand on saura que les Russes se sont retirés en bon ordre de leur position sur l'Alma et qu'ils ont pu emmener avec eux les blessures légères. On évalue à 5,000, 6,000, et même 7,000 morts ou blessés la perte des Russes. Les Français ont eu 1,500 tués ou blessés, les Anglais 2,000. La configuration du terrain occupé par les armées, la position élevée et dominante des Russes, font comprendre aussi pourquoi, chez la plupart des blessés français et anglais, les coups de feu ont porté de haut en bas, tandis que chez les Russes, c'est de bas en haut que chemine le trajet des projectiles. Il y a du reste à cela de nombreuses exceptions, et c'est là une circonstance qui est beaucoup plus accessoire qu'on ne le pense généralement. Les neuf dixièmes des projectiles extraits des blessés russes étaient des balles cylindro-coniques des chasseurs à pied ou des zouaves. Les blessés français présentaient des projectiles semblables à ceux observés sur les Russes, mais en proportion bien moindre. Les blessures occasionnées par de gros projectiles forment la septième ou la huitième partie du nombre total des blessés. L'action meurtrière de ces

autopsies pratiquées dans l'établissement anatomo-pathologique de Prague, du 1er février 1850 au 1er février 1852; par le docteur Arthur Willigk. (Travail de statistique.) 11° *Recherches pour servir à l'histoire des typhus des temps modernes, particulièrement du typhus cérébral*; par le docteur Hirsch. 12° *Sur les brûlures au point de vue médico-légal*; par le docteur Maschka. 13° *Trois observations relatives à l'inflammation de vieux sacs herniaires dans la syphilis des vaisseaux lymphatiques*; par le docteur Suchanek. (L'auteur relate trois observations dans lesquelles l'inflammation des vaisseaux lymphatiques de l'aine, produite par des bubons syphilitiques, s'est transmise à de vieux sacs herniaires; dans l'un de ces cas, il y eut perforation du sac herniaire et péritonite; le malade guérit.) 14° *Sur la décapitation du fœtus nécessitée par une position transversale et par l'impossibilité de pratiquer la version*; par le professeur Streng. (L'auteur pose comme conditions principales de l'opération la mort bien constatée du fœtus, l'impossibilité absolue de pratiquer la version et la facilité d'atteindre le cou.) 15° *Rapport sur la clinique chirurgicale et ophthalmologique de Fribourg, de 1848 à 1852*; par le professeur Hecker. 16° *Guérison d'une hydrocèle congénitale, par l'usage du collodion*; par le docteur Mallik. 17° *Réflexions sur le café et sur les médicaments qui contiennent de la caféine*; par le docteur Zobel. 18° *Sur l'ophthalmoscopie*; par le docteur J. Czermak. (Réflexions et conseils sur les meilleurs moyens propres à éclairer les yeux de manière à distinguer les organes intérieurs.) 19° *Sur un nouveau mode de rétrécissement transversal du bassin*; par le docteur Lambl.

NOUVEAU MUSCLE APPARTENANT AU DUODÉNUM; par le docteur TREITZ (de Cracovie).

Si l'on coupe à sa racine le mésentère du jéjunum, de manière à laisser environ un pouce de longueur de l'artère mésentérique supérieure; si l'on enlève ensuite le colon transverse avec son mésentère et qu'on récline l'estomac vers le thorax, on découvre, comme on sait, le pancréas dans toute son étendue. Quand on a détaché cette glande, en ôtant avec précaution le tissu cellulaire qui la fixe au duodénum, on voit que ce dernier conserve encore sa courbure, ce qui provient de ce qu'il est maintenu par un muscle contre la paroi abdominale.

Ce muscle est mince, de forme triangulaire; il naît par une large base du bord supérieur de la courbure duodéno-jéjunale et d'une partie de la portion transverse. De là il se dirige en haut vers l'hiatus aortique, et vers le milieu de son trajet, il se change en un tendon qui se rétrécit peu à peu et se perd dans le tissu cellulaire dense qui entoure le tronc de l'artère mésentérique supérieure et de la cœliaque, et enveloppe les ganglions et les nerfs du plexus cœliaque. De nombreux cordons fibreux partent des piliers du diaphragme et viennent se perdre dans le tissu cellulaire des artères et des ganglions. Il existe de plus un muscle accessoire qui naît du bord droit du trou œsophagien et descend vers l'artère mésentérique supérieure, pour s'y fixer.

L'auteur représente dans un dessin la disposition du muscle duodénal, qu'il regarde comme devant servir uniquement à suspendre le duodénum. Il se compose de fibres lisses qui se continuent avec les fibres longitudinales de l'intestin; chaque petit faisceau se termine par un court tendon; ces tendons se réunissent et forment un tissu qui tranche, par sa teinte jaunâtre, sur la couleur blanche du tissu connectif environnant, ce qui provient de ce qu'il se compose entièrement de fibres élastiques.

L'auteur s'est beaucoup occupé des insertions tendineuses des muscles de la vie végétative; il les décrit pour les muscles de l'œsophage, de l'estomac, des intestins, de la vessie, etc., et les reconnaît toutes comme appartenant au tissu élastique. Il déduit de ses recherches et de celles d'autres anatomistes, que les fibres élastiques existent partout où des muscles lisses s'attachent à d'autres organes; il établit même comme une loi générale, que toujours les muscles lisses se terminent et se fixent par des cordons élastiques.

Une question difficile à étudier est celle des rapports entre l'élément contractile, le muscle proprement dit, et sa partie tendineuse ou élastique. On sait que cette question est jugée pour les muscles de la vie animale; il n'y a jamais continuité entre les deux éléments; le tissu connectif qui forme les tendons entoure les cylindres musculaires et appartiennent à des formations distinctes. En serait-il autrement pour les muscles lisses? Il le paraîtrait, d'après les recherches de l'auteur, qui prétend que les plus incrédules peuvent se convaincre que les cellules musculaires passent immédiatement aux fibres élastiques.

Quelque confiance que nous ayons dans l'exactitude des observations de l'auteur, nous aurons toujours de la peine à comprendre cette continuité directe entre un tissu contractile et un tissu élastique, à cause de l'opposition complète qui existe entre leurs fonctions. L'auteur invoque, à l'appui de sa manière de voir, la substitution des fibres élastiques aux fibres musculaires dans plusieurs muqueuses, et la présence simultanée des deux sortes de fibres dans certains tissus; mais ces raisons ne nous paraissent pas suffisantes pour croire à une communauté d'origine, et nous pensons, encore une fois, que la différence dans les propriétés des fibres musculaires et des fibres élastiques doit nous faire admettre une différence dans l'origine des unes et des autres.

PROLAPSUS UTÉRIN GUÉRI PAR LA RETROFLEXION; par le docteur BERNARD SEYFERT.

Après avoir fait ressortir l'insuffisance des moyens ordinairement employés pour combattre les prolapsus de la matrice et rappelé les causes principales de cette fâcheuse infirmité, l'auteur relate les faits suivants :

OBS. I.—Une femme âgée de 30 ans, mère de plusieurs enfants, avait quitté le lit peu de temps après sa dernière couche, d'où un prolapsus utérin pour lequel elle vint consulter l'auteur.

La matrice était entre les lèvres et dépassait de 2 pouces l'orifice vaginal. L'auteur fit pratiquer des injections froides répétées plusieurs fois par jour, et recommanda le décubitus horizontal pendant trois semaines.

Au bout de ce temps, la malade put marcher facilement; l'examen obstétrical constata une rétroflexion complète.

OBS. II. — Une servante, âgée de 29 ans, qui était devenue mère trois ans auparavant, éprouva une chute de l'utérus à la suite d'un travail pénible. Ce ne fut qu'au bout de neuf mois qu'elle eut recours au médecin; l'utérus dépassait la vulve de 2 pouces et demi, et il était, comme dans le cas précé-

---

armes ne saurait être mesurée par ces chiffres. C'est à elles que sont dues sans doute le grand nombre des blessures rapidement ou subitement mortelles qui restent sur le champ de bataille. C'est sur le champ de bataille qu'il faut aller chercher la véritable puissance de l'artillerie; dans les hôpitaux, on ne voit que les effets légers et non subitement mortels des gros projectiles.

On aura probablement un jour à dire les effets comparés des balles ordinaires et des balles cylindro-coniques. Ce sera une curieuse étude; nous ne pensons pas qu'elle puisse être faite d'après l'observation clinique seule. En effet, si celle-ci démontre la puissance d'action plus considérable des balles cylindro-coniques, leur pouvoir fracturant ou dilacérant plus étendu, elle ne me semble point suffisante pour révéler toutes les particularités des ouvertures d'entrée ou de sortie, du cheminement dans les chairs, des déviations du trajet, des réflexions sur les os qui différencient des projectiles peu semblables de masse, de quantité, de mouvement, de forme, de genre de rotation. On remarquera, du reste, que l'observation clinique ne peut se baser, pour la solution de ces questions, que sur les cas dans lesquels la balle a été conservée, soit dans les vêtements soit dans les chairs.

Pour terminer maintenant cette note moitié de nouvelles, moitié de science, il reste à dire en quelques mots que les Anglais ne s'attendaient point à un nombre aussi considérable de blessés. Leur grand hôpital de *Scutari* n'étant pas pourvu d'un nombre de lits suffisant, un tiers environ des blessés a été installé dans une caserne annexée à l'hôpital. Là des soins très-bien entendus ont aussi été donnés aux malades, et une chirurgie aussi active que le comportait le petit nombre de chirurgiens attachés à l'hôpital a pu s'exercer. Nous aurons occasion de revenir plus tard sur les résultats des opérations chirurgicales; à ce propos nous nous éclairerons de l'expérience des savants confrères que nous avons cités ci-dessus pour rechercher les causes de l'énorme mortalité qui pèse sur les amputés pour des lésions traumatiques. C'est un fait que la statistique a suffisamment prouvé, mais c'est un fait brut où l'investigation clinique et anatomique n'a jamais pénétré. L'établir de nouveau sur des données plus précises et plus nombreuses serait un service rendu; mais l'interpréter ou montrer la voie de son explication; dire quelles sont les altérations organiques ou fonctionnelles, quel est l'état pathologique ou quels sont les divers phénomènes morbides qui sont cause de mort chez les amputés, ce serait rendre un service immense à la clinique. Espérons que la chirurgie militaire qui a déjà tant fait pour la connaissance des plaies d'armes à feu, sous l'habile direction qui préside à ses travaux, fera cette fois plus que n'ont fait ou n'ont pu faire nos devanciers. C'est une consolante pensée pour ceux qui sont appelés à pratiquer en pays étranger sur les champs de bataille et dans les hôpitaux d'évacuation que de croire qu'il y a là autre chose qu'une besogne matérielle, pénible, périlleuse, difficile et mal rémunérée, que de pouvoir se dire qu'eux aussi peuvent prendre leur part d'observation sérieuse et d'initiative scientifique.

X.

dent, beaucoup plus long et plus gros que d'ordinaire. Le contour de l'orifice utérin était couvert d'un ulcère granuleux de la grosseur d'une pièce de 5 francs, et l'utérus donnait issue à un liquide âcre et abondant.

L'auteur s'occupa d'abord de guérir l'ulcère à l'aide de la cautérisation et des fomentations d'eau de Goulard. Un matin, il s'aperçut que l'utérus était remonté de lui-même et avait une tendance à s'incliner en arrière. Bientôt la rétroflexion devint plus prononcée; l'utérus conservait une vive sensibilité qu'augmentait le moindre contact avec la sonde utérine; mais ces symptômes cédèrent aux injections froides, et la malade se rétablit complétement.

L'auteur, s'appuyant sur ces faits, se propose à l'avenir de provoquer la rétroflexion de l'utérus, lorsque celle-ci ne se fera pas d'elle-même et lorsque l'utérus se trouvera dans des conditions favorables pour déterminer cette déviation.

L'auteur ne regarde pas le manuel opératoire comme dangereux; il lui est souvent arrivé d'imprimer à l'utérus, à l'aide de la sonde, divers mouvements qui n'ont été suivis d'aucun effet fâcheux.

SUR LE SÉJOUR PROLONGÉ DES BALLES DANS LES OS SPONGIEUX; par le docteur GUSTAVE SIMON (de Darmstadt.)

Faut-il extraire une balle qui est fixée d'une manière solide dans un os spongieux, ou faut-il la laisser? Telle est la question que l'auteur traite dans cet article. Presque tous les chirurgiens se prononcent pour l'extraction, parce qu'ils craignent les suites d'un séjour longtemps prolongé. Mais l'auteur fait remarquer que la balle finit par s'enkyster et qu'on a souvent observé des cas semblables dans lesquels l'extraction n'aurait pu être pratiquée sans exposer le malade à de graves accidents.

L'auteur rapporte six observations à l'appui de sa manière de voir. Dans deux de ces cas, la suppuration dura plusieurs mois; on retira de la plaie plusieurs esquilles, et cependant les malades guérirent; tandis que l'extraction de la balle, dans un autre cas, détermina chez le malade des accidents mortels. L'auteur pense qu'on aurait sauvé ce malade si l'on avait agi comme dans les autres observations qui toutes ont été suivies de guérison. Il est bien entendu que toutes les fois que l'extraction est possible, sans occasionner de trop grands désordres, il faudra y avoir recours; mais quand la balle a pénétré profondément dans la partie spongieuse d'un os, et lorsque celui-ci est entouré d'une couche épaisse de parties charnues, il est plus prudent d'abandonner les choses à la nature. L'auteur discute avec soin cette question et s'attache à montrer qu'il n'a nullement l'intention de tracer une règle absolue de conduite; il a voulu surtout faire voir que l'on a exagéré les effets fâcheux produits par le séjour des balles dans les os, et que l'extraction ne doit pas être toujours regardée comme une condition indispensable de guérison.

SUR LE TRAITEMENT DE LA MASTITE DES NOURRICES; par le docteur RATZENBECK (de Prague).

Le moyen recommandé par le docteur Ratzenbeck est d'une simplicité telle, que personne n'hésitera à l'employer, pourvu que le médecin soit appelé assez tôt et avant que l'engorgement mammaire ait pris un certain développement.

On sait que les gerçures du sein sont souvent la cause déterminante des engorgements de la glande. La muqueuse des conduits galactophores participe à l'inflammation de la peau extérieure du mamelon; il en résulte des exsudations qui bouchent ces conduits, empêchent le lait de sortir et déterminent bientôt un engorgement. Si l'on entoure alors la mamelle de la main et qu'on presse dans la direction du mamelon, on voit apparaître une petite vésicule mince, transparente, blanchâtre, produite par le lait qui tend à pousser au dehors l'obstacle qui l'empêche de sortir. Il faut percer cette vésicule à l'aide d'une aiguille, écarter les petites squammes épithéliales qui obstruent le conduit, puis appliquer l'enfant; au bout de quelques minutes on voit la tuméfaction et la douleur disparaître, pourvu toutefois que l'on n'ait pas attendu trop longtemps; mais même alors on obtient un véritable soulagement, et en renouvelant souvent ce petit procédé opératoire on finit par rendre l'alaitement possible.

SUR LES BRULURES AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL; par le docteur MASCHKA.

L'observation que nous allons reproduire succinctement est intéressante sous le point de vue de la médecine légale et à cause des recherches auxquelles elle a donné lieu.

OBS. — D..., père d'un enfant âgé de 5 mois, maladif, maigre, sujet aux diarrhées et aux vomissements, rentrant un jour chez lui, trouva cet enfant en pleurs. Pour le calmer, il lui montra la flamme d'un foyer, s'assit en tenant l'enfant sur ses genoux et ne tarda pas à s'endormir, laissant ouverte la petite porte du fourneau chauffé à la houille. Au bout de peu de temps, il fut réveillé par des cris; le feu avait pris au petit lit dans lequel l'enfant était enveloppé. Le père hors de lui saisit un vase rempli d'eau qui se trouvait sur le fourneau, et, sans s'apercevoir que cette eau était presque bouillante, il la verse sur le malheureux enfant pour éteindre le feu; il en résulta des brûlures tellement graves que la mort eut lieu le même jour.

Une enquête judiciaire eut lieu; l'autopsie fut pratiquée, et, d'après l'examen des brûlures, et la présence d'ulcères dans l'estomac, on conclut à un empoisonnement par l'acide sulfurique, quoique, malgré toutes les recherches, on n'ait pu trouver aucune trace de cette substance dans la maison. L'affaire fut portée devant la Faculté de médecine; les nouveaux experts virent aussitôt l'impossibilité d'un empoisonnement par l'acide sulfurique; car les lèvres, la bouche, le pharynx et l'œsophage étaient parfaitement intacts; quant aux ulcères de l'estomac, ils étaient le résultat d'un ramollissement de la muqueuse, état morbide qu'on aurait pu soupçonner pendant la vie. Cette simple observation suffisait pour ôter tout soupçon d'un crime; cependant le docteur Maschka crut devoir instituer des expériences comparatives: 1° sur la brûlure du linge par le charbon et par l'acide sulfurique; 2° sur l'analyse chimique des parties brûlées; 3° sur les changements qu'éprouvent les téguments dans les deux sortes de brûlures.

I. Les caractères de la brûlure par le charbon et par l'acide sulfurique sont faciles à distinguer. Dans le premier cas, le trou est entouré d'un cercle noir dont la couleur diminue peu à peu d'intensité; les bords sont secs et friables. Dans le second cas, par l'acide sulfurique, les bords sont humides, la couleur noire du bord passe peu à peu au gris. Cependant, quand on traite la pièce par l'eau, ces caractères différentiels s'effacent, et il devient alors très-difficile de distinguer les deux sortes de brûlure. Le résultat de cette première comparaison est donc douteux.

II. L'analyse chimique des pièces brûlées avait signalé aux premiers experts des traces évidentes d'acide sulfurique. Les recherches de l'auteur ont montré qu'on peut, en effet, en rencontrer dans des pièces brûlées par le charbon et ensuite lavées. Cet acide est le résultat de l'action du feu sur les matières végétales et de l'eau dont on les a ensuite imprégnées.

III. Les escarres déterminées par les deux genres de brûlure offrent peu de différences; cependant celles qui sont produites par le charbon ont une surface rugueuse, inégale, bosselée et sont ordinairement d'une couleur foncée, tandis que les escarres qui résultent de l'action de l'acide sulfurique sont lisses et de couleur claire. Quant à la présence de l'acide sulfurique fourni par l'analyse de ces matières animales, elle s'explique de la même manière que pour les matières végétales; car on rencontra tout aussi bien cette substance dans des escarres qui avaient été produites artificiellement par le charbon.

La Faculté de Prague a donc déclaré que les blessures trouvées sur le cadavre de l'enfant avaient été produites par de véritables brûlures au deuxième degré, en raison surtout de la couleur brun rouge et de la consistance parcheminée de la peau. Ces brûlures étaient peu considérables; mais la mort s'explique par l'état habituellement maladif de l'enfant. Quant aux ulcères de l'estomac, ils n'offraient aucun des caractères des brûlures par l'acide sulfurique, mais bien ceux d'une gastromalacie avancée.

GUÉRISON D'UNE HYDROCÈLE CONGÉNITALE PAR L'EMPLOI DU COLLODION; par le docteur MALIK.

OBS. — Il s'agit, dans cet article, d'un enfant qui vint au monde avec une légère tuméfaction du scrotum du côté gauche, tuméfaction que l'on reconnut être produite par une accumulation de sérosité dans la tunique vaginale du cordon et du testicule correspondant. On commença par administrer, sans succès, des diurétiques et des frictions locales. On employa ensuite la compression à l'aide du diachylon; mais comme les bandelettes irritaient fortement la peau et que d'ailleurs la tumeur ne diminuait pas, on résolut d'essayer le collodion. L'application de cette substance répétée plusieurs fois parut causer des douleurs assez vives; l'enfant pleura, fut agité et dormit peu; cependant il n'y eut pas de fièvre, ni aucun trouble dans les fonctions.

Dès les premiers jours, on remarqua une légère diminution dans la tumeur; ce qui engagea l'auteur à persister. L'enfant s'habitua peu à peu à la constriction déterminée par le collodion; car il pleura moins et fut moins agité.

Au bout d'un mois, l'enfant était complétement guéri; on ne voyait plus aucune trace de l'hydrocèle.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 16 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

NOUVEAUX RÉSULTATS, OBTENUS DE L'EMPLOI DE L'ÉLECTRICITÉ COMME AGENT DE CAUTÉRISATION DANS LE TRAITEMENT DE CERTAINES AFFECTIONS CHIRURGICALES.

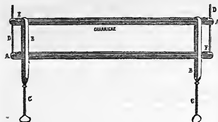
M. A. AMUSSAT fils présente à l'Académie sous ce titre le mémoire suivant:

En soumettant au jugement de l'Académie de nouveaux résultats obtenus à l'aide de l'électricité, je demande, dit l'auteur, à lui faire connaître les modifications que j'ai fait subir à mes appareils.

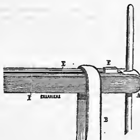
J'ai employé d'abord pour obtenir le calorique électrique, des piles de Bunsen de 21 centim. de hauteur, réunies en batterie de 3 à 15. Une batterie de 15 couples, avec de l'acide nitrique du commerce et de l'eau acidulée marquant 15°, permet de porter au rouge sombre un fil de platine du n° 27, d'un mètre de longueur. On peut élever à une température à peu près semblable un ruban de platine de même longueur, d'une épaisseur inférieure au n° 36 de la filière ordinaire. Mais pour obtenir une température plus élevée et nécessaire aux opérations, je me suis borné à ne donner au fil que 20 à 25 centim. de longueur. C'est l'appareil dont je me sers ordinairement.

Depuis ma dernière communication, j'ai fait l'ablation d'une troisième tumeur carcinomateuse, siégeant dans la région mammaire, en faisant subir au manuel opératoire une modification consistant à pédiculer la tumeur avec un instrument d'acier, au lieu de le faire avec la main, comme dans les deux premières opérations.

L'appareil se compose de deux fortes rainures droites ou courbes, garnies intérieurement de deux minces lames d'ivoire. L'une des pièces porte aux deux extrémités une tige droite en acier qui s'engage dans un trou percé aux



extrémités de l'autre pièce, de manière à les empêcher de se renverser. De plus, deux anneaux oblongs, traversés par une vis plate, permettent de rapprocher les rainures et de les maintenir dans une position fixe.



La base de la tumeur était placée entre les deux rainures et suffisamment comprimée, j'en ai opéré la section avec deux fils de platine du n° 27, de 25 centim. de longueur, mis chacun en rapport avec une batterie de 15 éléments, de 21 centim. de hauteur.

En considérant les résultats obtenus avec l'appareil décrit plus haut, j'ai pensé qu'en employant des piles de Bunsen plus puissantes, il serait possible d'appliquer l'électricité à l'amputation des membres. Réunissant dix couples de Bunsen, de 35 centim. de hauteur, et employant les acides au degré de concentration déjà indiqué, j'ai pu faire rougir, dans l'étendue de 80 centim., un fil de platine du n° 18 et un ruban du même métal du n° 32, de 3 millim. de largeur et de 60 centim. de longueur. Mais comme avec le premier appareil, je pense qu'il ne faut donner au fil ou au ruban de platine que 20 à 30 c. de longueur, pour qu'il soit à une température plus élevée et plus convenable pour le but que l'on se propose.

A l'aide de cet appareil, j'ai pratiqué sur la nature inanimée, suivant les méthodes circulaire et à lambeaux, la section des chairs de la cuisse et du bras d'un adulte. La section de l'os faite avec la scie, j'en ai cautérisé la surface avec le ruban de platine. J'ai pu également, à l'aide du ruban de platine porté à une très-haute température avec le même appareil, calciner circulairement les couches externes d'un fémur, et carboniser les parties internes de manière à obtenir la rupture de cet os par un léger effort. Je pense néanmoins qu'il est préférable de carboniser la surface de l'os scié plutôt que de vouloir en obtenir la rupture uniquement par l'électricité.

J'ai cautérisé circulairement la base d'une tumeur hémorrhoïdale à l'aide d'une pince en ivoire, dont les baguettes, articulées à l'une de leurs extrémités, sont traversées par un mince ruban de platine de 3 millim. de large, fixé par un petit anneau à l'articulation de la pince.

Le malade étant placée dans la position ordinaire, j'ai introduit dans le rectum la pince fermée, en l'entr'ouvrant vis-à-vis de la tumeur; celle-ci s'y est engagée, et je l'ai comprimée de manière à la maintenir dans une position fixe. Mettant alors les deux extrémités du ruban de platine en rapport avec une batterie composée de 6 piles de Bunsen de 35 centimètres de hauteur, j'ai pratiqué la cautérisation circulaire de la base de la tumeur en quelques secondes. Cette opération pourrait se faire également avec 12 couples de Bunsen de 21 centimètres de hauteur et un ruban de platine très-mince.

Enfin j'ai cautérisé avec l'électricité le col de l'utérus dans un cas de névralgie de cet organe.

Pour apprécier l'intensité du calorique électrique développée dans une étendue donnée, je me suis guidé sur l'éclat lumineux plus ou moins grand du fil ou du ruban de platine.

Pour opérer la section des tissus, j'ai toujours trouvé avantageux d'imprimer au fil ou au ruban de platine un mouvement de va-et-vient semblable à celui d'une scie.

Si le ruban de platine pouvait être dirigé aussi facilement que le fil de ce métal du volume correspondant, je pense qu'il lui serait préférable.

J'ai employé comme conducteurs, pour mettre le platine en rapport avec les pôles de la batterie, de minces rubans de cuivre recouverts de soie.

Il m'a semblé très-avantageux de placer la batterie électrique le plus près possible du lieu de l'opération, sans incommoder le malade, afin de donner aux conducteurs moins de longueur, et d'éviter la déperdition du calorique électrique.

Tels sont les moyens que j'ai employés et les principes que j'ai suivis dans l'application de l'électricité.

SUR LA CESSATION DES MOUVEMENTS INSPIRATOIRES PROVOQUÉS PAR L'IRRITATION DU NERF PNEUMOGASTRIQUE.

M. Budge présente sur ce sujet un mémoire qu'il résume en ces termes :

Il y a quelques années que MM. Weber frères et moi avons découvert, chacun de notre côté, que par l'*irritation* des deux nerfs pneumogastriques le mouvement du cœur cesse promptement; j'ai en outre observé que le même effet a lieu par l'irritation d'un seul nerf pneumogastrique. Maintenant j'ai trouvé qu'en irritant au cou les deux nerfs ou un seul, on peut causer également une cessation des *mouvements inspiratoires*. Si l'on met à nu, d'un côté du cou, le nerf en question sur un lapin bien éthérisé, et rendu ainsi parfaitement insensible, qu'alors on l'isole par un morceau de verre et qu'on le galvanise, tous les mouvements inspiratoires cessent presque au moment même où se produit l'irritation; les narines ne se dilatent plus, le thorax ne s'élève plus, et l'abdomen n'est plus poussé en avant. Au contraire, les organes respiratoires sont dans le même état que pendant l'*expiration*, ce qui se montre par les narines contractées, par la glotte fermée, par les muscles abdominaux retirés (1). Aussitôt qu'on cesse d'irriter, le mouvement de la respiration recommence de nouveau. Mais si l'on continue à galvaniser le nerf pendant quelque temps, la respiration recommence malgré la continuation de l'irritation. Le même phénomène a aussi lieu pour les battements du cœur, quand on les a suspendus par le même moyen.

La durée de la cessation des mouvements inspiratoires pendant l'irritation du nerf pneumogastrique diffère selon l'âge des animaux. Je les ai vus s'arrêter chez les jeunes lapins, quinze et même vingt-quatre secondes; chez les

(1) Par suite de la même irritation les gros et les menus intestins sont agités de mouvements qu'on peut observer lorsque, par une incision de la peau, on a mis à nu les muscles abdominaux.

chiens très-jeunes, environ vingt-cinq secondes; chez les lapins âgés, de six à trois secondes.

Coupe-t-on un nerf pneumogastrique et irrite-t-on le bout périsphérique, les battements du cœur cessent, mais les mouvements respiratoires continuent; si ensuite on irrite le bout central, les mouvements inspiratoires cessent, tandis que les battements du cœur continuent.

Quand j'ai affaibli le courant galvanique, je n'ai jamais observé un accroissement de la respiration; quelquefois même c'était l'effet contraire qui se produisait; ainsi j'ai compté dans un lapin avant l'irritation, dans un intervalle de quinze secondes, cinquante-quatre respirations, et pendant l'irritation, trente-deux.

C'est un fait bien connu que, si le nerf pneumogastrique est coupé d'un côté, le ligament aryténoïde inférieur du même côté ne montre plus de mouvement pendant la respiration. Il ne revient pas non plus par l'irritation du nerf; mais le ligament aryténoïde inférieur du côté opposé, où le nerf est encore entier, s'approche de l'autre et reste dans cet état pendant l'irritation; ce qui montre que le muscle aryténoïde du côté opposé se contracte (1). Si l'on coupe les deux nerfs et que l'on irrite le bout central de l'un d'eux, tous les mouvements respiratoires cessent ou plutôt restent dans l'action d'expiration, à l'exception des mouvements de la glotte. Pour les deux nerfs phréniques et la moelle épinière, quand on l'a coupée entre la première et la deuxième vertèbre, la respiration est accusée seulement par les mouvements de la face. Si l'on irrite le nerf pneumogastrique après cette opération, les mouvements de la face cessent aussi pendant l'irritation.

De ces observations on peut conclure que l'irritation du nerf pneumogastrique au cou, ou plutôt l'irritation des fibres centripètes de ce nerf, excite les mouvements expiratoires, et l'on voit à quoi il faut s'en tenir sur la supposition que l'inspiration serait causée au moyen du nerf pneumogastrique. Ces expériences font encore comprendre comment les nerfs pneumogastriques étant coupés, l'expiration passive (c'est-à-dire celle qui a lieu par l'expansion du diaphragme et des muscles intercostaux) continue, tandis que l'expiration active cesse. C'est pour cela que les animaux sur lesquels on a coupé les deux nerfs pneumogastriques meurent au bout d'un temps plus ou moins long par l'effet des gaz nuisibles (acide carbonique) qui ne sortent pas par l'expiration; c'est un point que je traiterai dans un prochain mémoire.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 24 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport du docteur Anteller, médecin des épidémies, sur une épidémie d'angines scarlatineuses qui a régné depuis le mois de février 1851 jusqu'au mois d'août de la même année, dans le canton de Civray (Vienne);

2° Des rapports sur les eaux minérales d'Avesne (Hérault), par M. Savy; de Bagnols (Lozère), par M. Chevallier; de Plombières (Vosges), par M. Sibille; de Montmirail (Vaucluse), par M. Millet; d'Ussat (Ariége), par M. Vergé; de Barbotan (Gers), par M. Peyrocave; de Sail-les-Bains (Loire), par M. Bellety; et de Chaudes-Aigues, par M. Dufresse de Chassaigne.

PROPHYLAXIE DU CHOLÉRA.

M. le docteur PROSPER DE PIÉTRA SANTA, médecin (par quartier) de l'empereur, envoie, à l'appui de sa première communication du mois d'août, des observations et des documents qu'il a recueillis, à l'effet de démontrer l'efficacité des mesures préventives et prophylactiques contre le choléra-morbus.

Voici les conclusions de ce travail :

1° L'épidémie cholérique actuelle a été précédée d'une constitution médicale particulière (trouble des fonctions gastro-entériques, avec tendance à l'adynamie).

2° La diarrhée dite prémonitoire s'est montrée presque constamment. Elle n'a pas fait défaut dans 29 cas de cholérine; elle a manqué 2 fois sur les 12 cholériques observés.

3° La médication symptomatique, rationnelle, déduite de l'étude clinique de la constitution médicale et des idiosyncrasies particulières, nous a donné d'excellents résultats. (Ipécacuanha au début; bains d'air chaud; potions stimulantes et diacodées; boissons glacées; sinapismes dans la période de réaction, quelques ventouses et du sulfate de quinine associé à l'extrait thébaïque.)

4° Il est possible de prévenir la manifestation cholérique par l'application immédiate, intelligente et bien entendue des lois de l'hygiène publique et de la prophylaxie privée. Aux Madelonnettes, sur 2,186 individus entrés dans la prison du 1er septembre 1853 au 1er octobre 1854, 517 ont subi l'influence de l'épidémie à des degrés divers.

(1) La contraction des muscles aryténoïdes est dépendante du nerf récurrent.

1er degré :	Embarras gastrique. . .	308
2e degré :	Diarrhée.	168
3e degré :	Cholérine	29
4e degré :	Choléra	12
		517

Cette disproportion entre les chiffres 517 et 12 n'est-elle pas de nature à démontrer notre thèse de la manière la plus péremptoire?

Nota. — Pendant les huit mois de l'épidémie de 1849, il y a eu aux Madelonnettes, sur 1,100 prisonniers, 19 cas de cholérine et 19 cas de choléra algide (12 morts, 7 guérisons.)

— M. LEROY-D'ÉTIOLLES adresse un mémoire intitulé : MÉTHODE ÉCLECTIQUE ET RATIONNELLE DE TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE. (Comm. : MM. Jobert, Huguier, Robert.)

— M. HEURTELOUP adresse une note relative à une tumeur mélanique du sein droit, datant de neuf années, pour laquelle il a pratiqué l'amputation du sein il y a onze mois. Il n'y a pas eu de récidive.

— M. RICHARN (de Fontenay-le-Comte) annonce à l'Académie que, grâce à un traitement qu'il fera connaître, il a constamment réussi dans 40 cas de choléra, dont 27 des plus graves.

— M. MARTIN, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu d'Arles, envoie un tableau des cholériques civils et militaires traités à cet hôpital en 1854, du 15 au 30 juin.

— M. PITANCIER DE MONSIGNY (de Mudon près Blois), adresse une note relative à l'étiologie et au traitement du choléra.

— M. ANSELMIER adresse une note sur le bandage à bubon.

— M. MATHIEU adresse une note qui présente un instrument dit *érigne à ravivement*.

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie que M. Haime, correspondant à Tours, est présent à la séance.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le cancer.

La parole est à M. Robert.

DU CANCER ET DU MICROSCOPE.

M. ROBERT : Messieurs, je me félicite du hasard qui a provoqué cette discussion, puisqu'elle a fourni à l'Académie l'occasion d'entendre plusieurs improvisations brillantes, et de connaître l'opinion de quelques-uns de ses membres sur la double question de l'utilité du microscope et de la curabilité du cancer. Si la vérité tout entière ne jaillit pas du choc des assertions contraires qui se sont produites à cette tribune, on ne saurait douter toutefois de l'importance qu'auront ces débats, en matière si difficile, quand le temps et l'expérience auront apporté des faits nombreux et complets pour la solution des problèmes aujourd'hui posés devant vous.

Si je cherche à résumer ce qui a été dit par mes collègues, je vois que, relativement à l'utilité du microscope, les uns, comme M. Leblanc, accordent une grande valeur à ce mode d'exploration; les autres reconnaissent qu'il a rendu déjà et rendra encore de grands services à la pathologie. Je me range, sous ce rapport, à côté de M. Barth. M. Gerdy, qui espérait autrefois, insiste maintenant sur les difficultés de l'emploi du microscope; et enfin M. Velpeau, sans en proscrire formellement l'usage, déclare que, jusqu'à ce jour, il n'a encore fourni aucun résultat digne d'être mentionné.

La question de la curabilité du cancer a été à peu près aussi diversement résolue. M. Leblanc a obtenu des succès, mais en petit nombre, et qui, observés sur les animaux, ne permettent peut-être pas de conclure pour l'espèce humaine.

M. Barth a admis la curabilité par analogie, et parce qu'il serait cruel de rester sans espérance; mais il ne l'a pas démontrée par des observations.

M. Gerdy n'a pas abordé la question qui nous occupe; et, dans son esprit, la guérison radicale du cancer est sans doute loin d'être avérée.

Enfin, MM. Velpeau et Cloquet, dans des discours pleins d'intérêt, et qui révèlent une presque identité de doctrines, ont fourni seuls des faits dans lesquels l'instrument tranchant aurait, suivant eux, triomphé du terrible parasite qu'on nomme le cancer.

Dans la courte allocution que j'ai déjà prononcée, je me suis surtout placé sur le terrain de la pratique; aujourd'hui je suivrai encore cette voie. C'est par les arguments empruntés à la clinique elle-même que je chercherai à démontrer l'utilité des distinctions établies par le microscope, au maniement duquel je suis personnellement étranger, mais qui, dans maintes circonstances où je l'ai consulté, a répandu sa lumière et la certitude sur des cas obscurs et mal déterminés.

Avant d'entrer en matière, je veux, messieurs, examiner quelques faits qui ont été produits, et répondre en particulier à divers points du long discours de M. Velpeau.

Vous avez entendu, dans la dernière séance, M. Cloquet nous rapporter des observations de cancers guéris. Si ces observations étaient plus détaillées, et si, d'ailleurs, je ne craignais pas d'abuser de vos instants, j'aurais plaisir à les discuter une à une. Probablement alors j'arriverais à vous faire partager les doutes que j'ai conçus sur leur véritable nature. Recueillies à une époque où les caractères anatomiques et cliniques des tumeurs du sein et des ulcérations rebelles de la peau étaient, on n'en saurait douter, beaucoup moins

bien connus que de nos jours, ces observations ne doivent être admises qu'avec beaucoup de réserve; et puisque j'ai été rigoureux pour la statistique de M. Velpeau, dois-je être moins sévère pour les souvenirs de M. Cloquet?

On se souvient sans doute que, lorsque j'invoquais l'expérience des temps passés pour déclarer que le cancer est bien rarement curable, lorsque je citais les documents numériques fournis par Monro, Mayo, Boyer, Macfarlane, etc., M. Velpeau répliquait que des statistiques contraires pouvaient leur être opposées, et qu'en pareille occurrence il convenait de faire table rase de ces nombres, et de se contenter des faits qu'on avait soi-même observés. Je ne puis en aucune façon accepter ce rejet pur et simple : les tableaux favorables auxquels M. Velpeau fait allusion ont été produits par Hill et Hajani; notre éminent collègue les a sans doute examinés et médités avec soin; or il est impossible qu'ils ne lui aient pas paru comme à nous-même très-contestables et peu dignes surtout d'être sérieusement opposés à ceux que je citais plus haut.

Mais quand bien même je consentirais à un échange si inégal, il resterait toujours deux statistiques : celles de MM. Lebert et Broca, qui présentent toutes les garanties désirables, et dont on ne saurait par conséquent faire aussi bon marché. Ainsi donc je persiste à regarder les opinions des chirurgiens anciens et modernes comme très-concluantes en faveur de celle que je partage avec conviction.

M. Velpeau tire, il est vrai, de sa propre pratique, un nombre de faits très-important. Mais ces faits peuvent être groupés en deux catégories, savoir : ceux de date ancienne, sur lesquels j'ai fait planer un doute motivé, et ceux qui remontent à une époque plus récente, puisque les guérisons ne comptaient pas plus de six, cinq, trois et deux ans lors de la publication du TRAITÉ DES MALADIES DU SEIN. Ces derniers, je les accepte franchement pour des cas avérés de cancer; ils ont été déclarés tels par une autorité à laquelle j'ai confiance, et à l'aide du microscope que je crois compétent.

Dans la réponse de M. Velpeau, chacun a pu voir que notre collègue défendait tièdement les observations du premier groupe, qui sont les plus nombreuses, et qu'il prévoyait même la critique qu'on est naturellement conduit à opposer à celles du second.

Oui certainement je me crois en droit de dire que, pour proclamer la guérison radicale des rares opérées de vrai cancer, M. Velpeau n'a pas assez attendu. Les faits sont encore récents, et la récidive est encore menaçante. L'auteur le reconnaît lui-même, et si nous ne le savions pas, nous trouverions dans son livre de quoi nous instruire. A la page 616, l'auteur signale, en effet, deux exemples remarquables de récidives très-éloignées. « 1° Un malade de Dunkerque, traité, par l'amputation, d'un sarcocèle bien caractérisé, resta guéri pendant quatorze ans. Il est mort en 1851, et l'autopsie a montré que la mort avait été produite par une tumeur développée dans l'intérieur du bassin. — 2° J'ai vu à la Charité une femme mourir d'un cancer ulcéré de l'aisselle, après être restée douze ans en bonne santé à partir du moment où on l'avait débarrassée, par l'opération, d'un squirre également ulcéré de la mamelle. »

Si on reproche au microscope de poser des conclusions prématurées, il faut savoir attendre à son tour, si l'on veut échapper à la même critique. Vous pourriez peut-être, messieurs, croire que j'invoque ici, pour les besoins de ma cause, une fin de non-recevoir banale. Il n'en est pas ainsi; jugez-en par vous-mêmes : M. Velpeau rapporte, à la page 585 et suiv. de son livre quatre observations détaillées dont la plus ancienne remonte à 1847, les autres à 1848 et à 1850. Les tumeurs renfermaient la cellule cancéreuse; l'opération a été pratiquée et les malades sont données comme guéries. Or le hasard m'a fourni des renseignements sur l'une d'elles qui fait le sujet de la deuxième observation. Cette dame, examinée par un des premiers chirurgiens de Paris, est morte l'an dernier en état de récidive.

Permettez-moi de revenir encore sur l'infaillibilité clinique de M. Velpeau. Il nous accorde qu'il y a des cas difficiles, et que quand il dit qu'il ne se trompe jamais, il fait allusion seulement aux cas les plus tranchés de tumeurs cancéreuses ou autres. Mais, sous ce rapport, chacun de nous est aussi avancé que lui; et, certes, il nous arrive aussi fréquemment de nous prononcer d'avance et sans hésitation. Mais aux deux phases extrêmes de l'évolution des tumeurs de la mamelle, par exemple, le diagnostic présente quelquefois des difficultés presque insurmontables. Comment distinguer toujours une petite masse encéphaloïde enkystée, mobile, libre d'adhérences, roulant sous le doigt, d'une tumeur hypertrophique commençante? Qui de nous n'a rencontré des cas semblables? Portons nos regards à l'extrême opposé; supposons une tumeur énorme, ulcérée, à surface sanieuse, à bords renversés et fongueux. La suppuration abondante et fétide, quelquefois même les hémorrhagies ont miné la santé générale, et l'état cachectique ne fait même pas défaut. Tous les microscopes du monde, a dit M. Velpeau, seraient braqués contre elle et la déclareraient non cancéreuse que je n'en dirais pas moins que les microscopes se trompent. Eh bien! messieurs, je rejette encore ce singulier mode de démonstration. Moins confiant ou plus envieux que M. Velpeau dans un cas semblable qui s'est offert à moi en 1849, j'ai consulté le microscope, et il m'a répondu que cet horrible tumeur, que ce tissu si grandement suspect était formé par les éléments hypertrophiés de la mamelle. J'ai opéré la malade, et depuis lors sa santé ne s'est pas démentie.

Voyez donc combien de tels faits commandent la circonspection, et combien il est précieux d'avoir un moyen qui ait chance de rectifier notre premier jugement.

Personne plus que moi ne rend hommage à la sagacité de notre éminent collègue; mais, après l'exploration clinique et l'examen du produit morbide à l'œil nu, il lui reste quelquefois des doutes légitimes, comme cela nous arriverait à nous-même. Sans remonter bien loin, j'en trouverais facilement la preuve. J'ai appris qu'à la fin de la séance dernière, M. Velpeau a fait devant l'Académie, et non sans y produire une vive sensation, l'exhibition de plusieurs tumeurs enlevées par lui et diagnostiquées par lui avant l'opération. L'examen anatomique à l'œil nu et aidé, dans plusieurs cas, de l'examen microscopique, a démontré une fois de plus que notre collègue est fort habile. Mais une dernière pièce l'embarrassait : le diagnostic alors, comme avant l'opération, était fort obscur. La tumeur n'offrait la physionomie ni de l'encéphaloïde, ni du squirre, ni du colloïde, malgré l'aspect gélatineux de son tissu. Cependant elle ne ressemblait pas davantage aux tumeurs adénoïdes, c'était un cas douteux. Elle paraît à M. Velpeau de nature bénigne. Cependant la malade aurait, dit-il, ultérieurement une semblable tumeur ailleurs, qu'il n'en serait pas étonné.

Ainsi donc, sur six pièces pathologiques prises au hasard, il se trouve un fait insoluble par les moyens ordinaires. M. Velpeau, dans l'embarras, consulte le microscope; deux anatomistes sont interrogés : l'un trouve la cellule cancéreuse, l'autre ne la trouve pas : et M. Velpeau, aussi incertain qu'auparavant, met en doute l'efficacité du microscope.

Si j'avais été présent, mes convictions auraient été sans doute fortement ébranlées. Par bonheur j'ai recueilli, de mon côté, des renseignements nombreux et précis sur cette tumeur, et ces renseignements m'ont été fournis par les hommes les plus compétents. Or comme je suis autorisé à citer leurs noms, je vais vous transmettre les notes qui m'ont été données d'abord par M. Robin, puis par M. Verneuil, tous deux agrégés à la Faculté de médecine, et par M. Houël, conservateur au musée Dupuytren.

Voici la note de M. Robin : La tumeur du sein provenant du service de M. Velpeau m'avait été communiquée d'abord à l'état de fragment; puis M. Rombaud, élève interne du service, m'en a fait remettre une petite partie, et enfin m'a apporté toute la pièce. Comme elle a été vue par plusieurs personnes, je n'en décrirai pas l'aspect extérieur. Voici quelle en est la structure :

1° On y trouve une trame réduite, par places, à de minces fibres de tissu cellulaire limitant souvent des espaces arrondis, accompagnées de noyaux fibro-plastiques, et de quelques fibres fusiformes. Ailleurs, la trame est représentée par des faisceaux de tissu cellulaire bien limité, qui, traités par l'acide acétique, laissent voir des éléments fibro-plastiques en petite quantité, et quelques fibres élastiques.

2° Les aréoles ou espaces circonscrits par les éléments de tissu cellulaire sont remplis par de la matière amorphe, homogène, transparente, parsemée çà et là de gouttes d'huile isolées ou en amas, matière amorphe abondante, à laquelle le tissu doit son aspect gélatiniforme, et qui donne quelquefois cet aspect à des produits de natures très-diverses.

3° Enfin, les éléments *caractéristiques* de cette tumeur sont des culs-de-sac ou acini-mammaires, dont le volume est de deux à trois fois plus grand qu'à l'état normal. Les conduits excréteurs ou galactophores qui font suite aux culs-de-sac, au lieu d'être hypertrophiés comme eux, sont au contraire atrophiés, comme on l'observe souvent dans certaines formes d'hypertrophie mammaire. Il en résulte que les culs-de-sac se présentent sous forme de corps cylindroïdes, plus ou moins allongés, quelquefois presque sphériques, d'autres fois multilobés à leur extrémité terminale. Leur épithélium n'offre plus la forme dite nucléaire, qui s'observe à l'état normal. Il a pris la forme pavimenteuse ou sphérique. Les granulations qui remplissent ces cellules empêchent quelques-unes de laisser voir leur noyau; mais l'acide acétique le met à découvert, et on lui trouve alors tous les caractères propres à l'épithélium nucléaire de la mamelle normale.

Ainsi il s'agit là d'une de ces formes d'hypertrophie du cul-de-sac mammaire sécréteur, avec atrophie des conduits excréteurs, maladie glandulaire accompagnée de production de matière amorphe, transparente qui donne l'aspect colloïde. J'ai montré ailleurs (Société de biologie 1852) que ce fait s'observe pour les glandes parotides des testicules, etc.

Voici la note de M. Verneuil et Houël : Le tissu pathologique est d'une couleur rose pâle, translucide, d'une apparence gélatiniforme, homogène, assez élastique; quoique mou, il se déchire assez facilement à l'aide d'une forte traction; la déchirure est grenue, inégale. La pression et le râclage ne donnent point de suc crémeux, lactescent, miscible à l'eau, c'est-à-dire de suc cancéreux, mais bien une matière visqueuse, transparente, insoluble dans l'eau, et s'écrasant facilement entre deux verres.

Examinée à divers grossissements, ce tissu présente :

1° Une grande proportion de matière colloïde, amorphe et dépourvue d'éléments anatomiques spéciaux;

2° Quelques faisceaux de tissu cellulaire délicat et quelques éléments fibro-plastiques (noyaux libres et corps fusiformes);

3° L'absence presque complète de vaisseaux;

4° Des culs-de-sac de la glande mammaire, de dimensions variables, mais beaucoup plus grands que dans l'état normal. Les uns sont ovoïdes et complétement libres; d'autres sont allongés, presque lobuliformes et groupés deux à deux, trois à trois. Ils sont remplis les uns d'une substance amorphe finement granulée, les autres de cellules d'épithélium pavimenteux, régulièrement disposées en mosaïque, comme cela s'observe dans les autres variétés de tumeurs hypertrophiques du sein. Ces cellules d'épithélium diffèrent de l'état normal en cela qu'au lieu d'appartenir à la variété dite nucléaire, elles sont devenues pavimenteuses et polygonales, par pression réciproque, altération de forme qui n'est pas rare dans les hypertrophies glandulaires en général.

L'addition de l'acide acétique qui, comme on le sait, ne modifie pas les

éléments cancéreux, agit au contraire sur ces cellules et fait très-nettement ressortir les caractères de leur noyau. Ce caractère chimique est très-important.

5° Le fragment que nous avons examiné en plusieurs points ne nous a nulle part offert de trace d'éléments cancéreux.

M. Houël et moi nous n'hésitons pas à rapporter cette tumeur qui, à l'œil nu, n'offre nullement les caractères du cancer, à l'hypertrophie mammaire, dont elle constitue une variété assez rare. Le mélange des culs-de-sac glandulaires et de la matière colloïde, les changements survenus dans l'épithélium glandulaire, sont les points remarquables de cette lésion.

Depuis que j'ai recueilli ces éclaircissements, je suis, je l'avoue, messieurs, beaucoup plus rassuré sur la validité du microscope.

De ceci je conclus que l'art est difficile, mais je n'accuse pas le moyen qui, dans le cas actuel, en particulier, me paraît avoir facilement surmonté les obstacles qui avaient arrêté M. Velpeau lui-même.

Lorsque la discussion sur la curabilité du cancer s'est engagée devant l'Académie, il a été facile à chacun de vous de comprendre que la question manquait de base. En effet, pour savoir si une maladie est curable ou non, il faut savoir exactement quelle est cette maladie; il faut la distinguer soigneusement de celles qui peuvent être confondues avec elle; en un mot il faut la définir.

C'est donc par une définition que nous aurions dû commencer. Or cette pierre angulaire, aucun des orateurs qui se sont fait entendre ne l'a posée. Ce n'est pas d'aujourd'hui seulement que cette difficulté surgit, et Peyrilhe proclamait déjà, dans le siècle dernier, qu'il est aussi difficile de définir le cancer que de le guérir. Dans l'impossibilité où l'on a été jusqu'à ce jour d'assigner des caractères précis, pathognomoniques à cette maladie, on en a rappelé les phénomènes les plus saillants et les plus constants, c'est-à-dire que, pour remplacer une définition périlleuse, on a tracé une description sommaire du mal, empruntée surtout à son évolution. Cette lacune est malheureuse; elle a conduit et conduira toujours à une confusion extrême; elle rendra la discussion vague et masquera longtemps la vérité.

Il en résulte qu'au lieu de servir à dénommer une espèce pathologique et ses variétés, le mot cancer devient l'attribut qualificatif d'une classe immense de maladies différentes; il devient nom de famille, au même titre que les mots si vagues de sarcocèle, de tumeur blanche, auxquels nous ne tenons plus beaucoup, et que nous prononçons seulement par habitude.

Or cette famille se compose d'éléments si divers, qu'en se tenant aux caractères cliniques, et en reléguant la structure au second rang, on est obligé d'admettre, comme l'ont fait MM. Leblanc, Velpeau et Cloquet, un grand nombre de genres subdivisibles eux-mêmes en espèces, ce qui laisse à la classification des limites tout à fait arbitraires et indéterminées.

Or, messieurs, notre maître à tous, Bichat, a posé depuis longtemps une loi qui reste debout au milieu des révolutions de notre science. Cette loi est la suivante: Lorsque deux maladies diffèrent par leurs symptômes, leur marche, leur terminaison, elles diffèrent aussi par leur siége et la nature des lésions qui les accompagnent; et réciproquement lorsque les lésions anatomiques sont dissemblables, lorsque la structure des produits pathologiques n'est pas la même, les désordres fonctionnels qu'ils déterminent et leur évolution constituent aussi des affections de nature distincte.

Prenant ce principe immuable pour base dans l'étude des maladies réputées cancéreuses, si nous ne trouvons pas dans l'observation clinique les éléments de distinctions satisfaisantes; si les caractères physiologiques ne sont pas assez généraux, souffrent trop d'exceptions et comportent trop de variétés, c'est à la structure qu'il faut nous adresser; et ici l'anatomie pathologique élève sa voix puissante et féconde. Mais les moyens qu'elle a mis en usage jusqu'à ce jour sont-ils suffisants? Le scalpel et les procédés d'amphithéâtre ont-ils vidé la question? J'affirme que non. L'emploi persévérant des moyens ordinaires d'investigation et les longs labeurs qu'on a consacrés à l'étude des tumeurs ont produit sans doute des documents très-utiles, mais parfois aussi des résultats très-insignifiants.

C'est à eux que nous devons cette triste richesse de mots vides et ces comparaisons souvent grossières, qui, sans utilité, encombrent aujourd'hui la pathologie. Que nous apprennent tous ces mots: cancers colloïde, tubéreux, ligneux, napiforme, chondroïde, pustuleux, encéphaloïde, squirreux, lardacé, fongus médullaire, hématode, etc....; ulcères chancreux, rongeant, *noli me tangere*, etc....? Quelle signification a pour nous la dureté ou la mollesse, ou bien encore le fameux cri sous le scalpel, si péremptoire autrefois?

Nul doute sur ce point; il faut des caractères plus délicats, des pierres de touche plus sensibles. Mais à quelle porte faut-il frapper pour les obtenir? Interrogeons-nous l'analyse chimique, l'expérience montre qu'elle a été jusqu'à ce jour impuissante, et qu'elle n'a pas encore trouvé un principe immédiat particulier au cancer. On pouvait espérer beaucoup d'un moyen d'exploration fort simple, et qui consiste à râcler la surface de la coupe d'une tumeur, de manière à constater l'absence ou la présence d'un suc particulier, crémeux, lactescent. Ce suc, bien étudié par M. Cruveilhier, et, après lui, par les micrographes, a pour M. Barth une grande valeur, et fait presque à coup sûr pressentir le cancer vrai. Mais il manque cependant quelquefois ou se reconnaît difficilement; et l'on peut même dire qu'un fluide analogue se trouve dans des productions qui ne sont nullement cancéreuses.

Ces exceptions que tout le monde accepte ôtent beaucoup de valeur à ce signe, et ouvrent par conséquent la voie à beaucoup d'erreurs. D'où surgiront la lumière et la certitude? Tel était, messieurs, l'état de la science lorsque le microscope est venu nous offrir son appui. Il nous propose pour le cancer une définition nette, courte, précise, c'est-à-dire munie de toutes les qualités qu'on exige de ce point du discours. Il nous dit que le cancer est une maladie constituée par la présence d'un élément anatomique spécial, sans analogue dans l'économie, et doué de caractères qui permettent à un œil exercé de le reconnaître sans peine.

Le microscope nous dit qu'il n'y a qu'un cancer, celui qui renferme l'élément cancéreux. Cet élément se combine à divers tissus simples ou composés de l'économie; et c'est de ce mélange, en proportions très-diverses, que résultent les innombrables variétés que l'œil constate, et sur lesquelles je ne reviendrai pas, car les plus notables vous ont été énumérées avec beaucoup de lucidité par M. Barth, qui adopte volontiers cette importante simplification.

Le microscope ajoute encore qu'il y a d'autres tissus morbides qui, au premier abord, peuvent être confondus avec le cancer; que leur développement dans l'économie indique souvent un véritable danger, et que parfois même ils peuvent causer la mort. Au lieu d'être constitués comme le cancer par un élément anatomique sans analogue dans l'économie ou hétéromorphe, ces tissus résultent seulement de la production exagérée, insolite, d'une ou de plusieurs des parties élémentaires qui entrent normalement dans la constitution du corps humain.

Enfin, messieurs, et je réclame ici toute votre attention, les laborieux investigateurs qui se servent du microscope ont fait marcher parallèlement aux études histologiques l'examen des tumeurs par les procédés connus, et l'observation au lit des malades. Leur œil, ainsi plus exercé pour la constatation de caractères nouveaux, leur a fait reconnaître, dans la structure des tissus accidentels, des particularités qui avaient échappé à leurs devanciers, et à l'aide desquelles le microscope lui-même, un jour, pourra peut-être devenir superflu; puis les structures étant bien connues, ils ont trouvé que les maladies correspondant à telles ou telles d'entre elles différaient notablement par leur origine, leur siége, leur marche, leur évolution, leur pronostic, et, forts de ces données, ils ont résolûment proposé une révision de cette partie du cadre nosologique.

Qu'avons-nous à faire, nous cliniciens, en présence d'un point de départ si conforme au principe de Bichat que nous proclamions tout à l'heure? Il nous fallait ou montrer avec fermeté les erreurs de la doctrine nouvelle, s'il y avait lieu, ou accepter aussi sans arrière-pensée, le progrès jusqu'alors inconnu, si réellement le microscope nous avait appris des choses utiles.

La direction pratique de nos travaux nous eût rendu pénible l'apprentissage du microscope; et d'ailleurs tout le monde, même ceux qui nient la spécificité de l'élément cancéreux, même M. Velpeau, même quelques dissidents parmi les savants étrangers, reconnaissent volontiers que les tumeurs cancéreuses fibro-plastiques, épithéliales, ont une structure tout à fait différente. Dès lors nous nous sommes contenté de vérifier, de contrôler les déductions cliniques, en consultant le microscope, à titre de renseignement. Or, sur le terrain de la pratique, nous avons trouvé que plusieurs points de la doctrine nouvelle étaient justifiables, et que les différences de structure entraînaient aussi des différences de marche et d'évolution.

Je vais donc soumettre à l'Académie ce que m'ont appris, à cet égard, et mon observation personnelle et la lecture attentive des travaux modernes; et si je parviens à démontrer que les tumeurs cancéreuses, fibro-plastiques et épithéliales ne sont point des affections identiques, j'aurai, je crois, suffisamment établi l'utilité du microscope qui, seul, a pu nous tracer des distinctions précises.

Je parlerai d'abord des caractères anatomiques et physiologiques du cancer. Je serai bref sur le premier point; je passerai sous silence les détails anatomo-pathologiques que chacun connaît; je rappellerai seulement que, pour les micrographes, la cellule cancéreuse est le caractère spécifique du cancer. Je ne chercherai pas non plus à discuter, comme l'a fait avec esprit M. Velpeau, la valeur relative de la cellule, des noyaux ou des nucléoles; et quoique j'aie bien quelques convictions à cet égard, d'après ce que j'ai vu, je pense qu'il faut laisser cela aux hommes spéciaux, et ne pas trop se mêler des choses qu'on a trop peu étudiées soi-même.

Mais, me dira-t-on, vous adoptez la définition du cancer donnée par les micrographes et la spécificité de l'élément cancéreux, sans songer que votre adversaire vous oppose une fin de non-recevoir. Je me souviens, en effet, que M. Velpeau a dit que la cellule cancéreuse n'était pas le caractère anatomique spécifique du cancer, puisqu'il l'avait trouvée dans des tumeurs qui n'étaient pas cancéreuses.

Je demanderai à mon tour à mon savant collègue ce qui l'autorise à dire que ces tumeurs contaminées par la cellule en question n'étaient pas cancéreuses. C'est, répliquera-t-il, parce qu'après avoir été enlevées, elles n'ont pas récidivé. D'où il suivrait que toute tumeur qui ne récidive pas, renfermât-elle une myriade de cellules dites cancéreuses, n'est point pour cela un cancer; d'où je serais en droit de conclure que les observations qu'on lit dans le livre de M. Velpeau, aux pages 585 et suivantes n'étaient pas des cancers. Et en poussant le raisonnement jusqu'au bout, j'arriverais à prouver que mon éminent collègue n'a, pas plus que Monro et Macfarlane, guéri un seul cancer.

Mais j'abandonne sans regret cette argumentation peu sérieuse, et je tiens peu compte de cette proposition de M. Velpeau qui s'appuie sur des faits si peu nombreux et si peu concluants.

Les caractères physiologiques du cancer ne sont pas moins tranchés que ses caractères anatomiques. Constamment il tend à se généraliser, en se manifestant, soit dans les ganglions lymphatiques voisins de la région malade, soit dans tout autre organe, dans les viscères eux-mêmes, et notamment dans les poumons et le foie.

Avant que la tumeur cancéreuse soit ulcérée, et ait détérioré l'économie

par la suppuration qu'elle fournit ou par les hémorrhagies dont elle est le siége, on voit souvent déjà se manifester les signes de la cachexie.

Enfin, lorsque la chirurgie intervient en extirpant le mal, la récidive est constante, la marche du cancer devient d'autant plus rapidement funeste que les récidives et les opérations ont été plus multipliées. Plusieurs fois j'ai été témoin de ce fait depuis longtemps signalé, mais jamais il ne m'a plus vivement frappé que dans l'observation suivante : Une femme de 38 ans, ayant les apparences d'une belle santé, fut opérée, en 1849, à l'Hôtel-Dieu, par M. Philippe Boyer, pour une petite tumeur circonscrite qu'elle portait au-dessus du sein gauche. Un an après, il y a récidive dans la cicatrice même; une deuxième opération est pratiquée par M. Lenoir à l'hôpital Necker. Sept mois plus tard, deuxième récidive; la malade est admise à l'hôpital Beaujon. La tumeur avait alors le volume d'une petite noix et s'était développée à quelque distance au-dessous de la cicatrice. Obsédé par la malade et ne trouvant pas d'ailleurs de contre-indication dans l'état général qui était parfait, je cédai et fis une troisième opération. Mais cinq mois s'étaient à peine écoulés qu'une troisième récidive se manifestait.

Cette fois la tumeur, grosse comme une aveline, était plus profonde et placée entre les mains du grand pectoral ; je me décidai encore à l'enlever, sur les vives instances de la malade. Mais trois mois après cette quatrième opération, elle revint à l'hôpital portant plusieurs petites tumeurs dans le muscle grand pectoral et dans la région sus-claviculaire. Elle était amaigrie, son faciès était déjà cachectique. A dater de ce moment, la marche du cancer devint effrayante et amena la mort en quelques mois. La nécropsie, qui fut faite en présence de M. Lebert, nous fit trouver toutes les parties sus-diaphragmatiques du corps criblées de tumeurs cancéreuses d'un petit volume. Il en existait jusque dans les parois des veines.

J'arrive aux tumeurs fibro-plastiques. Celles-ci sont toujours circonscrites, et n'affectent pas la forme irrégulière et rameuse de certains cancers, et notamment du squirre. A leur début, elles ont une consistance ferme quoique un peu élastique, homogène; elles sont dépourvues de suc. Le microscope y révèle un tissu désigné par M. Lebert sous le nom de tissu fibro-plastique, tissu composé de cellules ou de fibres en tout semblables aux éléments du tissu cellulaire en voie de formation.

La marche de ces tumeurs est lente, et longtemps elles sont compatibles avec toutes les apparences de la santé. Cependant elles peuvent se ramollir, s'ulcérer, se généraliser même et amener la mort en se développant dans les viscères; le fait est avéré aujourd'hui et M. Velpeau vous en a rapporté des exemples. Mais à côté de ces cas rares où la malignité du tissu fibro-plastique rivalise avec celle du cancer, on trouve des faits consolants que, pour être exact, notre savant collègue aurait dû aussi ne pas passer sous silence. Ces faits sont aujourd'hui en grand nombre, je me bornerai à en rapporter quelques-uns qui sont des plus intéressants.

M. Paget, à qui l'on doit un bon traité des tumeurs (Lectures on tumours, 1853), cite, d'après Maclagan, l'observation d'une jeune fille de 22 ans, qui, depuis trois ans, portait une tumeur dans la région lombaire gauche. En 1832, celle-ci était grosse comme une poire, ferme, mais élastique et mobile. La peau qui la recouvrait était indurée. Elle fut enlevée ainsi que la peau malade. Elle avait l'aspect d'une tumeur fibreuse ordinaire. Au bout d'un an, elle se reproduisit sous la cicatrice et fut extirpée de nouveau en 1834. Dix-huit mois après, deuxième récidive, troisième opération suivie d'une guérison complète, car, en 1850, c'est-à-dire quinze ans après la dernière opération, la malade se portait parfaitement bien.

Moi-même, en mars 1839, j'ai enlevé une tumeur du volume des deux poings, placé sous l'aisselle droite d'un jeune homme. Cette tumeur circonscrite, lobée, assez ferme, bien qu'élastique, paraissait composée de tissu fibreux mêlé à de la graisse. Quatre ans après une récidive se manifesta et nécessita une deuxième opération que je pratiquai le 13 octobre 1854. La tumeur, du volume d'un poing, avait le même aspect que la première. Quatre ans plus tard, il y eut une seconde récidive; l'opération fut pratiquée le 28 janvier 1849. La tumeur, examinée par M. Lebert, était formée de tissu fibro-plastique mêlé à de la graisse. Depuis lors la santé ne s'est plus démentie.

M. Chassaignac a récemment communiqué à la Société de chirurgie l'histoire d'une tumeur placé au-dessous de la clavicule gauche, et remarquable par le nombre des récidives auxquelles elle a donné lieu. Opérée d'abord en septembre 1849, elle a reparu au bout de quelques mois, et a nécessité une deuxième opération en décembre 1850, une troisième en juillet 1851, une quatrième en janvier 1852, une cinquième au mois de juillet de la même année, une sixième enfin le 17 octobre 1853. Depuis lors, M. Chassaignac n'a pas revu le malade. Il est à noter que, pendant le cours de ces opérations, la santé générale était parfaite; il n'existait aucun ganglion ni dans l'aisselle ni dans les régions sus et sous-claviculaires. La tumeur a été chaque fois examinée par M. Lebert : elle ne contenait autre chose que l'élément fibro-plastique mêlé à un peu de matière gélatiniforme.

La dernière des observations que je vais rapporter et la plus curieuse peut-être, m'est fournie par M. Paget. En 1839, M. Syme enleva une tumeur que portait au devant de la première côte droite un homme de 48 ans. Une récidive survint deux années après et nécessita une seconde opération en 1843; une troisième tumeur fut enlevée en 1847, une quatrième en 1849, une cinquième en 1851. M. le docteur Benett ayant examiné ces tumeurs au microscope, les trouva composées de tissu fibro-plastique. Peu de temps après cette cinquième opération, une nouvelle tumeur se forma sous la clavicule, et acquit rapidement un volume considérable. Il est à noter aussi que, durant toute cette période, la santé générale ne s'était nullement altérée. Mais, plus tard, la tumeur s'ulcéra, des hémorrhagies survinrent, et le malade, épuisé, succomba en juillet 1842. *Aucune trace de la maladie ne fut trouvée dans les organes internes.*

Lorsque l'on réfléchit à la marche de toutes ces tumeurs fibro-plastiques, à l'opiniâtreté de leurs récidives, à la tendance funeste de plusieurs d'entre elles, on ne peut, certes, les considérer comme des tumeurs bénignes. Mais, d'un autre côté, est-ce rester dans le vrai que de les assimiler entièrement aux tumeurs cancéreuses? Est-il jamais arrivé qu'on ait enlevé à quatre, cinq, six reprises différentes une tumeur encéphaloïde ou squirreuse, sans que le mal se soit généralisé, et que la constitution soit devenue cachectique? Et enfin les cas de repullulation fibro-plastique dans les viscères peuvent-ils être comparés pour la fréquence à la manifestation à peu près constante du cancer dans les ganglions et dans les cavités splanchniques?

J'arrive enfin aux affections épithéliales. Celles-ci sont composées, anatomiquement, de cellules d'épithélium ou d'épiderme semblables à celles qui recouvrent normalement la surface de la peau et des membranes muqueuses. Cet épithélium ou cet épiderme s'infiltre peu à peu dans la trame et au sein même des tissus sous-jacents, qui finissent par disparaître, étouffés en quelque sorte par cette production exubérante.

Je ne conçois pas que M. Velpeau ait pu dire que la structure de ces tumeurs, si l'on s'en rapporte au témoignage du microscope, les rapproche des productions éminemment bénignes, telles que les verrues et les cors aux pieds. Qu'importe, en effet, que deux tumeurs aient de commun un élément anatomique normal, si ce dernier n'y est pas disposé et combiné de la même manière? Dans la verrue et dans les cors aux pieds, l'épiderme, quoique plus abondant, affecte les mêmes rapports que dans l'état normal avec les autres parties constituantes de la peau. Or il suffit d'étudier une tumeur épithéliale pour se convaincre qu'il en est tout autrement. Cette assimilation est donc beaucoup plus spécieuse que réelle.

Les tumeurs épithéliales se montrent principalement aux surfaces tégumentaires, et doivent être étudiées séparément à la peau et sur les membranes muqueuses. A la peau elles débutent par de petits boutons croûteux, des verrues ou de simples gerçures peu saillantes; puis elles forment ces ulcères depuis longtemps appelés cancroïdes, à cause de leur physionomie spéciale et bien différente de celle du cancer, à cause de leur marche lente et du peu de tendance qu'ils ont à infecter l'économie. C'est tout au plus si on les voit se propager à quelques ganglions du voisinage. Enfin, traités par des moyens énergiques qui détruisent rapidement toutes les parties indurées, ils guérissent souvent d'une manière radicale et définitive.

Quant aux tumeurs épithéliales des surfaces muqueuses (je citerai pour types celles de la langue et du col de l'utérus), elles ont une tout autre marche. Les progrès en sont rapides; elles repullulent à peu près constamment après l'extirpation, et elles finissent par amener la mort. Mais leur tendance à la généralisation est presque nulle, comparée à celle du cancer. Examinez, en effet, le bassin de femmes mortes à la suite de ces ulcères rongeants du col de l'utérus, vous trouvez quelquefois cet organe en partie détruit, la vessie, le péritoine, des vaisseaux même d'un assez gros calibre perforés par ce travail désorganisateur; mais jamais vous ne rencontrez de masses épithéliales dans les viscères; c'est tout au plus s'il existe quelques petits ganglions engorgés au voisinage de l'utérus. Il en est de même des tumeurs épithéliales ulcérées de la langue; les ganglions du cou s'engorgent à peu près seuls, et les malades périssent épuisés par les hémorrhagies et la déglutition continuelle des matières putrides, plutôt que par la généralisation du mal.

Aux orifices du corps, là où a lieu la continuation de la peau avec les membranes muqueuses, les tumeurs épithéliales ont des caractères que j'appellerai mixtes et qu'elles empruntent à la structure complexe des tissus affectés; mais là comme à la peau, elles restent longtemps à l'état de maladie locales; et s'il est vrai que l'extirpation en soit moins souvent heureuse qu'à la surface de la peau, il n'est pas moins démontré que la proportion des malades guéris radicalement par l'opération est généralement regardée comme très-encourageante.

Je ne saurais méconnaître cependant que les tumeurs épithéliales ne puissent se propager ou repulluler, non-seulement dans les ganglions lymphatiques, mais au sein même des viscères. Mais ces cas de généralisation sont très-rares. M. Velpeau en a parlé dans son discours, mais il n'en a pas cité d'exemples détaillés. M. Virchow, je crois, en rapporte un, et j'en ai trouvé un autre dans l'ouvrage de M. Paget : il a été observé chez un vieillard dont le pénis avait été amputé dix-huit mois avant sa mort. Le mal s'était reproduit dans les glandes inguinales. A l'autopsie, M. Paget trouva de la matière épithéliale dans ces glandes et dans les poumons.

Telles sont en résumé les différences que présentent, au point de vue de la nature intime et de la marche, les trois espèces de lésions généralement confondues sous le nom de cancer. Il est évident que, si l'on ne peut considérer comme bénignes les tumeurs épithéliales et fibro-plastiques, on ne saurait non plus, au point de vue de la malignité, les assimiler aux affections cancéreuses proprement dites.

M. Velpeau n'admet pas ces distinctions. Pour lui, toutes ces lésions sont des cancers; il ne reconnaît la spécificité d'aucun de leurs éléments; et qu'importe après tout, dit-il, que le malade, s'il doit succomber, meure d'une manière ou d'une autre, qu'il meure par désorganisation des parties atteintes ou par infection générale?

Je répondrai d'abord à notre savant collègue qu'il n'est pas exact de dire qu'au point de vue de la marche et de la gravité, toutes ces maladies se ressemblent; et quand bien même d'ailleurs elles seraient toutes également funestes, n'est-il pas important d'en étudier, d'en établir les différences, afin de chercher si l'on ne pourrait pas, tôt ou tard, appliquer ces notions à leur

thérapeutique? Aujourd'hui, j'en conviens, la seule question résolue est celle du pronostic. Mais n'est-ce donc rien de savoir que, si l'ablation d'un cancer laisse le malade exposé aux dangers d'une récidive à peu près certaine, tôt ou tard suivie de la mort, l'extirpation d'une tumeur épithéliale ou fibro-plastique est beaucoup plus rassurante? Si dans ce dernier cas la récidive survient, le chirurgien n'aura-t-il pas plus de courage pour la poursuivre résolûment, sachant bien qu'il ne doit pas encore renoncer à l'espoir d'une guérison radicale?

Cherchons donc de plus en plus à étudier ces maladies, et tâchons de les séparer, au lieu de les confondre. Attachons-nous à reconnaître plus exactement leurs différences cliniques, et si nous rencontrons des cas douteux, aidons-nous des lumières que nous fournit l'examen du microscope.

Avant de terminer, je demande à l'Académie la permission de répondre deux mots à ce qu'a dit M. Velpeau sur l'utilité de cet instrument. Pour lui, le microscope n'a point encore servi à éclairer le diagnostic des tumeurs, et d'ailleurs il ne peut intervenir qu'après l'opération, et ne saurait en conséquence influer sur la détermination du chirurgien.

Il y a quelques années, on ne connaissait point encore les hypertrophies glandulaires. Or, comme ces tumeurs se développent surtout dans les régions qu'affecte plus spécialement le cancer, il était souvent bien difficile de les en distinguer. Il n'est aucun de nous, sans en excepter M. Velpeau lui-même, qui n'ait extirpé de ces tumeurs, dans la pensée que c'étaient des cancers. Puis, quand on les examinait après l'opération, on trouvait bien parfois que leur aspect n'était pas celui des tumeurs cancéreuses bien caractérisées : il n'y avait pas de suc, le tissu était plus grenu, plus élastique. Mais, en définitive, on ne savait trop comment les caractériser; on ne s'arrêtait à l'idée qu'elles étaient de nature fibreuse, qu'elles pouvaient dégénérer et passer à l'état de squirre. Plus tard, enfin, quand les malades étaient radicalement guéris après l'opération, on se berçait de l'idée qu'on avait traité et guéri des cancers.

Depuis lors, ces tumeurs ont été beaucoup mieux étudiées; mais c'est seulement depuis que le microscope nous en a révélé la structure intime. On en a constaté l'existence dans toutes les régions du corps où existent des glandes; à la mamelle d'abord, où elles sont très-communes; aux glandes salivaires et surtout à la parotide; aux glandes muqueuses des lèvres, des joues, du voile du palais, du rectum; au cas de l'utérus lui-même où elles ont été bien étudiées par M. Robin. Or, la nature de ces tumeurs étant une fois bien connue, n'a-t-il pas été plus facile aux chirurgiens d'en étudier l'origine, la marche, l'évolution, les caractères cliniques, et d'agir enfin contre elles avec plus de précision et de sécurité?

Certes, je suis loin de penser que la science ait dit son dernier mot à cet égard, et que nous n'ayons plus rien à désirer sur la connaissance des tumeurs soit bénignes, soit malignes. Mais on peut espérer que des travaux persévérants nous conduiront tôt ou tard à la découverte complète de la vérité.

Appliqué depuis peu d'années seulement à l'anatomie pathologique, le microscope a déjà produit d'heureux résultats. La jeune école, comme l'appelle M. Velpeau, est donc dans une voie bonne. Il faut qu'elle y persévère et qu'elle y marche résolûment; chaque jour aura son progrès.

La parole est à M. Leblanc.

M. Leblanc. Je désire donner quelques développements aux propositions que je n'ai fait qu'indiquer dans la dernière séance, afin de venir au secours du microscope, qui m'a rendu de véritables services.

On se rappelle que relativement à la nature intime des tissus qui doivent être qualifiés de tissus cancéreux, je ne partage pas l'opinion des micrographes, qui pensent qu'il n'y a cancer que lorsqu'ils trouvent l'élément hétéromorphe appelé par eux cellule cancéreuse. J'ai laissé au mot cancer une signification plus étendue; j'ai appelé de ce nom toutes les lésions graves qui ne guérissent jamais spontanément, qui se propagent et se généralisent, lésions qui se manifestent par des caractères physiques particuliers à chaque espèce de tissu.

Pour déterminer ces caractères le plus sûrement possible, doit-on seulement s'aider de l'œil nu et de la main, ou ne vaut-il pas mieux se servir du microscope comme auxiliaire? J'ai dit que ce dernier moyen d'investigation m'avait paru très-utile et m'avait fait éviter des erreurs de pronostic surtout. Je suis convaincu qu'il est beaucoup plus fidèle qu'on ne l'a dit ici, notamment pour ce qui regarde la lésion à laquelle les micrographes ont consacré la dénomination de cancer. J'en dirai autant pour les lésions mélaniques. Le microscope m'a toujours démontré qu'il y avait coïncidence entre les caractères constatés à l'œil nu et par le toucher et ceux reconnus par l'instrument même. Il m'a de plus éclairé lorsque, par l'exploration ordinaire je jugeais faussement; quand, par exemple, certaines tumeurs avaient tous les caractères apparents de la bénignité et que cependant elles repullulaient. J'ai constaté souvent ce fait pour les tumeurs des mamelles, qui se montrent si fréquemment chez les chiennes. Je croyais avoir affaire à une tumeur purement hypertrophique, et presque toutes les fois que le microscope y découvrait des éléments cancéreux, je voyais survenir une ou plusieurs nouvelles tumeurs et toutes les conséquences d'une affection cancéreuse.

C'est l'examen de ces espèces de tumeurs mixtes qui m'avait fait dire dans une des dernières séances que je n'étais pas loin de croire à la transformation des tumeurs bénignes en tumeurs malignes. Je dois m'expliquer sur l'idée que j'attache à ce mot transformation. Je ne veux pas dire que les éléments se déforment, se modifient, ce qui n'arrive jamais, mais seulement qu'il y a substitution d'un élément à un autre. Ce n'est pas seulement pour l'élément cancéreux que je fais cette remarque, c'est pour tous les éléments hétéromorphes ou homœomorphes. Parmi les lésions que je considère comme cancéreuses, il y en a un assez grand nombre qui ne consistent que dans la substitution d'un élément homœomorphe anormalement placé à un autre élément homœomorphe qui a disparu en partie de la région devenue malade. C'est ce qui arrive dans les cancers épithéliaux et fibro-plastiques. Il n'est donc pas nécessaire qu'il y ait présence d'un élément spécial hétéromorphe pour qu'il y ait cancer. La condition capitale est une disposition vitale morbide spéciale. Mais il y a des conditions secondaires qui ont bien leur importance et que le microscope est très-propre à faire reconnaître. Ce sont des accumulations anormales d'éléments normaux qui se trouvent placés en proportions diverses dans des régions où ils ne doivent pas exister dans l'état de santé.

M. Leblanc cite ici quelques faits de tumeurs mixtes de ce genre qu'il avait crues d'abord bénignes, et après l'ablation desquelles il a vu succomber les animaux aux suites d'une repullulation et de la cachexie cancéreuse.

D'un autre côté, bien des fois M. Leblanc a excisé des tumeurs bénignes, c'est-à-dire des tumeurs où ne se trouvait pas l'élément cancéreux, sans qu'il y ait observé de récidives. Ce n'est pas seulement l'hypertrophie mammaire qu'il a vue coexister avec la cellule cancéreuse, soit dans la même région, soit dans des régions éloignées. L'union des tumeurs fibro-plastiques, des tumeurs épithéliales, des tumeurs mélaniques n'est pas rare. M. Leblanc cite, entre autres, un cas très-curieux qui prouve à la fois : 1° qu'il y a des cancers fibro-plastiques, c'est-à-dire des lésions fibro-plastiques qui se répètent plusieurs fois, soit à la même place, soit dans des points différents; 2° que ces sortes de cancers coexistent chez le même individu avec des tumeurs cancéreuses vraies reconnues telles par l'examen ordinaire et par le microscope; 3° que chacune de ces variétés de cancer a une gravité différente.

J'ai dit un peu plus haut, ajoute M. Leblanc: que l'aspect extérieur et même intérieur des tumeurs n'était pas toujours assez caractéristique pour que l'on pût se prononcer sur leur nature intime. Quoique j'aie une grande habitude, je me suis trompé tout d'abord, et ce n'a été souvent que le résultat heureux ou malheureux observé à la suite du développement des tumeurs qui m'a éclairé sur le véritable caractère de bénignité ou de malignité de l'affection. Je parle du temps où je ne me servais pas du microscope.

Je n'ai pas été seul à éprouver des embarras de ce genre. Cela a dû arriver à bien d'autres, et aux plus habiles. N'avons-nous pas vu M. Velpeau hésiter à se prononcer sur la nature d'une tumeur qu'il a présentée dernièrement à l'Académie?

Je conclurai, pour ce qui est relatif au diagnostic et surtout au pronostic du cancer, qu'il est de première importance de combiner les investigations microscopiques avec l'exploration à l'œil nu et par le toucher.

Quant à la curabilité des lésions cancéreuses, la pathologie vétérinaire en présente peu d'exemples bien formels. Les faits favorables que je pourrais citer ont eu pour sujets des animaux opérés de très-bonne heure, alors que le mal était très-probablement local et peu développé.

Les chances de non-récidive pour les tumeurs excisées de bonne heure m'amènent tout naturellement à conseiller d'opérer le cancer le plus tôt possible. La médecine comparée est comme la médecine de l'homme : elle ne connaît d'autre remède contre le cancer que la destruction des tissus malades.

M. Barth présente une pièce pathologique que lui a adressée M. Aumssat. C'est une tumeur qui siégeait aux parties génitales d'un jeune homme de 11 ans. M. Barth se demande si elle est constituée ou non par le testicule. L'aspect de la coupe est encéphaloïde, mais il n'y a pas de suc cancéreux. C'est donc un de ces cas qui fournissent au praticien des sujets de doute. Examinée par deux micrographes et M. Barth lui-même, on n'a pu y découvrir les éléments du cancer. Il y a bien des cellules fusiformes, des corpuscules analogues au noyau du cancer; mais les deux anatomistes auxquels M. Barth a soumis la tumeur, l'ont déclarée fibro-plastique, mais de la plus mauvaise espèce. Du reste, la mère du jeune homme est censée morte d'un cancer de l'estomac; un aïeul serait mort aussi d'un cancer : voilà de fâcheux antécédents. On ne peut, dans ce cas, rien affirmer. Lorsque le microscope donne un résultat affirmatif, il vaut bien plus que dans les cas où il se prononce négativement. L'orateur reprend, à cette occasion, son dernier discours : il ne faut évidemment pas repousser le microscope, il a rendu des services, en indiquant des éléments qui ont servi à classer les tumeurs en espèces et en variétés.

Seulement il semble qu'il y a une tendance à aller trop loin. On sépare ainsi des tumeurs qui n'offrent de différence que dans l'un des éléments. Dans le cas présent, la tumeur est évidemment de nature maligne; si elle n'est de nature cancéreuse, elle en est au moins très-voisine. Les tumeurs épithéliales de même, si elles ne renferment d'éléments du cancer, s'en rapprochent beaucoup plus que des tumeurs bénignes. Il y a ce grand inconvénient quand on regarde au microscope, que l'on perd de vue l'ensemble de la tumeur. D'autre part, la forme des éléments a des caractères si incomplets, qu'il reste souvent une grande incertitude après le plus minutieux examen. Ce moyen précieux d'investigation n'a donc lui-même pas une valeur absolue. Et puis voyez l'inconvénient dans les cas où une famille demande le pronostic; s'agit-il d'une tumeur épithéliale, les micrographes diront : Il y a là une tumeur, mais non une maladie. Cependant cette tumeur est autre chose qu'une affection purement locale. En terminant, je demande la permission de repousser l'intention que l'on m'a prêtée, de comparer l'auscultation au microscope. J'ai comparé un fait : mais un râle peut appartenir à plusieurs maladies, et

c'est alors sur d'autres moyens que l'auscultation qu'il faut asseoir le diagnostic d'une maladie.

M. Velpeau a la parole pour présenter des pièces.

M. Velpeau : Je viens encore une fois, preuve en main, montrer qu'il est facile, dans certains cas, de diagnostiquer certaines tumeurs sans le secours du microscope. J'ai dit avoir porté de ces diagnostics, et que le microscope est venu après me donner raison ; mais j'ai eu soin de dire que j'entendais parler de ces tumeurs que l'on peut aisément reconnaître par leurs caractères tranchés. Les tumeurs dont j'ai parlé, que j'ai mentionnées, ne laissaient jamais de doute à cet égard. Voici un squirre : il n'est pas un externe qui ne puisse le diagnostiquer. En voici une seconde; il pourrait y avoir du doute; s'il s'était agi d'une jeune femme, on eût pu croire à une hypertrophie glandulaire. Mais dans les conditions d'âge où se trouve la malade, il n'est pas douteux que ce soit du squirre. Je la fais examiner au microscope parce que la question est à l'étude, mais ma conviction est arrêtée sur la nature de la tumeur. Voici un cancroïde : ce n'est pas du cancer, mais il suffit de regarder pour se convaincre qu'il n'est pas bénin.

M. Gerdy prend la parole et proteste contre les dernières observations de M. Velpeau. Toutes les pièces sont, au contraire, dit-il, de nature très-équivoque, et rien ne justifie la hardiesse de ce diagnostic.

La séance est levée à cinq heures.

VARIÉTÉS.

MOUVEMENT DU CHOLÉRA DANS PARIS ET DANS LES COMMUNES RURALES.

Octobre...	20	21	22	23	24	25	26
Admissions aux hôpitaux	2	7	5	5	6	3	13
Cas déclarés à l'intérieur	3	6	4	3	4	4	2
Totaux........	5	13	9	8	10	7	15
Décès : Dans les hôpitaux civils..	7	8	13	1	6	8	5
— militaires..	1	2	2	1	1	0	1
A domicile : 1er arrond...	2	0	1	0	0	0	0
2e —	1	0	0	1	0	2	1
3e —	0	1	2	1	0	0	1
4e —	0	0	0	0	0	1	0
5e —	1	0	2	2	2	0	0
6e —	2	0	1	1	0	1	3
7e —	2	1	1	4	0	1	1
8e —	1	1	2	1	1	0	2
9e —	2	0	0	1	0	1	1
10e —	1	0	0	0	0	1	0
11e —	1	1	0	0	0	0	0
12e —	1	0	0	1	0	1	2
Communes rurales.....	0	0	0	0	0	0	0

RÉCAPITULATION DES DÉCÈS CHOLÉRIQUES :

Octobre..	20	21	22	23	24	25	26
Dans les hôp. civils et militaires...	8	10	15	2	7	8	6
A domicile et dans les comm. rurales.	14	4	9	12	3	8	11
Totaux généraux des décès...	22	14	24	14	10	16	17

RÉCAPITULATION DEPUIS LA RECRUDESCENCE JUSQU'AU 26 OCTOBRE.

Admissions dans les hôpitaux civils..	4,565	6,595
Cas déclarés à l'intérieur	2,030	
Décès dans les hôpitaux civils.....	3,402	11,101
— — militaires..	622	
— à domicile..........	4,620	
— dans les communes rurales.	2,457	

— Nouvelles médicales de l'armée d'Orient. — A la suite de la bataille d'Alma, on a envoyé à Constantinople, dans les hôpitaux de Péra, de Dolma-Baxi, de Kandidjé, environ 8 à 900 blessés français et 300 blessés russes. Les Français sont en général beaucoup moins grièvement blessés que les Russes. Il y a eu des plaies de toute espèce, et c'est une grande et belle chirurgie que celle que sont appelés à faire les chirurgiens de l'armée envoyés à Constantinople tout exprès pour pourvoir aux éventualités d'un service chirurgical considérable, où les amputations et les autres grandes opérations se comptent par centaines.

M. le docteur Scoutetten, qui dirigeait le service de l'hôpital de Péra, a obtenu, sur sa demande, du directeur du service de santé de l'armée, M. Michel Lévy, d'être envoyé en Crimée pour diriger le service chirurgical pendant les opérations du siége de Sébastopol.

Les chirurgiens militaires actuellement chargés des services les plus importants sont MM. Legouest et Mounié, tous deux professeurs au Val-de-Grâce, détachés temporairement à Constantinople, M. Morgue, chirurgien en chef de l'hôpital de Péra, et MM. les docteurs Valette et Volage.

Constantinople est devenu le grand centre d'évacuation de l'armée, sous l'habile direction de l'inspecteur médical chargé de l'organisation du service hospitalier et de celui des ambulances, de vastes casernes turques se sont transformées en hôpitaux pourvus d'un matériel énorme. On a ainsi pourvu au logement de 2 à 3,000 malades fiévreux ou blessés.

Les hôpitaux de Varna commencent à être évacués ; ils contiennent cependant encore de 12 à 1,500 malades.

Parmi les pertes de l'armée, on cite un colonel de zouaves emporté par le choléra. Un sous-intendant militaire est mort des suites d'une amputation de la cuisse. Un jeune médecin militaire du plus bel avenir, M. le docteur Bailly, médecin aide-major, est mort du choléra, dont il avait été atteint à l'ambulance de la première division de l'armée en Crimée.

Il paraîtrait, d'après ces nouvelles, que l'épidémie, qui avait complétement cessé ses ravages avant le départ de l'expédition, se serait de nouveau développée en Crimée. Toutefois, nous pouvons dire que les faits qui sont venus à notre connaissance sont loin d'indiquer jusqu'ici que le fléau doive se développer de nouveau avec intensité. On annonce le départ prochain de l'inspecteur Michel Lévy pour la Crimée.

Les affections chroniques du tube intestinal sont les seules qu'on observe en ce moment dans les hôpitaux de Constantinople. Ce sont des diarrhées chroniques, des dyssenteries qui passent facilement à l'état chronique, quelques cas de choléra lent et adynamique, à phénomènes torpides bien marqués, avec peu de crampes, peu de vomissements, et ordinairement une diarrhée très-abondante.

Les Anglais ont un vaste établissement hospitalier à Scutari ; ils peuvent y recevoir environ 2,000 malades ; ils y sont à court de matériel et surtout de personnel.

— Une correspondance particulière de la Presse, datée de Constantinople, le 12 octobre, rapporte les faits suivants :

« Je puis vous donner aujourd'hui des renseignements exacts sur l'état de nos hôpitaux ; vous pouvez regarder comme officiels les chiffres que je vous transmets.

» Le nombre des blessés envoyés de la Crimée s'élève au chiffre de 1,064 hommes.

» Il y a en ce moment :

» A l'hôpital de Péra.	509 hommes.
» A l'hôpital de Dolma-Baqthé.	352
» A l'hôpital de Quandidjé.	116
» A l'hôpital de Ramis-Tchiflik.	5
» A l'hôpital de Maltépès.	7
» Au dépôt des convalescents de Daoud-Pacha.	75
Total.	1,064

» On compte parmi ces blessés 182 Russes. Je vous ai entretenu des excellentes dispositions prises longtemps à l'avance par le chef du service de l'intendance militaire à Constantinople, M. Dubut. Ces mesures, jointes aux soins éclairés des savants médecins envoyés de France, au dévouement de tout le personnel hospitalier, ont eu pour résultat de réduire sensiblement la mortalité normale. Au 9 octobre, le nombre total des morts n'avait pas dépassé 50, c'est-à-dire moins de 1 décès sur 19 blessés. Les opérations chirurgicales ont été conduites avec une remarquable habileté : sur 99 amputations pratiquées, on ne compte que 11 décès. Parmi 23 amputés sur le champ de bataille d'Alma, et transportés à Constantinople, 6 seulement ont succombé. Les Russes, qui se préoccupent moins de l'avenir que nos soldats, qui éprouvent un bien-être dont ils n'ont jamais éprouvé les bienfaits, résistent mieux aux suites des amputations.

» L'arrivée d'un certain nombre de cholériques envoyés de la Crimée inspirait des craintes sérieuses. Mais M. Levy, directeur du service de santé de l'armée, a fait disparaître, par une sage mesure, toutes les appréhensions et tous les dangers. Les cholériques ont été isolés sous des tentes, et la terrible maladie dont ils étaient atteints ne s'est point propagée. Cette méthode avait déjà été expérimentée, du reste, à Varna ; les conséquences en sont complètes et décisives.

» Sous les tentes, où l'aération est complète et continue, on a perdu un tiers des malades, tandis qu'on en a perdu deux tiers dans les hôpitaux. Les derniers cholériques venus de la Crimée sont, au reste, convalescents. L'épidémie, après une violente recrudescence, décline sensiblement.

» L'état général des blessés est satisfaisant ; leur moral est excellent. J'en suis émerveillé chaque fois que je visite nos braves soldats : on les retrouve, sur leurs lits de douleur, avec toutes leurs qualités du champ de bataille. Les consolations ne leur manquent pas. Les sœurs de charité et les infirmiers rivalisent de soins et d'attentions. Les ministres ottomans ont fait plusieurs visites dans les hôpitaux, et M. le chargé d'affaires de France se trouve souvent parmi nos pauvres blessés.

— Le Journal de Saint-Pétersbourg annonce que, vu l'affaiblissement de l'épidémie du choléra à Moscou, le gouverneur général militaire a ordonné la fermeture du dernier des hôpitaux provisoires établis dans cette ville.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

CURABILITÉ DU CANCER. — VALEUR DIAGNOSTIQUE DU MICROSCOPE.

(Troisième article. — Voir les nos 42 et 43.)

La Gazette Médicale n'a pas perdu une occasion de le répéter : la tendance scientifique de notre époque, surtout en ce qui concerne la médecine, est de matérialiser l'observation ; la formule que nous avons reproduite maintes fois s'adapte on ne peut mieux à la discussion actuellement ouverte devant l'Académie. *La matière* et *les sens*, telle est, avons-nous dit à plusieurs reprises, l'expression la plus générale, et nous osons ajouter, la plus juste de la recherche scientifique contemporaine. N'en avons-nous pas la plus éclatante confirmation dans les efforts tentés par le microscope pour la détermination du cancer? Nos prédécesseurs immédiats, c'est-à-dire l'école anatomo-pathologique, regardaient la matière à l'œil nu, ils la disséquaient à l'aide du scalpel; les micrographes la regardent sous la lentille, ils la dissèquent sur le porte-objet. N'est-ce pas le même procédé de recherche, avec cette différence qu'au lieu de n'examiner qu'une *parcelle* extérieurement, l'école anatomo-pathologique regardait *le tout* au dedans et au dehors? Or, qu'a produit cette école, qui a eu tant d'influence et de retentissement? Un orateur l'a dit dans la dernière séance : rien ou presque rien. A ce point que Bérard et Blandin, deux des élèves les plus en renom de la doctrine, s'insurgeaient contre leur maître, M. Cruveilhier, lui déclarant n'être pas en état de distinguer, à l'amphithéâtre, le squirre de la simple tumeur fibreuse. C'était pourtant là la conclusion, le produit net d'un demi-siècle de recherches, et de recherches illustrées par des noms tels que ceux de Bayle, Laennec et Dupuytren. Cela voulait dire, ce nous semble, que la voie où s'étaient égarés ces esprits d'élite n'était pas celle du vrai progrès. Or que font ceux que l'on appelle la jeune école de Paris, si ce n'est continuer leurs prédécesseurs immédiats, l'école anatomo-pathologique, avec cette différence, nous le répétons, qu'ils regardent des molécules organiques au lieu de l'organe entier, et qu'ils se servent du microscope à la place de l'œil nu? Mais, dans les deux cas, qu'est-ce autre chose que la matière et les sens, c'est-à-dire la continuation, sous une forme plus ténue et plus délicate, du matérialisme scientifique qui caractérise à un si haut point la médecine contemporaine? On peut donc, sans sortir d'une induction rigoureuse, prévoir que l'anatomie pathologique continuée par le microscope n'aboutira pas à des résultats plus riches et plus certains que ceux obtenus par l'anatomie pathologique qui se servait exclusivement de l'œil nu.

Qu'on n'infère pas de cette opinion l'idée que le microscope serait à nos yeux inutile ou superflu. Nos précédentes déclarations sont là qui témoignent du contraire : nous pensons simplement que ceux qui regardent aujourd'hui le cancer à travers le microscope, comme ceux qui le regardaient précédemment à l'œil nu, sont mal inspirés dans leur examen, qu'ils demandent aux sens et à la matière autre chose que ce qu'ils peuvent donner; car nous ne repoussons pas plus le microscope que les yeux, que le toucher, que l'intervention de tous les sens; tous sont des moyens d'information d'une utilité incontestable, mais relative; toutefois il faut se garder d'attribuer au premier le privilége de fournir à lui seul le diagnostic *scientifique*, en laissant aux seconds exclusivement le service du diagnostic *pratique*. Nous n'avons peut-être pas compris la portée de cette distinction sur laquelle a beaucoup insisté un des orateurs entendus dans la dernière séance; pour nous, en effet, il n'y a qu'un seul diagnostic qui est à la fois scientifique et pratique : c'est le diagnostic vrai; et tous les moyens propres à y conduire sont également scientifiques. Mais l'orateur auquel nous faisons allusion, comme tous ceux qui ont voulu soutenir la prééminence du microscope, n'a pas paru disposé à accepter les restrictions que nous avons mises à l'utilité et au concours de ce précieux instrument. Le microscope, avons-nous dit, n'est qu'une extension de l'œil, et il n'est propre qu'à révéler de nouveaux aspects, de nouveaux caractères de l'objet regardé. Là est la véritable portée, la véritable signification des services qu'il peut rendre.

Deux orateurs ont occupé la dernière séance. Le premier, M. Larrey, plus sympathique qu'opposé au microscope, n'a pas cherché à motiver ses préférences; mais il a témoigné le désir qu'un délégué de la micrographie fût admis, comme une espèce de commissaire de la méthode, à la défendre devant l'Académie; les habitudes et les règlements de la compagnie ne paraissent guère devoir favoriser cette innovation, qui n'aurait sans doute aucun résultat. Et comme pour légitimer la nécessité de cette intervention, l'honorable membre a rapporté l'histoire de deux cas de tumeurs dites fibro-plastiques, dont l'une aurait guéri après une simple récidive sur place; et dont l'autre, au contraire, après trois repullulations locales, aurait donné lieu à une infection générale, et consécutivement à une manifestation multiple et successive de prétendues tumeurs fibro-plastiques, terminées par la mort. Inutile d'ajouter que, dans les deux cas, le microscope n'avait découvert ni cellule, ni noyau, mais simplement du tissu homœomorphe, c'est-à-dire du tissu cellulaire. L'argumentation de M. Larrey a donc laissé les choses où elles étaient. Nous en dirions autant du second orateur, si, par déférence pour les efforts qu'il a faits et les développements dans lesquels il est entré, nous n'étions tenu à motiver cette opinion.

Voulant fixer un point de départ et un point d'arrivée aux services rendus par le microscope, M. Malgaigne a évoqué les différentes écoles depuis l'Académie de chirurgie jusqu'à nos jours, la première représentée par Boyer, l'école italienne par Scarpa, l'école anglaise par Abernethy et sir Astley Cooper. Puis il en est venu à l'école anatomo-pathologique personnifiée dans Bayle et Laennec, et aboutissant à M. Cruveilhier. Ce sont là de beaux noms; et l'on s'attendait à voir sortir de cette évocation quelques conclusions nettes et précises propres à résumer et caractériser les différentes phases de l'étude du cancer. Au lieu de cela, l'orateur s'est complu à rappeler, en les critiquant, les divisions matérielles proposées par chacun de ces grands chirurgiens, sans se demander s'il y avait au fond de ces différences nominales quelques idées, quelques vues exprimant une différence de doctrines. Cette recherche n'était pas sans intérêt, et toute stérile qu'elle eût été en produit net pour la connaissance du cancer, elle aurait au moins servi à montrer la filiation, le rapport, l'identité ou l'opposition des doctrines

FEUILLETON.

LA TARTARIE ET LE TIBET.

(Suite. — Voir les nos 40 et 43.)

III. — Médecine et médecins.

L'une des impressions les plus vives, les plus saisissantes que j'aie éprouvées dans ma vie, fut celle que je ressentis lors de mon voyage au Sahara algérien, quand, après plusieurs longues journées sur des plages sans eau et sans verdure, je vis tout à coup surgir, derrière les arides rochers, une verte oasis, avec ses élégants palmiers, ses ruisseaux murmurants et son pittoresque village fortifié. Au désert tartare, c'est un spectacle d'une autre physionomie qui surprenait de temps en temps les deux missionnaires. Au détour d'un monticule pierreux, ils apercevaient soudain dans la plaine ou le long de la colline, une ville étrange, peuplée quelquefois de 5 à 6,000 habitants, formée de blanches et modestes maisonnettes groupées autour de quelques temples bouddhistes à la fantastique et grandiose architecture. Pas une femme n'habite ces cités des Mille et une nuits; il n'en sortique de graves et bizarres personnages, vêtus de longues robes et portant une mitre jaune sur leur tête rasée. L'origine de ces villes n'est pas moins étonnante que leur existence; quelques pauvres frères se mettent un beau jour à quêter par le pays, et bientôt ils ont amassé assez d'or pour ériger une de ces villes mystérieuses, dont les secrets vont tomber devant quelques simples explications. Ce sont des Lamaseries, sortes de couvents d'hommes, villes de lévites célibataires, et en même temps universités tartares ou tibétaines, dernier titre auquel ces vastes établissements doivent fixer quelques instants notre attention.

Je ne puis mieux comparer les Lamaseries qu'aux écoles du moyen âge, qui se régissaient par elles-mêmes, à peu près sans contrôle, et avaient leurs priviléges et leurs libertés, quelquefois aussi leurs dissensions intestines, leurs guerres entre elles et même contre le gouvernement.

Un Bouddha vivant, véritable dieu incarné, gouverne la Lamaserie, avec l'aide de certains fonctionnaires qui sont comme ses grands officiers. Le reste se divise en deux classes, celle des Lamas-maîtres ou Pères Lamas et celle des Lamas-disciples, frères Lamas, appelés *Chabis* dans la langue du pays. Chaque Père a plusieurs novices sous ses ordres. Les novices habitent avec lui sa maison, mènent paître ses troupeaux, font sa cuisine, soignent les vaches, se chargent en un mot de toutes les obligations domestiques, et reçoivent en échange de leurs services des leçons du maître Lama. Chaque matin, le Chabi, après avoir balayé la chambre et fait le thé, prend son livre et vient le présenter humblement au maître devant lequel il se prosterne plusieurs fois. Celui-ci en lit quelques pages qu'il commente s'il le juge à propos, et renvoie son élève qui doit revenir le soir réciter sa leçon. Le silence du professeur est le seul témoignage approbatif qu'il donne au Chabi dont il est satisfait; à la moindre manque, le terrible pédagogue a recours aux plus sévères punitions, parmi lesquelles les coups figurent en première ligne. Quelquefois les disciples, las d'être roués, quittent leur maître farouche et s'en vont querir des leçons dans une autre Lamaserie; mais le plus sou-

qui ont présidé à la détermination des tumeurs malignes, depuis l'Académie de chirurgie jusqu'à nos jours. Chacun pourra voir au compte rendu comment, après ce préliminaire historique, qui n'a manqué, du reste, ni de verve, ni d'originalité, M. Malgaigne est parvenu à établir ce que l'on sait aujourd'hui à l'endroit des tumeurs malignes est le fait du microscope. Quelques personnes ont trouvé cette opinion difficile à concilier avec cet aveu du même orateur, que l'école micrographique a été obligée, de reculade en reculade, d'accepter pour les cancroïdes, pour les tumeurs épithéliales et fibro-plastiques, le double fait de la récidivité et de l'infection générale, si peu en harmonie avec la découverte du tissu homœomorphe ou connectif, dont, au dire des micrographes, ces tumeurs seraient exclusivement composées.

Il y aurait peut-être moyen cependant de sortir de cette impasse où partisans et adversaires du microscope s'épuisent en efforts stériles. Ce moyen, nous allons essayer de l'indiquer : c'est la recherche étiologique substituée à l'examen anatomique.

Jusqu'ici personne n'a songé à se demander ce que c'est que le cancer, non pas pour le définir, ce qui est une puérilité scolastique, mais pour le connaître et le guérir. Et qu'on le remarque bien, il ne s'agit pas ici de la guérison chirurgicale, qui n'en est pas une, mais de la vraie guérison, de celle qui va à l'élément générateur, au vice cancéreux. Nous venons d'écrire un mot qui fera frémir les esprits forts, ennemis de l'ontologie, et pour qui, sans lésion anatomique, il n'y a point de maladie. Cependant, il faut bien le répéter, la vérité se cache précisément sous cette appellation surannée, et c'est à l'aide de ce provisoire, de cet X, de ce vice cancéreux, en un mot, qu'on parviendra à sortir les esprits de la voie funeste où ils sont engagés. Oui, le vice cancéreux est la condition logique du progrès; c'est-à-dire que tant qu'on n'admettra pas préalablement à toute investigation anatomique un élément spécifique représenté provisoirement par le mot de vice cancéreux, on retombera dans cette méprise de l'école de Broussais qui considérait le bubon vénérien comme une simple adénite. N'est-ce pas ce qu'ont fait, sans s'en douter, les micrographes, qui n'ayant trouvé, dans les tumeurs fibro-plastiques, que les éléments du tissu cellulaire, les ont impitoyablement rayées de la classe des cancers, pour les étreindre dans celle des tumeurs homœomorphes. Pour être conséquents avec eux-mêmes, n'est-ce pas ce qu'ils devraient faire à l'égard des mêmes bubons vénériens, puisqu'ils n'y découvrent que des éléments hypertrophiques? Nous avions donc raison de dire que la micrographie est la continuation de l'anatomie pathologique : ses moyens et ses conclusions à l'égard du bubon vénérien ne sont-ils pas les mêmes, c'est-à-dire que de part et d'autre on est forcé de supprimer l'élément étiologique essentiel, parce qu'on ne l'aperçoit ni à l'œil nu ni au microscope, et qu'on est forcé de s'en tenir à ce qu'on voit, c'est-à-dire à l'élément anatomique exclusivement? Cependant il y a pour le cancer, comme pour la tumeur syphilitique, un principe essentiel, un vice qui précède et domine son existence matérielle; cela étant on est bien obligé de demander à l'esprit ce que la vue, avec ou sans microscope, est incapable de révéler. Oui, le vice cancéreux comme le vice syphilitique ne se voit point : il se déduit, il se conclut d'un ensemble de caractères; il se dévoile à chaque pas, dans le mode d'invasion, la marche, la succession des symptômes, et jusque dans l'altération organique qui leur fait suite. Ici on est bien obligé de relever une inadvertance philosophique de M. Malgaigne, qui a taxé d'erreur monstrueuse cette loi attribuée à Bichat par M. Robert, à savoir : que les maladies, différant par leur marche, leurs symptômes, diffèrent aussi par leurs altérations organiques, et *vice versâ*. Il y a longtemps que nous avons pris cette maxime pour épigraphe de nos travaux; et s'il est pour nous une vérité logique démontrée, c'est bien celle-là, que nous avons formulée comme il suit : la loi de la spécificité des caractères subordonnés à la spécificité des causes, et *vice versâ*. N'en déplaise à M. Robert, nous ne sommes pas aussi sûr que cette loi soit écrite dans les œuvres de Bichat ; mais elle n'en est pas moins à nos yeux la base de toute détermination étiologique. Cette vérité ainsi maintenue, nous répétons donc que la révélation du vice cancéreux comme du vice syphilitique est une conclusion inductive; l'anatomie pathologique, comme la micrographie, doit l'accepter; mais elle n'est en aucune façon de leur compétence.

Ce premier principe posé, il faut se demander si le vice cancéreux est un et absolu, ou si cette dénomination générique, qu'on est convenu de donner à un ensemble de manifestations morbides spécifiques, ne comprend pas, comme le *rhumatisme*, une collection d'éléments analogues par rapport à leur spécificité la plus générale, mais différents, quant à leur essence propre et à leurs propriétés secondaires. Ce qui porte à le croire, c'est la diversité même des formes sous lesquelles se manifeste le vrai cancer : le squirre, l'encéphaloïde, le cancer mélanique, le cancer colloïde, etc. Il est impossible, en effet, d'admettre qu'une cause absolument identique produise des effets si différents; il est, au contraire, logique de supposer que cette diversité d'effets implique une certaine diversité de causes. Et pourquoi pas? Les éléments hétérogènes connus de l'économie, le principe syphilitique, strumeux, variolique, rubéolique, ne témoignent-ils de cette pluralité étiologique ; et les différences que l'on remarque dans la symptomatologie et la caractéristique des tumeurs dites cancéreuses et pseudo-cancéreuses sont-elles d'un ordre inférieur à celles qui ont permis la distinction étiologique des maladies mieux connues.

Mais ce n'est pas tout. Après la différence dans la nature essentielle des causes vient la différence dans le siége anatomique. Non-seulement il peut y avoir plusieurs sortes de cancers par rapport à leurs éléments spécifiques générateurs, mais le point de l'économie où ces éléments sont déposés, l'organe, le tissu, l'appareil qu'ils envahissent sont autant de conditions qui doivent faire varier le produit matériel de la maladie, c'est-à-dire la tumeur, c'est-à-dire le cancer. Ainsi s'expliquerait la différence de symptômes, de gravité, de récidivité des tumeurs de la peau, des lèvres, des muqueuses, des organes celluleux, fibro-celluleux, vasculaires, semi-vasculaires, en un mot de toutes les variétés de composition anatomique révélées par l'observation clinique, le scalpel et le microscope. Il y a là, si nous ne nous trompons, une source de lumières et de progrès propres à utiliser tous les modes d'investigation, chacun dans la sphère de sa compétence et de son utilité, et capable de mettre d'accord les observations en apparence les plus opposées. Il est inutile d'ajouter que ce n'est ni avec les sens et la matière seulement qu'on parviendra à débrouiller ce chaos étiologique, mais avec les produits de tous les moyens d'investigation, classés, coordonnés dans leur ensemble et confiés à l'esprit, qui seul a le droit et le pouvoir d'en donner la signification. La suite de la discussion

---

vent les punitions corporelles sont supportées avec infiniment de patience. Les deux missionnaires ont même ouï dire aux novices que les coups ont bien leur bon côté, car rien n'est aussi propre à bien graver dans la mémoire les leçons du maître.

Outre ces leçons privées, il y a aussi des cours publics dans les Lamaseries. En général, le professeur est bien au-dessous de sa tâche, et le niveau de la science a baissé depuis que ces livres ont été écrits; aussi en théologie et en médecine le maître est-il souvent obligé de se restreindre à une simple lecture qu'il ne peut commenter, faute de ne la pas comprendre suffisamment. Au Thibet les études sont plus fortes, aussi les Lamas thibétains jouissent-ils d'une grande réputation en Tartarie.

La discipline est sévère dans les cours publics comme aux leçons particulières. Pendant que le professeur est en chaire, les Lamas censeurs, sortes d'adjudants ou de maîtres d'étude, se tiennent debout, appuyés sur une baguette de fer, l'œil aux aguets pour saisir la moindre infraction. Une admonestation verbale est bientôt suivie d'un coup de la verge de fer, si l'élève se montre un peu récalcitrant.

Les cours durent longues années; dans les Lamaseries on étudie presque toute sa vie. Le scolarité de chaque année se termine par une sorte de thèse publique soutenue par un des élèves les plus éminents; chacun l'attaque, non-seulement sur l'objet traité dans la thèse, mais sur toute espèce de sujet. Le vainqueur monte sur les épaules du vaincu et fait ainsi triomphalement le tour de la Lamaserie, le cavalier au bruit des applaudissements et la monture aux rumeurs moqueuses de la foule.

L'enseignement universitaire des Lamaseries comprend deux facultés, celle de théologie et celle de médecine. L'enseignement médical est indivis; mais ce que nous rangeons sous le terme générique de théologie se partage en trois branches, qui sont d'abord le *mysticisme* ou la science de la vie contemplative et l'étude de la vie des saints bouddhistes. Les Lamas contemplatifs sont bien les gens les plus curieux qu'on puisse voir; les solitaires de la Thébaïde n'étaient rien près d'eux. Il en est qui se bâtissent une sorte de nid suspendu au flanc vertical d'un rocher, détruisent l'échelle sitôt que leur demeure est terminée, et se séquestrent ainsi à tout jamais du monde : un trou laisse passer leurs exonérations qui s'accumulent comme la fiente des moineaux sous les gouttières; une corde sert à leur monter leur nourriture, et c'est ainsi qu'ils vivent, à contempler le ciel et à méditer sur Bouddha, jusqu'à ce qu'un jour la corde, qui ne descend plus, annonce aux pieux nourrisseurs que la demeure du saint est devenu son tombeau. Après le *mysticisme* vient la *liturgie*, ou l'étude des cérémonies religieuses; puis enfin la faculté des *prières*, la première de toutes en prééminence. Pour dire de longues prières sans courir le risque de gagner une laryngite, l'habile faculté a inventé une très-ingénieuse machine à prier, énorme mannequin qui oscille sur lui-même au moindre mouvement qu'on lui imprime, et que tapissent de longues pancartes de prières. On pousse la machine qui se met en mouvement, on vaque à ses affaires, et tout le temps que le multiplicateur oscille, on a autant de mérite que si l'on récitait soi-même avec ceci toutes les patenôtres affichées sur le mannequin. Qu'il est regrettable que les missionnaires ne nous aient pas initiés à quelques-unes des pratiques médicales de

montrera jusqu'où ce projet de réforme dans l'étude scientifique et clinique du cancer pourra utilement être poursuivi et développé.

JULES GUÉRIN.

STATISTIQUE.

RECHERCHES SUR LE NOMBRE DES VICTIMES DE LA FOUDRES, ET SUR QUELQUES PHÉNOMÈNES OBSERVÉS CHEZ LES HOMMES ET CHEZ LES ANIMAUX FOUDROYÉS; par M. BOUDIN, médecin en chef de l'hôpital militaire du Roule. (Mémoire lu à l'Académie des sciences, séance du 23 octobre.)

Le mémoire que nous avons l'honneur de soumettre à l'appréciation de l'Académie a pour objet d'appeler l'attention :

1° Sur le chiffre élevé des victimes de la foudre et des accidents causés par ce météore;

2° Sur quelques phénomènes particuliers observés chez les hommes et les animaux foudroyés.

Si les moyens capables de protéger l'homme, les édifices, les navires, contre le tonnerre, sont trop souvent négligés, c'est que l'on ignore assez généralement l'étendue du mal.

D'autre part, l'histoire médicale de la fulmination a été jusqu'ici si peu étudiée, que les signes auxquels on peut reconnaître la mort par la foudre ne se trouvent consignés dans aucun traité de médecine légale.

A ce double titre, notre lecture ne sera peut-être pas dépourvue d'un certain intérêt d'actualité.

« Le nombre des victimes de la foudre est assez restreint, disait » M. Arago, pour qu'on puisse regarder comme faible la chance de » périr par le tonnerre. Les journaux de 1805 n'annoncèrent pas de » coup de tonnerre mortel en France. En 1806, ils ne parlèrent que de » la mort de deux enfants; en 1807, ils ne citèrent que deux agricul- » teurs foudroyés; en 1808, ils ne firent mention que d'un batelier » tué. »

Voilà quelle était l'opinion de M. Arago.

Selon M. Kæmtz, la crainte du tonnerre ne tient qu'*à des préjugés inculqués aux enfants par des parents ignorants.*

En regard de l'opinion de ces deux savants, si nous interrogeons les faits, nous trouvons que, dans la courte période de 1835 à 1852, la foudre n'a pas tué moins de TREIZE CENT HUIT personnes en France. Nous ne parlons que des individus TUÉS ROIDE.

Quant à nos documents, nous les avons puisés dans les archives même du ministère de la justice. Le nombre des individus tués par la foudre s'est élevé :

En 1835 .... à 111
En 1847 .... à 108.

Mais il est évident que les personnes tuées *roide* sont loin de résumer à elles seules toutes les victimes de la foudre.

En 1797, Volney comptait aux États-Unis, dans un seul trimestre, 17 personnes tuées par la foudre et 84 gravement blessées.

Partant de cette base, nous pensons que le nombre des individus frappés par la foudre doit être au moins trois fois plus considérable que celui des personnes tuées sur le coup.

Il suivrait de là que la moyenne des individus foudroyés en France dépasserait annuellement le chiffre de DEUX CENTS.

En consultant d'autres documents officiels, nous avons trouvé les nombres annuels moyens ci-après de personnes *tuées roide* par la foudre dans d'autres pays :

En Belgique	3
En Suède.......	9,64
En Angleterre	22

Nous avons construit une carte géographique résumant la répartition par départements des morts causées par la foudre.

Il résulte de ce document :

1° Qu'aucun département n'échappe complétement aux accidents de la foudre;

2° Que les accidents sont très-inégalement répartis dans les divers départements;

3° Que le maximum des morts par fulmination correspond aux départements qui concourent à former le plateau central de la France et à quelques autres départements montagneux.

Ainsi, dans la période que nous avons examinée, nous trouvons :

2 décès dans l'Eure;
3 — dans l'Eure-et-Loir et le Calvados.

Tandis qu'ils s'élèvent à :

20 décès dans le Cantal;
24 — dans l'Aveyron;
27 — en Corse;
38 — dans Saône-et-Loire;
44 — dans la Haute-Loire;
48 — dans le Puy-de-Dôme.

L'altitude semble donc jouer un rôle important (1).

D'après 29 cas de foudre tombée à bord des navires à diverses époques de l'année, M. Arago concluait que « *en mer les tonnerres des » mois chauds sont beaucoup moins dangereux que ceux des saisons » froides.* »

En examinant 103 coups de foudre tombée en France sur des personnes, nous avons trouvé la répartition suivante :

Janvier.............	0
Février.............	0
Mars...............	4
Avril...............	6
Mai................	8
Juin...............	22
Juillet.............	13

(1) ...... *Feriuntque summos,*
Fulmina montes.
(Horat., l. II, od. 7, ad Lic.)

ces ingénieuses facultés! Assurément il doit y en avoir, à en juger par cet échantillon, de fort commodes et de fort expéditives, dont les grands praticiens de Paris, qui ne peuvent, les heureux qu'ils sont, suffire à leurs nombreux clients, pourraient peut-être tirer parti pour donner des consultations en masse sans être obligés de paraître eux-mêmes.

Les Lamas exercent seuls la médecine dans la Haute-Asie, comme les marabouts en Algérie. Chez l'un et l'autre peuple, la maladie est réputée due à un démon, *tchutgour*, qui s'est logé dans le corps du patient, et qu'il s'agit de faire déguerpir à l'aide de certaines cérémonies et de quelques remèdes. Parlons d'abord de ceux-ci; les exorcismes nous occuperont en dernier lieu.

Dès que la maladie visite une tente, on fait chercher un médecin à la Lamaserie la plus voisine. Le Lama saisit simultanément l'un et l'autre avant-bras du patient, et tâte le pouls d'une singulière façon; il n'applique pas le doigt sur l'artère pour en apprécier les pulsations, mais il le fait glisser sur le trajet du vaisseau, comme un violoncelliste le long des cordes de son instrument. L'interrogation est courte, ou même fait complétement défaut; le pouls donne au médecin toutes les indications désirables. Dès lors, suffisamment édifié, il formule le traitement qui se réduit toujours à des poudres végétales, à des gelées, à des infusions ou décoctions, à des pilules tirées du même règne, car les minéraux n'entrent pas dans la matière médicale tartare. Quand le Lama médecin, qui est aussi apothicaire, a épuisé sa provision, il ne reste cependant pas au dépourvu : un petit morceau de papier sur lequel est inscrit le nom de la substance absente, est tortillé en forme de pilules, mouillé avec la salive du Lama, et administré ainsi au patient, auquel l'étiquette est réputée faire tout autant de bien que le remède même.

Les Lamas tibétains, plus instruits que ceux de la Tartarie, comme nous l'avons déjà dit, poussent plus loin l'interrogation des signes physiques, et attachent une majeure importance à l'inspection des urines. Ils s'en font présenter plusieurs échantillons, recueillis à différentes heures du jour et même de la nuit, et soumettent chacun d'eux au plus scrupuleux examen; ils battent l'urine avec une spatule, étudient minutieusement ses changements de coloration, sa consistance, ses dépôts, etc., et vont même jusqu'à lui faire subir une sorte d'auscultation; car après l'avoir agitée dans un vase, ils approchent celui-ci de l'oreille pour recueillir certains bruits; l'urine, prétendent-ils, est *quelquefois muette, quelquefois parlante*. Tout médecin en renom au Tibet est capable de traiter une affection quelconque sans voir le malade; l'aspect de l'urine ne doit laisser aucun doute dans son esprit.

Dans le livre du R. P. Huc, nous ne trouvons guère de substances médicinales indiquées; tirons-en ce que nous pourrons.

Le lou-joung paraît jouer un très-grand rôle dans la médecine tartare. On appelle ainsi les nouvelles pousses du bois de cerf, alors qu'elles sont encore un peu gélatineuses et vasculaires. M. Huc dit qu'un lou-joung se vend jusqu'à cent-cinquante onces d'argent. Ce missionnaire parle aussi de la rhubarbe du Tibet, qu'il vante comme la première espèce connue, surtout celle des montagnes de Ghiamba.

Nous avons dit que les drogues employées par la médecine de la Haute-Asie sont tirées du règne végétal, à l'exclusion du règne minéral. La récolte des simples se fait à certaines époques de l'année avec une certaine solennité.

Août	19
Septembre	14
Octobre	15
Novembre	0
Décembre	0

Il suivrait de là qu'au moins en France les quatre mois les plus froids de l'année seraient à peu près exempts de décès par fulmination.

En ce qui regarde les sexes, 100 individus foudroyés en France nous ont donné :

67 hommes;
23 personnes dont le sexe n'est pas indiqué,
et seulement DIX femmes.

En Suède, nous avons trouvé 5 hommes foudroyés contre 3 femmes.
En Angleterre, 32 hommes et 11 femmes.

Le maximum des personnes tuées par *un seul coup* de foudre, dans les documents que nous avons pu consulter, n'a pas excédé le nombre de 8 ou 9.

Les ANIMAUX sont beaucoup plus maltraités que l'espèce humaine.

Dans un grand nombre de cas, des troupeaux entiers ont péri par un seul coup de tonnerre.

Selon M. Abbadie, un seul coup de foudre aurait tué en Éthiopie DEUX MILLE moutons.

Dans une foule de circonstances, le berger, le cavalier, le chasseur sont épargnés, alors que la foudre frappe les bestiaux, les chevaux, les chiens.

Sur 107 individus tués par la foudre, de 1841 à 1854, nous en trouvons 21 signalés comme ayant péri *sous des arbres*.

Mais il importe d'ajouter que le lieu de la mort n'est pas toujours précisé, d'où l'on peut inférer que sur les 1,308 personnes tuées roide en France, de 1835 à 1852, TROIS CENTS au moins auraient pu échapper à la mort en ne se réfugiant pas sous des arbres.

De tels faits nous paraissent mériter d'être vulgarisés.

Les incendies causés par la foudre atteignent un chiffre très-élevé; leur nombre s'est élevé à 8 en une seule semaine pour les départements de la Meuse, de la Moselle, de la Meurthe et des Vosges.

A lui seul, le petit royaume de Wurtemberg a présenté, de 1841 à 1850, CENT DIX-SEPT incendies produits par la foudre.

La foudre cause à la marine des pertes immenses.

De 1829 à 1830, dans une période de quinze mois, cinq bâtiments de la marine royale anglaise ont été foudroyés. Le vaisseau *la Résistance* et *le Loup Cervier* ont complétement disparu après quelques coups de tonnerre. Il résulte des rapports officiels du gouvernement anglais que les dommages causés autrefois par la foudre à la marine royale ne s'élèvent pas à moins de 6,000 à 10,000 livres sterling annuellement (150.000 à 250,000 fr.). Dans 200 cas de fulmination, 300 matelots furent tués ou blessés; 100 grands mâts, du prix de 1,000 à 1,200 livres (25,000 à 30,000 fr.) chacun, furent entièrement ruinés. Dans la seule période de 1810 à 1815, la foudre mit hors de service 35 vaisseaux de ligne et 35 frégates ou autres navires de moindre importance. Or, depuis que tous les bâtiments de la marine royale ont été pourvus de paratonnerres, les rapports officiels n'ont plus signalé aucun dommage causé par la foudre (1).

On a souvent répété que le tonnerre ne met pas le feu à la poudre contenue dans les magasins. Nous n'avons qu'une objection à faire : la foudre a mis le feu au magasin à poudre de Tanger le 4 mai 1785, au magasin de Luxembourg le 26 juin 1807, au magasin de Venise le 9 novembre 1808. Enfin, la foudre, en tombant, en 1769, sur le magasin à poudre de Brescia, a détruit la sixième partie des édifices et causé la mort de TROIS MILLE personnes.

Ces faits suffisent, nous pensons, pour démontrer l'étendue du mal et la nécessité de s'en occuper sérieusement.

Dans une seconde lecture, nous résumerons la symptomatologie si intéressante des accidents causés par la foudre, ainsi que l'état de la science sur l'anatomie pathologique de ces accidents.

Toutefois, nous demandons la permission d'appeler dès aujourd'hui l'attention de l'Académie sur deux points aussi importants que curieux de l'histoire médicale de la fulmination. Nous voulons parler :

1° Des images (peut-être *photographiques*) produites sur des hommes foudroyés;

2° De la mort debout.

Ces deux faits n'ont pas seulement un intérêt scientifique; ils peuvent encore acquérir une haute importance en *médecine légale*.

Dès 1786, deux membres de l'ancienne Académie des sciences citaient, d'après Franklin, l'histoire d'un homme qui, se trouvant sur le pas de la porte d'une maison, avait vu tomber la foudre sur un arbre placé vis-à-vis de lui. On trouva, dit le rapport, sur sa poitrine, LA CONTRE-ÉPREUVE DE CET ARBRE.

Ce fait fut attribué au hasard, ou mieux, à une suffusion sanguine fortuite.

Un fait analogue, que nous avons eu occasion d'observer nous-même, nous a déterminé à faire quelques recherches, et voici le résultat de nos investigations.

Une dame de Laguno est frappée de la foudre ; une fleur qui se trouvait dans le courant électrique se dessine sur sa jambe, et elle en conserve la trace pendant le reste de sa vie.

Dans la rade de Zante, la foudre tombe sur un matelot, et l'on trouve sur sa poitrine un n° 44 identique au numéro en métal fixé à un agrès du navire.

En 1825, la foudre tombe sur le brigantin *Il Buon Servo*, et, sur le dos d'un matelot tué, on trouve l'image d'un fer à cheval de la dimension du fer cloué au mât de misaine.

Le 9 octobre 1836, la foudre tombe près de Zante, et le jeune Politi en est atteint et tué. Le docteur Dicapulo, chargé par le magistrat instructeur de procéder à l'examen du cadavre, constate dans son rapport les faits suivants :

« Le jeune Politi, couché sur un lit, était habillé d'une veste de coton de couleur foncée, d'un pantalon de toile, d'un gilet de piqué à fleurs. Il portait une cravate de soie noire, une chaussette blanche au pied gauche; son pied droit était nu; sa bottine, tombée au pied du lit, était décousue, et tous ses vêtements, en partie déchirés, semblaient brûlés du côté du dos.

(1) Sir Snow Harris, RUDIMENTARY ELECTRIC. London, 1851, p. 188.

Les missionnaires en furent témoins à Tchogortan, petite Lamaserie de campagne, sorte de villa ou de succursale de l'immense et fameuse Lamaserie de Kounboum, qu'ils avaient habitée quelque temps, et dans laquelle les sciences semblent avoir acquis un haut degré de développement. Réfugiés à Tchogortan, pour fuir le tumulte de la grande Lamaserie et l'obligation de prendre le costume complet des prêtres païens, ils y virent arriver, vers le milieu de septembre, la foule des Lamas de la Faculté de médecine de Kounboum, qui venaient avec leurs élèves faire une herborisation générale et récolter les plantes destinées à l'approvisionnement de la pharmacie centrale de la Lamaserie mère. La troupe était si nombreuse que, les cellules toutes pleines, il fallut dresser des tentes et camper ainsi par la campagne.

Chaque matin, après les prières dites en commun, on faisait le classique déjeuner, composé de thé beurré et de farine d'orge, et l'on partait pour la montagne, chacun portant un sachet de cuir contenant de la farine, et quelques-uns chargés d'une marmite; car la petite expédition devait durer tout le jour, et il fallait se prémunir contre la faim, aiguillonnée par une pénible course à travers les ravins et par-dessus les croupes abruptes. Un bâton ferré et une petite pioche complétaient l'équipement, et les graves Lamas, après avoir retroussé leur longue robe, se mettaient assez gaiement en chemin. Le soir, ils revenaient à Tchogortan, chargés d'énormes fagots de branches, de racines et d'herbages de toute espèce, dit le narrateur, qui, facétieux dans la circonstance, prétend qu'on les eût pris plutôt pour des braconniers que pour des docteurs en médecine, et ajoute, pour achever le tableau, que ses chameaux poursuivaient nos infortunés confrères tibétains en cherchant à arracher quelque simple salutaire au précieux paquet dont ils étaient chargés.

La récolte dura huit jours, et cinq autres journées furent consacrées au triage et à la classification des végétaux recueillis. Le quatorzième jour, les professeurs firent mettre à part tout ce qui devait être emporté à la grande Lamaserie, et laissèrent aux élèves quelques plantes pour leur pharmacie particulière à l'usage de leurs propres clients. Le quinzième jour fut consacré au repos et aux réjouissances : le thé au lait, la farine d'orge, les galettes et les gâteaux au beurre, le mouton bouilli, furent servis abondamment aux jeunes esculapes tibétains.

A la pharmacie centrale de Kounboum, les simples sont soigneusement séchés à un feu doux, réduits en poudre et conservés dans de petits paquets de papier rouge étiquetés. Les plantes recueillies sur les montagnes de Tchogortan et préparées dans la célèbre officine de Kounboum jouissent d'une très-grande réputation dans le Tibet et même en Tartarie. Les pèlerins qui viennent à Kounboum dans un but pieux n'en songent pas moins à la santé du corps en veillant au salut de leur âme; aussi font-ils leur petite provision de poudres médicinales qu'on a soin de leur vendre fort cher. Partout, la réputation vaut de l'or. Dans les plaines tartares, les mêmes plantes croissent autour des tentes nomades et sur la rampe des monts; mais le prestige de la célébrité leur manque, et les bestiaux les foulent aux pieds.

Les Lamas tibétains possèdent un livre classique de médecine qui traite des quatre cent-quarante maladies dont le corps humain peut être affecté, des signes auxquels on les reconnaît, et des remèdes à y apporter. Ce traité complet de pathologie tibétaine serait des plus curieux à compulser, et l'on

» M. Dicapulo ajoute que, dans la poche droite de son habit, se trouvaient une tabatière et un mouchoir, et, dans la gauche, un cornet de papier contenant de la crème de tartre, etc.

» Ayant dépouillé entièrement le jeune Politi, dit-il, nous vîmes autour de ses reins une bande de toile serrée, et dans la doublure de cette ceinture, nous trouvâmes quatorze pièces d'or enveloppées de papier en deux petits paquets : l'un, du côté droit, contenait une pistole d'Espagne, trois guinées et deux demi-guinées; celui qui était à son côté gauche renfermait une autre pistole espagnole, quatre guinées, une demi-guinée et deux sequins de Venise. Ni ces pièces, ni le papier, ni la toile ne présentaient la moindre marque de brûlure.

» Sous le pied droit de Politi, une blessure ou entaille de plus de 1 pouce de longueur nous fit présumer que la foudre avait pénétré par cette extrémité, et son passage était tracé tout le long du cadavre; la jambe et la cuisse droite, les fesses, le dos jusqu'à la nuque, étaient fortement colorés brun noirâtre, et, dans toutes ces parties, la peau présentait des petites déchirures ou des scarifications ramifiées; les poils qu'il avait sur le corps étaient presque tous brûlés, ainsi que ses paupières, ses sourcils et ses cheveux, particulièrement derrière la tête. De petites taches brunes, de la forme et de la grandeur d'une lentille, étaient disséminées sur sa face. Enfin, ce qui nous a paru à tous bien plus extraordinaire, raconte M. le docteur Dicapulo, le cadavre avait, au milieu de l'épaule droite, six cercles qui conservaient leur couleur de chair et paraissaient d'autant mieux tranchés sur la peau noirâtre. Ces cercles, l'un à la suite de l'autre, se touchant en un point, étaient de trois grandeurs différentes, correspondant exactement à celle des monnaies d'or que le jeune homme avait du côté droit de sa ceinture; ce que le juge instructeur et tous les témoins ont certifié, après que la comparaison en fut faite.

» On pense que le malheureux Spiridione Politi avait été frappé par une foudre ascendante qui, entrée par le pied droit, lui traversa tout le corps, brûlant ses poils à la surface et pénétrant les chairs, ce que prouveraient les scarifications, les taches, la couleur bronzée de la peau; que l'odeur bitumineuse était due à une décomposition des matières grasses du cadavre et à la combustion de ses vêtements; que les pièces d'or attirèrent fortement le courant électrique, le renforcèrent, et qu'il en transporta les empreintes jusqu'à l'extrémité du conducteur où elles se fixèrent quand il franchit l'espace qui le séparait de la fenêtre par laquelle il se dissipa.

» Je ne serais point étonné si l'électricité avait fondu ou soudé entre elles les pièces d'or qui se trouvaient dans son trajet, en laissant intactes celles qui étaient dans un autre papier, à gauche; mais en accordant, non sans quelques difficultés, que le fluide électrique puisse saisir l'impression de certains corps qu'il rencontre et la déposer plus loin, je ne conçois pas que six pièces pliées l'une contre l'autre soient ici représentées distinctes et alignées. Plusieurs témoins l'attestent: contentons-nous d'en prendre note, recueillons beaucoup de faits de ce genre, quelque inexplicables qu'ils nous paraissent. »

En 1841, dans le département d'Indre-et-Loire, la foudre tombe sur un magistrat et sur un garçon meunier dans le voisinage d'un peuplier. Sur la poitrine des deux, on trouve des taches parfaitement semblables à des feuilles de peuplier.

Nous passons aux phénomènes que, par abréviation, nous appellerons : LA MORT DEBOUT.

Nous avons vu le cadavre d'un homme qui, après avoir été tué et déshabillé par la foudre, resta debout.

Cardan cite huit moissonneurs qui prenaient leur repas sous un chêne; ayant été frappés par la foudre, ils moururent en conservant leur attitude. L'un paraissait encore manger, l'autre boire, celui-là porter la main à son verre.

Le père Beccaria et le docteur Gabrielli ont cité l'histoire d'hommes tués par la foudre et restés debout.

Nous connaissons plusieurs autres faits du même genre.

On se rappelle aussi que la foudre étant tombée, en juillet 1819, sur l'église de Châteauneuf-les-Moustiers, TOUS les chiens qui étaient dans l'église furent trouvés morts, mais debout

M. Desormery a signalé l'histoire d'un coup de foudre qui le frappa lui-même en 1849 et tua près de lui une chèvre qui fut trouvée debout sur ses pattes de derrière et tenant encore dans la bouche une branche de verdure.

Enfin, parmi les faits les plus surprenants de ce genre, on cite un prêtre qui fut frappé de la foudre pendant qu'il était à cheval. L'animal continua sa route et ramena son cavalier, mort il est vrai, mais dans l'attitude normale d'un homme à cheval.

Plutarque parle d'un soldat spartiate qui, après avoir fait de vains efforts pour faire tenir debout le cadavre d'un homme, renonça à son projet en prononçant ces paroles remarquables : « Décidément il y avait quelque chose là dedans. » Eh bien! ce que le soldat spartiate avait vainement tenté, se réalise sous l'action de la foudre.

En résumé,

1° Les accidents causés par la foudre sont graves et beaucoup plus nombreux qu'on ne l'avait supposé jusqu'ici;

2° Le nombre annuel moyen des personnes foudroyées, en France, paraît excéder 200;

3° Le maximum des accidents correspond en France aux départements du plateau central et des lieux montagneux;

4° Les femmes périssent dans une proportion relativement faible;

5° Sur 100 individus foudroyés, 25 périssent sous des arbres;

6° La *mort debout*, ou mieux la mort avec conservation de l'attitude, et les images photographiques sont des phénomènes assez fréquents pour qu'il en soit tenu compte en médecine légale.

MÉCANIQUE HUMAINE.

CONSIDÉRATIONS GÉOMÉTRIQUES PROPRES A PRÉCISER LES RAPPORTS DE SITUATION DU FÉMUR AVEC LE BASSIN DANS LES ÉTATS MORBIDES DE L'ARTICULATION COXO-FÉMORALE; par M. GIRAUD-TEULON, D. M. P. à Nice, ancien élève de l'École polytechnique.

(Suite. — Voir les nos 38, 39 et 42.)

§ XXXV. — Passons aux luxations en dehors.

La question que nous venons de résoudre entre les déplacements du

---

y trouverait peut-être quelques précieuses indications thérapeutiques et quelques nouveaux médicaments, parmi la foule des formules ridicules et des pratiques extravagantes dont il fourmille.

Nous ne connaissons rien de la chirurgie des Lamas de la Haute-Asie: les missionnaires se taisent sur ce point. Il est probable qu'ils savent remettre les fractures et qu'ils possèdent des bandages et appareils destinés à les contenir; car les peuples les plus sauvages ont fait des efforts, souvent heureux, dans le but d'obtenir la consolidation des membres fracturés.

Les Lamas connaissent les ventouses scarifiées et usent même largement de ce moyen. Après avoir tracé sur la peau de légères incisions, ils appliquent une corne de bœuf ouverte à son sommet, font le vide en aspirant, et empêchent la pénétration de l'air à l'aide d'une petite boulette de papier mâché qu'ils tenaient en réserve dans la bouche, et qu'ils appliquent adroitement sur l'orifice béant de la ventouse. Leurs lèvres quittent alors l'instrument qui demeure clos et pompe le sang, jusqu'à ce qu'il ait plu d'enlever la boulette obturatrice.

Il est très-probable que les Lamas pratiquent la phlébotomie sur l'homme, car c'est pour eux une opération usuelle sur les animaux. En usant de la même déduction, on doit croire aussi qu'ils portent le fer sur le corps humain, car ils font journellement subir des opérations sanglantes aux bestiaux.

Les missionnaires ne nous disent rien des connaissances des Lamas en anatomie humaine; mais ils nous apprennent qu'ils dissèquent les animaux et en savent parfaitement l'ostéologie. Les deux prêtres eurent leur rencontre avec un Lama qui, après avoir longuement disserté sur l'Orient et l'Occident, décrocha un squelette de mouton suspendu à l'entrée de la tente et se mit à leur réciter, en chantant, le nom de tous les ossements grands et petits. S'apercevant que les deux missionnaires, les deux Lamas de l'Occident, comme ils se faisaient appeler, étaient étrangers à toute étude anatomique; il leur en témoigna son étonnement, et nos compatriotes eurent toutes les peines du monde, selon leurs propres expressions, à faire comprendre au lévite asiatique, que, dans leur pays, les études ecclésiastiques ont pour objet l'étude et la méditation d'un ordre d'idées et de faits auxquels l'anatomie est complétement étrangère.

Le R. P. Huc dit les Tartares très-habiles dans l'art vétérinaire. Ils traitent les animaux malades par des remèdes exclusivement végétaux, système thérapeutique que nous avons déjà vu en vigueur pour la médecine humaine. Les simples sont administrés en décoction qu'on verse dans l'ouverture évasée d'une corne dont le petit bout a été introduit dans la gueule ou dans les naseaux de l'animal. Ils connaissent aussi les injections intestinales, qu'ils administrent à l'aide d'une grande vessie terminée par une corne de bœuf qui fait l'office d'une canule. Les Lamas vétérinaires pratiquent des opérations et des incisions au ventre, à la tête, aux oreilles, aux tempes, à la lèvre supérieure et autour des yeux. Ils se servent, pour les opérations les plus diverses, du couteau suspendu à leur ceinture ou de l'alène de fer qu'ils portent toujours sur eux et à laquelle ils ont recours pour raccommoder leur selle, leurs bottes, et pour déboucher leur pipe. C'est ainsi que nous avons vu l'Arabe se servir de son petit yatagan pour les plus vulgaires usages culinaires, pour couper la tête de l'ennemi tombé et pour scarifier la peau des malades.

fémur opérés sur le côté interne de la cavité cotyloïde se représente entière quand nous rencontrons les signes généraux d'une apparente luxation en dehors. Ici le membre est dans la flexion, l'adduction et la rotation en dedans. Nous prenons soin de nous en assurer par la comparaison des mesures prises entre les éminences déjà indiquées et le condyle fémoral, du côté sain et du côté malade. Ces premiers points bien établis, la question pendante consiste à décider sur quel point de la surface externe de l'os des îles peut reposer la tête du fémur.

On calcule d'abord x d'après les procédés déjà décrits, et on trouve nécessairement, dès que la capsule est rompue, une infériorité non douteuse de cette distance x par rapport à R. Nous supposons, en outre, que les données générales du cas observé non plus que les comparaisons énoncées à l'article précédent, entre les maxima et minima de chaque position principale du côté sain et du côté malade, ne portent à soupçonner une ulcération pure et simple du fond de la cavité ou de la tête du fémur. C'est bien d'une luxation plus ou moins prononcée et en dehors qu'il s'agit dans le cas qui nous occupe.

Pourrons-nous préciser la position de la tête fémorale, indépendamment d'ailleurs des signes diagnostiques certains formulés déjà dans la science, comme nous l'avons fait pour les luxations sur le côté interne? car nous n'avons pas besoin de redire que nous ne cherchons ici que des signes supplémentaires propres à élucider les cas douteux.

Or on voit, en premier lieu, que le degré de diminution de la longueur absolue de la cuisse (x) indique déjà, dans une certaine mesure, le degré d'éloignement de la tête du fémur des bords ou du centre de la cavité. Mais on a, en outre, dans plusieurs circonstances, un moyen mathématique de déterminer avec quelque exactitude ses rapports normaux. Quel que soit, en effet, le lieu occupé par la tête fémorale sur l'os des iles, depuis la gouttière qui masque la soudure de l'ischion au corps de l'os jusqu'à la fosse iliaque externe proprement dite, le calcul type, qui a servi déjà à la détermination de la longueur absolue du membre sain ou du membre malade, peut trouver son application et nous fournir des résultats précieux.

Il existe effectivement sur la face postéro-externe de l'os iliaque deux points saillants et aisément reconnaissables, au moyen desquels il est possible de construire des triangles imaginaires sur les bases déjà décrites; ce sont : 1° le renflement externe que présente la crête iliaque vers la réunion de son quart antérieur avec les trois quarts postérieurs; 2° l'épine iliaque postéro-supérieure (voyez fig. 9, 10, 11).

Or si l'on prend, dans une position correspondante à une luxation externe, les distances du condyle à ces divers points saillants, on calculera très-facilement la distance de ce même condyle au milieu de la ligne qui les réunit deux à deux. On aura ainsi, par la comparaison de ces résultats, un indice fort approximatif de la position occupée par la tête du fémur, la véritable longueur du rayon coïncidant exactement avec une des longueurs obtenues, on se trouvant comprise entre deux d'entre elles. Il faut remarquer toutefois que ces résultats ne sont pas absolus, comme ceux que nous avons exposés précédemment. Il pourrait se rencontrer, en effet, telle position du fémur qui donnerait matière à doute si l'on se bornait à la seule considération des chiffres ainsi déterminés. On peut concevoir effectivement, vu l'étendue de la face iliaque externe et ses inégalités, que la tête du fémur soit, par exemple, également éloignée du milieu de deux des lignes adoptées comme bases des triangles. En second lieu, les différences observées entre deux des résultats obtenus peuvent aussi n'être pas assez tranchées pour éloigner toute incertitude sur la véritable situation du fémur. A quelle valeur s'arrêtera-t-on dans ce cas-ci?

A cet égard, on devra se rappeler d'abord que la méthode que nous exposons ici n'est donnée qu'à titre de renseignement supplémentaire et qu'elle doit venir à la suite de tous les éléments symptomatiques fournis déjà par l'observation du sujet. Or parmi ces éléments séméiologiques, l'un d'eux, la direction générale du fémur, que l'on peut, dans une certaine mesure se représenter, tranchera le plus souvent la difficulté en indiquant si la tête fémorale doit occuper la moitié supérieure ou inférieure de la face iliaque externe. D'après cela, comme le débat ne peut guère porter qu'entre deux lignes appartenant à l'une ou l'autre de ces moitiés, on devra trouver dans les données numériques, dans la gradation des valeurs trouvées, jointes aux premiers aperçus généraux, des notions suffisantes pour établir avec une assez grande netteté la position réelle de la tête du fémur.

Cette discussion recevra d'ailleurs de nouveaux développements dans les applications qui vont suivre.

§ XXXVI. — Pour élucider davantage ce sujet et fournir un exemple des calculs à pratiquer dans ce genre de recherches, dans la vue d'établir, en outre, certains résultats que les chiffres peuvent offrir plus clairement que la géométrie abstraite, nous alloos appliquer la méthode qui vient d'être exposée à chacune des principales positions anormales du fémur sur un sujet déterminé.

Ayant d'abord relevé toutes les mesures dont il a été question précédemment, et dans toutes les inclinaisons possibles du fémur sur le bassin, la tête roulant toujours daus la cavité cotyloïde, nous avons constamment trouvé, comme résultat du calcul, sur le sujet qui nous servait d'étude : $R = 38^c,5$.

La mesure prise directement sur le fémur était la même. Cette donnée, réunie à celles indiquées ci-dessous (1), est le point de départ de toutes les applications qui vont suivre.

§ XXXVII. — LUXATION ILIO-PUBIENNE.

Caractères anatomiques généraux classiques sur lesquels il n'y a pas dissentiment : Le fémur est dans l'abduction, l'extension et la rotation en dehors.

PREMIÈRE VARIÉTÉ. — DÉPLACEMENT INCOMPLET.

La tête du fémur repose par sa partie postérieure en dehors de l'éminence iléo-pectioée. Le grand trochanter s'incline en arrière; la par-

(1) Distance de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'ischion : $= l = 18^c$.
de l'ép. il. ant. sup. à l'ép. pub. $= l' = 12,5$.
de l'ép. pubienne à l'ischion $= l'' = 10,5$.
du renflement iliaq. à l'ép. il. post.-sup. $= l''' = 15$.
de l'ép. il. postéro-sup. à l'ischion. $= l^{iv} = 18$.
de l'ép. il. ant.-sup. à l'ép. il. post.-sup. $= 17$.
du renflement iliaque à l'ischion. $= 20$.

Les mulets sont sujets à une affection qu'on nomme *fiente de poule*, et qui s'accompagne, outre les symptômes généraux, d'excroissances charnues, semblables, comme leur nom l'indique, à de la fiente de poule, et qui pullulent sur la surface conjonctivale des paupières. Les vétérinaires ont soin d'extirper ces tumeurs, à mesure qu'elles se développent, et le mulet malade recouvre rapidement la santé.

Les deux missionnaires furent témoins d'une singulière opération pratiquée sur une vache. Un Lama fit tenir l'animal par plusieurs hommes, lui plaça un clou sous le ventre, et, d'un coup de marteau, l'enfonça jusqu'à la tête. L'animal, ainsi barbarement perforé, entraîna l'opérateur, qui se laissa emporter en se tenant à la queue, et abandonna enfin la pauvre bête, en déclarant qu'elle était radicalement guérie.

Il serait difficile de déterminer, d'après les récits du R. P. Huc, quelles sont les maladies dominantes dans la Haute-Asie; nous savons seulement que la variole fait presque chaque année d'effroyables ravages à Lassa, dans le Tibet, où l'on n'en parle qu'avec terreur, comme du plus grand fléau qui puisse désoler l'humanité. Quand elle se déclare dans une maison, tous ses habitants doivent déloger et s'exiler loin de la ville, sur les montagnes ou dans les déserts. Les missionnaires français parlèrent de la vaccine, et l'espoir d'obtenir un jour ce préservatif fut un des motifs qui leur valut la bienveillance et la protection du régent. Si ces courageux apôtres avaient su que la vaccine se rencontre quelquefois sur le pis des vaches, nul doute que le régent n'eût ordonné de la rechercher partout dans ses États; et, si on l'eût trouvée, de quel immense bienfait les propagandistes eussent doté l'Asie centrale! Le R. P. Huc pense que l'introduction de la vaccine ferait acquérir à son auteur une influence capable de lutter avec celle du Talé-Lama, du grand Lama lui-même, et serait peut-être le signal de la ruine du bouddhisme et de l'établissement de la religion chrétienne chez ces peuples païens. Quelle solennelle occasion le révérend Père a peut-être manquée là ! Un peu de science de plus et l'humble missionnaire s'asseyait peut-être sur le trône du grand Lama, et les Lazaristes jouaient au Tibet le rôle souverain que les Jésuites ont rempli en l'Amérique méridionale, dans la province des missions !

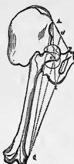
Les maladies cutanées sont communes au Tibet, et la malpropreté insigne des basses classes ne contribue pas peu à leur génération et à leur entretien. L'hydrophobie n'est pas rare, et le R. P. Huc s'étonne que les cas n'en soient pas plus fréquents encore, à cause des troupes de chiens sans maîtres qui rôdent nuit et jour dans les villes. A ce sujet, qu'on nous permette une courte digression incidente. En Algérie aussi, des troupes de chiens libres encombrent les villes et les douars, mais l'hydrophobie est extrêmement rare, ce qu'on attribue à ce que ces animaux peuvent satisfaire leurs appétits copulateurs, tandis que, chez nous, dans notre France civilisée, ils sont souvent entravés dans leurs amours, ce qui engendrerait, dit-on, l'hydrophobie. Cette hypothèse, qui trouve en Algérie des faits en sa faveur, ne rencontre plus le même appui au Tibet et en Tartarie, où l'entière liberté des amours n'empêche point le développement de la rage.

F. J.

(La fin au prochain numéro.)

tie postérieure du col, de la tête et du grand trochanter appuie en travers de la cavité.

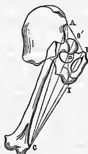
Fig. 6.



EXEMPLE. Les données correspondant à la proposition ci-dessus caractérisée étaient :

AC = 46.	Le calcul a fourni : x = oc = 37,5	Triangle :	AIC.
PC = 39.	x' = o'c = 42,		APC.
IC = 29,5.	x'' = o''c = 34.		PIC.

§ XXXVIII. — MÊME LUXATION. — DÉPLACEMENT COMPLET.



La partie postérieure du col appuie sur l'échancrure comprise entre l'épine iliaque antérieure et inférieure et l'éminence iléo-pectinée.

Quand cette position s'exagère, la tête fémorale s'incline encore et tend à se porter vers la fosse iliaque interne.

C'est dans ce cas d'exagération de déplacement que le membre, selon M. Malgaigne, peut revenir dans la rotation en dedans.

EXEMPLE. Les données étant :	Le calcul a produit :
AC = 45.	x = oc = 36.
PC = 35.	x' = o'c = 39,5.
IC = 26,5.	x'' = o''c = 30,5.

En comparant x, x' et x'' à la constante R=38,5, dans les deux cas que nous venons d'examiner, on remarque qu'à mesure que la luxation se prononce davantage, x et x'' diminuent, tandis que x' se rapproche de la valeur constante du rayon (1), tout en lui demeurant toujours supérieure, comme la théorie l'avait du reste annoncé.

§ XXXIX. — Mais il faut considérer le cas, rare sans doute, puisqu'il n'est indiqué que par un seul auteur, où la tête fémorale ayant forcé le ligament de Poupart, se dirigerait vers la fosse iliaque interne, le membre, contrairement à la loi générale, se tournant alors dans la rotation en dedans. Quel caractère numérique pourra différencier cette luxation de celle en dehors, avec laquelle elle offrirait certainement quelques points de ressemblance?

Voici le signe numérique qui, indépendamment des autres données, pourrait être invoqué ou recherché dans un tel cas, s'il était soupçonné.

Dans la position qui vient d'être définie, le centre même de la tête se rapproche de la base du triangle construit sur la ligne AP; x' diminue alors de 1 à 3 centim. et devient très-voisin de R.

En même temps si l'on cherche la distance du condyle au milieu de la ligne RI (voy. fig. 9, 10, 11), on voit que dans cette position, s'il y a adduction, seul cas où la confusion soit possible, cette distance est nécessairement égale ou supérieure à R. Or la même ligne dans les luxations en dehors est toujours inférieure à cette constante. Il n'y aura donc pas longtemps lieu à incertitude.

Nous ne parlons pas du cas où la rotation en dedans serait accompagnée d'abduction (si elle pouvait l'être); cette position lèverait à elle seule le doute.

§ XL. — LUXATION ISCHIO-PUBIENNE OU OVALAIRE.

La cuisse est fléchie sur le bassin, dans une abduction forcée, unie à un mouvement de rotation en dehors.

La tête répond par sa partie postérieure à la fosse ovalaire, en contact avec sa demi-circonférence externe dans le déplacement complet (fig. 7), mais pouvant consécutivement venir remplir le trou ovale lui-même (fig. 8).

Fig. 7.

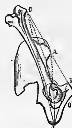


Fig. 8.



Le grand trochanter, dans les deux cas, s'incline en arrière vers la cavité cotyloïde. Exemples :

Les données étaient : fig. 7.	fig. 8.
AC = 41.	AC = 46.
PC = 43.	PC = 41,5.
IC = 38.	IC = 36.
Le calcul produit :	
x = oc = 38,5.	x = oc = 40.
x' = o'c = 41,5.	x' = o'c = 43,5.
x'' = o''c = 40.	x'' = o''c = 38,5.

Dans ces exemples, on remarque également la justification des résultats annoncés par la théorie; x'' est plus grand que R de 1 à 1,5 centimètre, dans le premier cas, et égal à cette constante quand la tête vient à couvrir la fosse ovale. En même temps x est resté constant ou a augmenté. C'est en effet le seul genre de déplacement où la théorie, comme nous l'avons vu, permette de concevoir un allongement réel, sensible; en y joignant, il est bien entendu, le cas infiniment rare d'un déplacement opéré directement en bas sur la gouttière ischiatique.

§ XLI. — LUXATION ILIO-ISCHIATIQUE OU EN HAUT ET EN DEHORS.

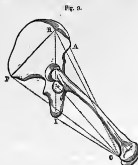
La tête du fémur est placée (toujours d'après les auteurs) à la partie inférieure de la fosse iliaque, de manière à recouvrir en partie les rugosités qui donnent insertion à la capsule. Elle appuie, par sa partie antérieure, sur le sourcil cotyloïdien. Le grand trochanter se trouve incliné en avant. La partie de la tête qui correspond à l'insertion du ligament rond est dirigée en arrière. Le fémur a donc éprouvé un mouvement de rotation *en dedans*; il est d'ailleurs dans une *demi-flexion*,

(1) Nous n'oublions pas que ce que nous avons nommé R, rayon de circumduction du membre, est la longueur même absolue de la cuisse *du côté sain*.

accompagnée d'*adduction*. Tels sont les rapports que l'on constate le plus ordinairement dans la luxation primitive ou accidentelle récente.

C'est dans cette situation qu'ont été prises les mesures suivantes :

Fig. 9.



AC = 39.	Le calcul a produit :	x = 34. — Triangle ACI.	
IC = 30,5.		Entre R et I, 36,5. Triangle RCI.	
RC = 44.		P et I, 39,5.	PCI.
PC = 48,5.		P et R, 44,5.	PCR.
		P et A, 40,5.	PAC.

Si l'on considère d'abord la valeur de x, longueur absolue de la cuisse, réduite de 38,5 à 34 centim., on n'a pas de doute sur la réalité d'un déplacement notable. Il est clair, en second lieu, que la tête du fémur est fort en avant de la ligne imaginaire PR, puisque le condyle est à 45,5 du milieu de cette ligne; qu'elle est encore un peu en avant de PA dont le milieu est séparé du condyle par une distance égale à 40,5. D'autre part, la tête doit être plus rapprochée du milieu de RI que du milieu de PI, en arrière de l'une et nécessairement au-dessus de l'autre. N'est-ce pas là une notion très-probablement suffisante dans bien des cas, réunie d'ailleurs à celles déjà fournies par l'observation des symptômes généraux pour donner une idée nette de la nature et du degré du déplacement observé.

(*La fin au prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

(Suite.)

II. DEUTSCHE KLINIK.

(Publié par le docteur ALEX. GOESCHEN.)

(Deuxième semestre 1853.)

SUR LES OSCILLATIONS QUOTIDIENNES DE LA CHALEUR PROPRE DE L'HOMME A L'ÉTAT NORMAL; par LEOPOLD DAMROSCH.

C'est une étude intéressante pour la physiologie et pour la médecine que celle qui nous fait connaître les circonstances capables d'influer d'une manière normale et régulière sur la calorification. Le travail de M. Damrosch se fait remarquer par son exactitude, et nous pensons être agréable au public médical français en en faisant connaître la substance.

L'auteur s'est servi d'un thermomètre de Celsius dont les degrés étaient divisés en cinquièmes, et chacun de ceux-ci en tiers. Le thermomètre était placé sous l'aisselle, le corps étant couché horizontalement; on avait soin de tenir la cavité de l'aisselle fermée et de laisser le thermomètre jusqu'à ce que le mercure reste pendant dix minutes à la même hauteur. La personne qui servait aux expériences devait ne pas avoir mangé depuis une heure et demie ou deux heures et n'avoir fait aucun exercice de corps fatigant. Les mesures étaient prises cinq fois par jour : à six heures et demie du matin avant le déjeuner, à neuf heures et demie, à midi et demi avant le dîner, à quatre heures et demie avant le café du soir, et à six heures et demie avant le souper. Les expériences ont été faites sur 12 individus robustes, bien portants, âgés de 20 à 25 ans, et chaque mesure a été répétée trois fois à des jours différents.

Voici les résultats des observations consignées par l'auteur dans des tableaux particuliers; ces résultats ne portent que sur 10 individus.

1° Chez 8 individus sur 10, la température a atteint son maximum vers cinq heures du soir.

2° Chez tous les 10, la température a baissé de cinq à sept heures.

3° La température a monté de sept à dix heures du matin.

4° La comparaison de toutes les moyennes donne le résultat général suivant : la température monte de sept à dix heures du matin; elle baisse ensuite jusqu'à une heure, puis elle remonte jusqu'à cinq heures où elle atteint son maximum et redescend de nouveau jusqu'à sept heures, où elle atteint son minimum de la journée.

Les rapports entre la fréquence du pouls et la température ont donné les résultats suivants : la fréquence du pouls augmente avec la température jusqu'à 5 heures du soir, et diminue de 5 à 7; mais le matin, la même chose n'a pas lieu, le pouls conserve à peu près la même fréquence de sept à dix heures, puis il augmente de dix heures à une heure, pendant que la température baisse. L'auteur explique cette opposition apparente par cette considération que le pouls n'augmente de fréquence qu'après que la température s'est élevée.

Pour apprécier les effets de la privation absolue d'aliments sur la production de la chaleur, l'auteur et un de ses amis sont restés deux jours entiers sans prendre aucune nourriture. Cette abstinence a amené un abaissement progressif et constant de la chaleur, résultat conforme à ceux obtenus par Chossat.

L'auteur traite ensuite des sources de le chaleur animale; il croit, d'après les résultats de ses expériences, ne devoir lui assigner qu'une source unique, le travail nutritif. Cette manière de voir ne trouvera pas de contradicteurs, car le travail de composition et de décomposition est bien certainement la cause première et indispensable de toute calorification; les autres actes vitaux ne font que concourir à ce grand résultat final qui a pour but le renouvellement de la matière organique.

Dans la dernière partie de son travail, l'auteur compare ses résultats avec ceux obtenus par les physiologistes qui se sont occupés avant lui de cette question.

DE L'HUILE DE BOULEAU, COMME MOYEN CURATIF DE L'ECZÉMA CHRONIQUE; par le docteur BLASIUS (de Halle).

L'huile empyreumatique du *betula alba*, employée sous le nom d'*oleum rusci*, a été recommandée par Heim contre le psoriasis. Suivant l'auteur, son action dans l'eczéma chronique est bien plus efficace; il s'en sert depuis quinze ans et il en a toujours obtenu d'excellents résultats. Il lui serait facile, dit-il, de produire un nombre considérable de faits à l'appui de cette assertion, mais il trouve plus utile de tracer les règles de son emploi. Aussi longtemps que l'eczéma est à l'état aigu, il convient de se borner aux adoucissants. Mais, dès que l'affection est devenue chronique, il faut frictionner les parties malades avec de l'huile pure, les envelopper d'un linge de toile, et, au bout de quelques jours, les laver dans de l'eau de savon, pour recommencer ensuite de nouvelles frictions huileuses. On continue ainsi non-seulement jusqu'à ce qu'il ne se produise plus de vésicules et que tout suintement ait cessé, mais même jusqu'à ce que la peau ait repris sa couleur et son aspect normal. On peut employer ce médicament soit dans les cas où la peau est sans cesse humectée par la sérosité qui s'échappe des parties affectées, soit, au contraire, quand la peau est sèche et couverte de croûtes épaisses. Seulement, lorsque l'eczéma produit une douleur cuisante, une plus grande sensation de chaleur, de la tuméfaction et une rougeur plus vive, ce qui annonce un retour à l'état aigu, on interrompt pendant un jour ou deux l'huile de bouleau. Parmi les remèdes internes, l'auteur signale, comme les plus efficaces, le sulfure de chaux stibié (*calcaria stibiato-sulphurata*), l'anthrakokali et le sulfure d'or. Il recommande de se procurer de bonne huile empyreumatique et d'éviter un mélange de goudron et d'huile empyreumatique (*oleum animale fœtidum*) que les droguistes délivrent quelquefois au lieu d'huile de bouleau. La véritable huile de bouleau (*ol. rusci*) est connue dans le commerce sous le nom de dagged et est apportée par des juifs de la Pologne ou de la Russie.

SUR L'ACTION DE LA CONIINE; par les docteurs W. REULING et FR. SALZER.

Plusieurs médecins ont vanté la coniine dans le traitement de diverses maladies, entre autres Wertheim, qui a cru voir dans ce médi-

cament un spécifique contre les fièvres intermittentes et contre le typhus. C'est ce qui a engagé les auteurs à essayer cette substance, afin de confirmer ou d'infirmer les résultats annoncés. Ils ont commencé par des expériences sur les animaux. Deux gouttes de coniine instillées dans l'œil d'un lapin produisirent bientôt de l'incertitude dans la marche, puis une paralysie complète, et enfin des crampes générales cloniques. Au bout de dix minutes, torpeur profonde dont rien ne peut faire sortir l'animal; mort au bout d'un quart d'heure, sans qu'il y ait eu aucune diminution dans la fréquence du pouls ni de la respiration. L'autopsie pratiquée immédiatement ne fit voir aucun changement appréciable ni dans les centres nerveux ni dans les autres organes. Les mêmes symptômes se montrèrent sur des chiens auxquels on avait instillé 4 à 8 gouttes de coniine, suivant la taille; seulement les animaux, après environ deux heures d'engourdissement soporeux, se rétablirent. Il résulte de ces expériences que l'action principale de la coniine consiste dans une dépression des centres nerveux qui se manifeste d'abord sur la moelle épinière.

Les auteurs ont administré la coniine dans douze cas de typhus, dans tous les stades de la maladie, et cela sans aucun effet, c'est-à-dire qu'ils n'ont observé aucun amendement dans les symptômes. La coniine fut donnée dissoute dans de l'alcool (Pr. *coniine pure*, 1/64 à 1/8 de grain; *esprit-de-vin rectifié*, 2 scrupules; eau distillée, 6 onces: une cuillerée à bouche par heure); elle fut continuée pendant trois ou six jours.

La coniine fut donnée dans quatorze cas de fièvre intermittente, une seule fois avec succès, ce qui n'est guère encourageant pour recommencer de nouveaux essais. La seule action réelle que les auteurs aient reconnue à la coniine, est une action calmante; son emploi dans la tuberculose et dans les bronchites chroniques diminue la toux, et elle calme les douleurs névralgiques; mais ses effets sont beaucoup moins sûrs que ceux de l'opium, ce qui tient au peu de stabilité de sa composition: aussi, disent les auteurs, devrait-on rayer la coniine du nombre des médicaments usuels.

TROIS CAS DE DÉSARTICULATION DE LA CUISSE; par le professeur HEYFELDER.

Le célèbre professeur d'Erlangen mentionne ici d'une manière abrégée trois cas de désarticulation du fémur dont deux ont été suivis de succès.

La première opération fut pratiquée sur un jeune homme de 22 ans, qui portait une énorme tumeur cancéreuse s'étendant de l'articulation du genou à la partie supérieure de la cuisse. Le malade, autrefois vigoureux, était très-amaigri; cependant ses digestions étaient encore bonnes. L'opération fut faite par la méthode ovalaire de M. Scoutetten, le 17 mars; le 28 mai l'opéré quitta l'hôpital parfaitement guéri.

L'auteur pratiqua la deuxième opération sur un homme de 41 ans, pour une tumeur fongueuse qui avait envahi la partie supérieure de la cuisse et s'étendait jusqu'à la région inguinale. L'opération fut faite comme précédemment, mais 24 heures après le malade fut pris d'un délire nerveux et mourut au bout de 50 heures.

Le troisième cas de désarticulation coxo-fémorale fut pratiqué le 14 juillet sur un ouvrier âgé de 28 ans, pour un cancer osseux qui avait pris naissance à l'articulation du genou et avait envahi la plus grande partie de la cuisse. L'opération fut suivie de succès.

L'auteur ajoute que sur cinq cas de désarticulation pratiqués par lui, trois de ses opérés sont encore en vie: il attribue ces succès à la méthode ovalaire qui permet une réunion facile, et hâte ainsi la cicatrisation de la plaie.

LA POMMADE CUIVREUSE; par le professeur HOPPE (de Bâle).

L'auteur a retiré de l'emploi de la pommade cuivreuse des avantages tellement signalés, qu'il n'hésite pas à la mettre au premier rang parmi les pommades résolutives. Toutefois, il est loin de vouloir en faire un remède infaillible. Elle rend, dit-il, des services signalés, mais on ne doit pas s'attendre à ce qu'elle amène toujours les résultats que l'on désire.

M. Hoppe a employé la pommade de cuivre dans les cas suivants:

1° *Dans les taches de la cornée*. Ici, dit-il, j'ai commencé par un demi-grain d'oxyde noir de cuivre (*cuprum oxydat. nigr.*) sur un gros d'axonge, et j'ai augmenté jusqu'à 5 et 10 grains. Je faisais introduire une ou deux fois par jour une petite quantité de cette pommade dans l'œil: elle a fait disparaître des taies étendues, anciennes et épaisses.

2° *En frictions sur les tempes dans les maladies des yeux*, au lieu d'onguent mercuriel, avec ou sans belladone. L'auteur prescrit un demi à un scrupule sur 2 gros de graisse, avec des substances narcotiques. C'est surtout dans les inflammations de la glande lacrymale, du tissu cellulaire de l'orbite, de la muqueuse palpébrale, etc., que la pommade produit de bons effets.

3° *Contre la tuméfaction du conduit auditif externe*, par suite d'inflammation chronique du tissu cellulaire.

4° *Contre l'induration des glandes salivaires*. Elle se dissipe en peu de jours sous l'influence de la pommade cuivreuse.

5° *Contre les engorgements et les indurations des glandes du cou*. Dans ces affections chroniques et difficiles à guérir, la pommade de cuivre rend de très-grands services; elle ramollit et fait diminuer de volume les glandes lymphatiques devenues sarcomateuses, mieux que tout autre remède. L'auteur a vu disparaître, par les seules frictions, des engorgements glanduleux très-durs et très-volumineux. Cependant il est resté quelquefois des tubercules qui ont résisté à la pommade et qu'aucun traitement, soit externe, soit interne, n'a pu entièrement dissiper. C'est ce qui arrive souvent, par exemple, quand il existe des masses glanduleuses, composées d'un grand nombre de ganglions tuméfiés qui donnent à l'ensemble un aspect bosselé et difforme. La pommade produit un amoindrissement remarquable de ces tumeurs, mais ne les dissipe pas toujours complétement, soit parce que les malades ne persistent pas avec la même régularité dans le traitement, soit parce que plusieurs ganglions sont atteints d'une dégénérescence fibroïde. Malgré ces insuccès, l'auteur répète à plusieurs reprises qu'il ne connaît aucun remède fondant aussi efficace.

6° *Contre les goîtres*. La pommade est complétement inefficace dans le traitement des tumeurs enkystées, dures, fibroïdes, comme dans les tumeurs sarcomateuses du cou; mais dans les goîtres ordinaires elle rend d'incontestables services en les faisant fondre rapidement.

7° *Contre les engorgements des glandes mammaires*, la pommade d'oxyde de cuivre est des plus efficaces, qu'ils soient récents ou anciens.

Nous passerons sous silence l'hypertrophie du foie, de la rate, des ovaires, de l'utérus, affections qui ont, en général, paru peu céder aux frictions cuivreuses; tandis que l'auteur se loue de leur emploi dans le traitement du carreau, de l'orchite et de l'engorgement glanduleux de l'aine et de l'aisselle.

L'auteur a encore employé les mêmes frictions dans une foule de maladies dont l'énumération serait trop longue; qu'il nous suffise de dire que partout où l'onguent mercuriel est indiqué, M. Hoppe l'a remplacé avec avantage par sa pommade, et il espère que cette substitution finira par être généralement admise, à l'exception des cas où l'on désire obtenir une action spécifique du mercure.

Son emploi, même à haute dose, n'exerce aucune action générale fâcheuse sur l'économie; mais elle a l'inconvénient de produire facilement des éruptions papuleuses qui peuvent même s'ulcérer. Dès que la peau se trouve ainsi irritée, il faut suspendre l'emploi de la pommade et recourir au cérat ou à une pommade de zinc. L'auteur a toujours employé l'oxyde noir de cuivre à la dose de 15, 20 ou 30 grains (1 gr. à 1 gr. 50) sur 1 once (30 grammes) de graisse ou mieux d'onguent rosat. Comme le contact de cette pommade est très-désagréable, l'auteur la fait étendre matin et soir sur les parties malades, recouvre d'un linge de toile les parties graissées, met par-dessus une couche de ouate et un morceau de flanelle et enveloppe le tout d'une bande.

III. NEUE MEDICINISCH-CHIRURGISCHE ZEITUNG;

Dirigée par le docteur DITTERICH.

(Juillet à décembre 1853.)

Ce journal, comme nous l'avons dit plusieurs fois, est pour ainsi dire exclusivement consacré à des revues d'ouvrages nouveaux et d'articles de journaux. Le présent semestre ne renferme qu'un seul article original dont nous allons donner la substance.

SUR LA MASTITE; par le docteur MEISINGER (de Linz).

L'auteur recommande de distinguer l'inflammation de la glande mammaire d'après la nature des tissus envahis. Tantôt c'est le tissu cellulaire interlobulaire, d'autres fois les lobules de la glande ellemême, ou enfin le tissu cellulaire sous-glanduleux, entre la glande et le muscle grand pectoral. La douleur, l'élévation de température, la rougeur, la tuméfaction existent dans ces trois circonstances; mais quand le tissu cellulaire périlobulaire est enflammé, la tumeur est plus uniforme et le mamelon déprimé; quand les lobules sont envahis, on les sent sous la forme de petites tumeurs bosselées, inégales, douloureuses, soit dures, soit ramollies; enfin quand l'inflammation occupe le tissu cellulaire sous-glanduleux, la mamelle tout entière proémine et offre souvent un commencement de fluctuation à sa partie inférieure. L'auteur attribue l'affection des lobules à une hypérémie de

la muqueuse et à la stase mécanique du lait dans les conduits excréteurs de la glande. Cette forme se caractérise aussi par l'envahissement successif des divers lobules, ce qui fait traîner la maladie en longueur.

Relativement au traitement, l'auteur conseille d'exprimer souvent la glande, d'éloigner l'enfant, d'observer une diète stricte, de prendre de légers purgatifs, et d'entourer la glande de fomentations humides, chaudes. Dans quelques cas, un bandage compressif avec la guttapercha a paru produire de bons effets; mais si la fluctuation existe, l'ouverture de l'abcès est toujours le meilleur remède. Lorsqu'il y a plusieurs points en suppuration, il faut tâcher de les réunir par des incisions, de manière à ne former qu'un seul foyer; il devient alors plus facile de donner une issue au pus et de déterger l'intérieur de l'abcès à l'aide d'injections fréquemment renouvelées. C'est surtout dans les suppurations du tissu cellulaire sous-cutané que les incisions sont indispensables.

IV. MEDICINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT DES WURTEMBERGISCHEN AERZLICHEN VEREINS;

Rédigé par les docteurs Duvernoy, Seeger et Cless.

(Deuxième semestre 1853.)

SUR LE TÉNIA SOLIUM; par le docteur Schwandner.

Les faits nouveaux acquis à la science sur la propagation du ténia ne sont pas encore assez connus, même des médecins; c'est ce qui nous engage à reproduire en partie l'article du docteur Schwandner.

Le ténia est assez fréquent dans la contrée où il exerce la médecine (à Welzheim); il détermine des accidents gastriques et intestinaux qui résistent à tous les traitements et ne cessent qu'après l'expulsion du parasite. L'auteur attribue sa présence à l'usage habituel de la viande de porc. Il rappelle les expériences du docteur Küchenmeister qui ont fait voir que le ténia dérive du cysticerque, si commun dans les porcs, et que ceux-ci avalent avec leur nourriture des débris et des œufs de ténia, expulsés par l'homme.

Dans les contrées où l'on mange beaucoup de viande crue, en Abyssinie par exemple, le ténia est très-commun. En Allemagne, ce sont surtout les bouchers qui en sont affectés. L'auteur explique ce fait par la facilité avec laquelle les bouchers peuvent avaler des cysticerques soit en tenant dans la bouche le couteau sanglant dont ils se servent, soit en goûttant le sang dans la préparation des boudins, ou en hachant la viande pour les saucisses, etc. M. Küchenmeister a montré que le cysticerque, une fois arrivé dans l'intestin, perd sa vessie et se transforme rapidement en ténia. On comprend d'après cela que si le cysticerque devient ténia dans l'homme, les débris du ver parasite peuvent facilement passer dans le corps des porcs et produire de nouveaux cysticerques. Wawrucha fait la remarque que le ténia n'existe pas chez les juifs; ce qui viendrait à l'appui de la transmission de ce ver par la viande de porc.

Quant au traitement, c'est à l'aide du konsso que l'auteur a le mieux réussi à extirper le parasite.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 23 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

OBSERVATIONS SUR LA PRÉSENCE ET LA QUANTITÉ D'ARSENIC CONTENU DANS LES EAUX DU MONT DORE, DE SAINT-NECTAIRE, DE LA BOURBOULE ET DE ROYAT.

M. Thénard lit, sur ce sujet, un mémoire dont nous extrayons les passages suivants :

En retournant cette année aux eaux du mont Dore, j'avais d'abord l'intention d'en faire une analyse exacte, et d'analyser en même temps les sources qui en sont voisines, savoir : celles de Saint-Nectaire, de la Bourboule et de Royat; mais l'état de ma santé ne m'a pas permis d'exécuter ce projet. Je me suis borné à déterminer de nouveau la quantité d'arsenic contenu dans les eaux du mont Dore, à rechercher ensuite si les autres en contenaient aussi, et combien elles en pouvaient contenir. La présence de ce corps dans les eaux minérales doit avoir tant d'influence sur leurs effets, qu'on ne saurait, ce me semble, attacher trop d'importance à le doser exactement.

Eau du mont Dore, source de la Madeleine, puisée par moi-même. — C'est l'eau de cette source que l'on boit. Elle présente, en se refroidissant, un phénomène remarquable. Elle se trouble légèrement, et de styptique qu'elle est, devient presque insipide. Le dépôt est d'un blanc légèrement gris. J'en avais recueilli assez pour l'analyser; malheureusement les quelques décigrammes que je m'étais procurés se sont perdus dans le voyage. Des essais antérieurs, mais qu'il faut répéter, me permettent jusqu'à un certain point de le regarder comme un composé de carbonates de chaux et de protoxyde de fer.

La quantité d'arsenic dans l'eau du mont Dore a été déterminée par trois procédés.

De l'expérience faite avec l'hydrogène sulfuré, on peut tirer cette conséquence, que l'eau du mont Dore contient sans doute l'arsenic à l'état d'acide arsénique, et non point à l'état d'acide arsénieux; car la décomposition n'a pas lieu immédiatement à la température ordinaire, et le dépôt a la couleur du persulfure d'arsenic. D'ailleurs, ce qui corrobore cette conséquence, c'est que, comme je l'ai dit dans mon mémoire du 5 juin 1853, on trouve dans les réservoirs où séjournent les eaux un dépôt rouge ocreux qui contient de l'oxyde de fer arséniaté.

Non-seulement les eaux du mont Dore s'administrent en boisson, mais encore en bains entiers, en bains de pieds, en douches et en vapeur. C'est même aux bains de vapeur que MM. les docteurs Bertrand attachent le plus de prix; c'est avec ces bains qu'ils obtiennent les meilleurs résultats.

Eaux de Saint-Nectaire, situées à environ 20 kilomètres du mont Dore. — Ces eaux, qui donnent lieu à des incrustations de carbonate de chaux, si fines, si belles, si délicates, et dont l'action médicale est si puissante, se composent de plusieurs sources.

La quantité d'arsenic a été déterminée en employant la spirale de cuivre et en opérant, comme précédemment, sur 10 litres réduits à environ 12 centilitres.

On a trouvé dans l'eau de Saint-Nectaire, haut du mont Cornador, 5milllg,7 d'arsenic, ce qui donne par litre 0,57 d'arsenic, ou 0,873 d'acide arsénique, ou bien encore 1,346 d'arséniate de soude, etc.

Eau de la Bourboule, puisée par moi-même. — Les eaux de la Bourboule ont une très-grande action sur l'économie animale. Il paraît qu'on les emploie avec beaucoup de succès dans les maladies cutanées, et qu'elles sont souveraines contre les affections scrofuleuses. La haute température à laquelle on les administre, et les sels qu'elles contiennent, peuvent avoir une influence marquée sur les résultats obtenus. Mais c'est à l'arséniate de soude qu'elles doivent sans doute les cures remarquables qu'elles opèrent. Il serait important de voir si, en ajoutant une quantité convenable d'arséniate de soude aux eaux du mont Dore, on obtiendrait les mêmes résultats. Je suis fort disposé à le croire.

L'arsenic est un si puissant agent, que, même à des doses extrêmement minimes, il doit agir, surtout quand le patient prend pendant dix-huit à dix-neuf jours consécutifs, comme au mont Dore, dans la même journée : un bain entier d'une heure le matin, puis un bain de vapeur de trois quarts d'heure à une heure, ensuite trois à quatre verres d'eau à la température de plus de 40 degrés, enfin un bain de pieds très-chaud, et quelquefois une douche. L'eau pénètre en lui partout : par l'estomac, par les pores, par la poitrine. Si elle contient quelque principe actif, elle ne doit pas être sans effet; elle doit en produire de salutaires ou de nuisibles. Aussi MM. les docteurs Bertrand, qui connaissent si bien la valeur médicale de leurs eaux, ne permettent-ils de les prendre qu'après l'examen le plus attentif; et plus d'une fois ils se sont refusés à admettre à leurs bains des personnes qui, de bien loin, venaient s'y rendre.

Il est donc prouvé que l'arsenic existe à l'état d'arséniate de soude dans les eaux minérales qui avoisinent le mont Dore, comme dans celles du mont Dore même, qu'il y existe en quantité diverse, et quelquefois en quantité qu'on peut dire grande, comme dans celles de la Bourboule.

MM. Chevallier et Gobley en ont déjà signalé la présence dans huit espèces d'eaux minérales.

M. Bouquet, dans un mémoire que je ne connaissais que par extrait des Comptes rendus du 14 août 1854, avant la lecture du mien, mais qui me paraît très-remarquable, l'a trouvé dans plusieurs autres; il en a même déterminé la quantité exactement.

Quelques autres chimistes l'ont également extrait de sources diverses.

Il suit de là que désormais on devra rechercher avec soin l'arsenic dans les eaux minérales qu'on analysera; il ne se trouvera probablement qu'à l'état d'arséniate dans les eaux salines.

Mais si on le rencontrait dans quelques eaux sulfureuses, il pourrait y être à l'état de sulfure arsenical dissous dans le sulfure alcalin que l'eau contient quelquefois.

Maintenant, si l'on considère qu'il peut exister dans les eaux plusieurs autres substances qu'on ne soupçonnait pas autrefois; que quelques-unes d'entre elles sont très-actives, et qu'il serait possible qu'on y en découvrît de nouvelles, on en tirera cette conséquence qu'il faut refaire l'analyse, du moins des principales eaux minérales, dans l'intérêt de la science médicale. Mais ce travail long, pénible, difficile, ne pourrait être confié qu'à des personnes qui connaissent toutes les ressources de la chimie et de la géologie.

NOTE SUR LES CONDITIONS GÉOLOGIQUES DU CHOLÉRA.

M. N. Boubée adresse une troisième note sur les conditions géologiques du choléra.

Ayant consacré, dit-il, les deux mois que je viens de passer dans les Pyrénées à observer particulièrement la marche géologique du choléra pendant qu'il sévit avec intensité dans la plupart des départements pyrénéens, ces observations ont confirmé de la manière la plus complète tout ce que j'ai dit et annoncé précédemment à cet égard.

Une chose fort digne de remarque, c'est que l'influence préservatrice si ca-

ractérisée qu'exercent, à l'égard du choléra, la plupart des roches compactes ou imperméables, et surtout les roches granitiques ou feldspathiques non altérées, est nulle ou tout au moins inappréciable à l'égard de plusieurs autres maladies analogues et plus ou moins épidémiques, telles que la cholérine, la suette, etc.

J'ai quelques faits nouveaux à l'appui de ce que j'avais annoncé dans mon premier mémoire : que ce n'est pas du tout le plus ou moins d'élévation au-dessus du niveau de la mer, ni au-dessus de la rivière ou de la vallée, qui peut protéger contre l'invasion du choléra.

Touille, village élevé à 160 mètres au-dessus du Salat, sur un promontoire de terrain diluvien, a été fort maltraité. Argut, village élevé à plus de 300 mètres au-dessus de la Garonne, près de Saint-Béat, a subi également l'invasion cholérique, tandis que Saint-Bérat, au bord du fleuve, dans une gorge très-étroite, mais entièrement bâti sur le calcaire saccharoïde, a été constamment préservé, bien que l'épidémie sévisse tout autour de lui.

Qu'il me soit permis d'ajouter que le voisinage, même très-rapproché, de roches préservatrices, est presque toujours insuffisant, si par-dessus ces roches il existe un terrain alluvionnaire ou quelque terrain friable et absorbant, tel que la roche granitique elle-même en décomposition, ou toute autre; car si les maisons reposent sur ce terrain perméable, il n'en faut pas davantage pour annuler assez souvent l'influence préservatrice des roches imperméables.

Enfin, je dois faire remarquer que si quelques cas de choléra viennent à se produire dans des lieux reposant sur des roches imperméables, il n'en faut rien conclure contre l'influence préservatrice de ces roches, puisqu'il y a loin de quelques cas isolés, souvent contestables, à une invasion véritablement épidémique.

(Renvoyée, conformément à la demande de l'auteur, au concours pour le prix Bréant.)

— M. Gaiffe soumet au jugement de l'Académie un mémoire ayant pour titre : Description d'un appareil électro-médical portatif, sans pile.

Un de ces appareils est mis sous les yeux de l'Académie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 31 octobre. — Présidence de M. Rostan.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Une réplique du maire de Merrey aux allégations du docteur Vergne, relativement à des événements qui se seraient passés lors de l'apparition du choléra dans cette commune;

2° Une recette avec échantillon de pastilles contre la grippe, de M. Durand de Lorient);

3° Un rapport de M. le docteur Fouquet, sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Ploëren (arrondissement de Vannes);

4° Un rapport de M. H. Gintrac, sur une épidémie de fièvre typhoïde de la commune de Sainte-Croix-du-Mont (arrondissement de Bordeaux);

5° Un rapport du docteur Pagès sur l'épidémie de choléra à Uzès, qui, selon ce médecin, n'était, en 1854, qu'une gastro-entérite guérissant par l'émétique;

6° Un rapport du docteur Royer, sur le choléra à Mulsay (Yonne).

— M. Lussereau adresse un travail sur les fermetures de sûreté des couvercles et baignoires des maisons d'aliénés.

— M. le docteur Berentain envoie une note sur le traitement du choléra asiatique par l'arséniate de potasse, liqueur arsénicale de Fowler.

M. le Président annonce la mort de M. Raynard, correspondant de l'Académie, directeur de l'Ecole vétérinaire de Lyon.

EAUX MINÉRALES.

M. O. Henry lit, au nom de la commission des eaux minérales, trois rapports sur :

1° Une analyse de l'eau sulfureuse du pont d'Austerlitz, à Paris.

Il conclut que ces eaux sont franchement sulfureuses, qu'elles se placent à côté des eaux d'Enghien, et jouissent sans doute des mêmes propriétés médicales.

2° Une analyse des eaux de Carcanières et d'Escouloubre (Ariége et Aude).

Ces eaux renferment du chlorure de sodium, du sulfate de soude, des vestiges de sulfure iodique. La haute température a fait sans doute qu'on ne trouve que des indices de sulfuration. Ces eaux se rapprochent des eaux sulfureuses chaudes des Pyrénées.

3° Une analyse des eaux minérales d'Alet (Aude).

La nature ferrugineuse de ces eaux est bien établie, et peut-être y existe-t-il quelques traces d'arsenic qui leur donnerait en outre des propriétés particulières.

Les conclusions de ces trois rapports sont mises aux voix et adoptées.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le cancer.

La parole est à M. Larrey.

DU CANCER ET DU MICROSCOPE.

M. Larrey s'étonne de voir mettre en cause le microscope, d'en entendre contester les services. Déjà l'on a entendu M. Leblanc faire ressortir toute l'utilité de cet instrument dans la pathologie des animaux. On peut juger, d'après les discours de M. Robert et des nombreuses opinions qui se sont produites, que chez l'homme on n'en a pas tiré un moindre parti.

Les micrographes n'ont jamais prétendu à l'infaillibilité. D'antre part, il ne faut pas non plus confier à de jeunes hommes inexpérimentés l'examen des tumeurs. D'ailleurs, le plus souvent, on ne donne aux micrographes que des portions de tumeurs à examiner; et comme leur composition est complexe, chaque examen n'a qu'une valeur relative.

Certes, on peut voir à l'œil nu bien des caractères, mais le microscope seul peut décider. M. Larrey n'hésite pas à mettre en doute les diagnostics de son père et de M. J. Cloquet, il met en doute les cas de guérison du cancer. Marjolin admettait la récidive fatale pour ces tumeurs. Bien des fois on a confondu les tumeurs fibreuses, les tumeurs hypertrophiques avec le cancer. Depuis que l'on a établi la distinction entre les cancers et les fibro-plastiques, plus d'une fois on a reconnu la récidivité de ces derniers. M. Larrey rapporte l'exemple d'un sujet qui a été opérée par lui, trois fois, d'une tumeur fibro-plastique.

Après avoir exprimé le désir de voir discuter à fond la question des tumeurs, M. Larrey demande à l'Académie de vouloir bien accorder la parole à un micrographe qui viendrait défendre et discuter le microscope au nom de ses collègues.

M. Malgaigne : J'ai éprouvé un vif regret de n'avoir pu assister au commencement de cette discussion. Si, d'une part, j'ai applaudi aux excellentes choses que renferme le discours de M. Velpeau, je ne puis m'empêcher de dire qu'il a été trop loin.

Je vais examiner deux questions. Premièrement, quels services le microscope a rendu à la science, quelle est son utilité pratique, et j'arriverai ainsi naturellement à parler de la curabilité du cancer.

Pour apprécier convenablement la part qu'il convient de faire au microscope, il est indispensable de rappeler quel était l'état de la science sur ce point, avant que l'usage de cet instrument y eût été introduit.

Trois doctrines étaient en présence : celle de l'Académie royale de chirurgie, qui se résume dans Boyer, son dernier représentant; celle de Scarpa; et enfin, plus près de nous, celle de l'école anatomo-pathologique française, à laquelle il faut rattacher aussi les doctrines anglaises d'Abernethy et d'Astley Cowper.

J'aurai peu de chose à dire de la doctrine de Boyer, si connue d'ailleurs de tout le monde. Boyer distinguait deux sortes de cancers : le cancer dur et le cancer mou. Le cancer dur, ou le squirre, était distingué à son tour en squirre bénin et en squirre malin. Comment Boyer distinguait-il le squirre malin du squirre bénin? C'était par la récidive. Lorsque le squirre récidivait c'était un squirre malin; il était bénin, au contraire, lorsqu'il ne récidivait pas.

La récidive levait tous les doutes, c'était à ses yeux le seul signe distinctif des tumeurs malignes et des tumeurs bénignes; il n'y avait pour lui de cancer que celui qui récidive. Cela revient à dire, comme on le voit, que pour Boyer il n'y avait pas de signe diagnostique différentiel. Il ne pouvait pas porter un diagnostic en présence d'une tumeur; il attendait la récidive pour se prononcer.

Une autre idée de Boyer, c'est que le siége de certaines tumeurs suffisait pour en déterminer la nature. Ainsi le cancer des lèvres, dit-il, récidive toujours.

La doctrine de Scarpa ne diffère pas beaucoup de celle de Boyer. Pour le professeur de Pavie, comme pour le chirurgien de la Charité, il y a des tumeurs dures et des tumeurs molles, des squirres et des encéphaloïdes. Les tumeurs du testicule ne sont point des cancers; il n'y a rien de plus démontré pour lui que ces tumeurs sont de nature strumeuse. Quant aux tumeurs du sein, il les distingue, comme Boyer, en squirres malins et squirres bénins. Ces derniers ne sont autre chose que des engorgements strumeux, qui peuvent guérir s'ils sont opérés de bonne heure.

Voilà où en était la science en 1844, à l'époque de la mémorable discussion soulevée à l'Académie de médecine par M. Cruveilhier, le représentant de l'anatomie pathologique. Le souvenir de cette discussion est trop présent dans l'esprit de tout le monde pour qu'il soit nécessaire de s'y étendre longuement. On se rappelle la proposition que M. Cruveilhier vint soutenir alors devant l'Académie. Elle se résumait ainsi : Il existe des tumeurs fibreuses confondues jusqu'ici à tort avec le squirre, et qui en diffèrent par leur innocuité, par leur marche, par l'absence de récidive après leur ablation, et qui s'en distinguent par des caractères cliniques capables de les faire reconnaître sur le vivant. — Qui s'éleva contre cette proposition? Les élèves mêmes de M. Cruveilhier, Blandin et Bérard, qui mirent leur maître au défi de dire quels sont les caractères cliniques de ces tumeurs et de les reconnaître lui-même. M. Roux, qui représentait l'école anglaise, ne fit pas une opposition moins vive aux idées de M. Cruveilhier. Mais celui d'entre nous qui prit la part la plus large à cette discussion, ce fut M. Velpeau. M. Velpeau, qui, à si juste titre, fait depuis longtemps école, avait émis en 1839, dans un article de dictionnaire, des idées très-remarquables pour l'époque. Pour le vrai cancer, il en était à la division de Laennec; mais il établissait dès cette époque une classification nouvelle des tumeurs bénignes, sur lesquelles il professait déjà quelques-unes des opinions qu'il vient de reproduire dans son dernier ouvrage. Il distinguait des productions anomales ou des cancers proprement dits deux ordres de tumeurs, les hypertrophies et les dégénérescences. Telle était la situation de M. Velpeau lors de la discussion de 1844. Il prit la parole deux fois dans cette discussion, et chaque fois il émit des opinions différentes; il fit ressortir en particulier la différence qu'il établissait entre les tumeurs fibreuses de M. Cruveilhier et les tumeurs auxquelles il a donné

le nom de tumeurs fibrineuses. Mais ce qu'il y eut de plus remarquable dans son argumentation d'alors, et ce que je tiens à rappeler surtout en ce moment, c'est qu'il fut le premier à l'Académie à invoquer le microscope et à faire valoir les services qu'il pouvait rendre au diagnostic des tumeurs. Ce fut lui qui le premier parla de cancer à cellule et de cancer sans cellule. Ainsi, ayant à se prononcer sur le diagnostic d'une tumeur douteuse, M. Velpeau, moins sûr de lui-même qu'il ne paraît l'être aujourd'hui, et se défiant un peu des signes cliniques habituels, invoqua le secours du microscope, et de par le microscope il diagnostiqua un cancer à cellules, devant récidiver.

A peu près à la même époque, dans une société estimable, mais moins haut placé, à la Société anatomique, on n'était guère plus avancé, et le même embarras se présentait pour distinguer les unes des autres des tumeurs placées sur la table. Ainsi lorsqu'en 1843 M. Lebert présenta à la Société un testicule encéphaloïde, l'un des membres les plus distingués de cette Société, M. Deville, après avoir examiné attentivement cette tumeur, déclara que c'était un tubercule. La question fut portée plus tard à la Société de chirurgie; j'en parlerai tout à l'heure.

Ainsi, en 1844, pas un chirurgien, pas un anatomo-pathologiste qui sût reconnaître une tumeur sur la table. Et quand on éprouvait de pareilles difficultés à diagnostiquer une tumeur que l'on tenait dans la main, comment vouliez-vous qu'on pût la diagnostiquer sur le vivant? Aujourd'hui, à dix ans à peine de distance, en est-il de même? entendez-vous tenir le même langage qu'à cette époque? Non. La discussion de 1844 serait impossible aujourd'hui. Il y a, permettez-moi de le dire, dix siècles de distance entre les idées d'alors et celles d'aujourd'hui. Idées et expressions, tout a changé. On n'entend plus parler aujourd'hui que de cancers à cellules, de tumeurs fibro-plastiques, de tumeurs épithéliales, de cancroïdes, de tumeurs hypertrophiques de la mamelle. Et qu'est-ce qui a opéré ce changement? C'est le microscope. Le microscope seul a complètement changé sur ce point la face de la science.

Voilà la part qui revient au microscope. Cependant je ne voudrais pas laisser croire par ces paroles que je suis un admirateur exclusif du microscope... et des micrographes. Je m'expliquerai là-dessus tout à l'heure. Je ferai remarquer seulement en passant que MM. les micrographes se montrent aujourd'hui peu reconnaissants envers M. Velpeau, qui a le premier appelé l'attention du monde savant sur leurs travaux.

Pourquoi M. Velpeau lutte-t-il aujourd'hui contre les micrographes? C'est parce qu'ils sont allés trop loin et qu'ils se sont engagés dans une mauvaise voie.

Permettez-moi ici, puisque l'occasion s'en présente, une petite digression sur la proposition de Bichat rappelée par M. Robert. Losque deux maladies, a dit Bichat, diffèrent par leurs symptômes, leur marche, leur terminaison, elles diffèrent aussi par leur siége et la nature des lésions qui les accompagnent; et réciproquement lorsque des lésions anatomiques sont dissemblables, lorsque la structure des produits pathologiques n'est pas la même, les désordres fonctionnels qu'ils déterminent et leur évolution constituent aussi des affections de nature distincte. Eh bien! il n'y a pas de loi plus fausse; c'est une loi inventée à l'amphithéâtre, et qui n'est nullement applicable à la pathologie. Bichat n'avait oublié qu'une chose: c'est la vie qui opère des résultats différents avec des éléments semblables, et réciproquement des résultats semblables avec des éléments différents. M. Velpeau a très-bien fait voir qu'avec des apparences anatomiques les mêmes, on constatait quelquefois des différences cliniques considérables. Il n'y a donc pas, je le répète, de loi plus fausse que celle-là.

J'insiste sur ce point, parce que les micrographes se sont en général appuyés sur cette prétendue loi. C'est en effet de cette loi qu'est parti M. Lebert. Pensant, avec Bichat, que lorsque les tissus diffèrent, il devait y avoir des différences symptomatiques correspondantes, il a fait de la texture des tumeurs la base de sa classification des tumeurs, anciennement considérées comme des cancers, et qu'il a parquées, d'après la présence des cellules épidermiques ou du tissu fibreux, dans autant de catégories distinctes.

Les micrographes ont eu le tort de vouloir tout soumettre à l'anatomie pathologique et de ramener tous les faits dans une classification anatomique qui ne devait servir à personne. Ainsi, tandis que M. Velpeau, avec son grand sens pratique, maintenait la classification des tumeurs en malignes et en bénignes, M. Lebert, se plaçant à un autre point de vue et considérant cette distinction comme étant la ruine de l'art, a fait une véritable classification de botaniste.

C'est ainsi que le microscope a fait son entrée dans la science comme l'avait fait quelques années auparavant l'anatomie pathologique, en exagérant et en faussant les conséquences des faits qu'elle avait révélés. Il fallait la tirer des erreurs et des exagérations qu'elle a commises; voilà pourquoi j'ai applaudi sans réserve aux belles paroles de M. Velpeau.

Mais si je me suis joint à M. Velpeau pour montrer les écarts des micrographes et faire voir la confusion qu'ils ont introduite dans quelques parties, je ne dois pas méconnaître les services réels qu'ils ont rendus. Oui, sans doute, pour ce qui concerne le groupe des tumeurs bénignes, le microscope n'a fait qu'augmenter la confusion au lieu d'apporter la lumière; mais pour les tumeurs malignes le microscope a rendu les plus grands services en révélant un caractère spécifique qui ne laisse aucun doute.

Voilà, d'une part, les grands services qu'a rendus le microscope. Voilà, d'autre part, la cause de la réaction suscitée contre lui, et voilà pourquoi il était nécessaire d'avertir les micrographes de la fausse route dans laquelle ils se sont engagés.

Maintenant faut-il, comme M. Velpeau, maintenir dans toute sa sévérité la critique qu'il a faite du microscope? Mais je répliquerais à M. Velpeau que sans le microscope son livre eût été impossible. M. Velpeau pense qu'on n pas besoin du microscope pour diagnostiquer les tumeurs. Mais il faut ici faire une distinction importante dont M. Velpeau n'a pas tenu compte. Il faut distinguer un diagnostic pratique et un diagnostic scientifique. Pour le diagnostic pratique, sans doute le microscope ne saurait être d'aucun secours; le chirurgien doit l'éclairer de l'ensemble des signes cliniques. Mais il n'en est pas de même pour le diagnostic scientifique. Je déclare, pour ma part, qu'il n'y a pas de diagnostic possible à ce point de vue sans le microscope, et je me montrerai ici plus partisan du microscope que M. Robert lui-même. Aussi à ce titre je n'admets pas comme valables les observations de M. Velpeau; et lorsqu'il a parlé de tumeurs contenant la cellule et qui n'étaient point du cancer, et réciproquement de tumeurs qui étaient du cancer à ses yeux et qui ne contenaient point la cellule, je n'hésite pas à déclarer qu'il s'est trompé. Ainsi ses objections contre le microscope, en tant que moyen de distinguer le cancer vrai des tumeurs de nature bénigne, ces objections tombent d'elles-mêmes.

J'arrive à la question de la récidive : je n'ai qu'un mot à dire là-dessus. La question de la récidive n'a pas été encore franchement abordée dans cette discussion. Cette question est entièrement subordonnée à l'examen microscopique. Je n'admets à cet égard ni la statistique ni les observations qui n'ont pas subi le contrôle du microscope; je n'admets pas davantage l'infaillibilité de M. Velpeau. Pour moi, toutes les fois que la nature cancéreuse a été parfaitement établie, je déclare n'avoir pas vu une seule exception à la loi de la récidive.

La continuation de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

— M. MOREL-LAVALLÉE présente une pièce pathologique. Elle vient d'une femme qui n'a pas connu de cancéreux dans sa famille.

La maladie remonte à près de quatre ans. Elle n'a pas souvenance d'avoir reçu de coup à cette époque, et s'est aperçue seulement que son sein droit augmentait de volume. Longtemps cette tuméfaction fut exempte de douleur, elle augmentait lentement, d'une manière uniforme, sans être jamais restée stationnaire. La malade s'en est d'abord peu préoccupée, et n'a jamais entrepris de régime suivi ni actif. Ce n'est que depuis trois mois environ que le volume de sa tumeur a fini par attirer sérieusement son attention, et qu'elle y a ressenti quelques douleurs, que d'elle-même elle caractérise du nom d'élancements, mais toujours fugaces et peu pénibles. Sa santé générale est restée bonne, elle n'a pas maigri. Ses fonctions digestives ont conservé leur intégrité.

La tumeur siége à la partie supérieure et interne du sein droit; elle est inégale, représente le volume d'un poing peu volumineux. Des bosselures manifestes au nombre de sept à huit existent à sa surface.

La fluctuation est manifeste en plusieurs points; on peut même avancer en cherchant à la reconnaître, qu'un liquide refoulé d'un point soumis à la pression, se réfugie en d'autres parties de la tumeur, où il soulève les doigts appliqués à sa surface.

Les ganglions axillaires et sons-claviculaires sont restés sains.

Cette fluctuation est due à un liquide brunâtre, d'une couleur assez foncée de chocolat à l'eau, d'une apparence assez analogue à celle de la teinture d'iode affaiblie, sans odeur, non visqueuse, dont la consistance n'est pas supérieure à celle du sérum. Ce liquide n'a pas été soumis aux réactifs

La tumeur débarrassée de son élément liquide s'affaisse et n'a plus que le volume d'un assez gros œuf d'oie. Elle se compose de plusieurs loculés plusieurs fois cloisonnés, dont les uns sont de petite dimension, les autres, au contraire, assez considérables. La face interne de leurs parois est, par place, lisse et tantôt rosée, tantôt de couleur brunâtre. Une matière molle, pultacée, s'enlevant facilement avec l'ongle, quelque peu granuleuse, semblable, pour l'aspect, aux végétations vénériennes, mais beaucoup plus molle, existe dans leur cavité. Elle est pâle ou de couleur rosée, parsemée de petits caillots noirâtres et concrets. La pièce n'a pas été examinée au microscope.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DE LA SYPHILIS DES NOUVEAU-NÉS ET DES ENFANTS A LA MAMELLE; par P. DIDAY, ex-chirurgien en chef de l'Antiquaille (hôpital des Vénériens de Lyon). Ouvrage qui a remporté le prix, médaille d'or, au concours de Bordeaux, ouvert par la Société médicale de cette ville. — 1 vol. in-8° de 439 pages — Paris, 1854.

L'incertitude de l'opinion de l'auteur sur les problèmes étiologiques de la syphilis des nouveau-nés se révèle par la seule forme des têtes de chapitre, forme presque toujours interrogative. Quand on a une aussi grande expérience et une pratique aussi étendue que celle de M. Diday, en matière de syphilis, on est d'ordinaire entraîné à décider carrément tout point en litige dans le sens en faveur duquel dépose la majorité des faits qu'on a observés par soi-même. M. Diday a résisté à cet entraînement. Souvent il discute la valeur des faits favorables et des faits contraires, et laisse à l'avenir le soin de prononcer. Ainsi, par exemple, à propos de la transmission de la syphilis de la nourrice au nourrisson par l'intermédiaire du lait, il s'exprime de cette manière :

« Le lait qui, selon la naïve expression de notre Ambroise Paré, *n'est que sang blanchi*, a-t-il les mêmes propriétés infectantes? Ne peut-il du moins les posséder dans une certaine mesure? J'avoue que, à mes yeux, ce n'est pas à beaucoup près un problème résolu, et que si des probabilités seules pouvaient m'entraîner, ce ne serait certes pas du côté de Hunter! » Or on se rappelle que Hunter et son école nient que le sang et aucun des principes qui en dérivent, sueur, salive, sperme, etc., puissent porter l'infection avec eux. Hunter allait fort loin dans ses opinions anti-infectieuses, car il ne craint pas de manifester quelque part son doute au sujet de l'intoxication possible d'un fœtus enfermé dans la matrice d'une femme syphilitique, intoxication que personne ne songe à nier aujourd'hui.

L'opinion réagit aujourd'hui contre les principes formulés par Hunter, et tend à professer, au contraire, que la syphilis peut être transmise par des voies très-nombreuses, des parents ou de la nourrice, au fœtus et au nouveau-né. M. Diday ne partage que jusqu'à un certain point ces tendances générales; il a soin, à propos de chaque question en litige, de s'appuyer sur des faits de sa pratique ou sur des observations dûment discutées, laborieusement empruntées à divers auteurs. Ses doutes comme ses principes les plus nettement formulés s'appuient toujours sur une base positive.

Le sang transmet la vérole de la mère au fœtus; le sperme transmet la vérole du père au fœtus : telle est sa profession de foi. Nous avons vu, à propos du lait, qu'il n'est plus aussi disposé à l'affirmative quand il s'agit des autres sécrétions. Il doute quant à la transmission possible de la syphilis par le lait, mais dans son chapitre consacré à la thérapeutique, il croit que si la maladie ne peut arriver par le lait, la guérison pourrait bien s'obtenir par cette voie au bénéfice de l'enfant à la mamelle, quand on fait prendre des mercuriaux à la nourrice. On jugera jusqu'à quel point ces deux opinions sont conciliables. Pour nous, nous sommes persuadé qu'on doit partager ces deux classes des liquides quant à la transmission de la vérole; les uns, comme le sang et le sperme, la transmettant communément, presque fatalement si le père et la mère, c'est-à-dire si le sang et le sperme sont intoxiqués; les autres n'étant point le véhicule ordinaire du virus syphilitique, mais pouvant le devenir dans certaines circonstances incontestables; car il existe des faits, mais ces faits ne sont pas encore bien déterminés, et ne peuvent conséquemment être indiqués à l'avance, ni même catégorisés après coup.

Si le sperme est le seul liquide élaboré aux dépens du sang qui puisse transmettre la vérole au fœtus, cette exception, d'après M. Diday, s'expliquerait simplement et rationnellement par le rôle que le sperme joue dans la formation du nouvel être. M. Diday rejette toute infection par d'autres liquides, par la salive, le vaccin, la sueur, l'urine, etc.

La question de l'infection au passage, lorsque l'enfant a été retenu longtemps en contact avec les parties génitales maternelles ulcérées, trouve M. Diday sur la réserve philosophique dont il fait preuve relativement à tant d'autres points litigieux. Il s'écrie, après avoir passé en revue les auteurs favorables à l'infection au passage : Voilà des raisons et beaucoup, mais des faits pas un seul! Cependant, gardant un juste milieu entre la crédulité et le scepticisme, il répète avec, M. Ricord : Cela est rare sans doute, mais cela n'est pas impossible.

Sur d'autres questions, M. Diday est plus explicite. A cette demande : *Le père étant seul syphilitique, peut-il donner la vérole à l'enfant?* il répond par l'affirmative, quoique Pascal et M. Bouchut contestent la réalité de cette transmission. A cette autre : *Un homme qui a eu la vérole, mais exempt actuellement de tout symptôme, engendrera-t-il un enfant syphilitique?* il répond : L'immunité du fœtus est possible dans ces circonstances, mais elle n'est pas certaine. Ces sortes de questions, pour le dire en passant, n'ont pas seulement une haute importance médicale, elles touchent aussi aux plus chers intérêts des familles, à la médecine légale et à l'économie politique, en tant que relatives à l'amélioration ou à la détérioration des races. A ces deux points de vue, il fallait encore sonder d'autres questions fort difficiles. M. Diday pense que la semence altérée d'un père précédent peut laisser dans la femme une impression capable d'infecter les enfants subséquents issus d'un autre père que lui. La physiologie possède d'authentiques observations qui nous paraissent de nature à corroborer cette opinion : une chienne ou une jument primipares fécondées par un chien ou par un étalon d'une race déterminée, et couvertes ensuite par des mâles d'une autre race, ne donnent souvent pas des petits marqués franchement aux caractères du dernier mâle, mais éloignés de ce type par l'influence que son prédécesseur a imprimée à l'ovaire lors de la copulation primitive. Non-seulement le sperme agit sur l'œuf qu'il féconde, mais il imprime aussi une certaine modification aux autres vésicules contenues dans les ovaires. Ce fait acquis à la physiologie normale enlève tout ce qu'il pourrait sembler y avoir d'étrange dans celui que M. Diday discute dans le domaine de la physiologie pathologique.

Tels sont quelques-uns des principaux points traités dans la première partie du livre de M. Diday.

La seconde partie, intitulée DESCRIPTION, contient deux chapitres; le premier a pour titre : *Indication détaillée et diagnostic de chaque lésion;* le second, *Marche de la maladie.*

La rareté du bubon, surtout du bubon suppuré chez le nouveau-né, à l'encontre de ce qui s'observe chez l'adulte, ne pouvait manquer de frapper M. Diday. Au contraire, les plaques muqueuses sont très-fréquentes dans les premiers temps de la vie. Cela se comprend à merveille, du reste : chez l'adulte, les plaques muqueuses se manifestent de préférence sur les membranes muqueuses ou sur la peau, là où elle est fine, humide, exposée à des frottements, toutes conditions qui caractérisent l'enveloppe tégumentaire du jeune enfant. Les pustules et les squammes sont aussi rares que les plaques muqueuses sont fréquentes. Par un abus de mots, on a considéré les pustules comme plus communes qu'elles ne le sont en réalité. M. Diday insiste sur ce point.

Le pemphygus a réveillé le débat qui a eu lieu à l'Académie entre M. Paul Dubois et Cazeaux, le premier le disant syphilitique, et le second lui assignant une origine commune sans spécificité. M. Diday se range dans ce dernier camp, et pense même que le pemphygus syphilitique est une affection rare chez l'adulte, si même elle existe réellement. A propos des lésions viscérales, l'auteur rencontre de nouveau des questions mises à l'ordre du jour dans ces derniers temps : par exemple, les indurations pulmonaires, décrites par M. Depaul ; la suppuration du thymus, observé par M. P. Dubois; l'induration du foie, sur laquelle M. Gubler a surtout fourni d'exacts renseignements. On voit que la syphilographie infantile s'est enrichie tout récemment de découvertes importantes; il y avait donc opportunité à réunir ces nouvelles conquêtes dans un livre *ex professo.*

Tout en étudiant chaque lésion en particulier, il ne faut point perdre de vue l'ensemble ; car souvent certains caractères généraux de l'habitude extérieure trahissent positivement, aux yeux du médecin expérimenté, la prochaine apparition des phénomènes locaux, alors que ceux-ci n'existent pas encore. Or être prévenu à temps, c'est souvent être mis à même de parer à la moitié du mal. L'enfant syphilitique a *l'air d'un petit vieillard*, comme on l'a bien dit, et ses chairs présentent cette coloration mate, terne, jaunâtre, sur laquelle M. Trousseau a surtout appelé l'attention.

A propos de la marche de la maladie les débats recommencent, car tandis que Rosen dit n'avoir jamais vu que des enfants malades dès leur naissance, M. Ricord nie qu'un enfant puisse naître avec des symptômes constitutionnels. Parmi les partisans de l'apparition tardive de la syphilis, on ne se trouve pas plus d'accord. Singulières dissidences dans une pure question de faits! M. Diday a assemblé 53 cas appartenant à divers auteurs, et tire de cette statistique la conclusion que l'époque la plus fréquente de l'apparition de la syphilis constitutionnelle est antérieure au troisième jour, et qu'après le troisième mois révolu on ne voit plus guère les accidents se développer.

En continuant à compulser les observations et à compter les faits, M. Diday arrive à formuler l'opinion que la vérole infantile venant du père ou de la mère ont une gravité à peu près égale, et que le temps écoulé entre la naissance et l'apparition des symptômes est aussi à peu près semblable de part et d'autre. Les symptômes se ressemblent également dans les deux cas, et le mercure ne dément son efficacité ni dans l'un ni dans l'autre.

La question de savoir *si la syphilis tertiaire peut ne produire ses premiers symptômes que plusieurs années après la naissance*, laisse M. Diday dans un doute philosophique et prudent; là où il y a des présomptions sans preuves authentiques, l'auteur se tient toujours sur la réserve, quelquefois même un peu trop, au gré du lecteur, qui ne serait pas fâché d'avoir une opinion formulée par un syphilographe comme M. Diday, opinion qui vaudrait mieux que celle qu'on peut se former dans son inexpérience de la matière.

Une autre importante question se présente ensuite : *la syphilis héréditaire peut-elle manifester son action par des effets morbides autres que les symptômes caractéristiques de la vérole?* On n'a pas oublié, à ce sujet, qu'un éminent syphilographe contemporain, M. Ricord, professe dans ses plus récents ouvrages que les *accidents tertiaires anciens* des parents finissent par ne plus engendrer la syphilis chez leurs enfants, mais la scrofule. M. Diday partage cette opinion sur le pouvoir *scrofulogène* de l'affection vénérienne arrivée à cette période. Mais la

scrofule n'est pas, tant s'en faut, la seule affection que le vice des parents inculque à leurs infortunés descendants.

Il nous serait difficile de suivre M. Diday dans sa troisième partie, consacrée au pronostic. Il pense que sa gravité ne dépend pas tant de l'âge même du sujet que de la nature et des allures spéciales de cette syphilis qui a saisi l'embryon *ab ovo*, dans l'ovaire, et l'a constamment imprégné, baigné, saturé pendant neuf mois de vie intra-utérine. Assurément une telle affection n'est point identique à celle de l'adulte, due à un contact passager.

Le pronostic acquiert dans le sujet qui nous occupe des proportions plus considérables qu'à propos de la plupart des maladies de l'adulte, et la question devient également beaucoup plus complexe. Il ne s'agit plus ici, en effet, de considérer la maladie seulement en elle-même; il faut remonter à l'étiologie, aux parents, au degré qu'aurait atteint la syphilis chez eux, etc. C'est, en un mot, à des sources très-nombreuses que la solution du problème de la gravité va puiser ses éléments multiples.

La quatrième partie est consacrée à la médecine légale.

La syphiliographie infantile étant pleine de *desiderata* et d'incertitudes, la justice, qui n'admet que des réponses rigoureuses et des décisions nettes, devra souvent se trouver dans l'embarras. C'est ce qui a lieu en effet. Les questions qu'on porte le plus fréquemment devant elle sont relatives aux nourrices demandant des dommages-intérêts pour avoir été infectées par leur nourrisson, tandis que les parents élèvent les mêmes prétentions et accusent au contraire la nourrice d'avoir intoxiqué leur enfant. Le rôle du médecin est souvent fort difficile et toujours très-délicat: difficile, puisque les faits les plus favorables et les plus probants en faveur d'un parti peuvent à peu près toujours être différemment interprétés; délicat, surtout au point de vue auquel se place M. Diday, car cet auteur ne pense pas qu'il faille, par la confidence de ses tergiversations et de ses doutes, exposer le magistrat à se perdre dans une foule d'incertitudes et de contradictions qu'un médecin seul peut débrouiller. Celui-ci, faisant intervenir l'élément moral, que la confiance des familles lui révèle souvent sous son vrai jour, doit donner une solution plus ou moins nette, basée sur ces considérations diverses, et s'ériger ainsi en vrai magistrat, en assumant sur sa tête presque toute la responsabilité. En laissant percer ces idées, M. Diday montre qu'il possède à un haut degré le sentiment de la dignité et de l'importance du médecin; un tel rôle sied très-bien à M. Diday, mais beaucoup ne se trouveraient pas les épaules assez fortes pour l'assumer sur eux.

La thérapeutique occupe la cinquième et dernière partie.

La thérapeutique est ici complexe comme le pronostic, et la prophylaxie est appelée à jouer un grand rôle, que M. Diday reproche avec raison à plusieurs médecins d'avoir méconnu ou considérablement rapetissé. Il ne s'agit pas seulement ici d'administrer des remèdes à un enfant infecté par la vérole congénitale. D'autres indications majeures se présentent également; en voici quelques-unes :

1° *Empêcher l'enfant conçu, ou né, ou élevé dans des conditions qui l'exposent à la syphilis, d'en être atteint.* Pour répondre à ces indications, il faut traiter activement celui des deux époux qui est malade, si, le mariage étant contracté, il n'y a pas encore grossesse; traiter les deux si la fécondation a eu lieu; et, ce qui mieux est, retarder mariage si on est consulté à temps.

2° *Conditions liées à la parturition.* Si l'infection au passage a été exagérée, elle ne saurait être niée comme cas possible. Le médecin trouve donc des indications à remplir ici.

3° *Conditions dépendant des personnes parmi lesquelles l'enfant est élevé.* L'examen des nourrices se présente en première ligne, et un médecin prudent n'omettra même pas de visiter, selon le sage conseil de Rosen, le nourrisson qu'elles allaitent. Il faut plus encore : il n'est point oiseux de s'assurer des personnes qui approchent l'enfant.

Non-seulement il faut prémunir l'enfant, mais il faut sauvegarder les adultes contre les enfants infectés. C'est ici la contre-partie de la question. La mère qui accouche d'un enfant syphilitique de la faute du père, peut-elle bien se flatter de ne courir aucun danger, elle qui a eu, pendant neuf mois, une vie en commun avec le fœtus empoisonné? Assurément le doute est au moins permis à cet égard. La nourrice ensuite court des dangers incontestables et incontestés.

La nécessité du traitement curatif d'un enfant atteint en naissant de vérole constitutionnelle, ne fait pas l'objet d'un doute; mais comment faut-il instituer ce traitement? À quelle époque faut-il le commencer? Faut-il administrer directement les mercuriaux au nouveau-né, ou par l'intermédiaire de la nourrice? Convient-il de faire absorber le mercure aux nouveau-nés par la surface gastro-intestinale ou par la peau? Quels sont les mercuriaux préférables; quelles sont les doses; pendant combien de temps faut-il continuer le traitement; de quelles précautions hygiéniques faut-il entourer l'enfant pour seconder l'effet des remèdes; quel est le traitement des accidents locaux qui doit marcher contemporainement au traitement général?

Certes voilà un long programme; et l'on voit que, sous la plume de M. Diday, la question thérapeutique s'est bien agrandie. Mais nous devons nous borner à ces indications, car un chapitre de thérapeutique contient une foule de détails qui ne sont point susceptibles d'analyse; et, d'autre part, ce que nous avons dit précédemment des idées et des principes de M. Diday indique implicitement quelle est sa conduite dans les questions générales.

On a pu voir, par cette analyse succincte, comment une simple question mise au concours par une académie de province, a été prise au sérieux par M. Diday, et comment, au lieu d'un mémoire, il a fait un livre complet, écrit avec soin et bien pensé, dont nous étions privés sur cette matière. Ce livre n'est point le dernier mot, tant s'en faut, sur la syphilographie des enfants, étude à laquelle cette importante publication donnera sans doute plus d'impulsion encore; mais quand il ne résout point les questions, il en expose avec une saine critique l'état actuel, et indique ainsi aux travailleurs de quelle assise ils auront à partir pour continuer l'édifice commencé.

Félix Jacquot.

VARIÉTÉS.

MOUVEMENT DU CHOLÉRA DANS PARIS ET DANS LES COMMUNES RURALES.

	Octobre... 27	28	29	30	31	nov. 1	2
Admissions aux hôpitaux	6	8	5	4	7	5	4
Cas déclarés à l'intérieur	4	2	3	1	2	3	3
Totaux.......	10	10	8	5	9	8	7
Décès : Dans les hôpitaux civils..	4	5	8	3	9	4	4
— militaires..	0	0	1	1	1	0	0
A domicile : 1er arrond...	0	1	0	0	0	1	0
2e —	1	5	0	0	2	1	0
3e —	2	3	0	0	1	0	0
4e —	0	1	0	0	0	0	0
5e —	1	0	1	0	1	0	1
6e —	1	1	0	2	2	0	0
7e —	0	0	1	0	0	1	1
8e —	1	1	0	1	1	3	0
9e —	1	4	2	0	0	0	0
10e —	1	0	2	0	0	0	0
11e —	0	1	0	0	0	0	0
12e —	2	0	0	1	1	1	0
Communes rurales.....	2	1	0	0	0	0	0

RÉCAPITULATION DES DÉCÈS CHOLÉRIQUES :

	Octobre.. 27	28	29	30	31	nov. 1	2
Dans les hôpitaux civils et militaires.	4	5	9	4	10	4	4
A domicile et dans les comm. rurales.	12	18	6	4	8	7	2
Totaux généraux des décès...	16	23	15	8	18	11	0

RÉCAPITULATION DEPUIS LA RECRUDESCENCE JUSQU'AU 2 NOVEMBRE.

Admissions dans les hôpitaux civils..	4,604	6,652
Cas déclarés à l'intérieur	2,048	
Décès dans les hôpitaux civils	3,439	11,198
— — militaires ..	625	
— à domicile	4,674	
— dans les communes rurales.	2,460	

— Choléra. Récompenses. Par arrêté du roi des Belges, daté du 26 octobre, sont nommés chevaliers de l'ordre de Léopold :

Le médecin de régiment Vanden Abeele (Alexandre-Bernard-Louis), attaché au 12e régiment de ligne, et le médecin de bataillon de 2e classe, Vleminckx (Henri-Jean-Victor), attaché au 1er régiment d'artillerie, en récompense du noble dévouement et de l'abnégation dont ils ont donné des preuves éclatantes en prodiguant leurs soins aux soldats de la garnison d'Ostende atteints du choléra.

— Erratum. — Dans le premier article du n° 41, consacré au choléra dans l'est de la France, il est dit : Quand chaque village contient de 50 à 80 malades, il devient complétement impossible au médecin de visiter plus de trois à quatre villages par jour, de sorte que certains villages gravement affectés ne le revoient que trois ou quatre fois par semaine. Les cas qui se développent dans cet intervalle peuvent être pris *ab ovo*, etc. Lisez ne peuvent être pris *ab ovo*, etc. L'omission d'un mot fait un contre-sens complet.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

VALEUR DIAGNOSTIQUE DU MICROSCOPE. — CURABILITÉ DU CANCER.

(Quatrième article. — Voir les n°s 42, 43 et 44.)

Nous sommes heureux de le proclamer : la lumière se fait, la vérité se dégage des obscurités dont elle semblait s'envelopper de plus en plus, et si le but n'est pas atteint, si l'on ne sait pas absolument ce que vaut le microscope comme moyen d'investigation clinique, on sait mieux ce qu'il ne vaut pas; de même que si on ne peut pas dire encore jusqu'où et comment le cancer est curable, on peut affirmer qu'il l'est, et l'on a un point de départ plus certain pour l'éclaircissement des questions qui restent à résoudre.

Nous n'éprouvons que de la satisfaction à le reconnaître, c'est à M. Velpeau qu'est dû en grande partie ce résultat. Son argumentation, qui a occupé toute la dernière séance, a remué la matière dans tous les sens : il a déblayé le terrain des difficultés qui l'encombraient. Sa parole, son expérience, son autorité, formant une triple puissance au service de la vérité, ont montré dans quelle direction il faut la chercher; disons plus, elles l'ont fait apercevoir de façon à ce qu'elle ne puisse être désormais obscurcie ni par les fausses lueurs du microscope, ni par les sophismes de ceux qui le défendent. Qu'on nous permette d'ajouter qu'en applaudissant, avec toute l'Académie, au succès de M. Velpeau, nous applaudissons au triomphe des vrais principes, de ceux que la GAZETTE MÉDICALE n'a pas cessé de défendre depuis le commencement de la discussion.

L'argumentation de M. Velpeau, qu'on lira dans tous ses détails au compte rendu, peut se résumer comme il suit : sans être adversaire du microscope, qu'on peut et doit reconnaître comme un nouvel élément de recherches ajouté à ceux que la science possédait, il est permis de contester ses prétentions systématiques, de démontrer que les preuves de fait qu'il invoque ne sont nullement établies; que ses applications doivent être renfermées dans des limites tracées par la logique et l'expérience; que les inductions qu'on en tire sont généralement erronées en principe et dangereuses dans l'application; en un mot, que, sans vouloir bannir le microscope des études cliniques, et de la recherche du cancer en particulier, il faut déterminer sa portée, apprécier ses révélations, et les faire rentrer dans la formule des autres éléments de détermination que la science possède, jusqu'où elles peuvent éclairer et compléter ces éléments sans les répudier ou les détruire. Tel est à peu près le squelette du brillant discours prononcé par M. Velpeau. Inutile d'ajouter que chacun des points qui s'y rapportent a été traité avec une grande puissance de raisonnement, d'observation et d'expérience; que chaque conclusion a été motivée autant qu'elle pouvait l'être dans l'état actuel de la science. Quelques développements suffiront pour mettre nos lecteurs à même de partager nos convictions et nos satisfactions.

La pierre angulaire de l'édifice du microscope dans la détermination du cancer, c'est la cellule cancéreuse. Que vaut la cellule cancéreuse? En principe, c'est une manifestation matérielle, une existence secondaire qui, en l'admettant avec la constance qu'on lui attribue, présuppose quelque chose d'antérieur, un germe, un blasma (n'importe le nom); elle n'est donc ni le cancer, ni le principe essentiel du cancer : elle n'en serait donc qu'un caractère. Et ce caractère, que vaut-il? Les micrographes répondent eux-mêmes à cette question. Pour quelques-uns, comme MM. Mandl, Virchow, Bennett et Paget, elle n'a pas la valeur d'un caractère essentiel, spécifique. La cellule cancéreuse ne serait donc, comme nous l'avons dit ailleurs, qu'un caractère empirique plus ou moins fréquent, sur lequel il serait aussi illogique que dangereux de baser une classification et encore moins une systématisation. Si bien, que M. Velpeau l'a rappelé cette fois avec l'autorité de faits bien évidents, bien avérés, que la cellule ne se rencontre pas toujours dans les vrais cancers, et qu'elle se montre parfois dans des tumeurs non cancéreuses. Cet argument serait sans réplique, disent les micrographes, s'il y avait un moyen autre que le caractère cellulaire, de distinguer les tumeurs véritablement cancéreuses de celles qui ne le sont pas. Mais ce moyen existe très-positivement en dehors du microscope; c'est M. Velpeau qui l'a signalé, et nous ajouterons qu'il est incontestable. Le voici : on enlève une tumeur épithéliale ou fibro-plastique, qualifiée telle par le microscope, c'est-à-dire dépossédée de la cellule, mais parfaitement cancéreuse pour le clinicien : elle est suivie de récidive, et cette fois avec la cellule; premier fait. Second fait : une tumeur, reconnue cancéreuse au microscope, se reproduit sous forme de tumeur fibro-plastique, c'est-à-dire sans cellules. Est-ce que, dans ces deux cas, dont M. Velpeau a cité plusieurs exemples, la présence ou l'absence de la cellule n'eût pas conduit à des conclusions contradictoires, à savoir : que le cancer eût donné naissance à une tumeur bénigne, et réciproquement une tumeur bénigne eût engendré le cancer? à moins d'admettre tout à la fois une dégénérescence des tumeurs bénignes en malignes, et des tumeurs malignes en bénignes, ce qui serait tout simplement absurde. Mais cette supposition même admise, ou toute autre, donnant raison de cette double filiation des faits, la cellule cancéreuse ne pourrait être considérée que comme caractère éventuel dont il faudrait expliquer la présence et l'absence dans ces deux phases de l'évolution cancéreuse. Donc la cellule cancéreuse n'est pas le cancer, donc elle n'en est pas le caractère essentiel, donc elle n'en est qu'un caractère plus ou moins constant, d'une signification jusqu'ici tout à fait indéterminable et indéterminée. Voilà un premier résultat, résultat que nous regardons comme absolument certain, en vertu de la logique de l'observation et de l'expérience. Pour l'infirmer, il faudra désormais autre chose que des arguties et des sophismes.

Mais qu'on veuille bien le remarquer, cette conclusion est encore la plus favorable qui puisse être tirée de ce qui précède; car à tout prendre il ne serait pas difficile d'aller plus loin, de déposséder absolument la cellule de toute signification spécifique. Et en effet, M. Velpeau n'a-t-il pas dit, n'a-t-il pas affirmé qu'on pouvait rencontrer, qu'il avait rencontré la cellule dans des tumeurs positivement non cancéreuses. S'il en était ainsi (c'est un point sur lequel l'honorable académicien n'a peut être pas assez insisté), la cellule cancéreuse n'aurait plus aucune signification caractéristique; elle descendrait du rang de signe ou de symptôme à celui de phénomène secondaire accessoire, dont la raison d'être ne serait plus dans la cause spécifique du mal, mais

FEUILLETON.

CHRONIQUE MÉDICALE.

Les médecins de l'armée d'Orient. — Le microscope et les microscopistes.

Pendant que tous les yeux se tournent avec une anxiété croissante vers les rivages de la mer Noire, pendant que les cœurs de cinquante millions d'hommes battent d'espérance ou de crainte au bruit lointain du canon de Sébastopol, pendant cette lutte acharnée de l'Orient et de l'Occident, dans laquelle se développent sur une échelle gigantesque tous les moyens de destruction que l'art de la guerre a pu inventer jusqu'ici, les petits incidents des affaires domestiques, les fugitifs événements de la science ou de la profession dont se nourrit d'ordinaire la CHRONIQUE perdent tout intérêt. Qui songe à s'enquérir de la marche d'une candidature académique, à suivre les phases d'un concours au bureau central des hôpitaux ou ailleurs, à s'occuper de l'ouverture d'un cours, d'une promotion ou décoration? Qui peut même prêter quelque attention aux nouvelles du choléra? Tout s'efface devant le terrible drame qui se joue en Crimée.

Mais dans ce drame, hâtons-nous de le dire, la médecine a un si beau rôle, et ce rôle, elle le remplit avec tant de noblesse, de dévouement et de grandeur, qu'elle partage presque avec l'héroïsme guerrier l'admiration du monde. Chacun sait par quels prodiges d'activité, de vertu professionnelle, le service médical de l'armée d'Orient a su jusqu'ici suffire aux immenses nécessités que lui ont créées les circonstances exceptionnelles d'une campagne de mer et de terre, sous des climats insalubres, entravée dès son début, et poursuivie ensuite presque sans relâche par le choléra. Tout cependant a marché à Gallipoli, à Varna; tout marche maintenant à bord des vaisseaux, au camp et dans la tranchée, devant les mille canons de la place assiégée, comme au Val-de-Grâce ou au Gros-Caillou. Le chef éminent du service de santé de l'armée, M. Michel Lévy, nous le dit dans sa dernière dépêche au ministre. Mais la voix unanime des armées alliées avait déjà proclamé ces étonnants résultats de l'esprit d'ordre, de l'habileté organisatrice, du zèle ingénieux et infatigable de l'administration sanitaire française. La supériorité de l'organisation de notre service médical dans toutes ses branches a été hautement reconnue par les autres nations, qui, nos émules sur le champ de bataille et à la brèche, conviennent qu'elles ont à apprendre quelque chose de nous dans cette partie si importante de la conduite de la guerre. Ainsi, par une de ces compensations qui heureusement se rencontrent souvent dans les choses de ce monde, à mesure que l'art de tuer et de détruire fait des progrès, l'art qui conserve et répare en fait aussi. Cette intervention de plus en plus active et efficace de

se lierait à une de ses conséquences physiologiques communes à d'autres maladies. Cette conclusion est dure, mais elle est légitime; aussi, avant de l'admettre comme définitive, il conviendra d'étre mieux fixé sur les tumeurs non cancéreuses, sur les productions anatomiques absolument étrangères au cancer, où la présence de la cellule aurait été constatée. Nous n'insistons donc pas, et laissons provisoirement la cellule cancéreuse en possession d'une certaine signification spécifique dont l'importance est désormais réglée.

Cependant, disent les micrographes, quelle que soit l'idée qu'on se forme de la cellule cancéreuse et des théories qui s'y rapportent, il est impossible de méconnaître que c'est depuis l'application du microscope à l'étude clinique du cancer qu'on est parvenu à mieux distinguer les tumeurs bénignes d'avec les tumeurs malignes, en un mot à voir clair dans le chaos qui nous a été légué par nos devanciers. Ce raisonnement n'est pas même spécieux, et M. Velpeau aurait pu se dispenser de le combattre aussi sérieusement qu'il l'a fait; on reconnait mieux le cancer depuis que le microscope a eu la prétention de le mieux faire voir; cela est vrai, mais pourquoi : *post hoc ergo propter hoc;* rien de plus, rien de moins. Le raisonnement est banal, mais ce n'en est pas moins le raisonnement à l'aide duquel on peut revendiquer les progrès de l'observation clinique en faveur du microscope. La chose vaut la peine d'être examinée de plus près.

On se le rappelle, dans un des deroiers discours, on a fait au microscope les honneurs du progrès diagnostic, en même temps qu'on reconnaissait que, de *reculade en reculade*, il avait été forcé d'admettre le contraire de ce qu'il concluait. Cela parait étrange; mais cela a été soutenu avec un certain éclat et même avec un certain succès, puisque les micrographes se sont très-fort félicités de la démonstration. Prenons les choses au mieux. Il se pourrait, à la rigueur, que le microscope fût auteur du progrès qu'on lui attribue, malgré les micrographes, c'est-à-dire malgré la fausseté de leur doctrine et l'erreur de leurs prétentions. Ils auraient découvert la vérité, ils auraient fait le progrès sans le savoir; car il y a progrès, et ce n'est ni à Boyer, ni à Bayle, ni à Laennec, ni à aucun clinicien antérieur à l'application du microscope qu'il peut être attribué : donc c'est aux micrographes que le progrès est dû. Voyons cependant.

M. Velpeau l'a dit : Lorsque les micrographes ont proclamé leur doctrine, à savoir : que le cancer c'est la cellule; que là où il n'y a pas cellule il n'y a pas cancer, on a commencé à les croire sur parole. Certes, si cette doctrine eût été vraie, le progrès eût été réel. Mais qu'est-il advenu? L'expérience n'a pas tardé à montrer que ce que la micrographie regardait comme des tumeurs bénignes non cancéreuses, parce qu'elle n'y découvrait ni cellule ni noyau, ne se conduisait pas comme le promettait le microscope; que la maladie récidivait, repullulait sur place, dans le voisinage et dans toute l'économie. Dès lors on a examiné; on s'est demandé si ces tumeurs repullulant ainsi, se reproduisant, se multipliant, se généralisant par infection, n'étaient bien, comme l'enseignait la micrographie, que des tumeurs celluleuses, homœomorphes, hypertrophiques, c'est-à-dire ne renfermant que des agglomérations de tissu cellulaire et de l'organe normal hypertrophié. La notion clinique du cancer s'est révoltée contre cette prétention, et contrairement à l'affirmation du microscope, elle a prouvé que ces prétendues tumeurs récidivaient et donnaient lieu à l'infection générale, et elle a conclu, non sans raison, qu'il y avait là quelque chose de plus et d'autre que du tissu cellulaire inoffensif. A partir de cette révélation, il faut le reconnaître, il y a eu révolution, il y a eu lumière; mais est-ce le microscope qui l'a faite, la révolutiou, qui l'a produite, la lumière? Suivons la filiation et la progression des faits. L'ancienne tradition clinique, en se refusant à la conclusion du microscope, d'après les révélations de la récidive et de l'infection générale, a été mise en demeure de montrer sur quoi elle se fondait pour établir qu'il y avait ou qu'il n'y avait pas cancer, là où il y avait ou non récidive, le microscope refusant avec raison d'admettre le fait de la récidivité comme caractère exclusif du cancer. C'est alors que l'observation clinique, forcée de se rendre compte à elle-même de ce qu'elle faisait, de regarder ce qu'elle voyait, de se donner intuitivement la notion explicite et réfléchie de ses motifs de résolution, a fini par mieux apercevoir les caractères des choses, caractères non pas suggérés, révélés par le microscope, mais inspirés par le besoin de se défendre contre les envahissements systématiques de cet instrument. Ainsi, pour démontrer aux micrographes que les tumeurs épithéliales, que les tumeurs fibro-plastiques, que certaines tumeurs squirrheuses à leur début, bien que dépossédées de la cellule caractéristique, sont de vrais cancers, l'observation clinique a regardé plus près, a analysé avec plus de soin tout ce qui a trait à ces tumeurs; elle les a ainsi séparées et différenciées d'autres tumeurs d'un ordre plus grave et plus accusé; et par ce moyen elle les a retenues dans le cadre des véritables affections cancéreuses tont en les distinguant de cancers plus caractérisés. Voilà comment le microscope a aidé à ce progrès; il l'a provoqué, mais c'est malgré lui, et en quelque façon pour se défendre de lui, que l'observation clinique l'a réalisé. La science n'offre-t-elle pas de nombreux exemples de cette contribution indirecte des erreurs et des systèmes au vrai progrès? Naguère l'école de Bronssais n'a-t-elle pas forcé l'observation à mieux voir, à moderniser en quelque façon les maladies dont Broussais voulait faire des gastrites? Certes, depuis Broussais, on a plus et mieux examiné les altérations des organes; l'anatomie pathologique a pris une plus grande part à la détermination clinique des symptômes, mais ce n'est point, à coup sûr, en sanctionnant les doctrines de l'homme qui a donné l'impulsion au mouvement. Ainsi du microscope : il a provoqué le progrès, mais il ne l'a pas fait, et le jour où ses révélations entreront régulièrement dans la formule des éléments de la connaissance des maladies, et du cancer en particulier, ils y entreront à titre de renseignements, mais non de guides; ils auront une part dans la part qui revient à l'anatomie pathologique, à titre d'anatomie *descriptive moléculaire*, mais non d'anatomie générale et étiologique. Voilà donc la part du microscope au progrès, comme aussi voila la part de la cellule à la détermination du cancer.

Cette digression n'était pas inutile pour établir plus sûrement les résultats de l'observation clinique, en ce qui concerne la curabilité du cancer. Ici encore M. Velpeau a triomphé complétement. Et qu'on veuille bien le remarquer, il n'a pas seulement triomphé des adversaires du dedans, cela n'eût pas suffi à l'établissement des vérités qu'il voulait faire prévaloir : il a appelé dans l'arène tous les adversaires de la doctrine de la curabilité, ceux des temps passés comme ceux des temps présents; les statistiques ou prétendues telles de Mouro,

---

la médecine dans la guerre est le signe d'un grand progrès moral. La guerre s'humanise. Quoique toujours plus savante, c'est-à-dire de plus en plus meurtrière et destructrice, le respect de la vie des hommes, la pitié secourable et consolatrice pour la souffrance, tous les sentiments généreux et humains s'y exercent d'une manière de plus en plus marquée. De là le développement extraordinaire des soins médicaux et hygiéniques dont on entoure les soldats dans les armées européennes de notre temps, et surtout dans l'armée française; de là l'immensité des ressources employées pour le service de santé dans la guerre actuelle, et qui, on a lieu de l'espérer, seront toujours au niveau des besoins, quoi qu'il arrive. Il est bien vrai que la conservation de la santé et de la vie des soldats est, au point de vue de l'utilité, un élément très-important du succès à la guerre; mais ce n'est pas là, au fond, le véritable motif des progrès accomplis dans l'administration sanitaire des armées. La simple considération de l'utilité et de l'intérêt matériels ne suffit pas pour la conception et l'exécution des grandes choses en tout genre, même dans l'industrie, dans le commerce. Il faut, pour l'accomplissement des œuvres utiles, un mobile supérieur à cette utilité même. C'est donc d'une source plus haute, plus pure et en même temps plus féconde que dérivent la sollicitude, l'activité et l'industrie admirables déployées dans le service de santé militaire : c'est le sentiment désintéressé d'humanité, qui, grâce à Dieu, prévaut de plus en plus dans le monde, et qui veut être satisfait, même au milieu des scènes sanglantes de la guerre.

L'honneur, la gloire ne sont donc plus, dans l'œuvre terrible de la guerre, le lot exclusif de ceux qui bravent la mort en la donnant; il en revient une partie à ceux qui, sur le champ de bataille, à l'ambulance, à l'infirmerie, la reçoivent sans la donner. Et combien de ces soldats sans armes sont déjà tombés! combien tomberont encore! A nos pertes déjà si nombreuses, il faut aujourd'hui en joindre une nouvelle qui jette le deuil dans une famille illustre dans la science. M. Eugène Duméril, neveu du respectable et éminent professeur, a succombé, à Constantinople, à une fièvre typhoïde qui l'a enlevé en quelques jours. Le médecin en chef a présidé à ses funérailles, et a rappelé, dans une allocution touchante, les titres de ce jeune médecin à l'estime de ses confrères et à la reconnaissance de l'armée.

Pendant que les médecins militaires ont fait et continuent cette rude campagne lointaine, les médecins civils ont aussi fait la leur en France contre le choléra. Là aussi un grand nombre ont péri courageusement à leur poste : et tous sans exception y sont restés. Si, dans les rangs des fonctionnaires de divers ordres, on a eu malheureusement à signaler quelques déserteurs, il n'y en a pas eu un seul parmi les médecins. Le choléra de 1854 est une belle page de plus dans l'histoire du corps médical.

Passons à des choses moins glorieuses et moins attristantes.

La grande affaire du jour est la discussion académique sur la curabilité du cancer et sur la valeur des recherches microscopiques pour le diagnostic des tumeurs. Quatre séances pleinement remplies n'ont pas suffi encore à épuiser les munitions des combattants. On s'est porté de part et d'autre de très-beaux coups qui cependant jusqu'ici ne paraissent avoir tué personne. Le feuilleton n'a rien à voir dans la question pathologique et thérapeutique du cancer. C'est l'affaire des colonnes supérieures qui s'en acquittent consciencieuse-

Mac-Farlame, Boyer, comme celle de M. Lebert; il a mis sur la sellette ses contradicteurs de l'Académie comme ceux beaucoup plus nombreux et plus ardents qui n'en font point partie; et après avoir battu en brèche tout leur système de preuves négatives, il a maintenu avec une grande vigueur de raison et de preuves de fait que le cancer, ou pour parler plus exactement, les tumeurs cancéreuses sont localement guérissables. Cette fois il a cité les cas les plus évidents, les plus concluants, il a presque cité les noms des malades. Cet ordre de preuves, bon pour établir la réalité des faits, n'eût pas suffi pour en établir la possibilité. On se le rappellera peut-être : dans nos précédents articles, nous avons demandé à M. Velpeau, après la preuve de ses succès, de donner la raison de ses succès. Il a presque répondu à cet appel. C'est, a-t-il dit, en faisant un départ entre les tumeurs qui lui semblent pouvoir guérir et celles qui lui semblent devoir conduire les malades à la mort, qu'il assure le bienfait de ses opérations. C'est un pas vers la vérité, vers la conquête du principe de la curabilité; car, nous le répétons, ce n'est plus le fait de la curabilité qu'il faut établir, mais le principe qui règle le fait. Or en expliquant ses succès à l'aide d'un départ entre les tumeurs qui peuvent guérir et celles qui ne le peuvent pas, M. Velpeau a révélé la moitié du progrès; il a montré qu'il est en possession de ce progrès. Pour le révéler tout à fait, il lui reste à donner d'une manière dogmatique le critérium de son départ, de son choix; il lui reste à donner pour les autres, la pierre de touche qui lui sert de guide dans ses résolutions, car ses résolutions font ses succès. M. Velpeau possède cette notion personnelle, instinctivement peut-être; c'est à lui de traduire cette notion personnelle en notion réfléchie : alors seulement il aura complété l'œuvre de réforme qu'il a opérée pour lui et qu'il vient d'ébaucher pour les autres d'une manière si brillante devant l'Académie. Nous espérons qu'il ne laissera pas son entreprise inachevée.

JULES GUÉRIN.

ANTHROPOLOGIE.

CONSIDÉRATIONS SUR LA MÉTHODE D'OBSERVATION EXPÉRIMENTALE EN ANTHROPOLOGIE (PREMIÈRE LEÇON); par M. SERRES (1). (28 octobre 1854.)

Le seizième siècle venait de finir; ce siècle si remarquable dans l'histoire des sciences naturelles venait de clore, par la découverte de valvules des veines (1574), la série brillante de ses découvertes sur l'anatomie de l'homme. La pensée humaine se trouvait affranchie des liens qui l'enchaînaient à l'antiquité, le libre examen était introduit dans la science de l'homme et la maxime des écoles, *ipse dixit*, le maître l'a dit, n'était plus qu'une arme rouillée de la scolastique.

Le dix-septième siècle s'ouvrit sous ces auspices. Le siècle précédent s'était occupé de la forme, de la topographie et des rapports des organes de l'homme, le dix-septième siècle s'occupa de leur structure, et, par l'étude de la structure, il fut conduit à celle de leur usage ou de leurs fonctions; et, par les fonctions, il fut logiquement entraîné à l'examen approfondi des maladies. Il embrassa ainsi, dans le réseau de ses recherches, la *vie*, les *maladies* et la *mort*, et il les embrassa en ajoutant à la méthode d'observation qui venait de produire de si grands résultats la méthode expérimentale qui devait la compléter.

C'est cette addition de la méthode expérimentale à celle de l'observation en anthropologie que je me propose de faire ressortir dans cette première leçon.

Les sources de la vie sont dans le sang. Toutes les parties du corps sont vivantes, toutes sont donc imprégnées par ce fluide vivifiant; les anciens le savaient : Galien s'était acquis une autorité immense en plaçant son origine dans le foie et en le douant d'un mouvement de *va-et-vient* comparable, selon ses adeptes, au flux et au reflux de la mer.

La vie, c'était ce mouvement alterne du sang; les sécrétions avaient pour objet d'épurer ce liquide; sa corruption engendrait les maladies, et la presque immobilité de la masse sanguine était la cause première de ces affections nombreuses qui troublent et attristent le cours de la vie humaine.

Tel était, en grande partie, l'échafaudage sur lequel reposait l'action physique des organes de l'homme. On conçoit que pour l'ébranler, il suffisait d'agiter la masse sanguine pour en prévenir la stagnation. Que serait-ce donc si on mettait cette masse en mouvement continu? si on la faisait constamment circuler du centre à la périphérie du corps, et revenir en sens inverse de la périphérie au centre? si on démontrait que ce mouvement circulatoire rapide commencait dans le sein de la mère avec la vie de l'embryon, s'accélérait à la naissance par l'activité puissante que la respiration lui imprimait? si on démontrait enfin que la cessation de ce mouvement circulatoire du sang devenait le symbole de la mort, la fin de la vie corporelle?

Le seizième siècle était loin encore d'être préparé à recevoir un semblable résultat. Il avait bien accueilli la réforme de l'anatomie que *Sylvius*, *Vésale*, *Eustachi* et *Fallope* venaient d'accomplir; il avait bien accepté de reconnaître que Galien s'était trompé et avait dû se tromper en calquant l'anatomie humaine sur celle du singe, puisque la connaissance physique de l'homme lui était interdite. Mais de là à supposer que ce maître de la science avait erré en physiologie, il y avait un abîme, abîme d'autant plus difficile à franchir que toute la médecine reposait sur cette pseudo-physiologie.

Dégagé de ses entraves en anatomie, le *libre examen* s'arrêta sur le seuil de la physiologie. Il n'osa passer outre.

On peut juger cet arrêt de l'esprit humain par l'histoire même de la circulation. Personne ne croyait plus, avec Aristote, que le cœur fût composé de trois ventricules; personne ne croyait plus qu'il fût un foyer de chaleur, un soleil placé au centre de l'organisme; personne ne croyait plus, avec l'ingénieux Érasistrate, que le poumon ne fût qu'un simple appareil réfrigérant du cœur. Galien, par la précision de ses connaissances anatomiques sur les animaux, avait imposé silence à toutes ces suppositions pour leur substituer la supposition moins hardie, mais plus physique, de l'oscillation de flux et reflux du sang dont on empruntait l'image aux flots de l'Océan, et dont on expliquait le mécanisme en supposant la cloison des ventricules du cœur perforée.

(1) Leçon recueillie par M. E. DERAMOND, préparateur de la chaire d'anthropologie an Muséum.

---

ment. Mais il est fort tenté de dire son mot sur le microscope en général, et sur les microscopistes. Ce point a été un pen négligé dans la discussion. On a traité généralement ce petit instrument et les spécialistes qui s'en servent avec trop de cérémonie. Les orateurs même qui, comme M. Velpeau, pensent évidemment sur ce sujet ce qu'il fant penser, n'ont pas osé parler franc; ils ont tous mis, comme on dit, des gants pour traiter la chose en douceur. Nous ne concevons guère et nous admettons encore moins ce respect pour le microscope. C'est une snperstition scientifique dont il serait temps de se défaire. Il suffirait pent-être pour cela d'un peu de logique.

Le microscope n'est, comme personne ne l'ignore, qu'une espèce de lunette d'approche; mis entre l'œil et l'objet, il fait voir plus grand ce qu'on voyait plus petit, il fait même voir ce qu'on ne voyait point du tout à l'œil nn. C'est là sa fonction, c'est là son mérite, et on ne peut nier qu'il ne soit apte à nous révéler snr les objets visibles des particularités de structure ou, disons mieux, des aspects de forme et de couleur qu'on n'aurait jamais connus sans lui. Incontestablement il *renforce* le sens visuel, mais il ne le *perfectionne* pas; il fait voir *autrement*, mais non pas *mieux*; il montre *autre* chose que l'œil nu, mais il fait disparaître en même temps ce que celui-ci voyait. Son objet propre même n'est jamais le même que celui de la vue simple. Une tumenr, par exemple, puisqu'il s'agit de cela, grosse ou petite, ne saurait, à proprement parler, être vue an microscope; il ne peut pas la montrer dans son ensemble, et senlement agrandie, comme un miroir grossissant nous fait voir notre visage. Pour l'examiner, il commence par la détruire; il prend de ce corps gros comme la tête d'une épingle, le place à son foyer, et nous fait voir dans cet atome plus ou moins grossi certains accidents de figure et de coloration qu'il prétend être l'expression véritable et dernière de la structure intime de la masse morbide dont il faisait partie. Mais cette conclusion est tout à fait arbitraire. Pourquoi l'arrangement molécnlaire révélé par le microscope serait-il plus caractéristique, plus propre à servir de signe différentiel et spécifique, que les modes de combinaison qoi se montrent à première vue à l'œil nu? Ce ne sont, dans les deux cas, que des apparences que l'esprit doit interpréter. Mais de quel droit les apparences dn microscope prétendraient-elles avoir le pas sur les autres, comme expression de la vraie nature des choses? Pourquoi les ressemblances ou les différences que mon œil, fonctionnant naturellement, sans intermédiaire, sans secours artificiel, aperçoit clairement et distinctement entre les corps, ne seraient-elles pas aussi essentielles, aussi réelles, que celles qu'il aperçoit dans ces mêmes corps lorsqu'il les regarde au travers d'un verre? Il n'y a certes ancune raison à cela; et, à tont prendre, de ces deux modes d'exploration celui qui repose sur l'usage normal et naturel d'nn organe des sens et qui fournit des déterminations immédiatement appréhensibles à tous les yeux, mérite *à priori* plus de crédit, que celui qui exerce ce même sens dans des conditions exceptionnelles, forcées, et par conséquent plus ou moins suspectes, et qui, en outre, ne donne que des résultats contestables et contestés et d'une vérification presque impossible pour le commun des hommes non initiés à son emploi.

C'est cependant le préjngé opposé qui paraît avoir dominé dans la discnssion sur le cancer. Il a été implicitement ou explicitement admis que l'explo-

Cette perforation était destinée à remplacer, chez l'homme adulte, la perforation de la cloison des oreillettes du fœtus, ainsi que le canal artériel. Par ce subterfuge anatomique, on ramenait le balancement des colonnes sanguines après la naissance, au balancement qu'on leur supposait chez le fœtus. Rien n'était changé par l'avénement de l'homme dans le monde extérieur.

A la vérité, pour ramener ainsi à l'unité la vie *intra* et *extra* maternelle, il fallait supprimer le poumon; et on le supprimait par la raison que sa présence est inutile et sans action chez le fœtus. Les écoles applaudirent et s'inclinèrent.

Lors donc qu'en 1553, Michel Servet essaya de démontrer la circulation du sang dans le poumon, ou la petite circulation, tous les esprits furent sourds à ses raisons. La route de la vérité physiologique était si solidement barrée que, comme on va le voir, ni Columbus en 1560, ni Césalpin en 1565 ne purent la déblayer.

Mieux valait croire, répétait-on après Sylvius et Riolan, que la nature s'était déviée de ses voies ordinaires, que de mettre en doute l'infaillibilité du médecin de Pergame. Cette infaillibilité prétendue était posée devant les investigateurs du progrès, comme une borne qu'il ne fallait même pas essayer de franchir. Aussi ne l'essaya-t-on pas.

Pour se faire une juste idée de la persistance de l'esprit humain dans ses préjugés et ses erreurs, même physiques, il faut méditer les entraves que la passivité prétendue du poumon vint apporter à l'avénement de la découverte de la circulation du sang.

Galien n'avait pas été aussi absolu que ses adeptes dans la répulsion du poumon; car, en soutenant que le sang du ventricule droit passait dans le gauche, à travers la cloison qui sépare ces deux cavités, il ajoutait que le reste de la colonne sanguine entrait dans l'artère pulmonaire et était destinée à la nourriture du poumon. Quand on recherche la cause du silence de ce physiologiste sur l'action du poumon, on la trouve dans son antagonisme avec les vues remarquables émises par Érasistrate sur la circulation de l'air.

Suivant cet ingénieux auteur, petit-fils d'Aristote, l'air entrait par le larynx dans les bronches, passait de ces tuyaux dans les dernières ramifications bronchiques, parvenait au ventricule gauche, et de là se répandait, par les ramifications de l'aorte, dans toutes les parties du corps. Les valvules de l'aorte avaient pour but d'empêcher l'air de rétrograder. Dans cette hypothèse, ce n'était pas le sang qui allait au devant de l'air, mais l'air qui allait vivifier le sang dans les ramuscules les plus déliés des veines. Comme on peut le voir, cette circulation aérienne était en grand ce qu'est en petit la circulation aérienne des insectes découverte vingt-cinq siècles plus tard.

Galien repoussa de toutes ses forces cette prétendue circulation aérienne; de sorte qu'après avoir établi, comme nous venons de le montrer, qu'une masse de sang traversait l'artère pulmonaire, il dit ensuite qu'il en passe seulement une petite quantité de l'artère pulmonaire dans les veines du même nom.

Ce fut à l'aide de ces faibles traces et au milieu de ces contradictions que Michel Servet établit, comme un principe certain, que le passage du sang du ventricule droit dans le ventricule gauche ne se fait pas à travers la cloison mitoyenne de ces ventricules, mais bien que ce fluide est porté du ventricule droit du cœur dans les poumons par l'artère pulmonaire, et qu'il revient des poumons dans le ventricule gauche par les veines du même nom, dont les rameaux s'anastomosent avec ceux de l'artère. Le sang sort ensuite du ventricule gauche par l'aorte pour se distribuer dans tout le corps (1).

Michel Servet est donc le premier qui ait décrit la circulation du sang dans les poumons. Mais cette vérité si importante était tellement cachée et pour ainsi dire tellement étouffée sous un amas d'erreurs et de discussions théologiques, que les physiologistes n'y firent nulle attention jusqu'à Columbus, qui la reprit et la montra sous un jour plus lumineux que Servet; car il dit expressément que le sang circule du cœur dans les poumons et des poumons dans le cœur. A l'appui de cette idée, il observe avec raison que le sang ne passe pas du ventricule droit dans le ventricule gauche, à travers les pores ou les trous de la cloison mitoyenne: une autre voie conduit nécessairement ce fluide dans le ventricule gauche; l'artère pulmonaire, dont les ramifications s'unissent avec celles de la veine du même nom, est le chemin véritable que suit le sang pour se rendre au ventricule gauche, en pénétrant dans le tissu des poumons.

Ces idées de Columbus furent développées par Arantius, le même qui avait eu l'audace, dit Fabrice d'Aquapendente, de dire que Galien s'était trompé en attribuant au foie l'origine du sang. Arantius développant les vues de Colombus dit: « Il était nécessaire que le sang » passât par l'artère et les veines pulmonaire pour se rendre au ventri» cule gauche. La nature nous a montré cette nécessité dans le fœtus. » Comme, chez ce dernier, les poumons ne permettaient pas au sang » de les traverser, il devait trouver un passage qui lui fût ouvert; » or c'est dans le canal artériel que, chez le fœtus, le sang trouve ce » passage, mais, dès qu'il est fermé, il faut qu'en circulant par les » poumons, le sang puisse continuer son cours vers le ventricule » gauche du cœur. »

Par suite de ces vues anthropologiques, Arantius ébranlait le galénisme en déplaçant l'origine du sang, en le portant du foie sur le placenta qui, pendant quelque temps, prit le nom de foie d'Arantius (*hepar Arantii*). On l'eût plus justement nommé le poumon d'Arantius, si, comme déjà nous l'avons dit, l'organe pulmonaire eût été apprécié dans son action; car, pour faire du placenta le siége de l'hématose, Arantius démontra que les vaisseaux de l'utérus ne se continuaient pas, comme Galien le supposait, avec ceux de l'embryon: vérité que Fabrice d'Aquapendente fut, à son grand regret, obligé d'adopter.

Après Servet et Columbus, Césalpin, médecin du pape Clément VIII, reconnut de même la circulation du sang dans le poumon. « Il se pré» sente, dit-il, un phénomène singulier dans les veines: elles s'enflent » au-dessous de la ligature et non au-dessus; or si, d'après la loi cen» trifuge, le sang et les esprits coulaient des viscères dans le reste du » corps par les veines, le contraire de ce qu'on observe, dans l'appli» cation d'une ligature au bras, devrait arriver. Mais les vaisseaux du » cœur sont tellement disposés, que le sang sortant de la veine cave » est porté d'abord dans le ventricule droit, et ensuite dans les pou» mons par l'artère pulmonaire, d'où il est ramené dans le ventricule » gauche par les veines pulmonaires, et de ce ventricule dans l'aorte.

(1) Michel Servet, CHRISTIANISMI RESTITUTIO; 1553; in-8°, sans indication de lieu ni d'imprimeur.

---

ration microscopique était le *criterium* le plus sûr, ou même le seul sûr, pour la connaissance, la classification, et, par suite, pour le diagnostic des tumeurs. Un orateur, le plus brillant, le plus disert de ceux qui ont pris la parole, l'a dit. Jusqu'aux récentes révélations de cet instrument, on ignorait absolument ce que c'est qu'un cancer; on était incapable de reconnaître ce qui est cancer et ce qui ne l'est pas; la classification et la nomenclature des tumeurs étaient des romans; bref, on ne savait rien. La cause de cette absence absolue de lumière, à l'endroit du cancer, est facile à comprendre. Le microscope n'ayant pas encore découvert la fameuse cellule spécifique du tissu cancéreux légitime, on n'avait, pour déterminer la nature d'une tumeur, que des caractères physiques et anatomiques grossiers. On voyait, par exemple, une tumeur dure, bosselée, dont le tissu sec, serré, compacte, très-analogue, par la couleur et la trame, à celui du fibro-cartilage, criait sous le scalpel; on en voyait une autre, molle, spongieuse, d'un rouge vineux ou mélanique, cédant à la pression, etc., etc., et on avait la simplicité de prendre ces diversités d'apparences pour des caractères distinctifs et essentiels, tandis qu'elles ne sont que des circonstances insignifiantes. Le vrai, le seul caractère distinctif des tumeurs cancéreuses et non cancéreuses, c'est la présence ou l'absence de la cellule microscopique. C'est là le seul élément de détermination véritablement *scientifique*. Mais, n'en déplaise à ce très-ingénieux disputeur, il semble que le dur et le mou, le blanc et le noir, le sec et l'humide, sont des caractères différentiels du premier ordre, et qu'on ne saurait en imaginer de plus tranchés, du moins au point de vue matériel et anatomique, qui est celui où on se place. Sont-ils moins *scientifiques* pour être d'une si palpable et populaire évidence, et faut-il nécessairement, pour satisfaire les exigences d'une science avancée et qui se respecte, ne faire usage, dans la détermination des espèces anatomo-pathologiques, que de certains caractères cachés, secrets, révélés seulement à quelques observateurs privilégiés? Mais scientifiques ou non, si ceux employés jusqu'ici ne suffisent pas pour légitimer une décision sur l'identité ou la différence de telles ou telles productions morbides et sur leur nature, il est fort à craindre que la cellule, la nucléole ou tout autre de ces infiniment petits, découverts ou à découvrir, ne vaillent pas mieux. Si la grosse et palpable anatomie nous trompe dans ses témoignages les plus clairs, quel fonds pouvons-nous faire des renseignements équivoques et presque insaisissables de l'anatomie microscopique?

C'est là ce que les micrographes et les partisans de leur méthode seraient probablement fort en peine de nous dire. Quant à nous, nous tenons pour bonnes, valables, inattaquables, toutes les déterminations anatomo-pathologiques établies avant les recherches du microscope, non-seulement au point de vue de l'histoire naturelle des tumeurs, mais encore au point de vue du diagnostic et du pronostic médical. On peut bien accorder au microscope le droit d'apercevoir quelques caractères nouveaux; mais ces nouveaux caractères ne sauraient altérer la valeur ou la certitude des autres précédemment constatés et encore moins l'annuler. Ce que je vois avec le microscope peut et doit même être différent de ce que je vois à l'œil nu, mais non l'opposé, le contraire; de même que ce que je vois à l'œil nu n'empêche nullement la production et ne détruit pas la signification des apparences microscopiques. Ce sont proprement deux mondes différents. Ce qu'on sait ou ce

» La *chaleur naturelle*, le *sang* et les *esprits* répandus dans toute » l'habitude du corps par l'aorte, retournent au cœur pendant le som- » meil, par les veines et non par les artères, car la voie est ouverte » de la veine cave au cœur; c'est pour cela que, pendant le som- » meil, les veines sont plus enflées, comme on peut s'en apercevoir en » examinant celles de la main » (1).

Cependant le préjugé qui asservissait tous les esprits aux erreurs anciennes, combattit avec obstination pour le sentiment de Galien. Ambroise Paré, Langius de Lemberg, Valverda, Pigafetta, Borgarucci n'aperçurent, dans cette découverte, qu'un système nouveau, qu'une opinion à laquelle on pouvait accorder quelque degré de probabilité, croire ou ne pas croire, selon son bon plaisir.

Ce systéme nouveau, cette opinion tout au plus probable était déjà presque entiérement oubliée, lorsque Harvey, disciple de Fabrice d'Aquapendente, annonça que le sang sort du cœur pour circuler par les artères dans toutes les parties du corps, et que de ces parties il est ramené dans le cœur par les veines. L'ouvrage qui contient cette grande vérité est intitulé : EXERCITATIO ANATOMICA DE MOTU CORDIS ET SANGUINIS IN ANIMALIBUS Il fut imprimé pour la première fois à Francfort, en 1628.

L'examen attentif du mouvement du cœur et des artères, leurs pulsations alternatives, le gonflement toujours subsistant des veines situées au-dessous de la ligature appliquée au bras dans l'opération de la saignée, les expériences que fit Harvey sur des animaux vivants, tous ces objets produisirent une suite de vérités qui lui dévoilèrent le mystère de la circulatiou.

L'usage des valvules veineuses ne fut plus une énigme. Harvey démontra, de plus, que le cœur ne se meut, n'agit que lorsqu'il se resserre; cette contraction est nommée systole; dans sa dilatation nu diastole, il devient passif et ses fibres se détendent. Cet organe ne jouit donc que d'un seul mouvement, par lequel il s'élève, sa pointe se redresse et c'est alors qu'il frappe les côtes et qu'on sent ses battements. Dans cet état, ses fibres se raccourcissent, les ventricules deviennent plus petits, et le sang sort avec impétuosité. Ce jet du sang répond à la contraction des ventricules. Les battements du pouls, continue Harvey, ne dépendent donc que de l'action du sang poussé dans les cavités des artères. A chacune de ses contractions, le cœur envoie une certaine quantité de sang dans les artères; comme ces contractions sont fréquentes, la masse du sang qui parcourt ces vaisseaux dans une heure, par exemple, doit être fort grande.

Ce principe posé, c'est une nécessité que le cœur reçoive à chaque instant de nouveau sang; il faut que ce sang y abonde continuellement, et qu'il accoure de toutes les parties. Or il ne peut se rendre au ventricule droit que par les veines; leurs valvules favorisent continuellement le retour du sang vers le cœur; mais le sang que ces vaisseaux renferment serait bientôt épuisé, s'il n'y avait une source qui portât sans cesse ce fluide dans les vaisseaux veineux, à proportion qu'ils se vident et qu'ils se dégorgent dans le cœur. Cette source du sang existe nécessairement dans les artères, elles seules peuvent le porter dans les veines; il n'y a point d'autres canaux qui puissent l'y conduire. Mais les artères seraient elles-mêmes bientôt désemplies, si elles ne recevaient le sang d'une autre source qui ne s'arrête point. Or cette source est dans le cœur : à proportion qu'il reçoit le sang des veines, il le rend aux artères. Il y a donc, conclut Harvey, une circulation continuelle qui conduit le sang du cœur dans les artères, et qui de ces artères le fait rentrer dans les veines pour revenir au cœur (1).

Harvey trouva de nouvelles preuves de la circulation, dans les effets de la contagion et de la morsure des chiens enragés. Le virus vénérien s'insinue quelquefois dans le corps sans laisser aucune impression sur les parties génitales. Aprés une blessure faite par un chien enragé, la fiévre s'allume, les symptômes de la rage se développent, toute l'habitude du corps a été infectée par le levain venimeux; or c'est le sang qui a porté ce venin dans le cœur, et de là dans les autres parties. L'application exterieure des médicaments et leurs effets sur les parties internes, confirment ces mêmes idées. L'aloès, la coloquinte, pénètrent à travers la peau dans les intestins, et lâchent le ventre : les cantharides portent leur action dans la voie des urines, les cordiaux fortifient, l'ail appliqué au pied facilite l'expectoration; enfin, dit Harvey, on peut soupçonner qu'il y a des veines absorbantes extérieures qui s'imbibent de ce qui se présente à leur embouchure, comme les veines du mésentère pompent le chyle contenu dans les intestins pour le porter au foie (2). A mesure que les artères deviennent plus petites et s'éloignent du cœur, leurs pulsations s'affaiblissent, leur diamétre diminue, et elles se changent, pour ainsi dire, en veines (3).

Le sang qui circule des artéres dans les veines y passe ou à travers les porosités des chairs, ou peut-être, par une communication médiate ou immédiate, de l'un de ces vaisseaux dans l'autre. Au reste, dit Harvey, je n'ai pu découvrir cette anastomose ou communication des artéres avec les veines que dans trois endroits seulement, savoir : dans les artères carotides, avec les veines du plexus choroïde; dans les artères spermatiques avec les veines du même nom, et dans les artères ombilicales avec la veine ombilicale. J'ignore si cette communication a lieu dans le reste du corps (4).

Tels furent les travaux de cet homme célèbre; ils produisirent une révolution dans la médecine, et de vaines critiques dictées par la jalousie. Des succès aussi brillants méritaient assurément toute l'attention de l'envie : la plupart des anatomistes s'élevèrent contre cette découverte importante, et son auteur ne fut, à leurs yeux, qu'un disséqueur d'insectes, de grenouilles et de serpents. Les vieux médecins surtout ne crurent pas qu'il leur restât quelque chose à apprendre; et, suivant l'expression d'un anatomiste moderne, ils moururent satisfaits de leur ignorance.

Lorsqu'après bien des disputes, les esprits les plus obstinés furent forcés au silence, quelques érudits s'empressérent d'ôter à Harvey

(1) QUÆSTION. PERIPAT., lib. V, cap. 4. — QUÆSTION. MEDIC., lib. II, cap. 17.

(1) « His positis sanguinem circumire revolvi, propelli et remeare à corde in extremitates et indè cor versùs, et sic quasi circularem motum peragere, manifestum puto fore. (Cap. 9.)

(2) Cap. 16.

(3) « Ultimæ divisiones capillares arteriosæ, videntur venæ non solùm constitutione, sed et officio, etc. » (Cap. 17, p. 101.)

(4) « Egn quà potui diligentià perquisivi et non parum olei et opera perdidi, etc. » (EXERCITATIO ANATOM. PRIMA, DE CIRCULAT. SANG. Ad Riolan, p. 124.

qu'on ignore de l'un n'a rien à faire avec ce qu'on sait ou ce qu'on ignore de l'autre.

Malgré ces fins de non-recevoir que la critique philosophique peut justement opposer aux prétentions du microscope, malgré le peu d'importance réelle des résultats de son application à l'anatomie, à la physiologie et à la pathologie, il ne laisse pas que de faire une très-belle figure sur le théâtre de la science contemporaine. Il est à la mode (car il y a aussi des modes dans les procédés et méthodes scientifiques) et partage la faveur dont jouit à cette heure la chimie. L'analyse microscopique ressemble même beaucoup à l'analyse chimique; elle cherche à résoudre le même problème, la découverte des éléments constitutifs du corps. La science de notre temps est d'ailleurs, en général, assez formaliste. Elle croirait déroger si elle ne marchait pas avec un certain appareil technique plus ou moins fastueux. Comme l'antique Hiérophante, elle se tient toujours un peu à distance du *profanum vulgus*, et ne voudrait pas qu'on confondît ses méthodes d'investigation, sa logique, ses expériences, ses découvertes, avec le raisonnement et les connaissances populaires. La microscopie a quelque chose d'*occulte* qui flatte ce penchant; ses difficultés réelles, qui rebutent le plus grand nombre, lui donnent un air d'Arcane qui inspire la curiosité et la déférence.

Quant aux microscopistes, dont il faut bien dire un mot, il n'y a guère que des éloges à en faire. Ce sont en général des jeunes gens, laborieux, pleins d'ardeur, de dévouement et de patience. Il est possible et même probable que le succès ne réponde pas à leurs efforts; car la voie par laquelle ils cherchent consciencieusement la vérité n'est pas la bonne; mais ils n'en sont pas moins méritants pour cela. En attendant, ils constituent une petite confrérie en très-bon renom de capacité, d'habileté et de science. Quoique fort divisés entre eux quant aux résultats de leurs recherches microscopiques particulières, ils sont du plus édifiant accord quand il s'agit de soutenir en général, contre les profanes, les droits du microscope. L'espèce de popularité que leur genre de recherches a acquise dans la science leur a par moments donné trop d'assurance; ils ont dû naturellement prendre une haute idée de la valeur de leurs travaux et peut-être d'eux-mêmes, lorsqu'ils ont vu, chose étrange! des professeurs de pathologie et de chirurgie de premier ordre venir leur demander les moyens de diagnostiquer un cancer; mais le revirement inévitable de l'opinion et la dépréciation de la plus grande partie de leur œuvre les guérira de ces bouffées d'humeur dominatrice. Le temps n'est pas éloigné où les travaux de cette spécialité, quelque estimables et intéressants qu'ils soient, à certains égards, devront, pour être bien accueillis, être présentés avec une extrême modestie. *Nugæ difficiles!*

L. PEISSE.

— M. Maisonneuve commencera sa clinique chirurgicale à l'hôpital de la Pitié, jeudi 16 novembre, à huit heures du matin, et la continuera les mardi jeudi et samedi à la même heure.

l'honneur de sa découverte pour en faire hommage, les uns à Hippocrate, les autres à Platon, à Némésius, et même à Paolo Sarpi.

La découverte de la circulation par Harvey est devenue le Nouveau Testament de la physiologie et de la médecine. De là son intérêt; de là son influence immense sur la marche progressive des sciences anatomiques, physiologiques et médicales; car, avaient objecté les plus sages des opposants, le sang n'est pas le seul fluide qui entre dans la composition des animaux. Que deviennent principalement le chyle et la lymphe, si abondants et si précieux dans l'économie de l'homme? Circulent-ils aussi? entrent-ils dans ce tourbillon incessant que vous faites parcourir au sang?

Pendant que les écoles se consolaient de leur défaite par de semblables objections, Asselius découvrait, en 1622, les vaisseaux chylifères, entrevus deux mille ans auparavant par Érasistrate et par Hérophile. Asselius prit d'abord ces vaisseaux pour des nerfs du mésentère, mais en ayant ouvert un, il en vit sortir un liquide blanc comme du lait. C'était le chyle qu'il faisait aboutir au foie pour y être transformé en sang.

Le célèbre Hoffmann, qui passa toute sa vie à défendre Aristote et Galien, nia l'existence de ces vaisseaux, même après que Pecquet eut découvert la citerne chylifère, située entre la dernière vertèbre dorsale et la première lombaire.

Nous ne saurons bientôt plus rien, disaient avec amertume les anciens médecins, si nous ne barrons le chemin à ce débordement de découvertes; et, avant que le chemin ne fût barré, Van Horme et Bartholin démontrèrent, chez l'homme, le canal thoracique et son insertion dans la veine sous-clavière gauche, découverte qui mit le sceau à celle des vaisseaux chylifères, en versant le chyle dans le torrent de la circulation.

Tout le monde alors se rendit à l'évidence; Riolan seul persista dans son erreur, il voulut mourir en croyant aveuglément ce que les anciens avaient enseigné. Riolan est le type des médecins flagellés par Molière.

Les vérités sont filles les unes des autres. A peine la marche du chyle était-elle démontrée, qu'en 1650 Rubec découvrait les vaisseaux lymphatiques, vaste système qui pénètre tous les organismes, mais que sa ténuité extrême dérobait au scalpel des anatomistes. Un an plus tard (1651), Bartholin suivait leur insertion dans le canal thoracique.

Ainsi, voilà les principales humeurs de l'économie de l'homme mises en mouvement, et leur marche déterminée par la méthode expérimentale, avec une certitude qui ne laisse rien à désirer.

Que faisait Harvey, pendant que les écoles s'obstinaient à repousser la découverte de la circulation du sang? Que répondait-il à ses adversaires? Harvey répondait par la publication d'un petit livre d'or, intitulé De generatione, petit livre qui allait remuer le monde savant bien autrement encore que ne l'avait fait la découverte de la circulation. Car dans ce petit livre, tout en montrant que la méthode expérimentale était l'unique voie propre à éclairer la formation de l'homme et des animaux, non-seulement il sapait dans ses fondements la doctrine antique de la préexistence des germes, et celle de leur éternel emboitement; mais de plus, sur les ruines de ces hypothèses fameuses, il élevait la théorie de l'épigénèse, destinée à nous donner la clef du développement des êtres organisés.

La découverte du microscope vint juste à point, vers le milieu du dix-septième siècle, pour nous ouvrir le monde des infiniment petits, dans lequel se renouvellent les mystères de la création de ces êtres.

Malpighi d'abord, puis Leuvenhoek, puis, sur leurs traces, mille autres observateurs pénétrèrent, par la méthode expérimentale, dans ce monde, invisible à l'œil nu, et y découvrirent un nouvel ordre de faits qui jetèrent la plus vive lumière sur la structure des parties. Tous les organismes posèrent tour à tour sur le porte-objet du microscope, et y mirent à nu leur composition intime ou leur *génération*, pour nous servir du terme des premiers micrographes.

Deux faits capitaux se détachèrent de ces études microscopiques et expérimentales: ce fut, d'une part, les animalcules spermatiques, et, de l'autre, la classe entière des animaux infusoires.

Un mouvement scientifique si important et si nouveau demandait un appréciateur indépendant qui en imposât aux écoles et en fît l'application aux diverses branches de l'anthropologie. Cet appréciateur et initiateur tout à la fois fut Boerrhaave, dont le savoir était immense et dont les cours rassemblaient autour de lui les anatomistes éminents de l'Europe. Boerrhaave peut être défini le commentateur d'Harvey.

Dans le dix-huitième siècle, Haller en est le continuateur; il remplit ce siècle par l'immensité de ses travaux et par la consécration définitive de la méthode expérimentale en anthropologie.

Haller fit, pour les quinzième, seizième et dix-septième siècles, ce qu'avait fait Galien pour les temps anciens. Il rassembla tous les matériaux épars, et il en ajouta un si grand nombre en les coordonnant, qu'on est toujours surpris qu'une vie humaine ait pu suffire à tant de labeurs.

En vain cette anatomie de cadavre a-t-elle étendu et multiplié ses descriptions, en vain a-t-elle poursuivi, jusqu'à l'extrême lassitude, ici un filet nerveux, là une fibre musculaire, ailleurs un imperceptible vaisseau: en vain a-t-elle fait des anatomies descriptives, des anatomies des régions, des anatomies topographiques, etc., la science de Haller a prévalu.

L'impulsion de Haller a été maintenue, en effet, par Vicq-d'Azyr et Bichat: Vicq-d'Azyr l'a maintenue par ses belles études sur le cerveau et l'introduction de la méthode homologique dans la science de l'homme; Bichat par son traité des membranes, par son ouvrage sur l'anatomie générale et par son livre sur la vie et la mort.

On n'a pas assez remarqué, ou même on n'a pas remarqué du tout, que le succès immense des ouvrages de Bichat a sa source dans l'association constante de la méthode expérimentale à la méthode d'observation, association des deux méthodes qui va devenir le trait dominant des travaux du dix-neuvième siècle.

Mais avant que cette association ne se cimente, nous devons signaler un retour exclusif à la méthode d'observation qui produisit, dans l'histoire naturelle des animaux, la révolution que le seizième siècle avait produite dans l'histoire naturelle de l'homme.

Linné en est le promoteur: il appliqua aux animaux l'étude de la forme que le seizième siècle avait appliquée aux organes, et il les divisa, comme ces derniers, en classes, ordres, genres et espèces. Buffon se plaça en travers de cette squelettologie de la nature, d'où sortirent cependant la zoologie et l'anatomie comparée: la zoologie, sous la direction de Daubenton, de Geoffroy-Saint-Hilaire et de Guvier; l'anatomie comparée, sous celle de Vicq-d'Azyr, de Cuvier, de Geoffroy et de Blainville.

Dans ce grand mouvement de l'histoire naturelle des animaux, Cuvier fut le continuateur de Linné, Geoffroy fut le continuateur de Buffon.

Cuvier couronna l'application exclusive de la méthode d'observation par la distinction linnéenne des animaux fossiles; Geoffroy couronna la méthode buffonienne par l'application de la méthode analogique à la zoologie. Il fit, pour les animaux, ce que Bichat avait fait pour les organes, en prenant son assise, par une conception hardie, sur l'ostéogénie de l'homme.

L'anthropologie, délaissée pendant la durée de ce culte aristotélique de l'animalité, reprend enfin le rang qui lui est assigné par la nature, dans l'ordre de la création. Elle reprend la tête de l'histoire naturelle, et elle la reprend par l'association intime de la méthode expérimentale à la méthode d'observation, association intime à laquelle ont si puissamment contribué les travaux de notre illustre chimiste, M. Chevreul.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

(Suite.)

IV. MEDICINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT DES WURTEMBERGISCHEN AERZLICHEN VEREINS;

Rédigé par les docteurs Duvernoy, Seeger et Cless.

(Deuxième semestre 1853.)

Sur la présence d'infusoires dans le lait de femme; par le docteur Vogel (de Heilbronn).

L'auteur prétend avoir observé dans le lait de femmes des infusoires qu'il rattache au genre vibrion et qu'il dit être le *vibrio bacillus*. Mais sa détermination ne nous parait pas présenter toute l'exactitude désirable. C'est ainsi qu'il suppose à ces animalcules un grand nombre de pattes, parce que, dit-il, lorsque des globules du lait se trouvent dans leur voisinage, ces globules sont mis en mouvement. Ce dernier fait semble indiquer l'existence de cils vibratiles, et nous serions assez disposé à croire que les prétendus infusoires sont des fragments d'épithélium vibratils, si l'auteur ne disait pas qu'il a employé un grossissement de 600 diamètres. Ce qu'il y a de plus pratique, à notre avis,

que la constatation de ces animalcules, ce sont les mauvais effets qu'exerce un lait appauvri sur la santé des enfants, effets tels qu'on est obligé de les sevrer ou de leur donner une autre nourrice.

EXTRAIT DE SANG DE BŒUF DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES DE LA NUTRITION; par le docteur HORING (de Heilbronn).

L'auteur dit avoir obtenu assez souvent de bons résultats de ce médicament recommandé par le docteur Mauthner (de Vienne). Il le fait préparer d'après le procédé de ce médecin, en faisant passer le sang de bœuf, fraîchement obtenu, par un tamis très-fin, puis en faisant évaporer au bain-marie; on réduit le sang desséché en poudre, et on le conserve dans des vases bien fermés, en ayant soin de n'en préparer qu'une petite quantité à la fois.

L'auteur relate plusieurs observations extraites de sa pratique.

OBS. I. — La première concerne une petite fille de 2 ans, affectée d'un commencement de paralysie des extrémités inférieures et d'une déviation de la colonne vertébrale. Des vésicatoires appliqués sur les côtés du rachis, l'usage des ferrugineux et de divers moyens appropriés à son état, avaient amené un peu d'amélioration, mais il restait une grande faiblesse, et l'enfant avait un air cachectique des plus prononcés.

On commença par faire prendre 10 grains (50 centigr.) d'extrait de sang de bœuf dans les vingt-quatre heures, et l'on augmenta progressivement, de telle sorte qu'au bout de six semaines l'enfant avait consommé une once et demie (près de 50 grammes) du médicament. L'enfant reprit visiblement des forces, devint plus vive, plus gaie et se rétablit complétement.

OBS. II. — Un garçon de 8 ans souffrait de la poitrine depuis six mois; il avait perdu tout appétit, ne se nourrissait plus que d'un peu de lait, et était regardé comme phthisique sans aucun espoir de guérison. L'auteur appelé le 6 juillet trouva le malade dans le dernier degré de marasme; les deux poumons étaient hépatisés, la sécrétion bronchique très-abondante; point de caverne appréciable; sueurs nocturnes, faiblesse extrême, lenteur et petitesse du pouls; toux continuelle jour et nuit, etc. Il semblait que tout espoir d'une amélioration quelconque était perdu. Cependant l'auteur prescrivit une potion composée de 50 centigr. d'extrait de sang sur 60 grammes d'eau gommée, avec addition d'un centigramme de morphine pour les vingt-quatre heures. Cette potion procura un peu de sommeil. On augmenta peu à peu la dose du médicament. Au bout de trois semaines, il y avait déjà un peu de mieux; mais quinze jours plus tard le changement était manifeste. Le petit malade avait pris en tout 60 grammes d'extrait de sang de bœuf. On continua longtemps encore, et l'on eut la satisfaction de voir cet enfant se rétablir entièrement d'une affection que tout le monde avait regardée comme mortelle. Il prit en tout 10 onces (320 grammes) d'extrait de sang.

OBS. III. — Cette substance réussit encore parfaitement sur un particulier âgé de 40 ans, qui souffrait depuis longtemps de l'abdomen et de la poitrine; le poumon offrait plusieurs points hépatisés; il y avait respiration bronchique et bronchophonie, fièvre continuelle, sueurs nocturnes, etc. (50 centig. d'extrait de sang dans les vingt-quatre heures, dose qui est bientôt portée à 2 grammes.)

Au bout de douze jours, le malade se trouve mieux; retour de l'appétit et du sommeil, diminution de la toux et de l'expectoration, respiration plus légère.

Après avoir consommé 3 onces du médicament, M. J... quitte Heilbronn pour se rendre à Magdebourg, et se rétablit entièrement après en avoir encore quelque temps continué l'usage.

Nous croyons que l'extrait de sang de bœuf prendra rang dans la matière médicale, et qu'il est appelé à rendre des services réels toutes les fois qu'il s'agira de refaire des constitutions délabrées et de restituer au sang les éléments dont il a besoin pour l'exercice des fonctions nutritives.

SUR LA DURÉE DE LA GESTATION ET SUR UN CAS DE GROSSESSE TARDIVE; par le docteur PLIENINGER (de Stuttgart).

On sait combien il est difficile d'établir d'une manière certaine la durée de la gestation, c'est-à-dire l'intervalle qui s'écoule entre la conception et la parturition. Mais ce que tout le monde ne connaît pas, c'est l'idée excentrique et bizarre d'un médecin anglais qui proposa sérieusement d'établir à Londres un hospice particulier destiné à des *expériences* directes propres à résoudre le problème. Cet hospice, que notre confrère anglais appelle hospice expérimental de la conception, renfermerait des vierges et des femmes qui auraient déjà eu des enfants. Toutes ces femmes seraient soumises à une surveillance sévère et ne recevraient d'autres hommes que dix accoucheurs chargés spécialement d'instituer les expériences, en passant une nuit, mais une nuit seulement, avec chacune des recluses. Les matrones préposées à la garde de ce singulier harem inscriraient avec soin sur des registres la date des divers rapprochements sexuels.

Après avoir rappelé cette incroyable proposition développée par le docteur R. Lyall, dans un écrit particulier, il cite plusieurs décisions juridiques qui montrent la diversité des opinions concernant la durée possible de la grossesse. Ainsi la haute cour de justice de Friesland déclara légitime un enfant né 333 jours après la mort du père. Dans les environs d'Édimbourg, l'autorité ecclésiastique employa toute son influence pour faire rendre un jugement favorable sur une grossesse d'un an. La Faculté de Leipzig, en 1638, reconnut comme légitime un enfant né 12 mois et 13 jours après la mort du père; tandis que la même Faculté, huit ans auparavant, c'est-à-dire en 1630, avait déclaré illégitime un enfant de 309 jours. La Faculté d'Ingolstadt déclara légitime un enfant d'un an et 8 jours, celle de Halle un enfant de 11 mois et 15 jours, et celle de Giessen alla même jusqu'à légitimer la naissance d'un enfant de 17 mois.

Les législateurs ont donc dû s'occuper de préciser un terme pour éviter tous ces abus. Le droit romain fixe ce terme à 10 mois, le code Napoléon à 300 jours; la législation prussienne et celle de Bavière à 302 jours; le code autrichien à 300 jours, avec la restriction de faire examiner les exceptions par des experts; quelques cantons de la Suisse à 308 jours; le Würtemberg à 300 jours; les lois anglaises et américaines ne fixent aucun terme.

Cependant la plupart des accoucheurs admettent la possibilité de grossesses prolongées au delà du terme ordinaire; la difficulté consiste à établir l'extrême limite au delà de laquelle le doute ne serait plus possible; cette limite est fixée à 322 jours par plusieurs accoucheurs allemands. On a pu voir récemment, dans la GAZETTE MÉDICALE, que cette opinion est aussi celle du docteur Duncan (1854, nº 36, p. 555, dernière conclusion). L'auteur rappelle les recherches du docteur Reid qui aboutissent aussi, à peu près du moins, au même résultat, puis il arrive à la relation d'une grossesse tardive qu'il a observée avec soin, et dont il garantit la parfaite authenticité.

OBS. — Une dame de 31 ans, mariée depuis douze ans, avait eu sept grossesses, dont la dernière fut suivie d'une fausse couche au cinquième mois. Cet avortement fut suivi d'une leucorrhée intense, avec écoulement sanguin presque continuel, menstruation irrégulière, chute des forces, maigreur, etc. L'examen obstétrical fit reconnaître un engorgement du col utérin, avec ulcération et relâchement de la muqueuse. L'auteur prescrivit un traitement convenable et défendit tout rapport sexuel. Cependant la cessation des menstrues, jointe à d'autres signes, fit soupçonner un état de grossesse qui ne tarda pas à se confirmer. Cette dame déclara qu'elle avait reçu son mari une seule fois, le 5 novembre 1850, depuis le commencement du traitement. Celui-ci fut continué, malgré la grossesse. On avait calculé le terme de la gestation pour le 12 août 1851, mais l'accouchement n'eut lieu que le 1er septembre, c'est-à-dire 300 jours après le coït; il se termina heureusement sans le secours de l'art. L'enfant, du sexe masculin, pesait 10 livres; il était bien portant et fortement constitué. Du reste, la grossesse s'était très-bien passée, la malade avait repris de l'embonpoint et de la force, de sorte qu'on ne peut, dans ce cas, attribuer le prolongement de la gestation à une faiblesse générale, mais peut-être à une action mécanique particulière du col utérin, qui avait conservé jusqu'à la fin sa consistance fibreuse.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 30 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

DE L'INFLUENCE DES OPÉRATIONS SUR LE SYSTÈME NERVEUX, ET DU RETENTISSEMENT DE LA DOULEUR SUR L'ORGANISME.

M. JOBERT DE LAMBALLE lit un mémoire sur ce sujet.

Les opérations exercent en général, dit l'auteur, qu'elles soient légères ou graves, une influence immédiate sur les organes, et en particulier sur le système nerveux. Il y a là, pour le chirurgien et le physiologiste, un champ d'étude aussi curieux que négligé et difficile à explorer. Les opérations provoquent dans le système nerveux des perturbations qui dépendent de l'insuffisance de la quantité du sang (anémie) ou de l'ébranlement de l'appareil nerveux. Les accidents se traduisent, dans ce dernier cas, par des symptômes qui dénotent un défaut d'équilibre entre les nerfs et les organes qu'ils régissent (fièvre nerveuse traumatique). L'anémie causée par les pertes de sang peut être passagère ou durable. Elle plonge tout d'abord les organes dans une sorte d'inertie, dans un état où la syncope s'explique par défaut d'impulsion suffisante des battements du cœur. La fièvre nerveuse est une complication fréquente après les opérations, que l'on doit d'autant plus redouter que le sujet est plus excitable. Elle est provoquée par l'ébranlement du système nerveux, quelle que soit d'ailleurs la cause qui lui a donné naissance. La fièvre nerveuse constitue une complication grave, et qui, chez quelques sujets, m'a paru aussi dangereuse que le *delirium tremens*.

Bien qu'il soit impossible de connaître la nature de la douleur, on peut dire que c'est une modification fonctionnelle qui se produit sous l'influence d'une action locale qui retentit sur l'appareil cérébro-spinal. L'influence qu'elle

exerce sur l'organisme n'est pas toujours la même. Tantôt elle ne donne lieu qu'à une altération fonctionnelle, tantôt il en résulte une véritable altération matérielle de l'appareil nerveux. Elle part de l'organe lésé, et suit les branches des nerfs sous forme de vibrations, d'engourdissement, de gêne, d'élancements. Elle peut être bornée à une petite surface ou être diffuse.

L'influence de la douleur varie suivant le point de départ, l'état organique de la région, son degré d'intensité, de continuité ou d'intermittence. La douleur enlève le calme et le sommeil; le malade pousse des cris, les idées perdent de leur netteté, et il survient du délire qui peut durer jusqu'à la mort.

Un autre fait incontestable, c'est que les opérations qui déterminent de grandes secousses peuvent produire des lésions matérielles dans la substance nerveuse, l'estomac et les intestins qui plus ou moins lentement se désorganisent. Les altérations de ces deux derniers organes ont été regardées, par J Hunter et Karswel, comme cadavériques et le résultat de la dissolution de l'organe par le suc gastrique. Mais comment expliquer les ramollissements du cerveau survenus sous l'influence de la douleur?

Les douleurs violentes qui réagissent sur les renflements nerveux épuisent, arrêtent leurs fonctions d'autant plus promptement que leur point de départ est plus voisin de la source de toute sensibilité. C'est ainsi que l'on doit se rendre compte de la mort qui survient à la suite de brûlures étendues, des péritonites diffuses, d'étranglements internes et de certaines opérations pratiquées sur les organes génito-urinaires.

La douleur continue, circonscrite et faible, ne retentit pas sérieusement sur les organes placés loin de son point de départ. Elle est sourde et fugace, et n'ébranle pas l'ensemble de la machine humaine. Il n'en est cependant pas de même lorsqu'elle est accompagnée d'inflammation.

Bien que, toutes choses égales d'ailleurs, la gravité de la douleur augmente en raison de la profondeur et de l'étendue de son siége, et que les effets soient d'autant plus à craindre qu'elle part d'un point situé plus près des centres nerveux, cependant nous posons en fait que toute douleur continue et violente peut devenir la source d'accidents redoutables.

Pour terminer ce qui a rapport à la douleur circonscrite, continue et violente, M. Jobert donne l'analyse de quelques observations qui lui paraissent de nature à confirmer les propositions précédentes.

Jusqu'à nos jours, continue l'auteur, on s'était borné à faire usage de remèdes dont l'action incertaine n'offrait que peu de ressources. Cependant cette nécessité de diminuer la sensibilité n'avait pas échappé aux médecins. C'est ainsi que dans sa MÉDECINE OPÉRATOIRE, M. Velpeau fait connaître les circonstances où les chirurgiens d'une autre époque pensaient qu'il devenait indispensable d'atténuer l'intensité de la douleur. Ils conseillaient, pour arriver à ce but, de précipiter l'opération, de faire usage de l'éther, des opiacés, des réfrigérants pour prévenir l'épuisement nerveux.

Ces moyens imparfaits ont heureusement été remplacés par les anesthésiques, qui diminuent la sensibilité presque à volonté, sans éthériser le nœud vital ou la moelle allongée.

Les découvertes et les rigoureuses et importantes expériences de M. Flourens permettent de fixer notre opinion sur l'administration du chloroforme, et d'établir que son action ne doit jamais dépasser l'éthérisation des lobes cérébraux et l'insensibilité tégumentaire. Toutefois la prudence doit présider à son administration, et c'est avec raison que M. Ancelon, dans sa communication à l'Académie des sciences, dans la séance du 9 octobre 1854, a donné le conseil sage d'administrer le chloroforme en petite quantité et à jeun. Trois ou quatre gouttes souvent lui ont paru suffire pour produire l'anesthésie chez les personnes dont la digestion et l'absorption sont actives.

L'expérience m'a appris combien le chloroforme est utile, non-seulement pour modérer et éteindre la douleur, mais encore pour prévenir la fièvre nerveuse, le *delirium tremens*, un trouble indéfinissable et l'affaissement de l'organisme, qui résulte de l'épuisement par la douleur. L'observation m'a même enseigné que le traumatisme était moins sérieux, que la température locale était modérée, que la réunion des plaies se faisait sans entraves, le sang ne perdant, par l'emploi du chloroforme, ni sa plasticité, ni sa vitalité.

(Ce travail est renvoyé à l'examen de la section de médecine et chirurgie.)

— M. DE PIETRA-SANTA présente un travail sur l'efficacité des mesures préventives et prophylactiques pour prévenir la manifestation des périodes successives du choléra, en l'attaquant dans ses prodromes. (Voir pour l'extrait de ce mémoire le compte rendu de l'Académie de médecine inséré dans l'avant-dernier numéro.)

PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT ABORTIF DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE ET DU CHOLÉRA-MORBUS.

M. DEBENEY présente un mémoire sur la prophylaxie et le traitement abortif de la fièvre typhoïde et du choléra.

La fièvre typhoïde, dit l'auteur, est toujours précédée par une période d'imminence, qui est l'état saburral : inappétence, bouche mauvaise, langue chargée. Dissipez cet état saburral, il n'y a jamais fièvre typhoïde. La fièvre typhoïde débute par l'adjonction à l'état saburral simple des symptômes de l'embarras gastrique ou gastro-intestinal prononcé : courbature, céphalalgie, troubles dans les premières et les secondes voies, jusqu'à la diarrhée et au vomissement, avec état fébrile. Traitez rationnellement cet état morbide par les évacuants : purgatifs, émétiques, éméto-cathartiques ; la fièvre typhoïde est supprimée.

Or le choléra-morbus peut être considéré comme une fièvre typhoïde pernicieuse. Je ne prétends point quant à présent saisir, par une définition, le choléra dans sa nature, mais bien exprimer par une comparaison la condition nécessaire de son développement et le mode de son évolution, par conséquent l'identité de prophylaxie et de traitement abortif.

(Ce travail est renvoyé à l'examen de la section de médecine et chirurgie.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 7 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Le tableau des vaccinations du département des Landes ;

2° Une caisse d'eaux minérales de Labarthe de Nesle (Hautes-Pyrénées), qu'il invite l'Académie à faire analyser, et des pièces à l'appui de cette demande;

3° Un rapport du docteur Villamur, où ce médecin indique les résultats qu'il a obtenus en appliquant les eaux minérales de Guagno, en Corse, au traitement de différentes maladies;

4° Un rapport du docteur Ourgand, sur le traitement du choléra par le valérianate de zinc;

5° Un échantillon avec recette d'un spécifique proposé par le docteur Portel, comme préservatif de toute maladie contagieuse;

6° Une recette et un échantillon d'un remède que madame Desengly, sage-femme à Paris, propose pour la guérison du choléra;

7° Une recette d'un spécifique proposé pour le traitement du choléra par le docteur Laborie (Sarlas);

8° Au nom de M. Ollivier, éditeur, un exemplaire de L'ANGE GARDIEN DES FAMILLES, Moniteur des premiers secours et soins à donner en l'absence du médecin.

— M. MURVILLE adresse à l'Académie des observations destinées à montrer la curabilité du cancer. (Comm. : MM. Cloquet et Barth.)

— M. BURIN DUBUISSON fait hommage à l'Académie d'une supplique contre les remèdes secrets et les annonces médicales. Il adresse en outre un mémoire sur la présence du manganèse dans le sang et de sa valeur en thérapeutique; des considérations sur le perchlorure de fer.

— M. LIONEL adresse ses titres à l'appui de sa candidature.

— M. VROLIK adresse, au nom de l'Académie d'Amsterdam, des ouvrages pour répondre à la proposition d'échange que lui a faite M. Chatin, au nom de l'Académie de médecine de Paris.

— M. RENAULDIN envoie une note destinée à compléter ses études sur l'huile de foie de morue.

— M. LURBAUD demande à l'Académie de vouloir bien examiner des caisses d'eaux minérales de Saint-Yrre-les-Vichy.

— M. COUTENOT adresse une relation d'une épidémie varioloque et de purpura hémorrhagique qui a régné à Besançon en mai 1854.

— M. PROSPER HULLIN adresse à l'Académie un rapport sur le choléra observé pendant sa mission dans le département de l'Aube.

— M. BOUCHARDAT présente, au nom de M. Leras, un mémoire intitulé : ACTION DU SUC GASTRIQUE SUR LES PRÉPARATIONS MARTIALES EMPLOYÉES EN THÉRAPEUTIQUE.

— M. DEBENAY réclame contre une erreur de la séance du 24 octobre, où l'on a renvoyé à la commission des remèdes secrets son travail intitulé : PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT ABORTIF DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE ET DU CHOLÉRA-MORBUS.

— M. HEURTELOUP adresse à l'Académie des remarques cliniques pour compléter la pièce pathologique présentée dans la dernière séance.

CHOLÉRA.

M. MICHEL LÉVY adresse la lettre suivante à M. le secrétaire perpétuel.

« Devant Sébastopol, 26 octobre 1854.

» Mon très-honoré collègue et ami,

» J'apprends de loin, de bien loin, que l'Académie entendra prochainement la lecture du rapport sur l'épidémie cholérique de 1849, et qu'elle a nommé une nouvelle commission pour l'étude de celle de 1854. Témoin des évolutions successives du choléra en Orient, depuis Marseille jusqu'à Constantinople, en passant par le Pirée et Gallipoli, depuis Varna jusqu'à Sébastopol, il m'a été donné de recueillir des observations décisives sur le mode de propagation de cette maladie, et d'éclairer, à l'aide des données les plus authentiques, le prétendu mystère on caprice de ses pérégrinations. Ce n'est pas à Paris, ce n'est pas dans les salles d'hôpital, que les questions relatives à l'extension et à la marche du choléra, peuvent être résolues. En 1849, l'Académie le sait, j'ai traité plus de 900 cholériques au Val-de-Grâce, et bien que j'eusse employé dès lors dans mon service tous les moyens propres à corriger, à prévenir l'infection cholérique, j'agissais par prudence plus que par conviction; incrédule à la contagion, j'admettais à peine la transmissibilité du mal par voie d'infection. Ce que j'ai vu en Orient me conduit à d'autres idées qu'il ne suffirait pas d'énoncer ici pour les faire accepter, et qu'il serait trop long de discuter dans une lettre. Je me propose donc, à mon retour de l'armée, de soumettre au jugement de l'Académie un ensemble de faits qui me paraissent de nature à jeter le plus grand jour sur le transport du principe épidémique, sur la réalité et la durée de l'incubation cholérique, si peu étudiée jusqu'à présent, sur les conditions qui favorisent la formation de foyers cholériques, non-seulement dans les habitations publiques et privées, mais dans les masses humaines qui, comme les corps de troupes plus ou moins considérables, se

déplacent en décrivant un itinéraire dont les étapes ont une salubrité connue à l'avance.

» Au point de vue pathologique, j'aurai à faire ressortir l'identité du choléra à Marseille, à Paris, dans la Roumélie, dans la Bulgarie, dans l'Attique, dans la Crimée ; au point de vue étiologique, l'efficacité de toutes les causes d'affaiblissement organique et la dépression vitale pour aggraver la marche et la forme du choléra ; au point de vue hygiénique, la nécessité de la dissémination des cholériques et d'une aération continue, pour prévenir ou pour dissiper l'infection.

» J'ose compter sur la bienveillance éprouvée de l'Académie pour accueillir ma communication même après la clôture de la discussion qui va suivre le rapport sur le choléra de 1849. »

FER RÉDUIT ET DIGITALINE.

M. ROBINET a la parole pour lire un rapport demandé par M. le ministre sur l'opportunité d'inscrire officiellement dans les BULLETINS de l'Académie les préparations de fer réduit et de digitaline.

M. le rapporteur rappelle que M. Bouchardat, dans ses conclusions, établissait que le fer réduit par l'hydrogène proposé par M. Quévenne, doit occuper le premier rang dans les préparations martiales ; que les nombreuses recherches de l'inventeur, en chimie pure, en physiologie expérimentale, en clinique, ont acquis à ce médicament, depuis des années déjà, une réputation qu'il justifie entre les mains de tous les praticiens.

M. le rapporteur rappelle ensuite l'immense service rendu à la thérapeutique par MM. Homolle et Quévenne par la découverte de la digitaline.

Depuis bien des années, d'habiles chimistes étaient à la recherche de ce principe quand ces deux auteurs, en 1844, parvinrent à l'isoler. La digitaline est entrée aujourd'hui dans le domaine de la thérapeutique à la place de la digitale, dont elle est le seul principe actif. Son activité est si considérable, ses propriétés toxiques sont si puissantes, qu'il semble urgent d'en soumettre la vente à des obligations que la formule de préparation des inventeurs a parfaitement réalisées.

En conséquence, le rapporteur propose, au nom de la commission, de déclarer les deux préparations, le fer en poudre réduit par l'hydrogène et la digitaline en granules, très-dignes d'être inscrites officiellement dans les BULLETINS de l'Académie, pour figurer dans la prochaine édition du Codex.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le cancer.

La parole est à M. Velpeau.

DU CANCER ET DU MICROSCOPE.

M. VELPEAU : L'Académie n'a pas oublié le point de départ et les deux propositions que j'ai émises sur la guérison du cancer, et son diagnostic sans le secours du microscope. La question, depuis, s'est élargie. Le microscope ne s'est pas tenu dans son coin, il a élevé des prétentions plus générales. Je vais aujourd'hui prendre le microscope pour discuter sa compétence dans le diagnostic du cancer ; puis je traiterai de sa curabilité, et enfin je désirerais montrer comment je me suis fait cette opinion.

Il est arrivé que j'ai été pris pour antagoniste absolu du microscope et des micrographes. Tous les orateurs ont dit que je le dépréciais. L'un des bons micrographes a dit que je voulais détruire l'édifice pierre par pierre. Je ne suis nullement l'ennemi du microscope. J'ai dit simplement que je n'admets pas comme démontré ce qu'il a dit. Et cependant le microscope me doit beaucoup. En 1832, je travaillais avec M. Donné ; en 1837, j'y poussais M. Bruch ; en 1839, dans l'article du DICTIONNAIRE, j'en parlais souvent ; et en 1844, le premier, dans cette enceinte, j'ai parlé de la cellule cancéreuse. Depuis cette époque, je n'ai pas cessé de tenir compte de cet instrument. En 1846, quand M. Lebert annonça que les tumeurs épithéliales n'étaient pas du cancer, je le combattis. J'accepte du microscope beaucoup de choses. Il ne peut pas entrer dans mon esprit de rejeter un moyen d'investigation quelconque. Malgré tous ceux que nous posséderions, il nous échapperait encore infiniment trop de choses.

D'où vient la querelle entre les micrographes et moi ? En 1844, les idées étaient nouvelles. N'étant pas compétent par moi-même, c'est l'opinion des micrographes qui parlait par ma bouche. Mais leurs opinions n'ont pas été confirmées par des faits. La cellule n'est pas un élément caractéristique pour moi, parce qu'il y a des cancers où on ne la rencontre pas, et des cellules spécifiques dans des tumeurs bénignes non cancéreuses.

J'ai des raisons doctrinales, d'abord, pour ne pas accepter la spécificité de la cellule. MM. Mandl, Virchow, Bennett, Paget la nient. Et cela n'a rien d'étonnant pour moi. Cette cellule ne peut être qu'un produit secondaire ; il y a quelque chose de malade avant ; il y a là un blastème qui vient du sang et qui peut donner naissance à des éléments morphologiques variés. Les parties, d'autre part, sont si petites, les caractères souvent si peu tranchés, que l'on doit tantôt confondre des éléments morbides les uns avec les autres, et d'autre part des éléments morbides avec des éléments normaux, car ces distinctions ne me paraissent pas suffisamment établies.

Après avoir reconnu l'insuffisance d'une semblable base de classification, j'ai voulu voir par moi-même. Or déjà, en 1824, j'ai publié des recherches sur le cancer, et je n'ai pas cessé de m'en occuper depuis ce moment. J'ai regardé souvent au microscope. J'ai vu dans les tumeurs cancéreuses des cellules cancéreuses. Je crois qu'on peut les distinguer, mais cela est fort difficile souvent, puisque l'on ne trouve pas de cellules dans des tumeurs qui sont des cancers pour tout le monde. J'ai vu des cas où il y avait des cellules cancéreuses, sans que pour cela il y eût cancer. On me dit que rien ne prouve que ce n'en était pas. Mais outre la récidivité, je me guide encore sur le caractère de bénignité et de malignité.

Mais M. Malgaigne a présenté un autre argument plus spécieux : il a dit que, dans les cancers sans cellules, il y avait peut-être eu du tissu fibro-plastique. Quoi ! c'était du tissu fibro-plastique que cette tumeur du sein à laquelle il faisait allusion ? Mais j'ai dans mon service une autre femme à qui j'ai enlevé une tumeur toute semblable, et c'est bien du squirre qui lui revient ; la malheureuse est aujourd'hui comme étranglée dans une cuirasse qui s'étend sur sa poitrine. Ces faits-là restent tout entiers. Tout ce qu'on peut dire pour les atténuer, c'est que le cancer possédait bien ses cellules spéciales, mais qu'on ne les a pas trouvées parce que la tumeur n'a pas été examinée tout entière. Faible objection pour moi, qui ne cherche pas à tromper les micrographes, qui ne demande qu'à m'éclairer avec leur aide ; après avoir enlevé les tumeurs, je les envoie ou les remets moi-même à MM. Lebert, Follin, Broca. D'ailleurs, pour l'examen microscopique, il n'est pas besoin de la tumeur ; M. Verneuil, micrographe d'un mérite connu, en convient lui-même. Il y a dans les cancers, comme dans les autres productions pathologiques, des portions plus malades que les autres ; les cellules cancéreuses ne sont pas disséminées au milieu des tissus normaux restés intacts ; elles sont, au contraire, réunies en couches serrées, et quand on a une tranche de la tumeur, c'est comme si l'on avait tout. Si donc on n'a pas trouvé de cellules, c'est qu'il n'en existait pas.

Voici, d'ailleurs, un autre ordre de faits bien dignes d'attention. Une tumeur sans cellules est extirpée ; elle récidive, et l'on trouve dans cette production secondaire des cellules : j'en peux citer deux ou trois exemples. Je me souviens, en ce moment, d'un fait qui est connu de M. Lebert : c'est celui d'un marchand de bois de la rue du Cherche-Midi. Le malade portait au nez une tumeur polypiforme qui avait été examinée par MM. Richet, Laugier, Nélaton et quelques autres : on jugea que c'était un cancer. Une portion de la tumeur ayant été détachée, M. Lebert en fit l'examen, et déclara que ce n'était pas là un cancer. Encouragé par ce témoignage, M. Richet enleva la tumeur. Le malade alla bien pendant quelque temps, puis le mal récidiva, puis l'homme mourut. La tumeur récidivée fut de nouveau examinée : elle contenait des cellules en abondance. Me direz-vous qu'ici le voisinage d'une membrane muqueuse avec son épithélium a pu induire en erreur ? Je veux bien vous l'accorder pour le moment. Mais voici bien d'autres faits.

Une femme entre dans mon service à la Charité, portant au sein gauche une sorte de plaque fort singulière qui ne ressemblait positivement à rien de connu, qui participait des caractères des végétations érectiles, un peu des verrues, un peu du cancer dont elle avait l'aspect lardacé, l'extensibilité, le siége superficiel. Quelques-unes des végétations qui surmontaient cette plaque furent excisées ; le microscope n'y trouva pas de cellules. La malade quitta alors mon service ; elle rentra plus tard à Saint-Louis. Elle y est morte. Le sein droit s'était pris à son tour ; le mamelon de ce côté était rétracté, dur, comme ligneux ; la poitrine était pour ainsi dire enveloppée dans une cuirasse. Que dit cette fois le microscope ? Voici la note manuscrite de M. Robin, car c'est lui qui fit l'examen cadavérique : Des tumeurs marronnées furent trouvées dans les poumons et le foie : elles renfermaient des cellules cancéreuses. Dans la tumeur du sein gauche, pas de cellules ; celle du sein droit, pleine de cellules. C'était donc un cancer à gauche ; ce n'en était pas un à droite. Remarquez que la tumeur du sein droit avait bien plus que l'autre tous les caractères du cancer. Et de qui tenons-nous ce résultat ? de M. Robin, c'est-à-dire de l'un des plus célèbres micrographes de ces temps-ci.

M. Leblanc, qui se croit parfaitement d'accord avec les micrographes, admet un cancer épithélial, tantôt bénin et ne récidivant pas, tantôt malin et destiné à repulluler. Ainsi il admet l'existence de tumeurs mixtes ; l'animal a d'abord une simple hypertrophie, puis cela devient un cancer. Mais, messieurs, nous ne pouvons accepter une telle interprétation. Une tumeur du sein est enlevée ; celle qui la remplace est un cancer : qu'en conclure, sinon que la première tumeur était cancéreuse ? A moins cependant d'admettre que les tumeurs sont susceptibles de se transformer. Cette dernière interprétation est celle que j'ai défendue en 1834 ; mais MM. les micrographes n'en veulent pas. Bien plus, quand, une tumeur sans cellule ayant été enlevée, les tumeurs secondaires renferment des cellules, ils mettent en doute que la tumeur primitive ait réellement été le point de départ des autres. A cette question je répondrai en montrant les faits de ces tumeurs bénignes qui restent dix et quinze ans sans rien dire, et qui tout à coup deviennent des cancers. Ici la succession des phénomènes de bénignité et de malignité n'a pas été interrompue. Ces faits, qui sont connus de tout le monde, m'ont vivement frappé et m'ont ébranlé ; ils me font croire à la transformation possible des tumeurs. Que les micrographes étudient ce sujet ; l'expérience modifiera probablement leur opinion actuelle.

Parmi les faits de M. Leblanc, nous en voyons où, dans une tumeur bénigne, il existait des éléments cancéreux. Et cependant, en admettant que ce soit la récidive qui tranche la question de la nature du produit morbide, ce n'étaient pas des cancers. Ainsi il y a désaccord entre la composition anatomique et les symptômes des productions cancéreuses.

Si vous admettez, avec les micrographes, la spécificité des cellules, vous serez conduit à rejeter tout ce que nous savons de plus positif sur le cancer, comme ils ont fait eux-mêmes ; car c'est en partant de ce fait contestable qu'ils ont entrepris de tout renverser. Ils ont demandé qu'on leur donnât la définition du cancer, la définition de la malignité. Prenant un à un les termes de la définition généralement reçue, ils les ont discutés successivement et ont démantelé l'édifice qui résultait de leur ensemble. Messieurs, les définitions

sont plus faciles à attaquer qu'à faire, même quand on s'entend parfaitement sur les choses à définir. Voici comment je caractériserai le cancer : maladie se manifestant sous la forme de tumeur, de plaque, d'ulcère, de fongosité, ayant pour caractère, une fois établie, de ne plus s'arrêter qu'à la mort, de détruire l'organe et l'organisme. Il y a bien des espèces de cancer et bien des nuances parmi ces espèces; cependant, quand on rapproche de ce groupe de maladie d'autres productions pathologiques, qui, elles aussi, s'ulcèrent ou se multiplient, ou repullulent, on voit bien que, malgré quelques traits communs, ces productions n'ont pas d'analogie réelle avec les cancers, qu'elles n'en ont pas les caractères véritables. Et maintenant, qu'est-ce que la malignité? Sans remonter aux auteurs de l'antiquité, comme l'a fait dans son mémoire le micrographe que j'ai déjà cité, nous dirons qu'elle consiste essentiellement en ce que le produit morbide ayant attaqué un organe se substitue au tissu de cet organe, le poursuit jusqu'à ce qu'il l'ait détruit; que la maladie, une fois qu'elle s'est emparée de l'individu, ne le lâche plus. Accidentellement, des affections autres que les cancers peuvent avoir cette persistance; mais ce n'est pas là leur caractère constant, naturel.

La malignité ainsi comprise, peut-on enlever de la classe des cancers les tumeurs dites épithéliales? En quoi, je le demande, ne sont-elles pas cancéreuses? On me répond : En ce que les éléments qui les forment sont homœomorphes, épithélium, lamules, cellules d'un certain genre. Fort bien, mais il eût fallu tout d'abord démontrer que l'idée de tumeur homœomorphe exclut celle de tumeur maligne. On commença par l'affirmer; on nous dit : Ces tumeurs-là sont bénignes; elles ne repullulent pas, ou seulement sur place; elles n'atteignent pas les ganglions, elles ne se généralisent pas. Voici les notes de M. Lebert, voici la GAZETTE MÉDICALE, décembre 1836, voici les mémoires de l'Académie; partout vous trouvez exprimées les mêmes opinions sur la bénignité des tumeurs épithéliales. Elles se multiplient quelquefois; mais il en est ainsi des tannes, des loupes, des verrues. Le cancer, au contraire, se propage aux ganglions, entre dans la circulation... Eh! messieurs, ces caractères du cancer, les tumeurs épithéliales les possèdent et nous les montrent tous les jours : vous excisez une tumeur de ce genre à la lèvre; un mois ou six semaines après, vous revoyez votre opéré avec des ganglions malades sous la mâchoire, dans la région parotidienne. Je m'étonne vraiment qu'un pareil fait ait pu être nié par un homme de la valeur de M. Lebert. Négation toute gratuite; car la récidive dans les ganglions a lieu souvent, très-souvent, tout comme pour les autres cancers (et non pas exceptionnellement, comme on a essayé de le dire plus tard). Déjà, en 1846, je le disais à M. Lebert, et depuis M. Lebert a confessé lui-même qu'il a modifié son opinion sur un grand nombre de points; je vous cite cette phrase textuellement d'un de ses écrits. Vous le voyez bien, nous n'avons jusqu'à présent aucune raison pour considérer les tumeurs épithéliales comme non cancéreuses. Mais il restait le critérium fondé sur la généralisation de la maladie; les tumeurs épithéliales, prétendit-on, ne se généralisent pas.

M. Robert nous aide à franchir ce dernier retranchement; c'est lui, l'ami du microscope, qui le défend contre mes attaques, c'est lui qui admet le *cancer* épithélial! Et remarquez bien qu'il y a plus d'un fait de cet ordre : j'en ai vu un (il est vrai que les micrographes se refusent à l'admettre); il en existe un exemple au musée Saint-Barthélemy à Londres; vous en trouverez un cité par un anatomo-pathologiste très-recommandable, M. Rokytanski; un autre encore par Wirchow, un des meilleurs micrographes d'Allemagne; dans ce dernier fait il y avait des tumeurs partout, dans les poumons, le foie, le cœur. Enfin, se cramponnant à un dernier argument, on allègue qu'ici la généralisation de la maladie est moins fréquente que dans le cancer à cellules. Mais là d'abord n'est pas la question; puis, d'ailleurs, savez-vous au juste quelle est la proportion? Le cancer ordinaire présente, lui aussi, de très-grandes différences relativement à la fréquence des récidives. Comment! vos tumeurs épithéliales ne sont pas des cancers, et quatre jours après avoir largement excisé un petit bouton verruqueux des lèvres, vous voyez reparaître le mal ou à la lèvre, ou au menton, ou à la mâchoire; vous opérez encore une fois, puis vous n'osez plus y toucher, voyant que des ganglions se prennent à la région de la parotide, de la clavicule, que votre malade devient jaune et cachectique; puis enfin il meurt. Tenez, M. Chomel (de Bordeaux) me communique précisément des observations de cachexie épithéliale; elles sont consignées dans cette brochure, et je profite de l'occasion pour la présenter en son nom à M. le président de l'Académie.

J'arrive aux tumeurs fibro-plastiques. Et d'abord, comment est-il possible de confondre dans une même classe et sous le même nom des tumeurs rouges, bosselées, tumeurs qui tuent inévitablement, avec le tissu qu'on trouve à la base d'un chancre, dans les indurations inflammatoires qui entourent les articulations atteintes de tumeurs blanches, avec celui que renferment les ganglions hypertrophiés? Quelle ressemblance y a-t-il entre ces divers ordres de choses? Et cependant dans tous ces cas vous trouvez toujours le même tissu, le fibro-plastique. M. Robert me reproche de faire confusion; s'il y a une confusion déplorable, c'est bien celle-ci, et ce sont les micrographes qui la font. Vous trouvez à la parotide des ganglions formant des tumeurs d'une apparence toute particulière, durs comme du bois; eh bien! pour le microscope, c'est le même tissu que celui des glandes simplement engorgées chez un sujet strumeux! Je dis que cela ne peut être, et qu'il y a évidemment là une inconnue qui nous échappe.

Ce tissu fibro-plastique était d'abord réputé bénin, comme l'épithélium; il n'était capable de récidive que sur place, et encore souvent était-ce parce qu'on n'avait pas enlevé tout le mal! Puis il en a été du fibro-plastique comme de l'épithélium. Ce qui m'étonne, c'est qu'en 1850 M. Broca ait pu, dans son travail, soutenir la bénignité du tissu fibro-plastique; à cette époque on connaissait déjà plusieurs faits de récidive. En voici un entre autres qui me paraît curieux : il s'agit d'un sarcocèle que j'enlevai chez un jeune garçon; le tissu de la tumeur était mou et pulpeux. M. Lebert l'examine, il n'y trouve que du tissu fibro-plastique, il déclare qu'il y a chance de guérison. Je disais, moi, qu'il y avait chance de récidive : trois mois après l'opération, je revis le malade à l'hôpital, il y mourut avec des tumeurs fibro-plastiques dans le ventre, l'intestin..... J'ai là, sous les yeux, trois notes de M. Lebert; elles se rapportent aux trois dates de l'opération, de la rentrée du malade à l'hôpital et de l'autopsie.

Mais depuis cette époque les faits de ce genre pullulent et repullulent, passez-moi le mot. M. Lebert pour son compte en reconnaissait cinq ou six. Dans la dernière séance M. Larrey, qui prenait cependant fait et cause pour le microscope, vous a cité deux cas de tumeurs fibro-plastiques : dans l'un il y a eu plusieurs récidives, dans l'autre infection générale. En vérité la doctrine des micrographes a reçu là un coup de massue, et cela d'un ami!.....

Une jeune fille portait une tumeur fibro-plastique; elle fut opérée et mourut. A l'autopsie, tumeur fibro-plastique dans la poitrine, sous la plèvre. Je pourrais vous citer une infinité de cas pareils. M. Robert, il est vrai, vous a raconté l'histoire d'une malade de M. Paget, chez laquelle la tumeur, qu'on dit fibro-plastique, a repoussé après une première opération, puis a été de nouveau enlevée, et cette fois la malade est guérie. Mais voyez comme les dispositions amicales peuvent rendre partial même un esprit aussi éminent que M. Robert; la malade de M. Paget a été opérée de 1834 à 1836, époque à laquelle on n'examinait pas les tumeurs au microscope! Par suite des mêmes dispositions, M. Robert me conteste un fait (que d'ailleurs je ne fais pas entrer dans mes statistiques) où la récidive n'a pas encore eu lieu, la malade ayant été opérée pour la dernière fois en 1849, c'est-à-dire il y a trois ans, et il rapporte une autre observation que voici : une tumeur fibro-plastique ayant récidivé six fois, la dernière opération a été faite en 1853. Dans ce cas la non-récidive est admise par M. Robert; dans le mien il la conteste, parce que six ans au moins lui paraissent nécessaires pour éprouver la solidité de la guérison!

Je me résume et je conclus : rien ne prouve que le tissu fibro-plastique ne soit pas du cancer.

M. Robert veut qu'on fasse des distinctions, et il me reproche de n'en pas assez faire, et cela bien à tort, car je passe ma vie à ce travail d'analyse. Prenons garde cependant, à force de distinctions, de tomber dans la confusion. Est-ce ou non de la confusion, je vous prie, de ranger les uns à côté des autres les ganglions hypertrophiés, les indurations phlegmasiques, le tissu connectif de l'embryon, une myriade de tumeurs composées de ce tissu et qui sont bien étonnées et hurlent fort de se trouver dans cet assemblage? Comment faire pour s'entendre? Si je dis : les tumeurs fibro-plastiques repullulent, j'aurai raison et j'aurai tort; il me sera également facile de prouver le pour et le contre, en prenant, d'une part, le ganglion hypertrophié — benin, — en prenant, d'autre part, un cancer de la mamelle — malin. C'est qu'en effet ce sont des maladies toutes différentes.

M. Robert vous a cité aussi la loi de Bichat sur la similitude de texture entraînant la ressemblance des symptômes. Remarquez, messieurs, qu'en ce qu'il a de juste, j'ai pris ce principe pour base de mon enseignement; combien n'ai-je pas insisté sur les modifications que la disposition anatomique des parties imprime à une même maladie; sur celles que la structure des follicules, des gemmules de la peau faisait naître dans les affections cutanées. Mais la forme, la disposition matérielle, si importante qu'elle soit comme élément de la maladie, n'est pas toute la maladie; la nature de la cause ne doit jamais être perdue de vue. Nulle part cette nature particulière n'est plus évidente, n'imprime un cachet plus individuel à l'ensemble des accidents, que dans les maladies cancéreuses. Elles ont leur type à part, comme le chancre syphilitique a le sien. Dans le cancer, il y a de l'épithélium, des cellules, etc. Bien. Mais il y a encore autre chose que je ne sais pas, que je vous engage de chercher avec moi. Craignons de trop nous arrêter aux formes apparentes des choses, de donner trop d'importance à des cellules, des fibrilles, des lamules disposées de telle façon ou de telle autre.

Voilà ce que j'avais à dire touchant la classification des tumeurs cancéreuses et non cancéreuses. Ce qui fait le cancer, c'est la tendance primitive à détruire, soit en repullulant, soit en se généralisant. Ce qu'on a allégué pour combattre les faits que j'ai cités ne leur a pas enlevé leur valeur. M. Robert dit que les tumeurs fibro-plastiques ont le privilége de pouvoir être éteintes sur place; il a rapporté les faits de M. Pagès et de M. Chassaignac. Mais n'y a-t-il pas des cancers qui se comportent exactement de même? M. Broca en a signalé six ou sept. En voici un tiré de ma pratique privée : une dame de Besançon fut opérée par moi d'un cancer du sein, reconnu tel au microscope, en 1846 d'abord; puis en 1848; une troisième fois en 1850; à chaque fois les tissus malades furent enlevés en totalité. En 1851, je l'opérai de nouveau d'un fongus mollasse et rouge qui s'était formé en dehors de la cicatrice; elle guérit. Quatre mois après je l'opérai pour la cinquième fois. Enfin, en 1852, elle vint encore me trouver : elle portait au sein un champignon gros comme la tête, violacé : c'était comme un cerveau très-injecté. Sur le dessin que voici, vous voyez l'effrayante figure du champignon. La malade était épuisée, dans un état affreux; elle me suppliait à genoux de l'opérer encore; elle me dit tout ce que disent ces malheureuses femmes réduites au désespoir.

Cédant aux prières de la famille, mais n'osant plus toucher à ce mal avec l'instrument tranchant, j'eus recours à un caustique qui souvent m'a rendu service dans des cas de ce genre, à l'acide sulfurique safrané. J'attaquai d'abord un tiers de la tumeur; cela fit une escarre profonde qui se détacha laissant une large plaie; peu à peu, par des applications successives de causti-

ques, je vis tomber toute la tumeur. La cicatrice, qui était presque complète, avait en se rétractant incliné le tronc de cette infortunée, et l'avait toute courbée. Heureuse, elle s'en retourna chez elle..... Eh bien! elle est guérie aujourd'hui, elle jouit d'une santé parfaite, son embonpoint est revenu! Maintenant, combien de temps cela durera-t-il ainsi? C'est ce que j'ignore. Mais le sait-on mieux pour le malade que M. Chassaignac a opéré d'une tumeur fibroplastique? Notez que cette dernière opération ne date que de l'année dernière; que par conséquent la guérison date déjà d'un an de plus chez ma malade que chez le malade de M. Chassaignac.

J'aborde maintenant la question de la curabilité du cancer. Dans cette étude, une première difficulté, c'est le diagnostic. On m'a fait dire à cet égard que je me considérais comme infaillible. Infaillible, grand Dieu! Chaque jour je déclare dans mes leçons que je ne le suis pas, et trop souvent même je le prouve. J'ai dit seulement ceci: certains cancers ont des caractères tellement tranchés, qu'on ne s'y trompe pas. Voici une tumeur, elle a pour siége le sein; elle a marché lentement; elle a une dureté ligneuse, la forme d'un plexus; la peau qui lui adhère intimement est pointillée, ridée. Ici, qui ne reconnaîtrait le cancer? Et que nous apprendrait de plus le microscope?

Mais voici un argument nouveau, et c'est M. Malgaigne qui l'a produit dans son beau, son magnifique discours, où il m'a tellement paré et enveloppé de louanges que j'en ai d'abord été presque étourdi, et qu'il m'a semblé être pris dans la robe de Nessus. Cependant venant d'un ami, ces compliments ne pouvaient être qu'à bonne intention, et je les garde précieusement, tout en reconnaissant que les grains de ciguë ne m'ont pas manqué. M. Malgaigne signale un *diagnostic scientifique* qui est autre chose que le diagnostic pratique; pour moi, je les confonds, au contraire. Si nous ne pouvions faire du diagnostic qu'avec l'aide du microscope, mais nous serions réduits à ne jamais rien reconnaître qu'après l'ablation des tumeurs ou à l'autopsie.

Voici, messieurs, le relevé des tumeurs du sein que j'ai observées dans cette seule année 1854: les cas sont au nombre de 120, dont 66 cancers; j'ai opéré cette année 19 tumeurs de la mamelle en ville et 32 à l'hôpital. Eh bien! dans 45 cas où le diagnostic a été porté, il a été constamment confirmé par le microscope. Vous voyez bien qu'il n'y a ni immodestie, ni vaine parade de ma part à dire que je n'avais pas besoin d'un micrographe pour établir le diagnostic; que, conséquemment, j'ai bien le droit de dire: ceci est du cancer, et de le regarder comme certain, bien que le microscope n'ait pas passé par là pour établir le diagnostic scientifique.

M. Malgaigne (et voilà un des grains de ciguë que j'ai trouvé dans son discours) dit que j'ai changé depuis 1844; cela serait, messieurs, que j'en conviendrais volontiers, ne voyant aucun mal à modifier mes idées si de nouveaux faits viennent me convaincre d'erreur; mais je n'ai pas changé. En 1844, et même avant, je disais, comme je le dis aujourd'hui, qu'il y a des tumeurs faciles à reconnaître et d'autres dont le diagnostic est douteux.

Je divise les faits en séries: cancers, adénoïdes, hypertrophies... Parmi les cancers, j'établis d'autres groupes: il en est dont la nature est évidente, incontestable pour tout le monde; dans ces cas-là, je n'ai pas recours au microscope pour corroborer ou infirmer mon diagnostic. Pour les faits moins tranchés, quand je suis dans le doute, je cherche à m'éclairer des avis d'un micrographe. Si cet avis est conforme à ma supposition, celle-ci en acquiert pour moi une plus grande vraisemblance; s'il est contraire à l'hypothèse que je me suis faite, eh bien, mon doute s'en accroît encore. En consultant les micrographes, je ne m'attends pas à voir mes incertitudes dissipées, étant averti que la cellule peut manquer dans un vrai cancer, comme elle peut exister dans une tumeur bénigne. Sur les tumeurs présentées ici, il y en a en deux dont le diagnostic était douteux pour le clinicien: on invoque l'intervention du microscope; qu'arrive-t-il? C'est que, dans les deux cas, les uns y trouvent des cellules, les autres n'en voient pas.

En ce qui concerne la tumeur que j'ai présentée, je l'avais considérée comme bénigne; le microscope est consulté, et sur trois micrographes deux ne constatent pas les cellules caractéristiques, mais un troisième les trouve. Ce troisième micrographe, c'est M. Rombeau, interne très-distingué des hôpitaux, attaché à mon service à la Charité depuis deux ans, et qui s'occupe depuis longtemps avec zèle et avec talent de recherches microscopiques. Souvent j'ai eu recours à lui, et ses avis se sont trouvés d'accord avec ceux des hommes les plus exercés dans ce mode d'investigation. Quand, il y a deux ans, M. Rombeau vint à mon service, tout en me félicitant de pouvoir tirer parti de ses connaissances micrographiques, je lui exprimai le regret qu'il ne fût pas assez connu, qu'il ne fût pas une autorité et que sa compétence pût être contestée. Alors il m'apporta l'attestation de trois de ses maîtres qui se plaisent à reconnaître son aptitude et sa compétence.

La seconde pièce douteuse, celle de M. Barth, que ce médecin a crue maligne, a été également examinée par plusieurs micrographes; trois d'entre eux n'y ont pas reconnu le cancer, mais un quatrième l'y a trouvé, c'est M. Verneuil, micrographe bien connu de tous. Et M. Barth (M. Barth est-il micrographe?) s'est rattaché à l'opinion de M. Verneuil, parce qu'elle venait à l'appui de la sienne. Pour ma part, je crois la tumeur bénigne.

Ainsi étant donné, un cancer type — encéphaloïde, squirreux, mélanique, — le diagnostic peut être établi d'une manière certaine par le clinicien. Dans 49 cas de suite, j'ai vu mon diagnostic confirmé par le microscope. (On a bien voulu dire que c'était un honneur pour lui, j'en serais enchanté; c'en serait un très-grand pour moi. Je serais disposé à accorder beaucoup de choses au microscope, s'il était moins exigeant.)

Malgré cet accord entre la clinique et le microscope, vous ne voulez pas reconnaître qu'il y a eu réellement cancer dans les faits de guérison que j'ai cités! Quelle bonnes raisons avez-vous pour rejeter ces observations?

Elles ne sont pas concluantes, dites-vous, parce qu'elles datent d'une époque où l'on n'examinait pas les tumeurs au microscope. Mais vous, monsieur Broca, vous savez fort bien que je ne me trompe guère, vous en avez fait l'expérience quarante-neuf fois? Et remarquez bien que ce que je dis de moi je pourrais le dire de bien d'autres chirurgiens. Quoi qu'en dise M. Robert, ils distinguent aussi et fort bien le vrai cancer. Mes faits ne sont pas concluants? Si vraiment ils le sont. Cinq ou six seulement sont antérieurs aux débuts de l'époque micrographique.

A ce propos, j'ai une rectification à faire. Je n'ai pas compté, comme on m'en a prêté la pensée, 20 guérisons sur 50 cancers; j'ai parlé d'un ensemble de 300 malades, dont j'ai perdu de vue d'abord près de 100, près de 200; il restait 20 malades guéris sur 50 qu'il m'avait été *possible de suivre*. Pour les autres, j'ignore ce qu'ils sont devenus, ils ne peuvent donc compter ni pour ni contre la curabilité. M. Broca, qui lui aussi a fait des recherches sur ce sujet, doit savoir s'il est aisé de suivre pendant vingt et trente ans deux cents personnes? Je n'ai pas voulu établir de proportions, et ce n'est pas sur 50 cas que j'ai vu 20 guérisons, encore une fois. M. Robert a présenté un argument fort malicieux à ce sujet. Utilisant cette prétendue proportion de 20 sur 50 qu'on m'a prêtée, il a dit: 20 sont à 50 comme 1 est à 5. Or à une certaine époque, dans une discussion sur le diagnostic des tumeurs bénignes, j'avais déclaré qu'en acceptant 4 erreurs sur 10 cas, je m'estimais encore heureux de reconnaître la nature du mal. Justement, s'écrie M. Robert, vos 20 guérisons sur 50 cancers représentent vos 4 erreurs sur 10 cas! Mais, sans m'arrêter même à cet argument, je rappellerai seulement que les cas de guérison dont il s'agit étaient de ceux où le diagnostic n'offrait aucun embarras, où il était en quelque sorte tout fait.

Maintenant, je prends la période micrographique. J'ai fait examiner, j'ai examiné moi-même les tumeurs, et leur nature ne peut plus être un sujet de discussion.

Une demoiselle, opérée une première fois en 1846, prise d'une récidive en 1847; — guérie; elle se porte bien, quoiqu'aujourd'hui devenue vieille et bossue.

Je conserve le dessin fait par M. Robin, et qui représente les cellules de son cancer.

Une dame, bien connue du docteur Honël, opérée en 1847, d'un cancer à cellules abondantes; — guérie.

Un autre malade opéré en 1847; cellules bien constatées; — guéri.

Un malade opéré en 1848; cancer reconnu au microscope par M. Follin; — guéri.

Dans cette même année 1848, une dame d'Évreux, opérée d'un cancer encéphaloïde du sein gauche, vérifié au microscope, la guérison se maintient. (Cette femme est née d'une mère morte avec une tumeur cancéreuse; sa sœur, que j'ai opérée moi-même, a succombé à une récidive de sa maladie.)

En 1847, j'ai enlevé avec M. Nélaton un cancer du sein; j'ai là le certificat du micrographe; — guérison.

Le fils d'un homme dont le nom célèbre dans la science se rattache à l'histoire des cellules organiques qu'il a signalées un des premiers, le fils de Raspail, a subi l'amputation de la cuisse pour un encéphaloïde qui a été vu par M. Thierry, M. Richet et d'autres. Il est guéri.

M. Robert est venu contester un fait de guérison qu'il a trouvé dans mon livre. Mais il est évident que le microscope a troublé la vue de M. Robert. Les seuls cas de guérison que je fais entrer dans la statistique de mes vingt faits sont ceux où les malades sont restés vingt, quinze, dix ou au moins cinq ans sans éprouver de récidives. Or madame B***, à laquelle on fait allusion, a été opérée en 1850; jusqu'à présent, la santé s'est maintenue parfaite. En sera-t-il de même dans un an? Je ne sais; mais comme je n'ai voulu tirer rien autre chose de ce fait, je m'étonne qu'on l'ait fait intervenir ici.

On voit donc que mes observations restent tout entières, qu'elles sont inattaquables. Elles m'autorisent à conclure que le cancer peut guérir par l'opération. On m'objectera peut-être que je n'ai pas revu toutes les opérées jusqu'à ce jour, et qu'il n'est pas sûr que leur guérison se maintienne jusqu'à la fin de leur existence. A supposer qu'il y ait chez quelques-unes d'entre elles des repullulations tardives, il y a mille manières de s'en rendre compte; on peut dire, par exemple, que la même personne peut avoir deux cancers dans sa vie, comme on peut avoir deux loupes, et qu'il n'y a pas forcément dépendance, relation entre ces deux manifestations éloignées. Cela peut être soutenu. Une malade, on m'accordera cela, je pense, doit passer pour guérie, si jusqu'à sa mort il ne survient pas de récidive; et les chances sont grandes pour qu'il en soit ainsi après une vingtaine d'années passées sans accidents, en considérant surtout que les opérations de cancer ne se font généralement pas dans les premières années de la vie.

Puisque j'ai souvent fondé le diagnostic des tumeurs cancéreuses sur l'examen clinique, il est bon de dire comment j'y procède. Je commence par mettre de côté ces tumeurs bénignes que j'ai appelées fibrineuses d'après l'idée que je me suis faite de leur production (et que par pure complaisance je veux bien renoncer pour le moment à nommer ainsi); c'est une classe que je trouve chaque jour plus raisonnable de séparer des tumeurs cancéreuses. Je vois 23 de ces tumeurs sur 128; ce qui reste est composé de tumeurs concéreuses du sein, parmi lesquelles j'en trouve d'évidentes et d'autres plus ou moins douteuses. Pour ces dernières l'avenir prononcera. Dans le groupe des cancers qui en sont positivement, j'en vois qui ont une forme toute spéciale: sur 66 cas de ma pratique civile, j'en ai rencontré 24 qui étaient dans cette catégorie. Ceux-là je refuse de les opérer, je sais trop bien qu'ils repullulent de toute nécessité avant même que la plaie de l'opération

soit fermée. Restent 42 cas, dont une douzaine environ peut être discutée; j'opère et j'obtiens quelquefois des guérisons.

Pourquoi, messieurs, cette proposition de la curabilité du cancer trouve-t-elle des contradicteurs parmi les micrographes? Ce n'est cependant pas d'aujourd'hui qu'elle fait son entrée dans la science, elle est même très-vieille. C'est d'abord, je crois, pour contredire, puis parce qu'on oppose à ce que j'avance les statistiques de Monro, de Boyer, etc. Je ferai observer, quant à Monro, que sa statistique se borne à une page où il dit, sans autres détails, que sur 60 opérées il n'en connaissait, au bout de deux ans, que quatre qui n'eussent pas éprouvé de récidive. Êtes-vous bien sûr que Monro ait réellement suivi ces 60 opérées?

Et Boyer, que nous apprend-il? Sur cent opérés il n'en voyait que quatre ou cinq chez qui le mal n'eût pas repullulé. Ce n'est pas là de la statistique, surtout quand on se rappelle que pour Boyer, comme M. Malgaigne l'a dit l'autre jour, le critérium de la tumeur bénigne était de ne pas récidiver; d'où l'on pourrait logiquement conclure que Boyer n'avait jamais vu guérir un cancer, une tumeur qui a guéri n'étant par cela même pas cancéreuse. Cette doctrine de Boyer reçut un nouvel appui de la part de ceux qui combattirent les idées de Broussais; pour l'école physiologique, vous le savez, c'était l'inflammation chronique qui en dégénérant devenait squirre, cancer, tumeur bénigne ou maligne. Bayle, qui connaissait fort bien le cancer, et sentait la grandeur du pas qui sépare l'inflammation et les produits des productions cancéreuses, apporta à la doctrine de Boyer une adhésion énergique. Et c'est la même idée de réaction aux erreurs de Broussais qui de bonne heure me fit étudier avec soin ces tumeurs au point de vue de leur récidive plus fréquente ou plus rare. Cela m'a conduit en définitive à considérer la tendance à repulluler comme propre à certaines variétés plutôt qu'à certaines autres, et cela indépendamment des conditions apparentes, par exemple, du volume que les tumeurs ont acquis en s'accroissant. Il en est qui ne sont pas plus grosses qu'une tête d'épingle, et auxquelles je ne toucherais pas.—Mais revenons aux statistiques. Celles de Hill et de Flajani ne prouvent rien contre les miennes. Celle de M. Broca porte sur 28 cas observés chez Blandin; dans 19 il y eut récidive, 9 n'ont pas été suivis après l'opération; quel a été leur sort? On n'en sait rien, mais on ne peut pas affirmer plutôt qu'il y a eu récidive que guérison.

Dans la statistique de M. Lebert nous trouvons 6 cas de mort par suite de l'opération; et sur 34 malades qui ont survécu, 22 récidives et 7 qui ont été perdus de vue ou qui étaient guéris au moment où ce tableau a été dressé. L'incertitude où l'on est sur le résultat définitif de l'opération dans tous ces cas ne prouve au moins pas contre la possibilité de la guérison radicale.

J'avais apporté ici une tumeur adénoïde que je viens d'enlever, et j'avais l'intention de vous montrer encore la conformité des résultats donnés par l'examen clinique et microscopique; mais le temps me presse et je termine en ajoutant encore quelques mots sur les idées théoriques qui règnent aujourd'hui au sujet de la curabilité du cancer. Il est incurable, nous dit-on, parce qu'il n'est en quelque sorte que l'efflorescence d'une diathèse, d'un état général qui précède sa manifestation; à quoi bon, dès lors, s'attaquer à l'un des mille rayons de cette disposition cachée de l'organisme? Tout au plus pourrait-on espérer la guérison à l'aide d'un agent spécifique, neutralisent.

Eh bien! tout cela est loin d'être démontré pour moi; tout au contraire, je pense que le cancer est primitivement une maladie locale; que par conséquent, le diagnostic est ici d'une importance extrême, et qu'il n'est pas moins capital d'opérer de bonne heure, si, comme je le crois, l'affection, de bénigne qu'elle peut être au commencement, devient maligne par la suite.

Quant au microscope, je le répète, il a rendu des services à la science, il en rendra peut-être de plus grands encore par la suite; mais il a commis et commet encore des erreurs. Je ne suis pas un antagoniste du microscope; je l'ai dit dans mon livre, je le redis ici: j'accepte tous les faits, mais je me réserve d'en contester l'application quand je la trouve en désaccord avec l'observation. Ainsi il existe, et cela ne peut être mis en doute, des tumeurs qui renferment des cellules cancéreuses et qui sont malignes; ailleurs, dans des tumeurs bénignes, ces cellules sont absentes. Mais on ne doit ici procéder qu'avec réserve: il existe des tumeurs sans cellules qui cependant sont manifestement des cancers; et il y a dans les tumeurs malignes un autre élément spécial que nous ne connaissons pas. Peut-être existe-t-il plusieurs sortes de cellules. Ces questions ne pourront être résolues qu'à l'aide d'une longue expérience, constamment mise en parallèle avec l'observation clinique.

Nous ne pouvons accepter, messieurs, la doctrine des micrographes, à moins de renverser trente siècles de vérité, d'expériences accumulées. Ce serait alors faire dater la science d'hier; et encore si demain quelqu'un venait nous dire que tel réactif chimique peut seul décider du caractère cancéreux, il faudrait recommencer encore et abandonner le microscope à son tour.

Non, messieurs, la science ne saurait procéder ainsi. Il faut accepter les faits bien observés. Et c'est ainsi seulement que nous pourrons peut-être, après des siècles, faire avancer le char de la science.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

NOUVELLE DOCTRINE MÉDICALE, OU DOCTRINE BIOLOGIQUE; par LEPELLETIER (de la Sarthe), membre de l'Académie impériale de médecine, etc. Ouvrage couronné par l'Académie de médecine de Caen. — 1 vol. grand in-8° de 484 pages. — Le Mans et Paris. — 1853.

Changer la face de la médecine; la baser sur des principes nouveaux; donner un autre cours aux idées, une direction différente à la pratique; modifier profondément la méthode et les classifications; tracer une route jusqu'alors inconnue à l'enseignement; faire mieux qu'on n'a fait depuis les temps anciens où vivait Hippocrate, c'est-à-dire trouver, puis exposer complétement une nouvelle doctrine médicale, c'est là une tâche si gigantesque et en même temps si méritoire à une époque où les esprits sont tous tournés vers le positif ou plutôt vers le materiel, qu'on doit toujours en savoir gré à celui qui l'a entreprise, au risque de ne point préoccuper l'opinion et de ne point attirer à son œuvre une popularité en rapport avec son talent et ses labeurs. Mais quand une telle œuvre, outre le mérite de son dévouement, a une valeur réelle; quand elle réunit la méthode, la clarté, la logique, l'érudition; quand la hauteur des vues n'y manque pas, et quand enfin l'idée fondamentale est bien plutôt heureuse que malheureuse, on doit applaudir et remercier son auteur. C'est un devoir que les gens éclairés se plaisent à remplir envers M. Lepelletier (de la Sarthe).

Après cette déclaration générale, notre tâche de critique commence; mais nous ne l'abordons pas sans appréhensions. Quand un homme a mis toute la puissance de ses facultés et toute la persévérante ardeur de son travail, tout son être, en un mot, à la confection d'un tel édifice, il faut ou que la critique reste muette et laisse l'opinion publique prononcer, ou qu'elle prenne sa tâche au plus grand sérieux et consacre à l'œuvre un examen proportionné à sa valeur. Or l'appréciation de toute une doctrine médicale exigeant des développements qui nous forceraient à sortir des limites d'un simple article bibliographique, il nous semble convenable de nous borner à quelques considérations générales et à l'indication de quelques points importants.

L'ouvrage de M. Lepelletier a été écrit pour répondre à ce programme, tracé par la Société de médecine de Caen:

« Peut-on, dans l'état actuel de la science, établir les bases d'une doctrine ou d'un système général de pathologie qui paraisse le plus convenable pour l'enseignement de la médecine et la pratique de l'art?

» Dans le cas de l'affirmative, établir cette doctrine sommairement, en se fondant sur les faits observés et sur ce qu'ont offert d'incontestablement vrai les divers systèmes pathologiques qui ont successivement prédominé dans la science médicale. »

La précaution qui ouvre le programme nous paraît de toute prudence. A cette demande: *Peut-on faire une doctrine dans l'état actuel de la science?* nous ajouterions même volontiers celle-ci: *Le peut-on à l'époque où nous vivons, avec la tournure des idées, la direction des recherches, avec le génie de notre siècle, en un mot?* Cette dernière question est plus grave qu'on ne le croit: chacun naît sans doute avec des aptitudes spéciales; mais le milieu dans lequel on vit, la nécessité de prendre une certaine voie, si l'on veut être suivi par l'opinion, si l'on prétend arriver à son but, sont autant de conditions qui s'opposent au développement des capacités étrangères au siècle et à l'éclosion des idées qui ne sont pas de l'époque. On l'a dit: dans le domaine de la poésie, un poëme épique est impossible aujourd'hui; s'il naît de nos jours des hommes capables d'une telle production, ils tourneront leurs efforts vers un autre but. Eh bien! on peut transporter ce mot sur le champ de la science médicale: une doctrine originale assez profonde, assez vaste, exposée avec assez de génie et de publicité pour imposer ses lois à la médecine contemporaine, nous semble à peu près impossible aujourd'hui. L'*archée* de Van Helmont, et auparavant l'alchimie de Paracelse, puis l'*âme* de Stahl, la doctrine de Boerhaave, les *nosologies* méthodiques, l'*irritabilité* de Haller, le *principe vital* de Barthez, etc., ont imprimé leur cachet à la médecine du temps, et la doctrine de Montpellier est encore là, toujours vivace, dominante dans le Midi, connue par tout le monde civilisée, el poussant des racines jusque dans la terre cultivée par les écoles un peu matérialistes de Paris et de Strasbourg. Plus tard Rasori n'a qu'un temps et qu'une sphère limitée de succès, Bichat passe vite, Broussais n'est plus guère cité que pour mémoire; la méthode numérique n'a qu'une vogue très-restreinte et passagère, l'homœopathie et le magnétisme ne peuvent s'élever à l'état de science, trouvent le monde médical indiffé-

rent, et se rejettent sur un public dont l'exploitation les console de leurs échecs près du monde sérieux et savant.

Aujourd'hui nous sommes en plein éclectisme, en médecine comme en philosophie; nous examinons, pesons, scrutons profondément, critiquons nos devanciers, assemblons des faits et des idées partielles, mais nous n'enfantons aucun système général nouveau qui réunisse les documents épars, les féconde et en fasse une doctrine. On dirait que ce siècle, plus sérieux peut-être que les précédents, doute que l'observation soit assez étendue, les faits assez nombreux, la science assez vieille pour qu'il soit permis de formuler des lois et des conclusions; il incube, mais il n'enfante point, de peur d'enfanter avant terme.

Le milieu éclectique nous imprègne et nous sature; nous en subissons comme fatalement l'influence. Il déteint tellement sur les productions du siècle que nous portons sa couleur, tout en croyant souvent en avoir notre bannière à nous.

M. Lepelletier qui, dans son introduction, s'attache à relever la moindre phrase restrictive échappée au rapporteur qui, cependant, conclut à une médaille d'or, M. Lepelletier ne nous pardonnera peut-être pas notre déclaration si formelle; mais la vérité nous oblige à passer outre : *sa doctrine biologique n'est que de l'éclectisme.* Nous pensons que la démonstration n'est pas difficile à en fournir.

Cabanis a fait en ces mots le plus bel éloge de l'éclectisme : « L'éloquent Baglivi en avait déjà tracé l'ébauche à Rome dans ses cours, dont la célébrité faisait accourir des élèves de toute l'Europe..... Des opinions de Stahl, de Van Helmont et du solidisme étendu, modifié, corrigé, s'est formée une nouvelle doctrine à laquelle Bordeu, Venel, Lamarre, on peut même dire l'école de Montpellier presque entière, ont donné beaucoup d'éclat et de partisans. Agrandie par les travaux de Barthez....., profitant des découvertes réelles de toutes les sectes et se dépouillant de cet esprit exclusif qui étouffe la véritable émulation, et qui n'a jamais enfanté que de ridicules débats, elle deviendra la seule théorie incontestable en médecine; car elle sera le lien nécessaire de toutes les connaissances rassemblées sur notre art jusqu'à ce jour. »

Nous sommes loin de partager cet avis, dit M. Lepelletier; l'éclectisme n'est point une doctrine; il ressemble à une mosaïque; il n'a ni principe, ni lien, ni loi fondamentale; si vous créez ce principe, ce lien, cette loi, vous ne faites plus de l'éclectisme, mais bien une *nouvelle doctrine.*

A notre tour, nous sommes loin de partager cet avis. Une mosaïque, pour continuer la comparaison, ne consiste pas dans un amas confus de pierres diversement colorées, mais réunies avec art, de manière à constituer un dessin, à représenter une idée. De même, l'éclectisme emprunte des faits et des idées à chaque système, à chaque homme de génie; puis il les ordonne, les groupe d'après certains principes ou dans une certaine méthode, afin de les faire tous converger vers un but. De grâce, ne faites point aux éclectiques l'injure de supposer qu'ils sont des fermiers entassant pêle-mêle toutes les herbes dans leur grenier pour en faire du foin, et non des savants déterminant leurs plantes et les classant méthodiquement dans leur herbier.

On peut faire un livre avec des chapitres ou des passages empruntés à cent auteurs différents, pourvu qu'ils s'enchaînent, développent successivement une idée, et arrivent ainsi à la conclusion à laquelle ils ont tous concouru pour leur part; cela terminé, trouvez le titre et le livre sera fait.

Ce titre n'est lui-même que de l'éclectisme; chaque chapitre, qu'on me passe la métaphore, lui fournit une lettre. On va voir que c'est là la fidèle image de la doctrine biologique de M. Lepelletier (de la Sarthe).

Mais, avant d'aller plus loin, constatons bien ici qu'en qualifiant d'éclectique la doctrine de l'auteur, nous ne prétendons ni la critiquer ni la rabaisser; bien au contraire : elle est dans l'esprit du siècle, en harmonie avec les idées régnantes, et par cela même opportune et utile.

Exposons en quelques mots ce en quoi elle consiste, en nous servant des propres expressions de l'auteur :

« La doctrine biologique représente l'ensemble des dogmes de la science médicale, offrant pour lien commun et pour base fondamentale ce fait général et complexe, dominant, sous le nom de vie, tous les actes particuliers de l'organisme à l'état normal comme à l'état pathologique.

» Il est impossible qu'il existe maladie là où n'existe pas vie. Vie et maladie sont deux faits inséparables, dans ce sens que le premier suppose toujours le second. Il est impossible qu'il s'opère aucune action thérapeutique là où ne se rencontre pas d'action vitale : la seconde fait quelquefois tous les frais de la première, et celle-ci n'opère jamais rien sans le concours de l'autre. Dans toute la pathologie, depuis le premier symptôme de l'affection morbide jusqu'au dernier acte du traitement et même de la convalescence, nous voyons le grand fait vie dominer toute la scène; tous les faits particuliers se groupent autour de lui comme autour d'un centre commun.

» La vie est le mode particulier d'existence des corps organisés, la raison fondamentale du maintien de leurs éléments dans les rapports qui constituent ces corps. C'est le fait le plus général et le plus complexe de l'économie organique, puisqu'il résume tous les autres, puisqu'il en est le principe et la fin.

» L'économie vivante présente un laboratoire dans lequel s'effectuent des combinaisons, où se forment des produits entièrement étrangers aux lois de l'économie universelle, et que la physique, la chimie, en les supposant même à leur état de perfection, ne pourront jamais imiter. Pendant toute la durée de la vie, l'organisme est régi par ses lois propres; de telle sorte que l'influence vitale est un obstacle incessant à l'exercice des affinités chimiques de l'économie vivante. »

Cependant les lois physiques et chimiques exercent leur action dans l'économie, mais dans des limites restreintes lors de la période d'accroissement, tandis que dans la période de décroissance et de décrépitude, elles prennent de plus en plus le dessus jusqu'à ce moment, appelé mort, où elles règnent seules.

Les conditions d'existence de l'économie vivante sont physiques, chimiques, vitales et psychologiques; les causes morbides sont des influences capables d'effectuer une altération de ces conditions physiques, chimiques, vitales, psychologiques. — La santé consiste dans l'état normal de ces quatre conditions fondamentales. Toutes les explications pathologiques et thérapeutiques, prises en dehors du domaine de la vie, se trouvent par cela même frappées d'erreur, etc.

Dans ces mots peuvent se résumer les principaux traits de la doctrine biologique.

Elle s'annonce d'abord en termes que les vitalistes ne répudieraient pas. M. Lepelletier n'est pas néanmoins vitaliste comme Montpellier; il rejette l'entité force vitale pour lui substituer la vie qui n'est plus une entité, mais un *fait*. Ce fait n'est pas tant dans l'économie, il n'est que *le fait le plus général* du microcosme; à côté de lui se trouvent les lois physiques et chimiques qui s'exercent dans de certaines limites, et le sens intime ou psychologique. Vous voyez que l'éclectisme commence, car M. Lepelletier fait des concessions légitimes à quelques-unes des idées raisonnables des écoles iatro-physiques, iatro-chimiques, mécaniques, spiritualistes. La vie est le principe fondamental de la doctrine, mais l'éclectisme groupe autour d'elle les autres influences; la vie règne et gouverne, mais il est, dans l'état du microcosme, des pouvoirs antagonistes qui finissent par avoir le dessus quand la mort arrive. La maladie n'est plus, comme à Montpellier, une altération primitive de la force vitale, elle peut porter sur les conditions physiques, chimiques, vitales, psychologiques. L'éclectisme est complet, comme on le voit, en étiologie comme en pathologie, et nous le retrouverons en thérapeutique.

Sauf l'*impetum faciens*, sauf l'initiative que Montpellier donne au principe vital, opinion primordiale qui domine toute la doctrine, on retrouve dans la biologie de M. Lepelletier les grandes divisions fondamentales de cette célèbre et profonde école. Réunissez les *conditions physiques et chimiques*, et vous aurez l'*agrégat matériel*; les *conditions vitales* sont l'analogue du *principe vital*; enfin les *conditions psychologiques* ne sont que le *sens intime* de Montpellier.

Mais pour baser une doctrine sur la *vie* comme Montpellier l'a basée sur le *principe vital*; il faut dire ce que c'est que *la vie*, comme Montpellier l'a fait très-nettement pour son *principe vital*.

M. Lepelletier l'a dit : du moment qu'on trouve un lien, un principe commun pour réunir les dogmes et les faits de l'éclectisme, on ne fait plus de l'éclectisme, on crée une nouvelle doctrine. Nous avons répliqué : Si on ne trouve point ce principe commun, si on se contente de donner un titre général au livre composé de chapitres épars en empruntant, pour ainsi dire, une lettre à chaque chapitre, on arrive alors à un ensemble qui n'est autre que de l'éclectisme et qui n'a point le caractère d'une nouvelle doctrine.

Qu'est-ce que la vie? M. Lepelletier ne le dit pas; il ne nous en indique pas la nature, il nous en donne seulement une qualité, celle *d'être en antagonisme avec les lois physiques et chimiques*; et encore ce caractère ne figure-t-il pas dans sa définition, et faut-il aller le chercher ailleurs, dans les développements accessoires. Écrire que la vie c'est le mode particulier d'existence des corps organisés, c'est dire que la vie c'est la vie, et pas autre chose. La caractériser en disant que c'est le fait le plus général et le plus complet de l'économie organique, c'est énoncer qu'elle existe sans dire ce qu'elle est, et c'est avouer, de plus, qu'elle n'est pas toute ni seule dans cet organisme. La vie est-elle une force préexistante qui préside au développement et aux fonctions des

organes, comme le veut Montpellier? On pourrait croire que c'est l'opinion de M. Lepelletier, puisqu'il appelle la vie *principe et fin* (p. 417).

Mais ailleurs son langage est tout opposé (p. 284) : ce mode particulier d'existence active, qu'on nomme la vie, *résulte* à l'état physiologique du développement libre, facile et complet, des phénomènes et de fonctions de l'organisme, etc. Ce n'est donc plus une cause, un principe, mais un effet, un résultat. Il ajoute enfin (p. 423) que la maladie ne peut être étudiée séparément *des tissus, des humeurs, des conditions organiques* dont elle constitue la lésion : il n'y a donc point d'*essentialité*. Puis retombant de nouveau dans un ordre contraire d'idées, il admet une grande classe de maladies sous le nom de lésion des conditions physiologiques, des sentiments affectifs, intellectuels de l'âme, qui n'est certes cependant, à ses propres yeux, *ni un tissu, ni une humeur, ni une condition organique*.

La vie ne serait donc pour M. Lepelletier qu'un fait évident, quoique non défini, auquel il a recours, non pour en démontrer la nature et le rôle ni pour établir que tout le reste s'y rattache en vertu de certaines lois, mais auquel il s'adresse comme à une formule générale pouvant représenter l'ensemble, comme à un titre sous lequel on fait ranger des fragments épars.

Après avoir déclaré que toute la doctrine se base sur la vie, ce qui tendrait à donner à cette doctrine un cachet spécial, une individualité et à l'éloigner de l'éclectisme, M. Lepelletier la fonde sans le vouloir, entraîné, comme nous l'avons dit, par l'esprit du siècle, non plus uniquement sur le fait général et complexe vie, mais sur ce fait et sur les faits accessoires; il tombe donc en plein éclectisme. En effet, ce n'est plus la vie qu'il considère dans la suite de ses développements et de son exposition, mais l'économie animale qui présente des conditions d'existence *vitales* (la vie), psychologiques, chimiques et physiques. C'est désormais sous ces bannières multiples et non plus au nom de la vie seule qu'il marche; ainsi la maladie n'est pas seulement une altération de la vie, mais une altération partielle ou générale des conditions physiques, chimiques, vitales, psychologiques. Voilà du pur et franc éclectisme et de la meilleure espèce avec *prédominance accordée à un principe, à la vie*, prédominance bien légitime à la proclamation de laquelle nous ne pouvons qu'ajouter notre voix.

La classification des maladies est encore, comme toutes les autres parties de l'exposé de la doctrine, du véritable éclectisme. N'allez pas croire que les maladies soient toutes vitales, s'attaquent toutes au *fait général et complexe vie*; non, elles se partagent en quatre grandes classes : elles sont physiques, chimiques, vitales, psychologiques.

La thérapeutique continue aussi dans le même sens : les agents si nombreux dont elle dispose se catégorisent sous les chefs suivants : vitaux, moraux, hygiéniques, pharmaceutiques, chirurgicaux.

Éclectisme, toujours éclectisme! Mais il n'est pas là seulement, il est partout, et il n'en pouvait être autrement sous la pression du génie du siècle contemporain.

L'auteur déclare ne vouloir être ni empirique ni dogmatique, mais peser les faits, partir de là comme d'une base indispensable, et les féconder ensuite par la généralisation et l'induction, s'élever en un mot de l'observation éparse à la doctrine. Il ne veut point, comme Cos et Montpellier, une entité, nature médicatrice ou force vitale, guerroyant contre une autre entité, pour me servir de ses expressions, contre l'entité maladie, afin de ramener l'organisme aux conditions physiologiques; mais il admet que la vie, déviée de son état normal, tend à y revenir, ce qui, pour le résultat définitif, est tout un. Il rejette l'âme de Sthal, les archées de Van Helmont, mais il admet une âme, des conditions psychologiques. Il fait quelques concessions à la méthode philosophique, voire même au contro-stimulisme, au magnétisme, et, chose singulière, se montre sévère contre l'éclectisme, qu'il finit par embrasser complétement après un prélude vitaliste ou biologique!

Nous avons dit que cet article, ne pouvant être un examen complet, se bornerait à des considérations générales et à l'examen de quelques points en particulier. Nous serons très-bref à ce dernier sujet.

L'histoire de la médecine, la biographie des hommes qui l'ont illustrée, l'exposition et la critique des diverses doctrines médicales qui ont régné tour à tour occupent environ la moitié du volume. Les jugements y sont sages, quoique très-formels, l'érudition de bon aloi, la critique saine. Dans l'exposition de la doctrine, qui occupe le reste du volume, la netteté et la clarté ne font pas un instant défaut, et ressortent aussi bien de la méthode que du style, soigné et élégant.

La nature de cet ouvrage, dont l'esprit est éclectique, ne comportait pas autant de profondeur de vues, d'examen, de raisonnements que les doctrines originales de Bordeu, Barthez, Dumas, Broussais, etc. Il en est ainsi de l'esprit humain, que c'est souvent quand l'homme erre dans la recherche de l'introuvable cause intime des choses, que son génie se déploie et que ses plus hautes facultés sont mises en jeu. Mais dans ses critiques et ses appréciations, M. Lepelletier (de la Sarthe) fait preuve d'un esprit net, d'un solide jugement, d'un sens critique pénétrant, et quand des discussions qui exigent de la profondeur se présentent, il est au niveau de sa mission. Cet éloge s'applique surtout à ses vues philosophiques sur les doctrines et à l'exposé des principes de sa propre doctrine biologique.

L'impression et la matière du livre sont soignées comme son style. Il est rare qu'on édite un livre de médecine avec ce luxe et ce *comme il faut*. Pour le dire en passant, ce n'est pas néanmoins à Paris, mais au Mans que l'ouvrage a vu le jour.

FÉLIX JACQUOT.

VARIÉTÉS.

MOUVEMENT DU CHOLÉRA DANS PARIS ET DANS LES COMMUNES RURALES.

Novembre...		3	4	5	6	7	8	9
Admissions aux hôpitaux........		0	4	3	1	3	1	0
Cas déclarés à l'intérieur........		0	2	0	3	0	0	0
Totaux.......		0	6	3	4	3	1	0
Décès :	Dans les hôpitaux civils..	6	4	2	3	3	2	0
	— militaires..	0	1	0	0	0	0	0
	A domicile : 1er arrond...	0	0	0	0	0	0	0
	2e —	0	0	0	0	0	0	0
	3e —	0	1	0	0	0	0	0
	4e —	0	0	0	0	0	0	0
	5e —	1	0	0	0	0	0	0
	6e —	0	1	1	2	1	0	0
	7e —	0	0	0	0	0	0	0
	8e —	0	1	1	0	1	0	0
	9e —	0	0	0	0	0	0	0
	10e —	0	2	0	0	1	0	0
	11e —	0	0	0	0	0	0	0
	12e —	0	0	0	1	0	0	0
	Communes rurales.....	1	0	0	0	2	0	0

RÉCAPITULATION DES DÉCÈS CHOLÉRIQUES :

Novembre..	3	4	5	6	7	8	9
Dans les hôpitaux civils et militaires.	6	5	2	3	3	2	0
A domicile et dans les comm. rurales.	2	5	2	3	5	0	0
Totaux généraux des décès..	8	10	4	6	8	2	0

— La médecine militaire de la France, qui a déjà si largement payé sa dette depuis l'ouverture de la campagne en Orient, vient encore de faire plusieurs pertes successives. Le 20 octobre, on voyait les officiers de santé réunis pour rendre les derniers devoirs à l'un de leurs camarades, le docteur E. Duméril, médecin aide-major, dont la perte est un deuil pour tout le personnel de santé de l'armée d'Orient. Il n'avait, dans la médecine militaire, que des amis, et il avait su se concilier l'affection de tous. Il a été atteint, à Constantinople, d'une maladie qui, dès le début, s'est annoncée très-grave, une fièvre typhoïde des plus intenses qui l'a enlevé en peu de jours.

Nous extrayons quelques passages d'une allocution touchante prononcée sur sa tombe par M. le docteur Scoutteten, médecin en chef des hôpitaux de Constantinople, qui a bien su rappeler le mérite modeste et le dévouement qui caractérisaient une carrière si prématurément brisée.

« Aujourd'hui, a-t-il dit, vous rendez les derniers devoirs à un officier de santé portant un nom illustré par un médecin de sa famille, par son oncle le professeur Duméril, que la Faculté de Paris s'honore de compter parmi ses membres. Notre jeune camarade L.-A.-E. Duméril était dans sa 31e année. Entré au service le 12 septembre 1844, il avait passé son noviciat d'élève à l'hôpital d'instruction de Lille; nommé sous-aide le 21 octobre 1847, il fut envoyé à Saint-Omer; en 1848, il fut désigné pour faire la campagne d'Italie où il passa quatre années.

» Après avoir vaincu les difficultés nombreuses qu'apporte la vie militaire aux études sérieuses, il parvint à se faire recevoir docteur en médecine. A peine avait-il obtenu son diplôme que l'administration de la guerre lui donna le grade de médecin aide-major de deuxième classe, et l'attacha en cette qualité au 9e bataillon de chasseurs à pied. Ce corps ayant été désigné pour faire partie de l'armée d'Orient, Duméril fit avec lui l'expédition de la Dobrodja. C'est là, après avoir supporté des fatigues et des privations inouïes, qu'il puisa les germes délétères qui devaient le ravir à des camarades dont il était aimé, à des parents pour qui il était un fils chéri, à sa jeune femme dont il se sépara peu de jours après son mariage. L'éloignement de l'objet de ses affections était une douleur pour son cœur; il y revenait sans cesse, et sa dernière pensée fut pour celle à qui il avait voué sa vie. Votre âme, messieurs, sera sympathique à cette affliction de famille; vous la partagerez, car les officiers de santé militaires sont unis entre eux par des liens étroits équivalents à ceux du sang. »

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

CHOLÉRA-MORBUS.

LE CHOLÉRA A MUNICH.

Le Moniteur médical de Bavière donne des renseignements détaillés sur la marche que le choléra a suivie dans ce pays, et surtout à Munich.

Il y a eu dans cette capitale, sur une population de 100,000 habitants et dans l'espace de deux mois, c'est-à-dire à partir de fin juillet jusqu'à fin septembre, 4,365 cas et 2,140 décès. Il est à noter du reste que la cinquième partie de cette population de 100,000 âmes s'était réfugiée dans les montagnes voisines.

Vers le commencement du mois d'octobre, l'épidémie a été considérée comme éteinte, quoiqu'il y ait eu encore tous les jours quelques cas isolés. La reine-mère vient de succomber même à cette maladie.

Le Moniteur médical de Bavière nous apprend en outre toutes les mesures qui ont été prises par le gouvernement pour amoindrir le plus possible les suites funestes de l'épidémie.

Il nous fait connaître aussi tout ce qui a été tenté par les médecins, soit dans les hôpitaux, soit en ville, pour mieux approcher de la solution des problèmes thérapeutiques et scientifiques du choléra. C'est surtout dans les procès-verbaux des réunions de médecins de la capitale que nous trouvons ces renseignements.

Les réunions générales des médecins ont eu lieu deux fois par semaine, sous la présidence du ministre de l'intérieur. Les discussions administratives et scientifiques y ont été soutenues avec le plus grand zèle et souvent avec les résultats des plus satisfaisants.

Voici quelques extraits des procès-verbaux :

Traitement du Dr Pfeufer, professeur de la Faculté, médecin de l'hôpital général. — M. Pfeufer a administré le calomel à hautes doses, 3 grammes en trois prises, dans l'espace de deux à trois heures. D'après l'indication du docteur Niemayer (de Magdebourg), il a fait mettre des compresses froides sur le ventre; la plupart des malades les ont très-bien supportées; des sinapismes aux extrémités. Pour étancher la soif, il a donné de petits morceaux de glace dans très-peu d'eau. Comme excitant, quand la faiblesse ou l'absence du pouls l'exigeaient, il a employé de préférence le camphre à 0,10 et 0,20 centigr. de demi-heure en demi-heure; comme adjuvant le vin et le musc à la dose de 0,25 centigr. Il a combattu l'état typhoïde consécutif au choléra, par l'emploi interne de l'acide chlorhydrique dilué et par l'application de l'onguent gris sur la tête rasée. Quand la diarrhée persista, il a fait prendre l'huile de ricin.

Traitement du Dr Oettinger. — M. Oettinger, un des premiers praticiens de la ville, s'est servi d'un nouveau médicament, du *valérianate d'ammoniaque*. Sur le nombre de 27 cas de choléra algide (asphyxiques), il n'en n'a perdu que 9; c'est le tiers. Les essais de MM. Pfeufer et Seitz, faits avec la même préparation, n'ont pas été aussi heureux. En tous cas nous devons à M. Oettinger l'introduction dans la matière médicale d'un agent fort digne de l'attention générale. M. Oettinger, en récompense de ses services rendus pendant le choléra et aussi comme fondateur principal de la Société de prévoyance des médecins de Bavière, a été nommé conseiller royal.

Recherches du Dr Pettenkofer, professeur de chimie médicale. — M. Pettenkofer, après avoir parcouru et examiné les parties de la ville qui ont eu le plus à souffrir du choléra, et après avoir fait des excursions analogues dans d'autres villes, a trouvé que les foyers d'infection se formaient principalement dans les maisons *où les lieux et les fosses d'aisance étaient mal établis*. De même y contribuaient beaucoup, selon lui, les terrains humides et imprégnés de matières putrides.

M. Pettenkofer insiste sur la *désinfection*. Comme moyen désinfecteur des matières évacuées des malades, il propose 1 volume sur 4 d'une solution de sulfate de fer dans 10 parties d'eau. Quant au linge souillé des cholériques, il recommande de le tremper immédiatement dans de l'eau, à laquelle on ajoutera une solution d'une livre de chlorure de chaux sur 120 d'eau.

Le gouvernement conseille d'exécuter partout ces mesures.

Le docteur de Molo recommande, d'après l'exemple des Anglais, l'emploi d'une partie de chlorure de zinc sur 20 à 50 d'eau, comme moyen désinfecteur.

On tient beaucoup compte en Bavière de la propagation du choléra par importation. Plusieurs mesures administratives y ont rapport. La discussion des grandes réunions médicales en a fait preuve également. On a désigné toutefois plusieurs endroits où le choléra a éclaté sans qu'on ait pu accuser ce mode de développement. D'autres renseignements sont restés imparfaits sans laisser d'être fort curieux au moins. C'est ainsi que le docteur Wibmer, médecin fort distingué du reste, rapporte le fait de l'importation du choléra par un commerçant dans la ville de Traunslein. Mais tandis que M. Wibmer néglige de nous indiquer, s'il y a eu ou non dans cette ville, des signes précurseurs de l'épidémie, tels que diarrhée, etc., ce qui certes aurait été très-important à savoir, il n'oublie pas de nous dire, ce qui révèle quelque peu l'esprit général du pays, à quelle confession appartenait ce pauvre commerçant, voué à la mort et à l'accusation posthume d'avoir importé d'emblée cette terrible maladie.

Recherches de MM. les docteurs Buhl et Voit. — Ces recherches ont été faites sur la clinique de M. Pfeufer.

Urines. — Les premières urines de la *période de réaction* ont fourni très-peu d'urée, 3 à 4 grammes. Le jour suivant, l'urée s'était quadruplée. Le troisième jour, elle était montée à 50 gr. (36 à 37 gr. sont la moyenne physiologique) Le quatrième jour à 70 gr. Quand l'urée, accumulée d'abord dans le sang, est éliminée ensuite en proportion croissante, les malades guérissent le plus souvent.

Les urines de la *période typhoïde* du choléra contiennent également très-peu d'urée; elles ne sont excrétées qu'en petite quantité ou pas du tout. Ces urines renferment aussi de l'albumine dont la quantité diminue plus tard sans que toujours l'urée augmente en proportion.

Il est donc confirmé que le choléra a pour effet de produire des altérations des reins telles que l'élimination de l'urée est entravée. L'urée reste accumulée dans le sang; elle a été même trouvée dans les tissus, notamment dans les muscles jumeaux d'un individu mort en période algide, ainsi que dans le sang, les muscles et la substance cérébrale d'une femme morte à l'état typhoïde du choléra (elle n'avait plus uriné depuis neuf jours).

Selon M. Buhl, l'urée retenue dans le sang peut expliquer en partie

FEUILLETON.

RENTRÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE. — ÉLOGE D'ORFILA PAR M. LE PROFESSEUR BÉRARD.

La séance de rentrée de la Faculté, d'ordinaire si calme, a été cette fois troublée par un orage. Jamais, de mémoire de massier et d'appariteur, on n'avait vu un tel tumulte. Dès l'ouverture des portes, une demi-heure avant le commencement de la séance, une sorte de fermentation inaccoutumée s'est manifestée dans la masse compacte des étudiants qui garnissait le vaste amphithéâtre de l'École. Les cris, les trépignements, les battements de pieds et de mains, les interpellations, les coups de sifflets, les poussées, se succédaient sans interruption et avec des *crescendo* qui menaçaient de faire écrouler la salle. Cette florissante jeunesse, l'espoir des lettres, des sciences et de la patrie, n'est pas, il faut bien l'avouer, fort aimable à certains moments. Avec toutes sortes de grandes et belles qualités de cœur et d'esprit, qu'on admire dans l'occasion, elle laisse quelque chose à désirer du côté de la tenue, du sentiment des convenances et des manières. Elle est, dit-on, plus instruite, moins frivole que ses devancières, elle n'est peut-être pas aussi bien élevée. Si le monde va toujours progressant, comme on l'assure, c'est à la façon américaine; et il semblerait que ce qu'on appelle aujourd'hui civilisation s'éloigne de plus en plus de ce qu'on appelait autrefois civilité. Nous avons entendu l'autre jour, entre autres gentillesses de la *studiosa juventus*, des espèces de *grognements*, jusqu'ici inconnus des gosiers français, et qui auraient excité l'admiration dans un *meeting* politique de l'Ohio ou du Connecticut. Quelques-uns, des plus avancés, ont poussé la fantaisie jusqu'à allumer et fumer leur pipe! Ceci promet.

Ces tumultueux ébats n'étaient, avant l'ouverture de la séance, qu'assourdissants et inconvenants; ils sont devenus décidément scandaleux et inquiétants lorsqu'on les a vu se continuer en présence de la Faculté et couvrir à chaque instant la voix de l'orateur. Pendant près de trois quarts d'heure, il a été impossible au président d'obtenir trois minutes de silence. Sa voix, d'ordinaire et si justement aimée et respectée, était méconnue. Plus d'une fois il a été sur le point de lever la séance, et il y a eu un moment où il paraissait impossible de mettre fin autrement à une situation si tendue. Évidemment ces interruptions, éclatant brusquement, à de courts intervalles et toujours des mêmes côtés, étaient concertées. Nous aimons mieux les attribuer à la préméditation de quelques perturbateurs isolés, amateurs du désordre pour le désordre, qu'à un sentiment d'hostilité dans le jeune auditoire. Qu'est-ce qui aurait pu motiver, dans la circonstance présente, une disposition malveillante? Le sujet du discours? Mais les passions qui se sont agitées pendant un temps autour d'Orfila, dans des circonstances politiques déjà bien loin de nous, sont maintenant éteintes, et les élèves n'attachent à son nom d'autre souvenir que celui du professeur éminent, du promoteur zélé des études médicales, du fondateur généreux d'établissements utiles à la science. L'orateur

les symptômes cérébraux de la période typhoïde. Mais la principale part de ces symptômes ne reviendrait pas à l'urémie, mais bien à des lésions importantes du système capillaire de la substance grise même. MM. Buhl et Voit ont trouvé, dans plusieurs cerveaux, des amas rouge brun de noyaux pigmentaires déposés dans les parois vasculaires; des petits amas de sang extravasé disséminés dans la substance cérébrale; ces altérations leur paraissent être causées par la stase sanguine de la période algide. Elles doivent produire des effets nuisibles au moment de la réaction, lorsque la circulation se ranime.

Il y a encore une autre série d'altérations qu'on ne saurait négliger: ce sont les changements de densité que le cerveau éprouve, et ceux des quantités de ses liquides.

Les individus morts à la période algide présentent le cerveau dépourvu de ses liquides, les cavités vides, les méninges sèches. La substance cérébrale est donc forcée physiquement de combler les vides, le crâne ne pouvant se réduire; elle s'hydrate, se gonfle, la substance grise plus que la blanche. Dans la période de réaction, le contraire a lieu: la substance cérébrale se condense, devient plus sèche, diminue de volume.

Recherches de M. le Dr Thiersch. — Un chien périt sous les symtômes du choléra. On prétend qu'il avait mangé des matières vomies par un enfant cholérique. L'examen cadavérique montre tous les signes anatomiques du choléra; même une réaction chimique particulière au choléra épidémique ne manque pas; elle est produite avec le contenu du jéjunum de l'animal. Cette réaction est une fermentation. Déjà, en 1849, le docteur Charles Schmidt (de Dorpat) avait commencé à faire des expériences de fermentation avec le sang des cholériques. Grâce à ses recherches, nous savons maintenant que le sang des cholériques contient une matière qui agit, par fermentation, sur l'amygdaline, comme le ferait l'émulsine. Cette matière paraît provenir des éléments albuminoïdes du sang. Elle se trouve principalement dans le contenu intestinal. M. Thiersch se propose d'isoler cette matière le plus possible. Peut-être réussira-t-on, dit-il, à la transformer en poudre fine sans qu'elle perde ses qualités de ferment.

Voici la conclusion de l'auteur:

« Les évacuations cholériques renferment une matière qui est en voie de fermentation. Il est possible que cette matière, arrivée à un certain degré de fermentation, devienne la cause spécifique du choléra. »

S. Feldmann, D. M.

PATHOLOGIE INTERNE.

PREUVES CLINIQUES DE LA NON-IDENTITÉ DU TYPHUS ET DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE (mémoire présenté à l'Académie des sciences, séance du 9 octobre 1854); par le professeur Forget (de Strasbourg).

(Suite. — Voir les numéros 42 et 43.)

Ici pourrait se borner l'exhibition de nos preuves cliniques, notre intention étant surtout de prouver, *ipso facto*, que l'entérite folliculeuse n'entre pas comme élément capital, essentiel, dans l'appareil phénoménal du typhus, à l'encontre de ce qui s'observe et de ce qui est généralement admis dans la fièvre typhoïde. Mais ces deux affections diffèrent aussi par d'autres caractères moins saillants, plus fugitifs, moins importants, il est vrai, mais qu'il peut être utile de constater. Or l'occasion d'étudier ces nuances étant devenue très-rare, on nous pardonnera de saisir celle qui nous est offerte et d'esquisser encore quelques faits de typhus, mais suivis de guérison. Nous espérons en outre échapper ainsi au reproche mérité par beaucoup de travaux modernes, d'être de purs nécrologes où l'art de guérir proprement dit, la thérapeutique, n'a rien à gagner.

TYPHUS; SYMPTÔMES PECTORAUX; GUÉRISON PROMPTE.

Obs. X. — Un homme de 20 ans, de constitution détériorée par de longues maladies et par le séjour de la prison dont il sort, entre à la clinique le 19 mai 1854. Il se dit malade depuis trois mois. Ce fut d'abord une fièvre intermittente de quinze jours, suivie de bronchite. Quant à l'époque de l'invasion des symptômes adynamiques actuels, on ne peut rien savoir de positif.

Prostration, stupeur, céphalalgie, bouche fuligineuse; langue brûlée, fendillée; abdomen peu sensible à la pression; léger gargouillement; point de diarrhée; un peu de dyspnée; toux fréquente; expectoration laborieuse; râles disséminés dans le thorax; pouls peu développé, à 120; peau chaude; point d'éruption. (Solution de gomme; potion avec tartre stibié, 20 centigr.; l'émétique est toléré.)

20. Même état. Je supprime le tartre stibié, dans la crainte de surexciter l'entérite folliculе supposée. (Solut. de gomme; looch avec sirop diacode.)

Les jours suivants, l'amélioration se produit graduellement. Moins de stupeur, moins de fièvre, crachats plus faciles. (Traitement *ut suprà*.)

26. Les forces renaissent; la bouche se nettoie; la fièvre disparaît; les symptômes pectoraux restent seuls. (Adoucissants; soupes.)

31. La convalescence est confirmée. Le malade commence à se lever. (Aliments.) Il sort quelques jours après.

Ignorant à cette époque l'existence du typhus carcéraire, nous avons traité tout du long cette maladie comme fièvre typhoïde (entérite folliculeuse). Cependant nous fûmes un peu surpris de la promptitude et de la franchise avec lesquelles ces graves symptômes se dessinèrent. Ce n'est que par suite des renseignements recueillis depuis que nous sommes revenu sur notre diagnostic, et que nous avons rendu à cette maladie le titre de typhus. Ici les phénomènes pectoraux existaient avant l'invasion de l'appareil typhoïde auquel ils ont survécu. Aussi ne saurais-je croire que la bronchite ait été la cause des symptômes ataxo-adynamiques. Sauf la potion stibiée du premier jour, qui probablement n'eût pas agi d'une manière aussi bénigne sur une entérite folliculeuse, on remarquera la simplicité du traitement.

TYPHUS; SYMPTÔMES PECTORAUX GRAVES; ICTÈRE; GUÉRISON FACILE.

Obs. XI. — Le 17 juin, est apporté de la prison un garçon de 16 ans, malade depuis douze jours. Au début céphalalgie, inappétence, diarrhée, puis symptômes pectoraux.

Actuellement céphalalgie, délire passager, facies vultueux, yeux saillants, injectés, hagards; soif; langue sèche; abdomen généralement sensible à la pression; gargouillement, selles liquides, dyspnée, toux fréquente, crachats visqueux, râles disséminés, pouls peu développé, à 110; peau sèche et brûlante. (Solut. de gomme; looch avec sirop de morphine, 15 grammes.) Nuit agitée, délire.

---

lui-même? Mais c'est un de leurs maîtres les plus aimés, et dont les qualités sympathiques d'esprit et de caractère désarmeraient la malveillance la plus ingénieuse. Et, de fait, l'immense majorité a réprouvé, tantôt par le silence, tantôt par des réclamations énergiques, ces indécentes démonstrations de quelques tapageurs. Le tonnerre d'applaudissements sans fin qui a éclaté à la fin de la lecture a été une protestation solennelle contre des indignités dont cette jeunesse, toujours juste et généreuse, quand elle n'est pas mal conseillée, ne voulait à aucun prix accepter la solidarité; et la réparation a ainsi suivi de près l'offense. Elle a en outre largement payé en une fois le tribut de battements de mains qu'elle n'avait pu, distraite et troublée par le tumulte, accorder en détail, à leur passage, aux traits ingénieux, aux pensées fines et délicates, aux expressions heureuses qui abondent sous l'habile et élégante plume de l'orateur.

Bien que ce discours, maintenant publié, soit connu probablement du plus grand nombre de nos lecteurs, nous ne pouvons résister au plaisir d'en rappeler les traits principaux à ceux des assistants à la séance qui, tout en regrettant de l'avoir si imparfaitement entendu, se croiraient dispensés de le lire. Si nous joignons en courant quelques remarques à cette analyse, c'est uniquement pour donner à M. Bérard la satisfaction d'être assuré que, parmi tant d'auditeurs distraits, il y en a eu aussi de très-attentifs.

Plus d'une fois, à l'occasion de ces séances solennelles de la Faculté et de l'Académie de médecine, nous avons regretté que les orateurs chargés d'en faire les bonneurs s'emprisonnent dans la forme usée de l'*éloge*, tandis que la science, l'enseignement, la profession, offrent tant de beaux sujets. M. Bérard paraît avoir eu la même pensée, car, en débutant, il s'est en quelque sorte excusé d'avoir pris ce texte de discours. Il a allégué l'*usage*. Il n'y a rien à répliquer à cela. Cependant cet usage était cette fois particulièrement gênant. Il n'y a pas un an l'éloge d'Orfila était prononcé à l'Académie de médecine, à peu près devant le même public qui venait l'entendre encore à la Faculté. Assurément personne ne mérite mieux qu'Orfila d'être loué deux fois; mais cette répétition était une condition défavorable pour le second panégyriste. Aussi M. Bérard a-t-il cru devoir, pour éviter les redites, sacrifier presque entièrement la partie biographique et anecdotique dont le précédent orateur avait largement usé, et s'est privé ainsi d'un des principaux éléments de curiosité et d'intérêt de ces sortes de discours.

Parmi les détails plus ou moins intéressants de la vie d'Orfila que M. Bérard a cru devoir reproduire, se trouve l'histoire de ses premières études à Minorque, sous la tutelle d'un cordelier français, le père François, qui lui apprit le peu qu'il savait de grec et de latin, et la logique scolastique dans laquelle il fit tant de progrès, qu'il fut en état de soutenir, dans l'église de Saint-Jean, une thèse de philosophie, et qu'il mit, comme on disait alors, *à quia*, par la vigueur de ses syllogismes, tous les opposants. La dispute roulait sur des questions comme celle-ci: *Impossibile est idem simul esse et non esse.* Il se peut que cette question et d'autres du même goût, sur lesquelles s'exerçait l'esprit du jeune Matheo Orfila, n'aient pas l'importance et l'utilité de celles qu'on agite à notre époque *positive*, par exemple, celle de l'existence ou de la non-existence de la cellule cancéreuse; mais, sans examiner si, comme le semble croire M. Bérard, elles sont entièrement creuses et vides,

18. État plus calme, abattement, point de diarrhée, dyspnée, fièvre vive, rétention d'urines. (Looch diacodé; lavement de lait miellé; cathétérisme.)

Les jours suivants, alternatives de mieux et de plus mal.

21. Hébétude, délire nocturne, bouche sèche, abdomen douloureux, fièvre vive, toux fréquente, dyspnée, râles muqueux et abondants disséminés. (20 ventouses sur le thorax; looch avec soufre doré d'antimoine, 25 centigr.; lavement de guimauve et pavot.)

22. Même état. Ictère général assez prononcé, région hépatique sensible à la pression, selles décolorées, urines précipitant en vert par l'acide nitrique. (*Ut suprà*; 10 sangsues au flanc droit.)

Les trois jours suivants, amélioration rapide; l'ictère se dissipe promptement, si bien que le 25, la convalescence paraît s'établir. (Émollients; soufre doré d'antimoine; soupe au lait.)

27. L'état général est satisfaisant; la bronchite persiste. (Émollients; une cuillerée à café de sirop de morphine; le soir, emplâtre stibié sur le thorax.)

28 et 29. Un peu de recrudescence de la stupeur, de l'agitation et de la fièvre. (Émollients; morphine.)

30. Le calme est rétabli; la bronchite est réduite à peu de chose. Convalescence. (*Ut suprà*; potages.)

C'est pendant le traitement de ce malade que nous avons eu connaissance de l'épidémie de typhus qui régnait à la prison. Dès ce moment (le 25), nous avons renoncé à l'idée de fièvre typhoïde, et nos précédentes autopsies nous ayant instruit de l'absence de l'entérite folliculeuse dans le typhus, nous avons annoncé une solution prompte, dans un sens et dans l'autre, ce qui s'est vérifié. L'apparition fortuite et la disparition rapide de l'ictère, dans ce cas, est un phénomène assez singulier. Ici encore le traitement fut des plus simples.

TYPHUS CÉRÉBRO-ABDOMINAL; GUÉRISON PROMPTE.

OBS. XII. — Le 26 juin, on apporta de la prison un garçon de 18 ans, de bonne constitution, malade depuis huit jours. Au début, courbature, frisson, céphalalgie, diarrhée, etc.

Actuellement : prostration prononcée, stupeur, teint plombé, céphalalgie, vertiges, langue humide, blanchâtre; point de soif, sensibilité, crépitation dans la fosse iliaque droite, selles liquides, respiration normale, pouls assez développé, à 120; peau brûlante, point d'éruption. (Solut. de gomme.)

27. Hébétude, un peu de délire, la langue se sèche, deux selles liquides, fièvre vive (Eau fraîche; lavement de guimauve et de pavot; cataplasme abdominal.)

28. Aggravation, prostration, délire continu, narines pulvérulentes, bouche aride, soif, abdomen douloureux, selles involontaires, rétention d'urines. (*Ut suprà*; cathétérisme.)

29. Même état; plaintes continuelles. (Potion avec sirop d'opium, 30,00; lavement de guimauve et pavot; cathétérisme.)

30. Même état; un peu de toux. (Eau fraîche; julep opiacé; lavements laudanisés.)

Les jours suivants, un peu d'amélioration, mêlée de quelques alternatives. (Émollients; opiacés; cathétérisme.)

4 juillet. Le mieux se dessine d'une manière permanente. Les évacuations ont cessé d'être involontaires; urines spontanées, peu d'abattement, fièvre légère. (*Ut suprà*; bouillon.)

6. Convalescence confirmée. (Potages.)

Bien que ce cas simulât très-bien une fièvre typhoïde grave, nous n'avons pas méconnu le typhus, et la solution prompte et assez franche de la maladie a confirmé le diagnostic. Les selles et les urines involontaires, qui sont dans l'entérite folliculeuse des symptômes si graves que M. Chomel les considère comme d'un pronostic mortel, sont bien moins inquiétantes dans le typhus. Plusieurs de nos malades guéris ont offert ces symptômes, et l'on a lieu d'être étonné de la facilité avec laquelle ils se dissipent, à mesure que l'état général s'améliore lui-même. Même médication tempérante et calmante que dans les cas précédents.

TYPHUS CÉRÉBRAL GRAVE; ABSENCE DE FIÈVRE; POINT DE SYMPTÔMES INTESTINAUX; GUÉRISON PROMPTE.

OBS. XIII. — Le 27 juillet 1854, est apporté de la prison un homme de 56 ans, de constitution détériorée, dans un état de stupeur tel que nous ne pouvons en tirer aucun renseignement. Dans la nuit, agitation; il veut sortir de son lit.

28. Nous constatons : prostration profonde, intelligence obtuse; cependant le malade répond par quelques signes. Il ne sent de mal nulle part. Bouche fuligineuse; langue râpeuse, racornie; abdomen souple, sans douleur ni gargouillement; point de selles; urines involontaires; respiration normale; pouls petit, à 76; peau chaude et sèche; excoriations au sacrum. (Limonade tartrique; lavement de guimauve; bouillon.)

29. Intelligence plus libre; il répond mieux, accuse un peu d'anxiété précordiale. Rien à l'auscultation. (*Ut suprà*; vésicatoire au sternum.)

Les jours suivants, un peu d'amélioration lente. Faiblesse extrême, bouche brûlée, urines spontanées; point de diarrhée. (Eau vineuse; potages légers.)

2 août. Agitation nocturne, gémissements. Il n'accuse que de la faiblesse. (*Ut suprà*; vésicatoire à la nuque.)

Les jours suivants, le trouble cesse et l'amélioration reprend son cours. (*Ut suprà*.)

Le 6, il est assez fort pour se lever un peu. Convalescence.

Mais le 9, apparaît une tumeur glanduleuse dans la région sous-maxillaire droite; elle paraît formée par les ganglions cervicaux, bien qu'elle soit lisse et du volume d'un œuf. Cette tumeur passe lentement à la suppuration; on l'incise, et la guérison est complète vers le 20 août.

Ce fait est un spécimen de typhus cérébral aussi simple que possible : adynamie mêlée d'un peu d'ataxie, bouche fuligineuse, urines involontaires, excoriation superficielle au sacrum, tel est l'ensemble complet de l'appareil morbide. Rien du côté de l'abdomen. Point de symptômes pectoraux, non plus que dans le cas précédent, ce qui prouve péremptoirement que les phénomènes nerveux, dans notre typhus, n'étaient point symptomatiques des lésions pulmonaires. Cette absence complète de fièvre est assez remarquable; puis cette grave affection s'amende promptement, à l'aide des moyens les plus simples, et la convalescence s'établit solidement.

Quant à la tumeur sous-maxillaire, elle nous paraît être l'analogue de ces parotides qu'on dit si fréquentes dans le typhus. Il est évident que la tumeur n'était nullement critique; car la convalescence était confirmée lorsqu'elle s'est produite. Elle constituait donc ici un accident, une complication fâcheuse, plutôt qu'une crise salutaire.

Nous avons rapporté des cas de typhus traités comme fièvre typhoïde, tant que nous avons ignoré l'existence de l'épidémie carcéraire; l'observation suivante forme la contre-partie : il s'agit d'un malade, affecté de fièvre typhoïde, que nous avons traité comme atteint de typhus, sur ce qu'on nous avait dit qu'il provenait de la prison.

---

toujours est-il que cette gymnastique de l'esprit avait du bon. Peut-être Orfila lui-même a-t-il dû à ses premiers exercices argumentatifs une partie de l'habileté et du talent polémiques qu'il a montrés en maintes occasions, dans la défense de ses idées et dans la réfutation de celles de ses adversaires. Ce qu'il y a de certain, c'est que cette éducation scolastique, tant et si inintelligemment décriée, n'a jamais été un obstacle pour personne dans l'étude d'une science quelconque. Les grands réformateurs ou fondateurs de la science aux seizième et dix-septième siècles, Galilée, Kepler, Harvey, Newton, Descartes, Huygens, leurs illustres continuateurs dans le dix-huitième, Leibnitz, Stahl, Haller, d'Alembert, et plus près de nous, Laplace, Lavoisier, Cuvier, Bichat, Volta, n'avaient pas sucé d'autre lait scientifique qu'Orfila, c'est-à-dire le latin et le *Cursus philosophicus* d'un collége. Ceci soit dit en passant.

Bientôt sorti de ces détails des années de l'enfance et de la jeunesse d'Orfila dans sa patrie, M. Bérard l'introduit sur la scène publique de la science, de l'enseignement et de l'administration scolaire. Il essaye de marquer sa place, d'apprécier la portée et le sens de ses travaux, dans les diverses carrières qu'il a parcourues.

Le côté le plus saillant de la vie scientifique d'Orfila, c'est la sûre et forte direction qu'il a donnée à la toxicologie médicale. On doit même, avec M. Bérard, le considérer comme le fondateur de cette branche importante de la médecine légale. Avant lui, ce qu'on savait des poisons et surtout de l'empoisonnement se réduisait à quelques notions aussi vagues et incohérentes en théorie qu'insuffisantes dans la pratique. Le premier il a apporté, dans cet ordre de recherches, les lumières de l'expérimentation, et en a fait un corps de doctrine vaste, solide, bien lié et conséquent. C'est dans l'élaboration de cette œuvre principale qu'il a déployé, avec le plus de persévérance et de bonheur, la sagacité, la justesse, la décision d'esprit, la puissance de volonté, l'habileté et, si on peut le dire, l'imagination expérimentale dont il était doué. Ses travaux sur ce point sont un bel exemple de la réalisation d'une idée neuve et originale, poursuivie dans une riche variété de conséquences et démonstrativement vérifiée dans toutes ses applications. Cette idée était celle-ci. La substance toxique introduite dans l'estomac ne s'y arrête point, elle pénètre dans toute l'économie. Ce n'est donc pas seulement dans les organes digestifs, dans les produits des excrétions, dans les matières rejetées, qu'il faut la chercher, mais aussi dans toutes les humeurs et dans le parenchyme même des organes. C'est là qu'on pourra la trouver encore alors qu'elle a depuis longtemps disparu des points de l'organisme où elle avait été déposée. Cette vue, dont l'importance pratique est immense, était elle-même fondée sur ce principe, que l'intoxication a pour condition l'absorption de la substance vénéneuse, vérité qu'il a à peu près victorieusement démontrée, au moins pour la plupart des principaux poisons. Cependant il ne faut pas rejeter absolument, comme l'a fait M. Bérard avec une vigueur d'affirmation qui nous a surpris, les réserves faites à cet égard par les vitalistes. M. Bérard les a fort malmenés, ainsi que les toxicologues de l'école italienne, Giacomini et autres, qui se sont avisés de considérer l'action toxique comme hyposthénisante, tandis qu'elle était hypertthénisante ou irritante pour Orfila. Il n'est pas sûr d'abord que le mode d'agir des poisons se réduise soit à l'une, soit à l'autre de ces modifications vitales. Cette dichotomie, d'origine brownienne et broussai-

FIÈVRE TYPHOÏDE PRISE POUR UN TYPHUS; GUÉRISON.

OBS. XIV. — Le 27 juillet on apporte un jeune homme de 17 ans, malade depuis huit jours, qu'on nous dit provenir de la prison. L'état de stupeur et de délire passager où il se trouve, nous permet à peine d'apprendre que le mal aurait débuté par la tête et que la poitrine se serait prise consécutivement. Il porte un vésicatoire à la nuque et des traces de ventouses scarifiées sur le thorax.

28. Alternatives de stupeur comateuse et d'excitation délirante, réponses tantôt justes, tantôt égarées. Céphalalgie, vertiges, conjonctives fortement injectées, narines pulvérulentes. Langue blanchâtre, limoneuse, épaisse, assez humide; peu de soif; abdomen légèrement météorisé, gargouillement, selles liquides, dyspnée, râles thoraciques muqueux et sibilants. Pouls vif à 110; peau sèche et brûlante. Point d'éruption. (Tis. de riz, lav. de guimauve et de pavot.) Nuit agitée; le malade veut sortir de son lit.

29. Coma profond, selles et urines involontaires, dyspnée, fièvre vive. (Tis. de riz, julep avec sirop diacode 30,00.) Nuit agitée, délire continu.

30. Coma persistant, face colorée, yeux injectés. (*Ut suprà*, 10 sangsues aux mastoïdes.) Nuit tranquille.

31. Coma, yeux moins injectés, deux selles liquides. (Tis. de riz, julep opiacé, vésicatoire à la cuisse.)

Le soir, vive réaction, un peu de délire. (Glace sur la tête.)

1er août. Un peu de mieux, chaleur vive, la langue se sèche, plusieurs selles liquides, mais volontaires. (Eau fraîche en boisson, en lavement et sur la tête.)

2. Toujours du coma, peau brûlante, diarrhée, dyspnée, toux vive, sibilante et thoracique. (Supprimé l'eau froide, tis. de riz, julep opiacé.)

3. Mieux, coma sans délire, moins de fièvre et de chaleur, selles rares. Prédominance des symptômes thoraciques. (*Ut suprà*, vésicatoire sur le sternum.)

Les jours suivants, le coma et la dyspnée sont les symptômes dominants. Les urines et les selles sont de temps en temps involontaires. Excoriations au sacrum. (Tis. de riz, julep opiacé.)

8. L'amélioration se prononce, moins de coma, peu de dyspnée, peu de fièvre. (Solut. de gomme, bouillon, lait.)

Après quelques alternatives, la convalescence est confirmée vers le 13 août, vingt-quatre jours après l'invasion.

Certes, il serait impossible de distinguer essentiellement ce fait des précédents. Aussi l'avons-nous accepté franchement comme typhus jusqu'après la guérison; mais un jour, désirant obtenir du malade des renseignements sur la situation de la prison dont nous le croyons provenir, il nous apprit qu'il venait de la colonie agricole d'Oswald, où il n'y avait pas de malades! Il fallut alors renoncer à l'idée du typhus et adopter celle de fièvre typhoïde (entérite folliculeuse). La longueur de la maladie, sa solution graduelle, sont, en effet, plus en rapport avec la fièvre typhoïde qu'avec le typhus, sans que pourtant cette circonstance soit clairement caractéristique. Le traitement a été le même que pour nos typhus.

Au point de vue de l'anatomie pathologique, nous avons signalé une différence essentielle entre le typhus et la fièvre typhoïde, c'est l'absence d'entérite folliculeuse dans le typhus. Mais au point de vue des symptômes, on vient de voir que la similitude est presque complète, à part peut-être l'éruption cutanée (taches rosées), que pourtant on aurait rencontrés dans le typhus, et qui, d'autre part, manquent souvent dans la fièvre typhoïde. Il en est de même du traitement qui ne paraît pas devoir différer essentiellement dans les deux maladies. C'est que, dans les deux cas, nous nous trouvons induits à faire la médecine des symptômes, impuissants que nous sommes à combattre une cause toxique évidente dans le typhus, mais dont la nature nous est inconnue et dont le remède spécifique est à trouver. On a vu que les méthodes émolliente, calmante et dérivative ont à peu près fait tous les frais du traitement; que nous n'avons pas reculé, dans certains cas, devant quelques évacuations sanguines modérées, et que le besoin des stimulants, des toniques, des antiseptiques, ne s'est jamais impérieusement fait sentir.

Cependant une considération très-importante au point de vue pratique, c'est que la notion une fois acquise de la légèreté ou même de la nullité des lésions intestinales, dans le typhus, permet d'employer, au besoin, les stimulants intestinaux, sans avoir à craindre, comme dans la fièvre typhoïde, d'exaspérer cette fatale entérite folliculeuse dont aucun praticien sage ne néglige de tenir compte, nonobstant les débordements de l'empirisme moderne. Ainsi, dans les cas de graves complications pulmonaires, nous avons administré les antimoniaux en toute sûreté de conscience.

Maintenant, voici comment nous avons appris que la maladie à laquelle nous avions affaire était bien le typhus. On lit dans la GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG, du 23 juin 1854 : « Une épidémie de fièvre » typhoïde règne à la maison de détention de Strasbourg. Les précau- » tions prises dès le début n'ont pas encore réussi à y mettre un terme. » A la date du 15 juin, une trentaine de détenus et une sœur avaient suc- » combé. » Il est évident qu'en appelant cette maladie fièvre typhoïde, le rédacteur professe l'opinion de ceux qui considèrent la fièvre typhoïde et le typhus comme des maladies identiques, ou bien il veut dissimuler, sous le nom d'une maladie vulgaire, une affection épidémique dont le nom répand la terreur, et dont la manifestation implique un reproche à l'administration, à une époque où l'hygiène est assez perfectionnée pour qu'on puisse, à coup sûr, prévenir et dissiper ce genre de fléau. En outre, je tiens de la bouche même de l'honorable médecin en chef de la maison de détention, notre collègue à la Faculté, que: 1° la maladie dont il s'agit est bien le typhus infectieux; 2° qu'elle provient manifestement de l'encombrement, de l'entassement des prisonniers; 3° que la maladie fait beaucoup de victimes, et que, non plus que moi, il n'a constaté à l'autopsie l'existence de l'entérite folliculeuse.

J'ajouterai, comme remarque incidente, que, malgré l'endémicité du scorbut et l'épidémicité du typhus qui, l'un et l'autre, accusent des conditions hygiéniques très-défavorables à la maison de détention, le choléra qui a fait explosion dans la ville, depuis le milieu de juillet, n'a pas encore fait invasion parmi les prisonniers (30 août).

Ceci posé, nous allons esquisser un parallèle du typhus et de la fièvre typhoïde envisagés dans leurs divers éléments, dans le but de bien établir les caractères qui les différencient.

I. — DIFFÉRENCES BASÉES SUR LES CARACTÈRES ANATOMIQUES.

Étant démontré que l'entérite folliculeuse a fait défaut dans nos sept autopsies, il en résulte irréfragablement que le typhus diffère essentiellement de la fièvre typhoïde par ses caractères anatomiques; à cela pourrait se borner notre démonstration et notre parallèle; mais

---

sienne, est tout aussi hasardée et arbitraire dans la pathologie et la thérapeutique spéciales des poisons que dans la pathologie et la thérapeutique générales. L'expérience n'a, quoi qu'on en ait dit, pas plus confirmé les inductions d'Orfila que celles de ses adversaires d'Italie; car, chez les animaux empoisonnés, traités suivant les indications différentes fournies par les deux théories, les phénomènes ordinaires de l'intoxication ont suivi leur marche sans être plus sensiblement modifiés par un traitement que par l'autre. En somme, la seule thérapeutique jusqu'ici véritablement rationnelle et positive de l'empoisonnement est l'expulsion du poison du sein de l'organisme, ou sa neutralisation chimique. Orfila a aussi le mérite d'avoir fortement mis en lumière l'importance de cette indication, et fourni les moyens de la remplir dans quelques cas. C'est ici le triomphe de la bonne et légitime chimie médicale, dont M. Bérard, emporté sans doute par l'élan admiratif imprimé au discours, a un peu enflé les droits et les services. Mais un panégyriste officiel est souvent, sans le vouloir, porté plus loin et ailleurs qu'il ne voudrait; il est plus ou moins engagé à épouser les idées, les passions et les erreurs de son héros, comme un éditeur les opinions du livre qui va paraître en public sous ses auspices.

Armé de ses découvertes, de ses expériences, Orfila acquit en médecine légale et surtout en toxicologie une autorité sans exemple. Jamais la science n'avait eu, dans les affaires humaines, une action aussi décisive, une voix aussi souveraine. Pendant vingt ans, il a été consulté comme un oracle, et ses arrêts étaient sans appel.

Le talent de professeur d'Orfila n'a pas été moins bien apprécié par M. Bérard que ses travaux scientifiques. Ici la tâche était plus facile, et le souvenir vivant des élèves était là pour confirmer tout ce qu'un juge aussi compétent avait à en dire. La clarté, la méthode, l'exactitude, la précision, la simplicité, étaient ses qualités distinctives. Il parlait avec l'animation qu'il apportait à toute chose, mais sans recherche aucune d'élégance, d'éloquence, d'effet. Il ne voulait qu'enseigner, et non briller.

Nous ne pouvons suivre plus loin M. Bérard dans l'exposition qu'il a faite des autres travaux scientifiques et administratifs d'Orfila. Disons seulement qu'il a parlé de toutes ces œuvres si diverses avec la plus parfaite pertinence et avec la propriété de termes et de ton qu'un goût fin et sûr indiquait. C'est ainsi qu'il a fait passer avec art devant nous, sous des aspects variés et toujours intéressants, la mobile physionomie de son personnage, réfléchie dans ses grandes œuvres : la réforme de la discipline scolaire, l'institution d'écoles et de chaires, l'installation du musée Dupuytren, la fondation du Muséum anatomique de la Faculté, l'agrandissement des bâtiments destinés aux études anatomiques ou cliniques, l'Association médicale, création admirable dont il était justement fier, et enfin, le magnifique don d'une grande partie de sa fortune, dernier adieu qu'il a dit à la science, à la profession médicale, à la France, sa patrie adoptive.

En terminant son discours, M. Bérard s'est demandé : « Ai-je fait connaître Orfila? » Il n'ose s'en flatter, et espère seulement que la difficulté de l'entreprise fera excuser l'imperfection de son œuvre. Cette défiance est très-légitime et les motifs d'excuse sont tout à fait valables. Qui peut, en effet, se promettre de bien connaître un homme, surtout quand il s'agit de le saisir tout

pour éclairer et fortifier certaines opinions, nous avons besoin d'entrer dans quelques détails.

Et d'abord, malgré les restrictions admises pendant un certain temps, il est généralement reconnu aujourd'hui que la fièvre typhoïde proprement dite a pour caractère anatomique constant et pour condition *sine quâ non*, l'altération plus ou moins grave des plaques de Peyer, l'entérite folliculeuse de MM. Louis, Andral et autres. Toute maladie où l'entérite folliculeuse fait défaut est autre chose que notre fièvre typhoïde ; que si l'appareil typhoïde a pu faire illusion pendant la vie du malade, c'est une erreur de diagnostic, et voilà tout. Certes, pour personne aujourd'hui, le *typhus fever* des Anglais, les fièvres graves paludéenoes des pays chauds, l'infection purulente méconnue, certaines phlegmasies plus ou moins latentes, certaines tuberculisations aiguës qui, pendant la vie, mentent parfaitement la fièvre typhoïde, pour personne, dis-je, ces maladies ne sont la fièvre typhoïde, par cela seul qu'elles n'impliquent pas l'entérite folliculeuse. Donc, encore une fois, le typhus, en tant qu'il peut exister et qu'il existe, ainsi que nous l'avons démontré, sans entérite folliculeuse, le typhus diffère essentiellement en ce point de la fièvre typhoïde.

Mais ici peut surgir une petite difficulté dans l'esprit de beaucoup de praticiens, c'est celle relative à ce qu'on doit entendre par entérite folliculeuse. Les lésions des follicules intestinaux offrent, en effet, des formes et des degrés divers qui tous n'ont pas la même signification, la même valeur. Aussi depuis longtemps, dans notre enseignement et dans nos écrits, divisons-nous les lésions folliculeuses en deux groupes distincts : l'un formé par les lésions que nous appelons rudimentaires, banales, qui se rencontrent dans une foule d'affections très-diverses et qui paraissent dépourvues de gravité : ce sont la psorentérie, les plaques pointillées et les plaques réticulées, altérations dont quelques observateurs contestent même le caractère morbide. L'autre groupe est constitué par les lésions que nous appelons caractéristiques, spéciales à la fièvre typhoïde, constituant l'entérite folliculeuse proprement dite : ce sont les plaques gaufrées, les plaques fongueuses (pustuleuses), les plaques gangréneuses et les plaques ulcéreuses. Ce groupe de lésions graves et manifestement morbides peut exister comme complication, comme accident dans d'autres maladies que la fièvre typhoïde, telles que la scarlatine, le choléra, le typhus lui-même; mais toujours est-il que, sans ces lésions, il n'existe point de fièvre typhoïde vraie.

Or c'est parce que nous n'avons rencontré dans le typhus que le groupe des formes rudimentaires et banales que nous lui refusons le titre de fièvre typhoïde et d'entérite folliculeuse ; et ce serait produire une arguție, ce serait se montrer étranger aux notions anatomo-pathologiques les plus élémentaires, que de s'autoriser de ces lésions insignifiantes, que souvent on ne constate qu'avec beaucoup d'attention, pour assimiler la maladie que nous avons observée à la fièvre typhoïde.

Cependant, il paraît bien avéré, l'œuvre de M. Gaultier de Claubry laisse peu de doute à cet égard, que l'entérite folliculeuse vraie, que le groupe des lésions caractéristiques peuvent se montrer, se sont montrées, même fréquemment, dans le véritable typhus. Eh bien! cette objection grave et embarrassante au premier aspect, nous semble pouvoir être résolue par certaines considérations qu'il nous faut prendre d'un peu haut. Ainsi :

Bon nombre de localisations morbides peuvent les produire sous l'influence de deux genres de causes très-différentes : causes *locales*, externes, directes, physiques ; causes *générales*, internes, indirectes, constitutionnelles, organiques. Ainsi l'érysipèle, le phlegmon, la gangrène, la pneumonie, la péritonite, etc., se produisent de ces deux manières. Or (qu'on nous pardonne cette monstrueuse hérésie), il est à peu près avéré pour nous que l'entérite folliculeuse est soumise également à cette double loi : sans parler de ces fièvres typhoïdes faisant explosion à la suite d'un écart de régime, et de ces autres, assez peu rares, qui débutent par un simple embarras gastro-intestinal, sans fièvre et sans symptômes typhoïdes, je n'en veux pour preuve que l'entérite folliculeuse tuberculeuse, où le tubercule fait l'office de cause directe, de corps étranger, d'épine de Van Helmont.

Mais en admettant que toute entérite folliculeuse soit l'expression d'une cause, d'une intoxication générale, on comprend que plusieurs genres d'intoxication puissent la produire; le miasme du typhus en serait un, le miasme de la scarlatine en serait un autre, le miasme du choléra un autre. Quoi qu'il en soit de la théorie, ce sont là des faits.

Un grand fait d'observation pathogénique qui jusqu'ici n'a pas été assez explicitement formulé, c'est que les intoxications du sang, lorsqu'elles se prolongent, lorsqu'elles ne tuent pas par sidération, finissent généralement par déterminer des localisations diverses, suivant les causes. Ainsi, l'intoxication varioleuse, scarlatineuse, etc., se localise à la peau, l'intoxication paludéenne dans la rate, l'intoxication cholérique dans les exhalants intestinaux, comme l'intoxication typhoïde dans les follicules agminés. Il en est de même des virus, vrais ou supposés : le syphilitique se traduit en ulcères muqueux ou cutanés, le rhumatismal en lésions articulaires, le scrofuleux en tumeurs glandulaires, le scorbutique en ecchymoses; de même encore des empoisonnements : l'opium, la belladone, la strychnine, le plomb, le mercure, etc., ont leur mode de localisation particulier sur le cerveau, la pupille, la moelle épinière, l'intestin, les glandes salivaires, etc. Cet aperçu si vaste et si fécond se trouve implicitement formulé dans cette profonde sentence de Fernel, à savoir, que les altérations des liquides ne méritent le nom de maladie que lorsqu'elles ont impressionné les solides; axiome ineffable qui proclame l'indissoluble alliance du solidisme et de l'humorisme, que les systèmes passionnés s'efforcent de briser, et que la doctrine lumineuse des éléments a principalement pour objet de cimenter, au grand avantage de la pratique ; car dans les cas, si nombreux hélas! où la nature du poison est inconnue ou inexpugnable, force nous est de combattre le mal dans ses manifestations locales; d'où la rationnalité et souvent les succès des médications indirectes.

Mais, dans certains cas, la localisation toxique paraît être indifférente, c'est-à-dire se manifester dans tel ou tel autre organe, ou même dans plusieurs, suivant des circonstances occultes fort souvent, mais parfois patentes. Ainsi les excitants, les irritants généraux produisent des phlogoses locales aussi variables que la prédisposition, la diathèse actuelle du sujet; de telle sorte que, sous l'influence du froid, par exemple, l'un prendra une pleurésie, l'autre un rhumatisme, une an-

---

entier, *intus et in cute*, non-seulement dans son esprit, chose relativement de facile mesure et dont on fait assez aisément le tour, mais encore dans son caractère, dans son individualité, dans sa personnalité intime ? Cette dernière connaissance n'est pas inutile pour l'appréciation des travaux intellectuels, car le caractère est en quelque sorte le support et le principe vital de l'esprit, il lui impose sa forme et détermine son mode et son degré d'activité. Peut-être qu'en étudiant de près Orfila à ce point de vue, on obtiendrait un ensemble physionomique plus précis que n'a pu ou voulu le tracer M. Bérard et, avant lui, l'honorable secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine. Peut-être s'approcherait-on un peu plus de la ressemblance en disant qu'Orfila était ce qu'on peut appeler dans un sens large un homme d'action. Il n'y avait pas trace dans son esprit de tendance spéculative; il aimait à faire, à produire, à exécuter; c'était, si l'on nous passe le terme, un artiste en science plutôt qu'un savant. Toutes ses recherches, toutes ses pensées tendaient en tout genre à un résultat pratique immédiat et positif; dans l'enseignement il était moins un professeur, qui disserte, explique, raisonne, qu'un démonstrateur qui fait voir et manier les choses. Avec le goût et le besoin de l'action, il avait les qualités qui font réussir, une certaine audace entreprenante, la sûreté du coup d'œil, la promptitude de décision, la persévérance de la volonté. En science, comme en tout, il n'entreprenait rien qui fût au-dessus de ses forces, de sorte qu'avec beaucoup de vanité, il n'avait pas de prétentions.

On voit où pourrait conduire une étude curieusement poursuivie dans cette direction. Il en résulterait nécessairement une image d'Orfila assez différente de celles qu'on nous a déjà montrées. Serait-elle plus vraie? Nous le croyons; mais qui pourra décider et qu'importe?

L. P.

— Par arrêté ministériel du 6 novembre, M. Michel, agrégé, a été maintenu pour un an dans les fonctions de chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Strasbourg.

— Parmi les médecins militaires enlevés par l'épidémie, en Orient, il faut compter : MM. Pontier, Hahn, Monnier, Lagèze, Claquart, Gérard, Stéfani, Dumas, Musard, Plassan et Bert.

— Le corps médical vient de perdre encore deux de ses membres, victimes de leur dévouement : M. Tellier (de Toulouse) et M. Sentin (de Saint-Giron), tous deux morts du choléra.

— Le docteur Golding Bird, un des médecins les plus renommés de la Grande-Bretagne, auteur d'un grand nombre de travaux estimés, est mort le 27 octobre dernier, à l'âge de 39 ans.

— A dater du 1er janvier 1855, le prix des inscriptions prises dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie par les élèves en médecine et par les élèves en pharmacie est fixé à 25 fr.

---

gine, etc Or, tandis que le miasme typhoïde paraît affecter spécialement et constamment l'appareil folliculeux de l'intestin, le miasme du typhus, lui, attaquerait indifféremment les divers tissus, suivant la diathèse. Ceci me paraît être un rayon lumineux propre à éclairer les obscurités, les contradictions apparentes qui embarrassent l'histoire du typhus. Cette interprétation explique les localisations diverses indiquées par Pringle, Chirac, Hildenbrand, Gaultier de Claubry, etc. Il est à peu près démontré pour moi, aujourd'hui, que les localisations du typhus peuvent varier et varient suivant les épidémies et suivant les individus : tantôt c'est l'encéphale qui est principalement le siége de l'hyperémie, d'où les congestions, les inflammations, les suppurations des méninges, de la pulpe cérébrale, signalées par Pringle, par exemple; tantôt c'est l'intestin qui est le siége des désordres, comme dans les cas mis en lumière par M. Gaultier de Claubry; tantôt, enfin, c'est l'appareil pulmonaire où dominent les lésions, comme dans notre épidémie. Ces considérations justifient la division établie par les auteurs allemands en typhus cérébral, pectoral et abdominal, division applicable aussi à la fièvre typhoïde, laquelle peut révéler des prédominances cérébrale et pectorale, mais qui est toujours et fondamentalement plus ou moins abdominale, étant admise la nécessité des lésions intestinales. On peut dire aussi que le typhus est toujours plus ou moins cérébral, puisque la stupeur en est l'élément formel.

En résumé, le typhus est manifestement une intoxication du sang. Si l'intoxication est très-considérable, elle impressionne vivement les organes essentiels à la vie, les centres nerveux en particulier, et la mort peut avoir lieu avant la formation des localisations matérielles appréciables : c'est le typhus *sidérant*. Le même résultat fulgurant ne se produit jamais, du moins aussi promptement, dans la fièvre typhoïde; c'est un fait à constater.

Mais si le poison est en moindre quantité ou moins actif, bref, s'il agit lentement, alors se produisent les localisations que nous avons signalées. Ces localisations, nous l'avons dit, ne paraissent pas être un pur effet du hasard, et l'on peut souvent en apprécier les causes : constitution médicale, circonstances hygiéniques, particularités individuelles, etc. Ainsi, que le typhus éclate sous l'influence d'une forte chaleur, sèche surtout, au milieu de l'été, il est probable que c'est la forme cérébrale qui dominera. Que ce soit la température chaude, mais humide, qui existe, qu'une alimentation malsaine vienne s'y joindre, que ce soit l'automne, c'est la forme abdominale qui devra dominer. Enfin, que la température soit variable, comme au printemps, c'est la forme pectorale qui devra surgir : telle est l'histoire de notre épidémie. Nous étions sous l'empire de la constitution pulmonaire; en avril et mai les phlegmasies pectorales avaient pullulé; la prédominance pectorale s'expliquait donc naturellement. Au demeurant, il ne s'agit ici que de plus ou de moins, car le caractère du typhus est ordinairement une certaine généralisation des symptômes, à part la stupeur fondamentale. Tous nos malades ont offert l'hébétude, la prostration, le délire, presque tous ont présenté de graves symptômes abdominaux tels, que l'entérite folliculeuse paraissait extrêmement probable. Et ces lésions rudimentaires des plaques de Peyer, toutes superficielles qu'elles sont, n'indiquent-elles pas une certaine influence exercée par la cause du mal sur l'appareil digestif? Deux de nos malades ont été exempts de lésions pulmonaires.

Telle autre épidémie pourra s'offrir où l'entérite folliculeuse vraie, avec ses lésions caractéristiques, manifestera sa présence, après comme avant la mort. Mais, encore une fois, il nous suffit d'avoir démontré, trop longuement peut-être, que le typhus peut exister sans entérite folliculeuse, pour que la séparation de ces deux maladies soit désormais établie.

Nous ne voulons nous occuper ici que de l'entérite folliculeuse, abstraction faite des autres caractères anatomiques différentiels tels que l'intégrité de la rate dans la plupart des cas. Quant aux altérations du sang, on a vu que nous les admettons en principe. Je n'ai pas produit d'analyse, parce que, bien que j'approuve les recherches hématologiques, je pense qu'il est hasardeux et prématuré de dogmatiser sur des bases aussi mobiles et aussi litigieuses. Je rappellerai seulement que le sang des saignées m'a toujours paru plastique. Une fois il était recouvert d'une couenne muqueuse. Bien que sur le cadavre le sang paraît généralement noir et liquide, nous avons toujours rencontré, dans les cavités du cœur, des caillots fibrineux. Une fois seulement (obs. II), nous avons observé une hémorrhagie, et chez aucun de nos malades nous n'avons constaté de pétéchies ou autres suffusions sanguines. Bref, nos observations ne justifient pas l'opinion si répandue de la dissolution du sang comme caractère fondamental du typhus; mais en cela le typhus ne diffère pas sensiblement de la fièvre typhoïde.

(La fin au prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

MÉMOIRE SUR LES PROPRIÉTÉS ANTINÉVRALGIQUES DE L'ACONIT; par M. A. IMBERT-GOURBEYRE, professeur suppléant à l'École préparatoire de médecine de Clermont-Ferrand.

L'aconit est un médicament trop peu connu, trop peu apprécié, et qui mérite pourtant d'occuper un des premiers rangs dans la matière médicale. Il répond aux indications les plus fréquentes et les plus variées; car il a deux sphères principales d'activité : la *douleur* et l'*inflammation;* et quand on considère que ces deux éléments, isolés ou réunis, se rencontrent dans le plus grand nombre des maladies, on pressent tout d'abord le rôle important que doit jouer ce médicament en thérapeutique.

J'affirme que c'est un médicament *polychreste* dans toute l'acception du mot : c'est pour moi le résultat d'une conviction profonde, basée sur les nombreux expériments cliniques auxquels je me suis livré.

Le peu de crédit dont a joui jusqu'à présent l'aconit tient en premier lieu à la *routine*. Après les saignées et les purgations, beaucoup de sulfate de quinine, de l'iode à tout propos et sous toutes les formes, de l'opium, de la belladone et quelques autres rares médicaments, administrés souvent sans règles et sans indications, voilà ce que l'on trouve le plus habituellement dans le bagage thérapeutique de la plupart des médecins. On ne sort guère de là; il faut pourtant en sortir, à moins qu'on ne préfère garder le *statu quo* actuel, dont le caractère principal est au fond un scepticisme désolant.

En second lieu, on a reproché à l'aconit l'infidélité même de ses préparations. Ce reproche est mérité; il peut même s'adresser à la plupart des procédés habituels de préparations des médicaments extraits des plantes fraîches. Rien de plus infidèle en général que la préparation par extraits. La meilleure préparation, c'est le suc frais des plantes, et comme on ne peut le conserver longtemps sans altération, il faut la prévenir par la présence de l'alcool. Je me suis servi, dans toutes mes expériences, d'alcoolature d'aconit préparée avec la plante sauvage cueillie dans la chaîne des monts Dore, si renommés par leurs eaux minérales. L'alcoolature simple ou un sirop d'alcoolature, ce sont là les seules préparations que j'ai employées (1).

En troisième lieu, on a fait passer l'aconit pour un poison terrible; il n'y a pas encore vingt ans qu'on lisait dans un journal que ce médicament infidèle et dangereux devait être proscrit de la matière médicale. Ce poison, à dose thérapeutique, n'est pas plus dangereux ni plus terrible que l'arsenic, l'opium et la belladone; il l'est même beaucoup moins posologiquement parlant, puisqu'il peut être administré à des doses beaucoup plus élevées que ces derniers médicaments. Du reste, on ne saurait trop se pénétrer en thérapeutique de ces deux adages, que l'on trouve souvent dans les vieux traités de matière médicale : *ubi virus, ibi virtus*; ἐκ τούτων νοσοῦμεν, οἷς καὶ ζῶμεν (Plutarque).

Cette dernière objection, qui n'est pas soutenable en présence de tous nos travaux modernes, me remet en mémoire Melchior Frick (Friccius), un des meilleurs toxicologues du commencement du siècle dernier. Dans un vieux traité des poisons (DE VIRTUTE VENENORUM MEDICA, Ulm, 1710), traité trop oublié et trop peu connu, où déjà l'auteur célébrait les vertus de l'aconit bien avant Storck, qui n'en fait pas pas même mémoire, M. Frick prouve que les poisons sont d'excellents remèdes, *remedia præstantissima et generosa, in parvâ quantitate, convenienti subjecto, justo modo et tempore usurpata*. De même que Storck, il fut vivement critiqué par quelques-uns de ses contemporains, et il leur répondait : *Non satis admirari possum medicos in rebus tanti momenti tantoperè sibi invicem adversari, et multos eorum ea remedia contemnere et conviciis lacerare audere, quorum tamen summam in morbis medendis utilitatem tot et tantorum in arte medicâ clarissimorum virorum auctoritas et experientia sanxit: ad quod verò facinus eos nil nisi quædam præconcepta opinio impellit.*

Voici plusieurs années que je me suis livré à l'étude presque exclusive de l'aconit, tant dans ma pratique civile que dans ma pratique d'hôpital. J'ai pensé qu'en rassemblant toutes mes forces vives sur l'observation d'un médicament aussi important, au lieu de les éparpiller sur plusieurs, et de perdre ainsi en solidité et profondeur ce que l'on paraît gagner en superficie, je serais peut-être plus utile à la science, et à la thérapeutique en particulier.

J'ai l'intention de publier successivement plusieurs mémoires sur

(1) Je me fais un devoir de remercier ici M. Gautier-Lacroze, pharmacien à Clermont-Ferrand; je dois à sa conscience et à son talent d'avoir pu me servir de préparations sûres et exactes.

l'aconit et son emploi dans le rhumatisme et la goutte, les phlegmasies et leurs nombreuses espèces, les fièvres inflammatoires et éruptives, etc.

Je vais étudier, dans ce premier mémoire, les propriétés antinévralgiques de l'aconit; je tâcherai même de faire ressortir l'action importante de ce médicament contre l'élément douleur en général, à l'aide de quelques observations prises en dehors du cercle des névralgies.

L'aconit a été souvent employé avec succès dans les affections douloureuses qui forment le groupe des névralgies. D'assez nombreuses observations ont été publiées en France, et surtout à l'étranger; j'en ferai plus tard le recensement. J'ai voulu apporter aussi moi-même ma contribution à la science sur ce point intéressant, en abordant le terrain des faits : c'est pourquoi je publie les observations suivantes :

NÉVRALGIE FACIALE.

Obs. I. — Rhonay, femme Guérin, concierge à la maison de Billom, 51 ans, ménopause depuis un an.

Atteinte d'une névralgie faciale du côté droit depuis cinq ans, maladie considérablement augmentée depuis cinq semaines. Auparavant la névralgie ne venait qu'une fois par mois, ne durant que quatre à cinq jours, avec quatre ou cinq accès dans les vingt-quatre heures. Maintenant, depuis cinq semaines, les accès reviennent toutes les cinq minutes, et la malade n'a pas eu un seul instant de sommeil depuis plus d'un mois. Depuis cette époque, elle a été traitée par quatre médecins à la fois; elle a pris toute espèce de potions, de pilules et de pommades dont elle ignore la composition. De guerre lasse, on l'adresse à l'Hôtel-Dieu de Clermont pour lui faire pratiquer la section du nerf affecté. Entrée le 25 janvier 1854 dans mon service.

Voici comment se comporte chaque accès. La douleur commence sur la partie latérale et moyenne du nez, puis tombe dans les dents de la mâchoire inférieure; elle a d'abord la forme de crampes ou de tractions; puis il survient des tiraillements excessivement douloureux. La douleur est circonscrite à la partie inférieure et moyenne de la joue; elle est cuisante et chaude. Rien du côté de l'œil; absence de larmoiement.

A chaque accès la douleur est si vive que la malade est obligée de se frotter la figure *loco dolenti* avec les deux mains appliquées l'une sur l'autre, et comme elles sont appliquées en même temps sur la bouche, il en résulte un bruit considérable, semblable à celui qu'on produit en se gargarisant bruyamment. Chaque accès dure trois minutes environ, se répétant à cinq minutes d'intervalle. Les frictions continuelles sur la joue y ont déterminé une excoriation considérable, longue de 3 centimètres environ et large d'un centimètre, parallèle au sillon naso-labial. Toute la joue est en outre le siége d'une rougeur érysipélateuse intense.

La bouche est en mauvais état; il existe plusieurs dents cariées. La plupart des dents saines vacillent. Il suffit de toucher une molaire pour déterminer un accès. Depuis cinq semaines elle ne peut prendre que des aliments liquides; il lui est impossible de mâcher.

Depuis cinq ans les accès n'ont jamais varié de siége ni de caractère; ils n'ont varié qu'en fréquence.

Entrée le matin 25 à l'hôpital, la malade est mise immédiatement au traitement par l'aconit: une cuillerée toutes les heures d'une potion contenant 100 grammes de véhicule et 20 gouttes d'alcoolature d'aconit.

16 janvier. Commencement d'amélioration. Elle a dormi cette nuit plusieurs fois pendant un quart d'heure entier; elle s'en réjouit, n'ayant pas fermé l'œil depuis cinq semaines. Hors le temps de sommeil, accès aussi fréquents et aussi douloureux. (Même traitement.)

27. A dormi environ deux heures. Les accès ne viennent que tous les quarts d'heure et même moins souvent; ils sont aussi forts, mais moins longs. Dans le jour, la malade reste une heure et demie sans avoir d'accès. En touchant une molaire, j'ai fait venir un accès. (Même traitement.)

28. La malade dit aller beaucoup mieux; elle a dormi trois ou quatre heures; elle n'a que cinq ou six accès dans la journée. Elle sue de la tête seulement.

29. Quatre accès pendant la nuit; n'en a que trois pendant le jour. (Même potion, une cuillerée toutes les deux heures seulement.)

30. La malade a dormi toute la nuit; sept ou huit accès dans la journée. En touchant une des molaires, je ne provoque plus de crise; la joue est beaucoup moins rouge; les frottements étant moins répétés, la plaie tend à se cicatriser. La malade a sué toute la nuit, à grosses gouttes, de la tête et du cou.

31. Nuit mauvaise, agitée, avec sept à huit grands accès. En outre, elle a ressenti, en dehors des accès, des élancements continuels très-douloureux, qui cependant ne l'obligent pas à se frotter. C'est la première fois que la malade éprouve des élancements intermédiaires aux accès; elle en a éprouvé d'autres fois assez rarement et sans accès. Elle a sué à la tête pendant deux heures. (Même traitement.)

Dans la journée, sept à huit accès avec les mêmes élancements dans l'intervalle.

1er février. Nuit très-mauvaise. La malade dit avoir été aussi mal que la première nuit de son séjour à l'hôpital; elle a eu plus de quinze accès avec élancements dans les intervalles. (Une cuillerée toutes les heures de sa potion.)

Dernier accès à dix heures du matin; trois ou quatre fois dans la journée, quelques élancements.

2. La malade a dormi toute la nuit; elle ne s'est frotté la figure qu'une seule fois et fort peu de temps. (Une cuillerée de la potion toutes les deux heures.)

3. Pas un seul accès depuis vingt-quatre heures; la malade a dormi quatre heures seulement; elle est restée tranquille le reste de la nuit; elle n'a pris qu'une seule cuillerée de la potion pendant cet intervalle. L'ulcération et la rougeur de la joue ont presque complétement disparu; elle n'éprouve plus que quelques élancements passagers. (Quatre cuillerées de la potion.)

4. La malade a dormi toute la nuit; elle n'a été réveillée que par un court accès qui cependant l'a obligée de se frotter. Deux accès très-courts dans la matinée. La malade a sué de la tête. Rien dans le reste du jour. (Même traitement.) Elle commence à manger du hachis de viande.

5. Insomnie toute la nuit; la malade a éprouvé plus de quarante accès. Aconit toutes les heures.) Elle n'éprouve que des élancements pendant le jour.

6. Quinze accès nocturnes. La malade n'a pris que deux cuillerées de la potion pendant la nuit, malgré mes ordres.

7. Depuis hier matin, pas un seul accès. La malade a dormi toute la nuit; elle n'éprouve plus que quelques élancements occasionnés par le parler et le manger. (Une cuillerée toutes les trois heures.)

8. Cinq accès dans la nuit, de onze heures à une heure du matin. La malade a dormi le reste du temps; elle commence à manger du pain depuis quelques jours. (Même traitement.) Pas d'accès dans la journée.

9. Huit accès nocturnes, et le 10 cinq. Rien dans la journée. (Même traitement.)

11. Deux accès seulement pendant la nuit.

Depuis deux jours, apparition des règles, sous l'influence de l'aconit. Elles n'ont coulé qu'un jour et demi; autrefois elles duraient huit jours. Depuis cinq ou six jours, la malade se lève une partie de la journée; elle continue à suer de toute la tête.

A partir de ce moment, il ne survient plus ni accès, ni élancements passagers. J'éloigne les doses d'aconit, puis le remède est supprimé.

Le 18, la malade est complétement guérie.

Sortie le 21.

Le 14 mars, la femme Guérin est revenue me voir. Pendant les quinze premiers jours, à dater de sa sortie, elle n'a rien éprouvé. Depuis une dizaine de jours, elle a ressenti trois ou quatre fois par jour des élancements passagers. La nuit dernière, ils ont été très-fréquents; mais elle n'a pas été obligée de se frotter. C'est pourquoi elle est venue me consulter. Je la remets à l'usage de l'aconit à plusieurs doses par jour, à augmenter ou à diminuer, suivant le cours des accès.

Cette petite crise disparaît bientôt sous l'influence du remède. Elle passe douze jours environ sans rien éprouver; puis il survient pendant trois semaines des élancements passagers, une dizaine de fois par jour, élancements qui ne l'obligent pas à se frotter.

Mais bientôt les accès reparaissent. La malade revient à l'hôpital le 24 avril. Depuis cinq jours et cinq nuits, les accès sont presque continuels.

La malade est soumise encore au même traitement: une cuillerée de la potion aconit toutes les heures.

Pendant cinq jours de suite, les mêmes accès se répètent aussi intenses et aussi fréquents, et quoique la dose d'alcoolature ait été prise à 30 gouttes.

Le 29 et le 30, je remplace la dose d'aconit par 10 gouttes de teinture de belladone dans la potion.

A partir du 30 au soir, elle dort depuis deux heures jusqu'à trois heures du matin du jour suivant.

1er mai. La malade n'a eu qu'une dizaine d'accès; comme elle préfère l'aconit, je prescris l'ancienne potion.

2. La malade a dormi toute la nuit; elle n'a que huit accès dans la matinée. Ils cessent complétement à partir de deux heures du soir et n'ont plus reparu jusqu'à sa sortie.

L'aconit est supprimé le 11.

La malade sort le 20.

Au mois de novembre 1854, la névralgie n'a pas encore reparu.

NÉVRALGIE SUS-ORBITAIRE.

Obs. II. — Grammont, 30 ans, terrassier, employé au chemin de fer, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Vincent, le 23 juillet 1854.

Pris depuis huit jours, sans cause connue, de névralgie sus-orbitaire, à sept heures du matin, d'abord à gauche pendant les trois premiers jours, puis à droite; douleur lancinante avec chaleur et larmoiement du côté affecté. L'accès ne dure que trois heures, mais la tête est lourde le reste de la journée.

Vu pour la première fois le 24 au matin, le malade veut être saigné, parce que, dit-il, il a trop de sang. Je refuse et prescris une potion avec 10 gouttes d'alcoolature d'aconit à prendre en quatre fois.

Le lendemain 25, à la visite qui se fait à huit heures, la douleur n'est point venue; le malade n'éprouve qu'un peu de lourdeur de tête.

26. Même état.

Sorti le 27, n'ayant plus eu d'accès et complétement guéri.

NÉVRALGIE SUS-ORBITAIRE.

Obs. III. — Allègre, serrurier, 45 ans environ; névralgie sus-orbitaire du côté droit depuis une dizaine de jours, venant tous les matins à huit heures. Accès très-douloureux pendant plusieurs heures. Le sulfate de quinine, qui a déjà été ordonné par un autre médecin, a complétement échoué. Je prescris au malade quatre cuillerées de sirop d'aconit par jour.

Dès le lendemain l'accès névralgique perd toute son acuité, et la névralgie disparaît complétement au bout de deux ou trois jours.

NÉVRALGIE FACIALE.

Obs. IV. — Desniers, boulanger, rue du Port, à Clermont, vient me voir samedi 24 juillet 1853, pour une névralgie temporale bien caractérisée du côté droit. La douleur est presque continuelle, violente et s'exacerbant au milieu de la journée; malade depuis quinze jours. (Julep gommeux de 125 grammes additionné de 10 gouttes d'alcoolature d'aconit à prendre par cuillerées; frictions avec une pommade contenant 1 gramme d'alcoolature.)

La douleur persiste jusqu'au lendemain à onze heures et cesse à partir de ce moment.

Le 26, le malade ne sent plus qu'un peu d'endolorissement à la tempe, puis la névralgie disparaît.

Un an après, le 27 juin 1854, le malade est repris de la même névralgie; il vient me voir le lendemain, me disant qu'il a crié toute la nuit. La névralgie s'accompagne de larmoiement de l'œil droit. Le malade est mis à l'usage du sirop d'aconit à prendre par demi-cuillerées toutes les deux ou trois heures.

La nuit suivante est encore très-mauvaise. Il souffre peu dès la seconde nuit; dès le second jour, l'aconit est aussi employé à l'extérieur.

La névralgie diminue graduellement et disparaît au bout de trois ou quatre jours.

NÉVRALGIE FACIALE.

Obs. V. — Gilberte Raffi (d'Aulnat), 30 ans, mariée, bien réglée.

Cette femme est prise depuis près de trois mois d'une névralgie faciale gauche. La douleur débute par la mâchoire inférieure et envahit toute la moitié de la figure. Trois accès par jour d'une demi-heure chacun. Il existe une dent gâtée et un peu douloureuse; c'est une molaire inférieure.

La femme Raffi n'a fait encore aucun remède. Elle vient me consulter le 16 mars 1854. Je prescris une bouteille de sirop d'aconit, une cuillerée à prendre trois fois par jour.

Quatre jours après, la malade revient me voir; elle dit avoir été bien soulagée de sa douleur, qu'elle ne *monte* plus dans la figure, et qu'elle se borne à la mâchoire.

Je n'ai plus revu la malade.

PLEURODYNIE.

Obs. VI. — Marguerite Vignevol (de la Sauvetat), 47 ans, entrée le 28 octobre 1852.

Elle est malade depuis vingt ans d'un rhumatisme articulaire chronique, suite d'un refroidissement. Le rhumatisme a débuté par la main gauche; elle est estropiée des deux mains depuis quinze ans. Le rhumatisme a envahi la jambe gauche depuis six ans; elle a marché deux ans avec des béquilles, et depuis quatre ans elle ne marche qu'avec un bâton.

Les doigts des mains sont entièrement déformés; les articulations métacarpo-phalangiennes sont semi-luxées, grosses et boulées; les poignets roides, semi-ankylosés; le poignet droit est volumineux et complétement déformé. Presque tous les articles des doigts sont grossis et ankylosés. Le rhumatisme a également déformé quelques orteils. Le corps de la malade est amaigri par ses longues souffrances.

Depuis un an, douleur fréquente dans le flanc gauche; depuis six semaines cette douleur est très-vive et continuelle. Pendant la nuit, la malade ne fait que gémir et crier; c'est pour cela qu'elle entre à l'hôpital.

La malade est soumise immédiatement au traitement par l'aconit, 10 gouttes d'alcoolature par jour dans une potion.

Dès le second jour, amélioration remarquable. Dès la troisième nuit, la malade cesse de crier. La douleur diminue de jour en jour. Le 15 novembre, la femme Vignevol marche dans la salle sans bâton et avec facilité.

A sa sortie, le 24 novembre, l'amélioration continuait, et la malade s'en félicitait.

NÉVRALGIE DU COEUR.

Tel est le titre que je place en tête de l'observation suivante, sans y attacher une grande importance, tenant beaucoup plus au fait et au résultat thérapeutique qu'au diagnostic en lui-même.

Obs. VII. — Sœur M..., de l'hôpital général de Clermont-Ferrand, 40 ans environ, souffre du cœur depuis dix ans, beaucoup plus fatiguée depuis trois mois.

Elle éprouve des palpitations fréquentes, accompagnées de vives douleurs dans la région précordiale. Ces douleurs sont de deux sortes : tantôt, et c'est le plus souvent, ce sont des douleurs lancinantes, tantôt des douleurs qu'elle compare à celles qu'on provoquerait en râclant avec un couteau la surface d'un vésicatoire dénudé. Quand ces douleurs la prennent, elle est obligée de s'arrêter et d'attendre qu'elles aient cessé; elles durent plusieurs minutes. Ces douleurs surviennent de préférence quand elle est au lit couchée sur le dos; elle est alors obligée de se lever et de se coucher le cœur contre terre. Depuis trois jours, sœur M... a été souvent obligée de se lever pendant la nuit et de s'étendre sur le parquet pour calmer ses souffrances.

Sœur M... est alitée depuis trois jours et souffre continuellement depuis une huitaine avec de fréquentes exacerbations qui la forcent à s'étendre par terre; elle passe ainsi une partie des nuits.

Je suis appelé le 28 juillet 1852, et examen fait, je prescris une potion avec 50 centigr. d'alcoolature d'aconit. La malade en prend une cuillerée à cinq heures et à neuf heures du soir. La nuit est bonne : il y a peu de crises et la malade n'est point obligée de se lever.

Le lendemain, trois cuillerées dans la journée. La dernière crise a lieu le 29 au soir; elle dure une heure. Les deux nuits suivantes sont excellentes; la malade dit n'avoir jamais aussi bien dormi; elle continue pendant quelques jours une cuillerée de sa potion.

Le 30 au matin, sœur M... était levée et faisait son service.

Pendant les mois d'août et de septembre, la malade a souffert encore quelquefois du cœur, mais ces douleurs n'étaient rien en comparaison des douleurs si violentes éprouvées en premier lieu. Ces nouvelles douleurs ont également cédé à l'aconit.

J'ai ausculté le cœur plusieurs fois pendant les accès et dans les moments de calme : aucune trace d'affection organique; pendant les crises, le cœur battait tumultueusement avec une impulsion très-modérée.

Remarque. Copland, dans son Dict. of prat. med., se loue beaucoup de l'efficacité de l'aconit dans la névralgie du cœur, *nevralgia of the heart;* cette opinion du médecin anglais se trouve confirmée par l'observation précédente.

(La suite au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS

(Suite.)

V. ZEITSCHRIFT FUR RATIONELLE MEDIZIN;

par les docteurs Henle et Pfeufer.

Les premier, deuxième et troisième cahiers du tome III de la nouvelle série renferment les articles originaux suivants: 1° *Sur l'épilepsie*; par les docteurs Everts et Van Leeuwen. (Tableaux statistique des accès épileptiques observés à l'hospice des aliénés de Meer-en-Berg, près Haarlem, pour arriver à poser, s'il y a lieu, des règles générales relatives à la fréquence des accès, d'après l'âge, le sexe, les dispositions individuelles, la complication avec la menstruation ou avec diverses formes morbides (manie, idiotisme, etc.), et enfin d'après diverses influences extérieures, telles que l'époque de l'année ou du jour, l'état de la lune, de l'atmosphère, etc. Les auteurs pensent que d'autres directeurs d'établissements d'aliénés dresseront ies tableaux analogues qui permettront d'arriver à quelques résultats.) 2° *Sur le croup et la trachéotomie*; par Charles Weber. (Relation d'un cas de croup guéri par la trachéotomie, d'un autre cas mort sans opération et d'un troisième cas, dans lequel l'opération se termina par la mort le quarante-sixième jour; il y avait ici occlusion complète du larynx par adhérence des parois au-dessous des cordes vocales.) 3° *Mouvements des poumons et du cœur pendant la respiration*; par F. C. Donders. (Considérations sur les mouvements des poumons et sur ceux du cœur, à l'état physiologique et à l'état pathologique.) 4° *Tétanos traumatique, chloroformisation, guérison*; par le docteur Th. de Dusch. 5° *Sur l'anatomie des muscles et des ligaments de la main*; par le docteur E. Dursy. (Descriptions anatomiques de plusieurs ligaments et de nombreux petits muscles de la main, avec figures.) 6° *Sur l'affection syphilitique du foie*; par le docteur F. Bohmer. 7° *La sarcine dans les poumons*; par le docteur Zenker. 8° *Expériences sur un décapité, suivies d'expériences comparatives sur les animaux*; par A. Nuhn. 9° *Sur la phlébite cancéreuse*; par le professeur Hermann Meyer. 10° *Fragments pour servir à l'étude des maladies des os*; par le même. (Études sur l'ostéophyte, l'ostéoporose, l'ostéomalacie et le rachitisme.) 11° *Le col interne, sa production et son importance*; par le docteur Ulrich Hilty. 12° *Le courant galvanique comme obstacle aux secousses musculaires*; par le professeur Eckhard. (L'auteur démontre la loi suivante : Chaque secousse musculaire, produite sous l'influence d'un agent quelconque, peut être empêchée par un courant galvanique constant, et ce dernier peut faire cesser un état tétanique déjà existant.) 13° *Sur la luxation de la mâchoire inférieure*; par le docteur Steinlin. (Considérations théoriques sur le mécanisme de cette luxation.) 14° *Guérison d'une hernie ombilicale très-volumineuse*; par le professeur Kræmer. (Enfant qui portait à sa naissance une hernie d'une grosseur extraordinaire; au bout de soixante-cinq jours la tumeur avait disparu par suite d'un bandage compressif et de soins assidus; cependant l'enfant

mourut quinze jours plus tard dans un état de cyanose.) 15° *Sur la sécrétion du suc pancréatique*; par le docteur A. Weinmann. 16° *Sur la gale croûteuse ou norwégienne de Bœck et sur sa présence en Allemagne*; par le professeur C. H. Fuchs. (Le professeur Bœck (de Christiania) a décrit une forme de gale caractérisée par des croûtes épaisses formées entièrement d'acarus morts; sous ces croûtes fourmillent des quantités innombrables d'acarus. L'auteur décrit la même affection qu'il a observée à Goettingen.) 17° *Sur une méthode pour dessiner exactement les objets microscopiques et pour mesurer leur surface*; par le docteur Fick (Description, avec figure, d'un instrument particulier imaginé par l'auteur.) 18° *Quelques expériences sur la sécrétion urinaire*; par T. Kierulf. 19° *Sur le mécanisme de la respiration et de la circulation à l'état sain et à l'état malade*; par F. C. Donders. (Expériences sur les mouvements respiratoires, sur le rôle de l'élasticité et sur le ton des poumons; applications à la pathologie; influence de la respiration sur la circulation; études sur le mécanisme du mouvement du sang.) 20° *Observations sur l'inflammation des tissus qui entourent le globe de l'œil*; par R. Fischer. 21° *Sur le traitement du prolapsus utérin*; par le docteur Pauli. 22° *Sur les polypes du conduit auditif externe*; par le docteur G. Meissner. (Très-bon travail, dans lequel l'auteur donne une histologie détaillée des polypes qu'il a rencontrés dans le conduit auriculaire. Parmi les particularités qu'offraient ces polypes, nous signalerons l'existence d'un épithélium vibratile, quoique la muqueuse du conduit auditif soit, comme on sait, recouverte d'un épithélium en pavé. L'auteur y a aussi trouvé en grand nombre ces corpuscules particuliers décrits par divers auteurs sous le nom de corpuscules concentriques; ce sont les mêmes qu'on rencontre dans les plexus choroïdes, les ventricules cérébraux, la glande pituitaire, et qu'on désigne sous le nom de corpuscules amylacés.) 23° *Guérison d'une atrésie du rectum avec rétroversion de la vessie urinaire*; par le docteur Schleis. (Rétablissement du cours des matières par une ouverture pratiquée à l'aide d'un trocart.) 24° *Sur la cristallisation des parties organiques du sang*; par L. Teichmann. 25° *Sur la ligature du canal de Wirsung et sur les usages du suc pancréatique*; par le professeur G. Herbst.

TÉTANOS TRAUMATIQUE; CHLOROFORMISATION; GUÉRISON; par le docteur TH. DE DUSCHE (de Mannheim).

OBS. — Jean W..., 26 ans, jardinier, s'enfonça, en marchant, un clou dans le gros orteil du pied gauche; cet accident, arrivé le 17 avril, le fit assez souffrir; mais il dut travailler et se trouva plusieurs fois exposé à un vent froid, le corps étant en sueur.

Le 30 avril, W... ressentit pour la première fois de la gêne dans les mouvements de la mâchoire.

Le 2 mai, il vint consulter l'auteur qui prescrivit une application de ventouses le long du dos, des frictions ammoniacales et le séjour au lit. W..., malgré ces recommandations, travailla encore un jour entier en plein air.

Le surlendemain l'état s'était aggravé; outre le trismus qui était devenu plus prononcé, le malade éprouvait une roideur dans la région sacrée accompagnée de douleurs vives; face rouge, yeux injectés, pupilles contractées, angoisses, abattement. (Saignées du bras, un quart de grain d'opium toutes les heures.)

Le 6 mai, secousses tétaniques, opisthotonos. (Lavements de tabac, frictions mercurielles, opium.)

Le 7 et le 8, pas de changement; constipation opiniâtre, mêmes secousses. (Calomel et acétate de morphine.)

Le 9, on commence les inhalations de chloroforme; on supprime toute autre médication. Dès les premières inspirations le malade se trouve plus tranquille, les secousses cessent, la roideur tétanique diminue, le malade dort une demi-heure. A son réveil il se sent soulagé, les accidents reparaissent à des intervalles plus éloignés. Dès que les contractions tétaniques reviennent, le malade redemande les inhalations, en sorte qu'on se voit obligé de les rapprocher et de maintenir le malade dans une narcose pour ainsi dire continue.

On suivit le même traitement du 9 au 20 mai, c'est-à-dire pendant douze jours, en augmentant chaque jour la dose de chloroforme, au point que celle-ci fut portée jusqu'à 13 onces (plus de 400 grammes!) Les selles se régularisèrent, la bouche exhala une odeur mercurielle prononcée, quoiqu'on eût supprimé complétement le mercure; une éruption miliaire apparut au cou, sur la poitrine et sur le ventre. Toutes les fois qu'on suspendait les inhalations plus longtemps que d'ordinaire, les douleurs devenaient plus violentes et l'état général s'empirait.

Le 21, l'auteur supprima le chloroforme, prescrivit des fomentations froides sur la tête rasée, et toutes les deux heures un quart de grain d'acétate de morphine. La première dose de morphine fut suivie de sommeil, et ce symptôme favorable se montra après chacune des doses; il y eut en même temps sueur copieuse et diminution des accidents tétaniques en fréquence et en intensité. Tous les symptômes allèrent en diminuant de jour en jour jusqu'au 28, où le malade put être considéré comme guéri.

Ce qui ressort évidemment de cette observation, c'est l'influence favorable que le chloroforme a exercée sur l'état tétanique. Il ne nous paraît pas juste de lui donner tous les honneurs de la guérison; mais en diminuant l'état spasmodique des muscles, en modifiant profondément l'innervation, il a rendu possible l'action de la morphine qui n'a, comme on l'a vu, manifesté ses bons effets qu'à la suite des nombreuses inhalations qui ont été pratiquées. L'auteur conseille avec raison de laisser arriver une assez forte quantité d'air avec les vapeurs chloroformiques, afin de prévenir de funestes accidents; c'est ce qui explique les doses considérables qu'il a fallu employer.

LA SARCINE DANS LES POUMONS; par le docteur ZENKER (de Dresde).

Depuis sa découverte, la sarcine a été fréquemment rencontrée dans les matières rejetées par les vomissements ou par les selles, comme dans l'estomac et dans tout le trajet de l'intestin. Heller prétend l'avoir trouvée dans l'urine; mais ce fait aurait besoin d'être éclairci. Virchow l'a observée dans un foyer gangréneux du poumon. C'est aussi dans le poumon que l'auteur a rencontré cette singulière production.

OBS. — Une femme de 38 ans était entrée à l'hôpital pour une tumeur fongueuse siégeant à l'abdomen; elle avait été sujette à des douleurs cardialgiques qui s'étaient dissipées et qui ne reparurent plus pendant les cinq mois qu'elle passa à l'hôpital. Elle mourut des suites de la maladie pour laquelle elle était entrée.

Les deux poumons étaient parsemés d'un nombre assez considérable de petits tubercules fongueux, de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une noisette. En coupant les lobes inférieurs, on remarque sur la surface de section des taches nombreuses, jaunes; quand on comprimait le tissu pulmonaire, on obtenait avec le liquide séreux de petits flocons jaunes isolés. En examinant ces flocons au microscope, on vit qu'ils étaient couverts de sarcine avec ses formes les plus caractéristiques. Un examen plus attentif fit reconnaître la même substance dans le liquide qui s'écoulait des autres parties du poumon. La muqueuse stomacale était couverte d'un mucus grisâtre dans lequel l'examen microscopique reconnut des parties de végétaux, de la graisse, des cellules épithéliales et une assez grande quantité de sarcine tout à fait pareille à celle des poumons.

L'auteur explique la présence de la sarcine dans ces derniers organes d'une manière toute mécanique; il pense que dans les derniers temps de la vie une portion continue de l'estomac sera parvenue par régurgitation dans le pharynx et aura passé dans les bronches. Cependant personne n'a remarqué que la malade eût eu le moindre renvoi. Ne pourrait-on pas plutôt admettre que les germes de cette production parasite se sont développés et multipliés à la surface de la muqueuse pulmonaire comme sur la muqueuse de l'estomac? Jusqu'à présent on a regardé la muqueuse des voies digestives comme le siége exclusif de cette substance, mais nous ne voyons pas de raison pour qu'elle ne se développe pas aussi dans d'autres organes.

EXPÉRIENCES SUR UN DÉCAPITÉ, SUIVIES D'EXPÉRIENCES COMPARATIVES SUR LES ANIMAUX; par A. NUHN (de Heidelberg).

Ces expériences ont porté sur l'action de plusieurs nerfs de la tête.

L'auteur désirait d'abord constater l'influence du nerf facial sur les mouvements du voile du palais, et rechercher si c'est par l'intervention du nerf pétreux superficiel que l'irritation du nerf facial est transmise au voile du palais. Il vit ce dernier se contracter quand il irritait, avec un appareil à induction, le nerf facial à sa sortie du crâne, tandis que la contraction n'eut pas lieu quand il eut coupé le nerf pétreux; mais ayant voulu répéter l'expérience sur l'autre côté, il remarqua que l'irritabilité était éteinte.

Une expérience plus intéressante est celle relative à l'action du nerf oculo-moteur commun sur les mouvements de l'iris. Les fils conducteurs ayant été appliqués à ce nerf, on vit la pupille *se dilater*, et non pas se contracter, comme on devait s'y attendre. L'expérience, plusieurs fois répétée, eut toujours les mêmes résultats, qui furent vérifiés par tous les assistants.

Pour chercher à se rendre compte de ce phénomène, l'auteur institua quelques expériences sur des animaux. Il vit que l'irritation du nerf réagissait sur les muscles de l'œil et produisait instantanément une contraction de la pupille; mais cinq minutes plus tard, l'irritation du nerf ayant cessé de se porter sur les muscles, la pupille se dilata au lieu de se contracter. L'auteur pensa que cette dilatation n'était pas l'effet du nerf oculo-moteur, mais du grand sympathique. Pour vérifier cette supposition, il appliqua les fils conducteurs sur la carotide cérébrale, et obtint les mêmes effets que par l'irritation du nerf. Mais il s'agissait de spécifier plus exactement la voie par laquelle se transmet l'irritation; pour cela, l'auteur pratiqua la resection d'une portion du nerf;

puis, appliquant les fils d'archal au bout postérieur, il vit encore la pupille se dilater. Il devenait évident par là que la dilatation de la pupille était duc au plexus carotique.

Il suit de ces expériences que la contraction de la pupille a lieu sous l'influence du nerf oculo-moteur, tandis que sa dilatation est produite par le nerf grand sympathique.

LE CAL INTERNE, SON MODE DE PRODUCTION ET SON IMPORTANCE; par le docteur ULRICH HILTY.

Ce travail a pour but de rechercher si la membrane médullaire, comme le périoste, fournit une exsudation capable de s'ossifier et de constituer un cal interne. Les expériences, sur des lapins et sur des chats, consistèrent à perforer l'os jusqu'à l'étui médullaire, après avoir enlevé le périoste, et à remplir le vide avec un bouchon d'argent ou d'ivoire; à enlever un morceau du tibia, et à le remplacer par une plaque d'ivoire; à perforer, à l'aide d'une vrille, la substance spongieuse des extrémités articulaires, puis à introduire un fil d'argent dans l'intérieur de l'os. Dans toutes ces expériences, il y eut formation du cal interne. Celui-ci consistait en des dépôts de matière osseuse de couleur blanche, recouvrant les corps étrangers introduits dans les plaies de l'os; on distinguait, à l'aide du microscope, des canalicules vasculaires qui se continuaient avec les canalicules de l'os ancien et des corpuscules osseux avec leurs canaux rayonnants.

Il résulte de ces expériences que, dans la guérison des fractures des os, il se forme, en même temps que le cal principal fourni par le périoste, un cal interne qui a pour point de départ la membrane médullaire, sans toutefois que ce dernier cal ait une grande importance pour la guérison de la fracture.

QUELQUES EXPÉRIENCES SUR LA SÉCRÉTION DE L'URINE; par T. KIERULF (de Christiania).

Le but de l'auteur était de rechercher l'influence qu'une forte dilution du sang peut avoir sur la quantité et sur la qualité de l'urine.

A l'aide d'une incision pratiquée dans les parois abdominales, il amena au dehors l'uretère gauche et y fit pénétrer un tube en verre. Une saignée fut faite à l'animal pour examiner son sang; puis on injecta dans une veine du cou environ 495 grammes d'eau distillée. Cinq minutes après l'injection, l'urine se montrait sanguinolente. On pratiqua encore deux saignées dans la même journée, et on continua à recueillir l'urine, que l'on soumit à l'analyse, ainsi que le sang.

Les mêmes expériences furent répétées sur deux autres chiens, et furent suivies desmêmes effets.

De ces expériences, il paraîtrésulter, dit l'auteur, qu'une forte dilution du sang détermine d'abord une sécrétion abondante d'albumine par les reins, puis une véritable hématurie, et que celle-ci n'est pas le résultat d'une augmentation de pression du sang; il regarde aussi tout à fait comme improbable, d'après l'examen microscopique de l'urine, qu'il y ait eu déchirure des vaisseaux. L'auteur fait remarquer ensuite que la vitesse de sécrétion n'est pas proportionnelle à la quantité d'eau du sang. Enfin ses expériences montrent qu'après une injection d'eau considérable, la quantité de sels du sang augmente rapidement et d'une manière continue; les parties solides diminuent, au contraire, dans l'urine. Il n'est pas inutile de faire remarquer que ce fait, joint à la présence de l'albumine dans l'urine, rappelle ce qu'on observe dans la maladie de Bright.

SUR LE TRAITEMENT DU PROLAPSUS UTÉRIN; par le docteur F. PAULI (de Landau).

M. le docteur Pauli applique deux pessaires en caoutchouc, de forme ronde, du diamètre de 2 pouces à 2 pouces et demi. Le premier sert à maintenir l'utérus, le second soutient la muqueuse vaginale et concourt à mieux assurer l'effet du premier pessaire. Un seul pessaire, dit l'auteur, se dérange facilement, tandis que tout dérangement est à peu près impossible quand on en applique deux. Il faut les laisser appliqués pendant quatre ou cinq semaines, et faire observer le repos. Au bout de six à huit jours, il s'établit un écoulement muqueux par le vagin; quelquefois les malades éprouvent une pression fatigante, des envies fréquentes d'uriner; mais ces accidents sont légers et n'obligeraient pas à garder le lit, si cette dernière recommandation n'était pas de rigueur. Entre la troisième et la cinquième semaine, on peut retirer les pessaires; on laisse encore la femme couchée pendant quelques semaines, puis on peut la regarder comme guérie. Il est bon de porter en même temps une ceinture hypogastrique.

(L'auteur de cette analyse a guéri, il y a environ un an, un prolapsus déjà assez avancé par des injections astringentes faites avec une décoction d'écorce de chêne et l'application constante d'une éponge introduite dans le vagin; la malade a gardé le lit pendant cinq semaines, et elle a encore continué les injections pendant plusieurs mois; aujourd'hui cette femme continue à bien se porter.)

SUR LA CRISTALLISATION DES PARTIES ORGANIQUES DU SANG; par L. TEICHMANN.

Quand on laisse évaporer le sang tel qu'il est retiré d'un vaisseau, il ne se produit pas de cristaux; mais on obtient ces derniers lorsqu'on étend suffisamment le sang d'eau. L'auteur, en mêlant quatre à cinq parties d'eau à une partie de sang, a vu celui-ci se cristalliser dans l'homme, le bœuf, le porc, le lapin, le pigeon, les poissons.

Les cristaux ne proviennent ni de l'albumine, ni de la fibrine; ils sont produits par une matière qui dérive des corpuscules sanguins. Pour obtenir une cristallisation plus complète, l'auteur couvre le sang d'une petite plaque de verre soutenue par les quatre côtés à l'aide de petits morceaux de liége et recouvre le tout d'un verre de montre. La forme des cristaux est très-variable : ce sont des aiguilles, des bâtonnets, des plaques rhomboïdes ou quadrilatères.

Après avoir indiqué les changements que les réactifs chimiques impriment aux cristaux, l'auteur recherche les rapports qui peuvent exister entre cette matière cristallisable et les cristaux qui se forment souvent dans l'organisme; il croit même que le pigment noir peut être considéré comme des cristaux non développés et qui se trouvent à différents degrés d'oxydation.

SUR LA LIGATURE DU CANAL DE WIRSUNG ET SUR LES USAGES DU SUC PANCRÉATIQUE; par le professeur G. HERBST (de Gœttingen).

Le but de l'auteur était de contrôler les curieuses expériences de M. Cl. Bernard, en pratiquant, sur des lapins, la ligature du conduit pancréatique. On se rappelle que, d'après M. Bernard, le canal pancréatique s'insère à 35 centimètres au-dessous du cholédoque, et que les vaisseaux blancs chargés de chyle après l'administration d'une nourriture grasse, ne se voient qu'à 2 centimètres au-dessous de cette insertion, circonstance sur laquelle repose l'importance qu'on attribue au suc pancréatique pour la formation du chyle. Les résultats obtenus par M. Herbst ne sont pas conformes à ceux de notre savant physiologiste. Dans toutes ses expériences, il a vu les vaisseaux chylifères sur l'intestin et dans l'épaisseur du mésentère, non-seulement au-dessous, mais même au-dessus de l'insertion du canal pancréatique; cependant il donne peu d'importance à ce résultat négatif, parce qu'il n'est pas impossible qu'une portion du contenu de l'intestin reflue vers le haut. Il prit alors le parti de lier le conduit excréteur, ce qui se fait très-facilement sur le lapin, puis de donner à l'animal des substances riches en matières grasses. On pratiqua cette ligature sur deux lapins adultes, rendus insensibles par le chloroforme, et qu'on avait laissés jeûner un jour entier. Le lendemain, quelques heures après qu'on leur eut donné à manger du pain et du lait, ils furent tués, et on se hâta de lier le canal thoracique à la partie supérieure de la poitrine. Ce canal était d'un blanc bleuâtre, fortement rempli, et les vaisseaux mésaraïques, ainsi que les grandes dilatations des vaisseaux absorbants situées à la face interne des vertèbres dorsales se trouvaient d'un blanc laiteux et gorgés de liquide.

Un troisième lapin consomma, le lendemain du jour où l'on avait pratiqué la ligature du canal de Wirsung, un mélange de pommes de terre cuite, de lard et d'eau. Quelques heures après, tous les vaisseaux chylifères de l'intestin grêle, depuis le cœcum jusqu'à un demi-pouce au-dessus du canal pancréatique étaient remplis d'un chyle laiteux.

Ces expériences, dit l'auteur, qu'il est facile de répéter, montrent au moins que le changement des parties grasses des aliments et la préparation du chyle ne dépendent pas exclusivement du suc pancréatique, mais que les autres liquides de l'intestin peuvent produire un résultat semblable, même sans le secours de ce suc.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 6 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

NOTIONS HISTORIQUES SUR LES RÈGNES DE LA NATURE.

M. ISIDORE-GEOFFROY SAINT-HILAIRE lit un passage de son grand travail. L'auteur se demande « comment ce qui a été si heureusement fait pour les

derniers détails de la zoologie et de la botanique reste-t-il à faire pour la conception générale qui embrasse à la fois tous les corps naturels? On s'en étonnera peut-être, et je m'étonne moi-même d'avoir à le dire : ces mêmes naturalistes qui savent si bien l'histoire du dernier genre, de la dernière espèce de mousses, d'insectes ou de polypes, ignorent celle de la première et de la plus haute division de la nature, de cette division célèbre en règnes ou royaumes, que la philosophie et la poésie elle-même ont consacrée aussi bien que la science, et que l'usage nous a rendue à tous si familière. Qui a établi ces vastes groupes, placés d'un accord presque unanime au sommet de toutes les classifications? A quelle époque, à quel point de vue? Quelle est l'origine de ces mots *règnes* ou *royaumes*? Autant de questions encore irrésolues, et qui le sont, chose singulière, non parce qu'on n'a pu les résoudre, mais parce qu'aucun des naturalistes modernes n'a même songé à les poser (1); aucun, sans excepter Cuvier dans son ouvrage classique sur le RÈGNE ANIMAL, de Candolle dans son grand PRODROMUS REGNI VEGETABILIS, et tous ceux qui dans notre siècle, avant ces maîtres illustres, ou à leur exemple, ont inscrit le mot *règne* au frontispice de leurs livres, l'y employant partout sans l'expliquer nulle part.

» Au défaut des livres modernes, tous muets sur la question, j'ai interrogé, sans plus de succès, ceux de Linné, puis ceux de ses prédécesseurs immédiats et de ses premiers devanciers, et c'est ainsi que, remontant d'époque en époque jusqu'à la source, j'ai fini par la rencontrer où j'étais d'abord loin de la chercher : dans les conceptions mystiques des alchimistes du moyen âge et de la renaissance, dans cette philosophie hermétique où les chimistes trouvent les origines de leur science, où sont aussi, sur plus de points qu'on ne l'imagine, celles de la nôtre. C'est ce que je vais montrer par un premier exemple, en restituant aux alchimistes la célèbre division des corps naturels en trois groupes principaux, et l'application à chacun de ces groupes du nom que nous lui donnons encore et qu'on lui donnera sans doute toujours; par conséquent la conception tout entière des trois règnes de la nature, telle qu'elle a été si longtemps et si universellement admise. »

DE L'HERMAPHRODISME CHEZ CERTAINS VERTÉBRÉS.

M. DUFOSSÉ lit un mémoire sur ce sujet.

Les résultats auxquels ont conduit les recherches de l'auteur peuvent être résumés dans les conclusions suivantes :

1° Contrairement à l'opinion généralement accréditée, il y a des vertébrés qui, à l'état normal, sont hermaphrodites, et ce ne sont pas ceux dont l'organisation est considérée comme étant la plus dégradée.

2° Les individus des espèces *serranus cabrilla* et *serranus scriba* sont au nombre de ces hermaphrodites.

3° Chaque individu de ces deux espèces produit des œufs et les féconde.

4° La fécondation des œufs peut avoir lieu à l'orifice même de l'oviducte, mais elle s'opère généralement tout à fait au dehors du corps de l'animal.

CHOLÉRA.

M. ÉLIE DE BEAUMONT lit sur le choléra l'extrait suivant d'une lettre qui lui a été adressée par M. DAUSSE, ingénieur des ponts et chaussées :

« Nous avons eu le choléra à Grenoble, dit M. Dausse, mais faiblement, et, Dieu merci, il est passé. *Pendant sa durée de plus de deux mois, je n'ai pas vu une hirondelle.* Elles avaient disparu à l'apparition du fléau, et elles ont reparu quand il a été fini il y a une quinzaine.

» A la Mure, qui est une localité extrêmement saine, où l'air est très-vif et très-pur, le choléra a été terrible (280 morts).

» Il a été très-fort aussi à Mens, au Bourg-d'Oisans, surtout au Rivier-d'Allemont, tout à fait dans les Alpes et sur les Alpes. »

M. Élie de Beaumont ajoute qu'en parcourant le Tyrol, en 1836, il a vu le choléra régner avec une extrême intensité dans les parties supérieures de la vallée de l'Adige, à Glurns, à Mals et aux environs, dans des localités plus élevées encore que le Bourg-d'Oisans et le Rivier-d'Allemont, mais dominées par les montagnes et même renfermées dans des gorges étroites, et par suite très-humides.

— M. GAULTIER DE CLAUBRY, à l'occasion d'une communication récente sur la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde, demande qu'un ouvrage dans lequel il a soutenu une doctrine contraire à celle de cet auteur (M. Forget), soit soumis en même temps à la commission chargée d'examiner la question.

Il envoie, dans ce but, un exemplaire de l'ouvrage publié en 1844.

(Renvoi à la commission nommée pour le mémoire de M. Forget, qui se compose de MM. Serres, Andral et Rayer.)

— M. GUILLON annonce l'intention de soumettre très-prochainement au jugement de l'Académie un mémoire sur la lithotripsie. Afin de permettre à la commission de mieux asseoir son jugement sur l'efficacité du procédé qui fera l'objet de ce mémoire, M. Guillon désire que MM. les membres de la commission puissent assister à quelques opérations qu'il doit pratiquer bientôt.

(1) Daubenton est le seul qui ait signalé cette lacune dans nos connaissances, et il n'a pas essayé de la remplir. (Voy. SÉANCES DES ÉCOLES NORMALES, éd. in-8° de 1800, t. 1, p. 426.)

Cette demande est renvoyée à une commission composée de MM. Duméril, Velpeau et Rayer.

ADDITION A LA SÉANCE DU 29 OCTOBRE.

SUR UN BRUIT NOUVEAU PERCEPTIBLE PAR L'AUSCULTATION DES CAVERNES EN VOIE DE GUÉRISON CHEZ LES PHTHISIQUES SOUMIS A L'ADMINISTRATION DE L'HÉLICINE.

M. DE LAMARE lit sous ce titre un mémoire dont nous reproduisons no résumé.

En poursuivant mes observations sur la guérison de la phthisie pulmonaire par l'hélicine, substance dont j'ai fait connaître l'emploi et la préparation dans un précédent mémoire, j'ai été conduit à observer un nouveau bruit en auscultant les phthisiques soumis à l'influence curative de cette substance. Ce bruit qui n'avait pas encore été signalé, je le nomme *bruit de décollement*, parce que l'on ne saurait mieux le comparer qu'à un décollement de deux surfaces rapprochées par une substance gluante. Il résulte de ce que les parois des cavernes tendent perpétuellement à se rapprocher sous l'influence de l'action curative de l'hélicine. Il est à remarquer en effet que toutes les cavités fistuleuses, accidentelles et autres, qui résultent d'un état morbide, tendent à s'oblitérer, à se fermer, à se guérir en un mot, quand on vient à tarir la source de la matière qui y séjourne ou les traverse. C'est précisément ce résultat que j'ai obtenu. J'ai d'ailleurs fait une expérience très-simple à l'aide de laquelle on peut reproduire artificiellement ce bruit de décollement comme il se passe dans les cavernes des phthisiques. J'ai pris une vessie membraneuse ovoïde de grandeur convenable; je l'ai mouillée intérieurement et extérieurement; j'y ai introduit une médiocre quantité d'air et une petite quantité d'une matière grasse et poisseuse, à laquelle j'ai donné autant que possible la densité et les qualités physiques de la matière sécrétée par la membrane pyogénique des cavernes; et en écartant l'une de l'autre les parois de cette vessie préalablement réunies dans une partie de leur étendue, j'ai obtenu le bruit de décollement absolument identique à celui que j'avais entendu par l'auscultation.

(Comm. précédemment nommés : MM. Andral et Rayer.)

— M. CADET présente de nouvelles observations sur les fausses membranes et les entozoaires des déjections des cholériques. (Renvoi à l'examen de la section de médecine et chirurgie.)

— M. COSTA SAYA, professeur adjoint de physique à l'Université de Messine, soumet au jugement de l'Académie un mémoire écrit en italien, et ayant pour titre : PROJET D'UN NOUVEAU MOYEN DE DIAGNOSE.

Le paragraphe suivant, extrait de ce mémoire, donne une idée du but que s'est proposé l'auteur :

En étudiant, au moyen des procédés de thermochrôse dus à l'illustre Melloni, les effluves calorifiques des animaux, et spécialement ceux de l'homme à l'état de santé et à l'état de maladie, on doit arriver à constituer un moyen de diagnostic comparable pour l'importance à ceux que fournissent l'auscultation, la percussion, etc., moyen applicable non-seulement à la médecine, mais encore à l'hygiène, à la physiologie, etc., etc.

(Comm. : MM. Becquerel, Rayer.)

— M. FLOURENS fait hommage à l'Académie d'un exemplaire de l'ouvrage qu'il vient de publier sous ce titre : DE LA LONGÉVITÉ HUMAINE ET DE LA QUANTITÉ DE VIE SUR LE GLOBE.

En présentant ce livre, M. Flourens s'exprime ainsi :

Je touche, dans ce livre, à quelques-uns des points les plus importants de l'étude, et, si je puis ainsi parler, de la théorie de la vie.

Tous les siècles ont étudié la vie; le nôtre commence à l'étudier sous ses grands aspects.

La question de la quantité de vie, toujours diversement représentée et également maintenue, celle de l'apparition de la vie sur le globe, celle de la fixité des espèces, celle des espèces anéanties et perdues, sont des questions toutes nouvelles.

A côté de ces questions nouvelles, j'en ai placé quelques autres fort anciennes, mais que je crois avoir rajeunies : celle de la longévité humaine, celle de la formation de la vie, celle de la vieillesse.

J'ai rajeuni la question de la longévité humaine en donnant un signe certain du terme de l'accroissement, et par suite une mesure précise de la durée de la vie.

A l'étude de la formation de la vie (problème qui nous passe), j'ai substitué l'étude de la continuité de la vie.

Quant à la vieillesse, je lui ouvre, du côté physique, de grandes espérances : un siècle de vie normale, et jusqu'à deux siècles de vie extrême, et du côté moral, une perspective qui n'est pas moins belle. Que d'heureux exemples des facultés les plus délicates et les plus nobles sans cesse perfectionnées : Fontenelle, Voltaire, Buffon, Bossuet!

Mais, me dira-t-on peut-être, ce que vous nous citez là, ce sont des exceptions. Point du tout, ce ne sont pas des exceptions : ce sont des révélations. Ce qui est ici l'exception, c'est le talent, ce grand révélateur des forces secrètes et des trésors cachés de l'esprit humain.

— M. TRIQUET adresse les conclusions d'un travail sur la surdité nerveuse, qu'il se propose de présenter plus tard à l'Académie dans son entier. Il s'est attaché à perfectionner, dit-il, le diagnostic, et il a reconnu que ce n'était

plus à un seul moyen de traitement (l'éther) qu'il fallait recourir, mais à des injections médicamenteuses destinées à combattre les lésions de l'oreille moyenne, qui sont la cause la plus fréquente de la surdité appelée nerveuse.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 14 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Une lettre par laquelle il informe l'Académie qu'il y a une clientèle de médecin vacante à Dizy-le-Gros (Aisne) ;

2° Une lettre de réclamation au sujet d'une recette de deux remèdes secrets.

— M. Bunco écrit pour annoncer qu'il retire ses mémoires.

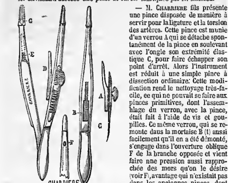
— M. Barruel demande le renvoi d'un mémoire lu à l'Académie.

— M. Baun, inspecteur des eaux de Contrexéville, demande l'ouverture d'un paquet cacheté constatant le parti avantageux qu'il a tiré du nitropicrate d'ammoniaque, qui agit sur la sécrétion urinaire.

— M. Delafond dépose un paquet cacheté.

— M. Chalut dépose une note lue à la Société de médecine pratique, relative à l'épidémie cholérique.

— M. Cavallini adresse une *pince de sûreté* fabriquée par M. Mathieu.



— M. Charrière fils présente une pince disposée de manière à servir pour la ligature et la torsion des artères. Cette pince est munie d'un verrou A qui se détache spontanément de la pince en soulevant avec l'ongle son extrémité élastique C, pour faire échapper son point d'arrêt. Alors l'instrument est réduit à une simple pince à dissection ordinaire. Cette modification rend le nettoyage très-facile, ce qui ne pouvait se faire aux pinces primitives, dont l'assemblage du verron, avec la pince, était fait à l'aide de vis et goupilles. Ce même verrou, qui se remonte dans la mortaise B (1) aussi facilement qu'il en a été démonté, s'engage dans l'ouverture oblique F de la branche opposée et vient faire une pression aussi rapprochée des mors qu'on le désire (voir F), avantage qui n'existait pas dans les anciennes pinces, dont l'usage a rendu de nombreux services depuis plus de quinze ans.

Le tout se compose de deux pièces, ce qui ne diminue en rien tes avantages nécessaires de saisir des tissus volumineux et dans toute l'étendue du mors inférieur libre, ainsi qu'on le voit dans la figure ci-contre.

— M. Robiquet lit des rapports sur des remèdes secrets.

DES ÉLÉMENTS ANATOMIQUES ET DU CANCER.

M. Mandl adresse la lettre suivante sur ce sujet :

« Dans le savant discours prononcé par M. Velpeau, mardi dernier, aux applaudissements de l'Académie, l'habile chirurgien de la Charité a bien voulu me citer parmi les micrographes qui n'admettent point l'existence des cellules caractéristiques du cancer. Je demande à l'Académie la permission d'exposer en quelques mots les raisons qui m'ont fait adopter cette opinion.

» Lorsque J. Müller, en 1839, découvrit des cellules dans les tumeurs cancéreuses, je fis connaître ces observations, peu de temps après, dans les Archives de médecine. Mais dès 1843, je disais que « les espérances qu'on avait conçues à l'occasion de l'application du microscope à l'examen des productions pathologiques ne s'étaient pas accomplies » (Anat. gén., p. 99), et mes recherches ultérieures n'ont fait que me confirmer dans cette opinion. Bientôt, en effet, il me fut donné l'occasion d'examiner des tumeurs, cancéreuses pour tous les cliniciens, par leur début, leur marche, leur terminaison fatale, et cependant privées de cette cellule qui serait caractéristique, suivant M. Lebert. Je ne ferai que rappeler les tumeurs fibro-plastiques et les épithéliales, et je fixerai particulièrement l'attention des chirurgiens sur les cancers de la rétine. Quatre fois sur cinq tumeurs de ce genre, extirpées par MM. Sichel et Bérard, il m'a été impossible de trouver la cellule spécifique, ainsi que M. Lebert l'a consigné dans son ouvrage (Du cancer, p. 844), tout en combattant mon opinion. Et cependant l'infection cancéreuse générale n'a pas permis, plus tard, de douter de la nature maligne de la tumeur.

» D'autre part, les cellules trouvées dans des tumeurs cancéreuses ne m'offrirent point les caractères qu'elles présentent dans la plupart des cas. En effet, suivant M. Lebert (*loc. cit.*), p. 30), le noyau de la cellule cancéreuse offre partout un diamètre moyen caractéristique de 10 à 15 millièmes de millimètre. Cependant, dans les tumeurs encéphaloïdes, souvent les noyaux ne dépassent guère 5 à 8 millièmes, et dans ce cas il est impossible de les distinguer d'autres noyaux des tissus normaux. Le caractère des nucléoles même fait défaut quelquefois. On trouve, dans l'ouvrage de M. Lebert de nombreux exemples de ces dimensions inférieures dans les cancers des os, de l'estomac (pages 20, 422, 480, 717), etc.; aussi bien des observateurs, et des meilleurs encore, croient-ils nécessaire de considérer l'ensemble des éléments et de connaître l'histoire de la maladie, pour se permettre d'énoncer un jugement. Cela ne vent-il pas dire que la cellule n'est pas suffisamment caractéristique?

» Non-seulement l'observation prouve qu'il en est ainsi, mais les lois histogénésiques donnent la raison de ces faits. En effet, pour résondre le problème qui nous occupe, il m'a semblé que les études comparatives d'histologie normale et surtout celles du développement des tissus étaient la condition préalable et indispensable. Les limites de cette lettre ne me permettent point d'entrer dans les développements que comporte ce sujet : aussi me bornerait je à exposer brièvement les principaux résultats de mes recherches.

» Tous les tissus de l'organisme forment deux grandes séries : l'une à cellules (ou lamelles), l'autre à fibres. Cette différence essentielle caractérise les éléments dès leur première apparition. Des noyaux placés dans une substance molle, amorphe, s'entourent, dans le premier cas, de membranes, s'accroissent, se multiplient et constituent ainsi des cellules qui forment, par exemple, le tissu glandulaire, l'épithélium, etc. Dans le second cas, au contraire, les noyaux sont placés dans une substance amorphe, homogène, solide, qui se fend et se subdivise en fibres de plus en plus déliées, pour constituer finalement un tissu fibrillaire. Il n'y a donc point formation de cellules dans toute cette série d'éléments organiques, au premier rang desquels figurent les tissus fibreux, cellulaire, séreux, etc.

» Ce principe de développement et de texture, inhérent à chaque série de tissus, est rigoureusement maintenu dans diverses phases physiologiques et pathologiques. Dans la rénovation normale qui accompagne la sécrétion, l'accroissement, etc., de même que dans la rénovation anormale ou dans la régénération, nous verrons toujours des cellules se développer là ou primitivement des cellules ont existé, des fibres dans les autres tissus. Que l'hypertrophie vienne frapper ces éléments, ce sera encore ce même principe qui présidera à la production de nouveaux éléments : les tissus fibrillaires ne donneront pas lieu à l'existence de nouvelles cellules; les tissus à cellules ne produiront pas des fibres au milieu des cellules ; mais toujours des cellules produiront de nouvelles cellules, des fibres de nouvelles fibres.

» Les faits m'ont prouvé que ces principes s'appliquent également à la production du cancer. La diathèse cancéreuse peut frapper le blastème qui doit produire soit des cellules dans les glandes, soit des lamelles dans les épithéliums, soit des fibres dans les tissus fibreux, etc.; et, suivant le tissu atteint par la diathèse, ce blastème morbide produira encore ici des cellules, là des fibres. Le produit sera donc caractérisé suivant l'espèce du blastème affecté; nous aurons, comme je l'ai déjà dit l'année passée (Union méd., 1853, 15 fév.), tantôt le cancer (cancer à cellules), tantôt les tumeurs fibro-plastiques (cancers à fibres), tantôt le cancroïde (cancer à lamelles), etc. Cependant, s'il nous est permis dans la *plupart des cas*, mais pas *toujours*, de reconnaître l'altération produite par la diathèse dans les cellules, c'est-à-dire s'il nous est permis de reconnaître les cellules cancéreuses et de les distinguer d'autres éléments analogues, il n'en est plus ainsi pour les éléments des tumeurs cancéreuses à fibres ou à lamelles. Tant que nous ne connaîtrons pas exactement en quoi la fibre, la lamelle, etc., est altérée lorsqu'elle se produit sous l'influence de la diathèse cancéreuse, le microscope fera défaut au chirurgien dans le diagnostic des tumeurs. Mais il n'en est plus ainsi sous un autre point de vue. Je veux parler de la fréquence et de la gravité des récidives. Ce sera précisément un service rendu par le microscope à la pathologie que de démontrer la cause des différences qu'il peut y avoir.

» En effet, tous les histologistes savent que nul élément ne se produit, ne se développe, ne se multiplie, ne se régénère avec plus de facilité, plus de rapidité que la cellule. La fibre est beaucoup plus lente à parcourir les divers degrés de son développement. Quelle espèce de cancer aura donc les récidives les plus faciles, les plus graves; quelle espèce s'étendra avec plus de véhémence, envahira plus promptement les organes voisins, compromettra plus facilement l'économie tout entière, si ce n'est le cancer à cellules? Les conditions sont complétement changées, lorsque la diathèse cancéreuse frappe le blastème qui doit produire des fibres et que nous voyons s'y former cette fibre complétement développée que l'on a appelée *élément fibro-plastique*. La fibre se développe en général très-lentement. J'ai vu un tendon régénéré, au bout de sept ans, présenter encore des fibres incomplètes, c'est-à-dire un blastème dans lequel la scission fibrillaire n'avait pas atteint son terme. Le microscope enseignera donc au praticien la gravité de l'affection; il le guidera dans son pronostic par la marche et les récidives plus ou moins probables de la maladie, en lui faisant connaître exactement les éléments constituants de la tumeur.

» Je crois donc que le cancer, celui qui amène l'infection générale, peut exister sans la cellule cancéreuse, sans cet élément hétéromorphe, que l'on considère comme le produit spécifique particulier de la diathèse. Je le crois, comme l'a fort bien dit M. Velpeau, avec MM. Bennett, Paget, Virchow, Vogel

(1) Mortaise qui peut être pratiquée dans tous les sens et de différentes formes.

et tant d'autres. La diathèse cancéreuse peut frapper les cellules, les lamelles, les fibres. Ce seront autant d'espèces diverses, et l'anatomie microscopique s'accorde avec la clinique pour les réunir dans la même famille.

» Agréez, etc. »

EMPLOI DES EAUX MINÉRALES DANS LE TRAITEMENT DE L'ENDOCARDITE CHRONIQUE.

M. PATISSIER lit un rapport, au nom d'une commission qu'il formait avec M. Bouillaud, sur l'emploi des eaux minérales dans le traitement de l'endocardite chronique coexistant avec le rhumatisme, et qui fait l'objet de deux mémoires : l'un par M. Vernière, médecin inspecteur des eaux thermales de Sainte-Victoire (Puy-de-Dôme) ; et l'autre par M. Dufresse de Chassaigne, médecin inspecteur des eaux thermales de Chaudes-Aigues (Cantal).

Le rapporteur conclut :

Il résulte des faits précités que, toutes les fois que chez un individu qui a été en proie à des affections rhumatismales, il existe une maladie du cœur, on a l'espoir, sous l'influence de ces eaux administrées avec discernement, de dissiper parfois et d'atténuer le plus ordinairement les troubles cardiaques, lorsqu'ils sont fonctionnels peu intenses, avec hypertrophie peu considérable avec souffle ; mais le traitement est préjudiciable s'il y a hydropisie, avec bruit de scie, etc.

La commission propose d'adresser des remercîments à ces médecins pour leur intéressante communication.

La discussion sur le cancer est renvoyée à la prochaine séance.

L'Académie se forme en comité secret à quatre heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE

SÉANCE DE RENTRÉE.

Cette séance a eu lieu mardi dernier. M. le professeur BÉRARD a prononcé l'Éloge d'Orfila. Ce discours a été couronné par un tonnerre d'applaudissements.

M. le professeur GAVARRET donne ensuite lecture de l'extrait suivant du procès-verbal de la séance du 31 août 1854 :

La Faculté, sur le rapport du jury pour les prix de l'École pratique, a décidé que les récompenses seraient accordées dans l'ordre suivant :

PRIX DE L'ÉCOLE PRATIQUE.

Le *grand prix* (médaille d'or) à M. Henry (Alfred-Alexandre), né le 10 janvier 1827 à Nantes.

1er *prix* (médaille d'argent) : M. Letellier (Louis-Édouard-Irénée), né le 24 octobre 1829 à Faverney (Haute-Saône).

2e *prix* : MM. Barnier (Jean-Baptiste-Théodore), né le 2 mai 1827 à Saillans (Drôme) ; et Poisson (Louis-Pierre-Victor), né le 8 décembre 1831 à Paris.

Mentions honorables : MM. Desnos (Louis-Joseph), et Voisin (Auguste-Félix).

PRIX CORVISART.

Médaille d'or : M. de Costa de Serda (Henri-Jules), né le 1er septembre 1831 à Paris.

Mention honorable avec médaille d'argent : M. Henry (Emmanuel-Ossian), né le 7 novembre 1826 à Paris.

PRIX MONTYON.

Médaille d'or : M. Lorain (Paul), né le 16 janvier 1827 à Paris.

Mention honorable avec médaille d'argent. Ex æquo : MM. Remilly (Émile), de Versailles, et Clin (Ernest-Marie), de Beauvais.

— Le sujet du prix Corvisart pour l'année prochaine est ; *De l'abstinence dans le traitement des maladies.* (Indiquer l'hôpital et les numéros des lits où auront été recueillies les observations.)

BIBLIOGRAPHIE.

DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE ET DE SON USAGE EN MÉDECINE; par ED. TAUFFLIEB, docteur en médecine et docteur ès sciences. (Mémoire couronné par la Société médico-pratique). — In-8° de 100 pages. Paris, 1853.

Dans la *Revue hebdomadaire* insérée, il y a guère qu'un an, par la GAZETTE MEDICALE, et signée de son rédacteur en chef, il est fait une franche profession de foi relativement à ce remède qu'ont rendu célèbre, dans ces derniers temps, ses nombreux expérimentateurs, les succès presque universels que certains ont voulu lui prêter, et enfin les recherches auxquelles se sont livrées la chimie, la pharmacologie, et, il faut bien le dire, l'industrialisme, dans le but d'épurer, de perfectionner cette substance, de lui chercher des succédanés, de la composer de toute pièce pour en fabriquer artificiellement.

« L'huile de foie de morue, dit M. Jules Guérin, s'est installée parmi nous à la façon de ces chevaliers inconnus qui viennent on ne sait d'où, tout chamarrés d'or et de rubans, qui se donnent les plus beaux titres, mais à qui personne n'a songé à demander les papiers. Ce n'est que lorsqu'ils ont fait longtemps des dupes qu'on s'aperçoit de la facilité avec laquelle on les a accueillis. »

Aussi la GAZETTE MÉDICALE se demande-t-elle : 1° L'huile de foie de morue guérit-elle quelques-unes des maladies pour lesquelles on l'a préconisée ? 2° Si elle exerce cette action curative, est-ce en vertu d'une qualité intrinsèque lui appartenant en propre, à elle, huile de foie de morue, ou n'agirait-elle qu'à la manière des autres corps gras?

La liste des maladies dans lesquelles l'huile de foie de morue est douée d'une action curative ou tout au moins bienfaisante, est fort longue dans le travail dont nous rendons compte, comme on peut en juger : scrofules des systèmes osseux et fibreux, ostéites et périostites chroniques, carie, tubercules des os, coxalgie, tumeurs blanches, arthropathies ; rachitisme ; carreau ; engorgement des glandes et des ganglions lymphatiques ; tumeurs et ulcérations scrofuleuses ; abcès froids ; ophthalmie scrofuleuse ; maladies de la peau, lupus, favus, eczéma chronique, ichthyose ; rhumatisme et arthrite chroniques ; maladies chroniques des organes de la respiration, épanchement pleurétique, phthisie, bronchites chroniques ; cachexies diverses ; gastrite chronique et atonie des voies digestives ; névroses chroniques ou cachexies nerveuses ; cachexie syphilitique ; cachexie squirrheuse ou cancéreuse ; cachexie suite de suppuration ; enfin, l'huile de foie de morue trouve fréquemment son indication comme prophylactique, surtout chez les enfants.

Assurément en voilà trop pour que tout cela soit bon. Le travail de M. Taufflieb est sérieux, consciencieux ; les faits cliniques appartenant en propre à l'auteur n'y manquent pas, et quelques-uns ont une valeur incontestable ; enfin, il s'aide de l'expérience des autres et puise surtout à des sources germaniques trop peu connues chez nous ; mais si nous y avons trouvé des chapitres qui ont remué et ébranlé notre opinion, nous en comptons trop d'autres où quelques assertions et un certain nombre de citations ne sauraient produire le même effet.

Les maladies dans lesquelles M. Taufflieb a étudié avec le plus de soin l'action de l'huile de foie de morue sont la scrofule sous toutes ses formes, affectant le système osseux, ganglionnaire, tégumentaire ; les rhumatismes musculaires et articulaires chroniques ; enfin, la phthisie pulmonaire. Il est bref au sujet du rachitisme, et ce laconisme semble lui être commandé par sa conviction que le débat est terminé, que la thèse est prouvée. L'action curative de l'huile de foie de morue dans cette maladie, est réellement prodigieuse, dit M. Taufflieb ; on voit cette huile analeptique opérer chez la plupart des malades, même chez les plus misérables, une transformation complète, une véritable résurrection. A cette opinion, il faut opposer celle de M. Jules Guérin, qui déclare formellement n'avoir pas même obtenu l'apparence d'un succès. Si, en effet, le rachitisme provient d'une nourriture trop animalisée et anticipée, on s'expliquerait difficilement que l'huile de foie de morue, tonique analeptique par excellence au dire de M. Taufflieb, pût agir d'une manière favorable. Mais ce ne sont point ces conséquences *à priori* d'une doctrine qui a aujourd'hui cours dans la science, qui ont fait nier l'efficacité de l'huile de foie de morue dans le rachitisme : M. J. Guérin a expérimenté et n'a rien obtenu. La GAZETTE MÉDICALE a appelé les faits, et M. Taufflieb le premier a été admis à faire valoir dans ses colonnes (années 1837, 1839 et 1840) ceux qu'il pensait devoir présenter en faveur de ce médicament. Il nous a même rendu, à ce sujet, le service de nous initier aux importants travaux, trop ignorés chez nous, que les Allemands avaient entrepris sur ce point de la thérapeutique.

C'est à propos des caries scrofuleuses que l'expérience propre de M. Taufflieb est la plus étendue. Il a traité 21 malades, chez 13 desquels la carie était bien confirmée et ancienne ; or, de ces 13 malades, 10 ont guéri. Les 3 qui n'éprouvèrent qu'une amélioration passagère étaient des sujets avancés en âge. Sur ces 21 cas, dont 13 sont constitués par des caries confirmées, restent 8 individus affectés de simple tuméfaction scrofuleuse des os, plus ou moins ancienne, tous cas terminés par la guérison.

Assurément, s'il n'y a pas de méprise d'interprétation, de pareils faits sont bien dignes d'être pris en sérieuse considération ; et il faut, en toute occurrence, savoir gré à celui qui, dans l'intérêt de la science et de la pratique, se livre, comme M Taufflieb, à une étude éclairée et

consciencieuse, sans fracas et sans étalage, dans le seul but d'arriver à l'utile.

Au sujet de la phthisie pulmonaire, M. Taufflieb trouve les auteurs allemands en contradiction : l'un pense que l'huile de foie de morue réussit surtout dans la première période, un autre soutient que c'est au contraire dans la seconde ou même dans la troisième. M. Taufflieb professe que les indications sont plutôt subordonnées aux caractères de la maladie et du sujet, qu'aux périodes de la phthisie pulmonaire; la phthisie scrofuleuse et torpide est celle pour la cure ou le soulagement de laquelle on trouvera surtout un médicament sûr dans l'huile de foie de morue.

Mais enfin comment agit ce médicament? A-t-il des vertus électives, des propriétés spéciales? M. Taufflieh ne le pense pas; c'est un tonique analeptique bien supérieur aux autres toniques, en ce sens que ceux-ci ne font que redonner de la vigueur et de l'énergie à la fibre, à l'influx nerveux et au jeu des organes sans fournir de matériaux à la nutrition, tandis que l'huile de foie de morue livre, aux fonctions digestives et à l'assimilation, des matériaux qui profitent à la nutrition et amènent bientôt l'embonpoint, sans compter leur action tonique directe s'exerçant surtout sur les fonctions digestives qui deviennent elles-mêmes plus aptes à recevoir l'aliment et à en faire bénéficier l'organisme. L'huile de foie de morue n'agit ni par l'iode, ni par le phosphore, substances qui s'y trouvent en faible quantité et qui peuvent même manquer sans que le médicament perde ses propriétés thérapeutiques fondamentales; ce n'est ni un altérant, ni un spécifique, ni un résolutif, c'est un tonique analeptique et alimentaire. Il ressort des considérations semées çà et là par M. Taufflieb dans son travail, que l'huile de foie de morue ne guérit point les maladies diverses dans lesquelles il en vante l'emploi, en vertu d'une action spéciale et immédiate, mais en tonifiant, en fortifiant l'organisme qui entre bientôt ainsi dans de meilleures conditions pour la cure des vices ou affections dont il souffre. « Aussi a-t-on remarqué, dit l'auteur, que les maladies qui guérissent principalement par l'huile de foie de morue, sont précisément celles qui sont liées à un état de cachexie générale et que l'on ne peut espérer de guérir qu'en améliorant préalablement l'état général des malades. »

Voilà donc un premier point nettement établi : l'huile de foie de morue n'est point un médicament qui s'adresse à telle ou telle maladie, grâce à des vertus spéciales et électives; c'est un tonique.

Il reste une autre face du sujet à envisager : l'huile de foie de morue agit-elle en tant que produit particulier, auquel on ne peut en substituer un autre, ou bien toute huile, ou même tout corps gras aboutissent-ils aux mêmes résultats physiologiques et thérapeutiques? On sait que M. Trousseau donne tout simplement du beurre à ses petits malades, et qu'il en retire les mêmes bénéfices, notamment l'engraissement du sujet. Les succès de l'huile iodée, de l'huile phosphorée et d'autres préparations inventées dans le but d'obtenir un succédané, s'expliqueraient également bien dans cette supposition : du moment qu'un corps gras fait partie du médicament, on doit obtenir des effets analogues dans tous les cas.

Voici comment M. Taufflieb s'exprime à ce sujet : « Les propriétés médicamenteuses de l'huile de foie de morue ne doivent pas être attribuées principalement à l'iode; mais bien plutôt aux principes gras constitutifs de cette huile, et en partie aussi aux substances élémentaires de la bile provenant des foies des poissons qui servent à la préparation de cette huile animale. »

Ailleurs M. Taufflieb est plus explicite, car il admet les succès obtenus par MM. Martin Duncan et Roger Nun à Colchester avec l'huile d'amandes douces, ceux de M. Dubois en Belgique avec l'huile de pavot, de M. Bauer (de Tubingen) avec la même huile employée en frictions, enfin du docteur Pophen avec le lard à peine frit pris le matin à jeun. Ces aveux nous semblent bien significatifs : plusieurs de ces substances ne contenant ni iode, ni phosphore, ni principes de la bile, mais étant constitués par un corps gras, c'est évidemment à celui-ci qu'il faut rapporter l'action modificatrice.

Les débats soulevés par l'huile de foie de morue nous semblent avoir définitivement abouti à une découverte réelle : c'est celle de l'action physiologique des substances grasses sur notre économie qui, sous cette influence, subit une sorte d'entraînement qu'on peut utiliser pour la cure de certaines maladies accompagnées de maigreur et d'état cachectique. Il n'est pas indifférent d'employer, dans telle ou telle maladie, un produit animal gras ou un autre. Ainsi l'iode étant reconnu pour un antistrumeux et un résolutif des engorgements lymphatiques, l'huile iodée exercera sans contredit, dans de pareils cas, une action plus puissante qu'une huile ne contenant point ce métalloïde. Le phosphore et les extraits amers et toniques de la bile trouvent aussi leurs indications. On comprend, somme toute, que, dans les cas où il est indiqué *d'entraîner* l'individu et de lui fournir certains médicaments spéciaux, on doive recourir préférablement aux huiles iodées, iodo-phosphorées, aux huiles de foie de morue, de raie, de baleine, etc., qui portent ces agents spéciaux.

F. J.

VARIÉTÉS.

MOUVEMENT DU CHOLÉRA DANS PARIS ET DANS LES COMMUNES RURALES.

	Novembre...	10	11	12	13	14	15	16
Admissions aux hôpitaux	....	1	3	2	1	2	4	1
Cas déclarés à l'intérieur	....	0	1	3	3	0	1	1
Décès :	Dans les hôpitaux civils..	0	1	1	2	3	6	1
	— militaires..	0	0	0	0	0	0	0
	A domicile : 1er arrond...	0	0	0	0	0	1	0
	2e —	0	0	0	1	0	1	0
	3e —	0	0	0	1	0	1	0
	4e —	0	0	0	0	0	0	0
	5e —	0	1	0	0	0	0	0
	6e —	0	0	0	0	0	0	1
	7e —	0	0	0	0	0	1	0
	8e —	0	0	0	0	0	1	1
	9e —	0	0	0	0	0	1	0
	10e —	0	0	0	0	0	1	0
	11e —	0	0	0	0	0	0	0
	12e —	0	1	0	0	0	0	0
	Communes rurales.....	0	1	0	0	1	0	0

RÉCAPITULATION DES DÉCÈS CHOLÉRIQUES :

Novembre..	10	11	12	13	14	15	15
Dans les hôpitaux civils et militaires.	0	1	1	2	3	6	1
A domicile et dans les comm. rurales.	0	3	0	2	1	7	2
Totaux généraux des décès...	0	4	1	4	4	13	3

— Par décision du 6 novembre, le ministre de l'instruction publique et des cultes a arrêté la liste des candidats au concours d'agrégation qui doit s'ouvrir le 20 du même mois, devant la Faculté de médecine de Montpellier. Ces candidats sont : MM. Bernard, Faget, Jacquemet, Montet, Ricard, Farrat, Sanrel, Bouliech, Texier, Milliet, Garimond, Girbal, Cavalier et Rouzier-Joly.

Par décision du même jour, M. le ministre a également arrêté la liste des candidats inscrits pour prendre part au concours d'agrégation qui va s'ouvrir également le 20 novembre devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Strasbourg. Ces candidats sont : MM. Jacquemin, Schlagdenhauffen et Strobl.

On sait qu'aux termes du règlement du 6 février 1846, quatre professeurs de l'école sont juges de droit. Ces juges sont : MM. Oppermann, professeur de pharmacie; Kirschleger, professeur d'histoire naturelle médicale; Oberlin, professeur de matière médicale, et Loir, professeur de toxicologie et de physique.

M. le ministre, par arrêté du 8 novembre, a complété ensuite comme il suit l'organisation du jury de concours en nommant juges adjoints : M. Béchamp, agrégé de l'école; M. Rameaux, professeur de physique à la Faculté de médecine de Strasbourg, et M. Lereboullet, docteur en médecine, professeur de zoologie à la Faculté des sciences de la même ville. La présidence du concours est déférée à M. Oppermann.

— Le concours pour une place de médecin du bureau central vient de se terminer par la nomination de M. Xavier Richard, ancien interne des hôpitaux.

— On lit dans le COURRIER DE BOURGES :

« L'affection épidémique qui, depuis près d'un an, s'est produite successivement dans presque tous les départements, n'avait encore fait à Bourges que de très-rares victimes, et la santé publique s'était maintenue aussi satisfaisante que possible.

» Dans les derniers jours de la semaine passée une légère recrudescence de la maladie s'est manifestée dans quelques quartiers de la ville et dans la maison du Bon-Pasteur. »

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ORIGINE ET SIGNIFICATION DE LA CELLULE CANCÉREUSE.

(Cinquième article. — Voir les nos 42, 43 44 et 45.)

La discussion sur le cancer continue, et non sans fruit. On aurait pu croire, après le mémorable discours de M. Velpeau, la matière épuisée, ou du moins les points controversés éclairés autant qu'ils pouvaient l'être : nous avons heureusement été trompés. Une nouvelle face de la question restait à examiner : elle l'a été de la manière la plus heureuse, dans la dernière séance, par M. Delafond. Mais avant de nous occuper de l'argumentation très-importante du savant professeur de l'École d'Alfort, nous nous arrêterons quelques instants sur une lettre adressée, dans l'avant-dernière séance, par M. le docteur Mandl, lettre qu'on peut considérer comme le prélude de cette nouvelle phase de la discussion.

Jusqu'ici on a surtout approfondi le côté clinique et pratique de la question. Sans trop se préoccuper de la cellule cancéreuse en elle-même, de son origine et de son mode de formation, on l'avait acceptée en fait, et l'on se bornait à examiner jusqu'où l'observation et l'expérience confirment ses prétentions diagnostiques. La cellule cancéreuse étant admise en fait, on la décrivait, on la figurait, et à la faveur d'un certain accord sur son existence matérielle et ses apparences purement empiriques, on ne lui demandait aucun compte de son origine et de sa signification véritable. C'est que lorsque ses prétentions cliniques se sont trouvées suffisamment ruinées qu'on s'est avisé de la discuter en elle-même. Ce côté de la question ne pouvait guère être examiné par les cliniciens; quelque fondés qu'ils fussent par les seuls avertissements de l'induction, ils ne pouvaient guère s'arroger le droit de fouiller plus avant dans la morphogénie et la signification histologique de la cellule dite cancéreuse. Une fin de non-recevoir frappait d'avance de discrédit leurs plus sûrs aperçus. Des micrographes pouvaient donc seuls se charger de la besogne. Or c'est ce qu'ont entrepris, et ajoutons ce qu'ont exécuté avec le plus grand succès, MM. Mandl et Delafond. Pour n'avoir pas dit la même chose et n'être point partis des mêmes points de départ, ces deux habiles micrographes n'en sont pas moins arrivés aux mêmes résultats.

Pour M. Mandl, tous les tissus de l'organisme forment deux grandes séries : les tissus à cellules ou lamelles, les tissus à fibres. Suivant que la diathèse cancéreuse frappe l'un ou l'autre ordre de tissus, il y aura ou il n'y aura pas cellule cancéreuse, car cette cellule n'est qu'une conséquence pathologique de l'organisation physiologique. A l'aide de cette simple vue, on s'explique pourquoi certains cancers sont munis de la cellule caractéristique, et comment certains autres, tels que les fibro-plastiques, n'en offrent pas. Mais quand elle existe, d'où vient la cellule cancéreuse? M. Mandl n'est pas très-explicite à cet égard. Pour lui, la diathèse cancéreuse venant à frapper le blastème celluleux, ne change pas le caractère générateur de ses produits, mais imprègne ces produits seulement de son influence : d'où la cellule cancéreuse naîtrait de tout point du blastème celluleux, impressionné et comme fécondé par le vice cancéreux. La conclusion finale de M. Mandl est donc que la cellule cancéreuse n'est pas caractéristique du cancer; mais elle conserverait néanmoins un certain degré de spécificité par rapport aux cancers occupant les tissus à cellules. Cette doctrine, qui a l'avantage de s'adapter aux faits et d'éclairer sans la contredire l'observation clinique, n'allait pas assez au fond des choses. Elle était en quelque façon un compromis entre les micrographes et les cliniciens. Pourquoi en effet attribuer sans autre motif à la diathèse cancéreuse la faculté de produire la cellule cancéreuse, la cellule caractéristique, alors que l'on reconnaît en même temps que cette cellule résulté du caractère physiologique du tissu où elle siége, qu'elle n'est qu'un produit de la force génératrice normale de ce tissu. La logique et le bon sens ne s'accordaient-ils pas au contraire pour faire conclure que la cellule dite cancéreuse, puisqu'elle ne s'observe que dans les tissus à cellules, à l'exclusion des tissus qui n'ont pas cette faculté génératrice, n'est et ne peut être que la cellule physiologique plus ou moins impressionnée, modifiée, altérée par le vice cancéreux. C'est cette doctrine si simple et si naturelle qu'est venu développer M. Delafond avec autant d'esprit de suite que de sagacité.

Partant de la théorie cellulaire, qui établit que tous les tissus, depuis le végétal jusqu'à l'homme, affectent, dès les premiers rudiments de l'organisation, la forme celluleuse, commençant par un liquide amorphe, blastème, dans lequel se développent des cellules, M. Delafond établit que ces cellules, s'adaptant aux différentes conditions de milieu, de pression, de juxta-position et de rapports, sont susceptibles d'éprouver des modifications de forme, de dimension et de consistance subordonnées aux causes qui les influencent. Poursuivant cette proposition dans toutes les applications physiologiques dont elle est susceptible, le savant académicien arrive à se demander si la cellule pathologique est autre que la cellule physiologique, ou bien si elle ne serait qu'une transformation de cette dernière, modifiée par les causes morbides. Cette question trouve sa solution dans deux ordres de faits également concluants. M. Delafond a remarqué en premier lieu que toutes les cellules morbides offrent entre elles une très-grande analogie, sinon une véritable ressemblance; en second lieu, il a remarqué que les cellules pathologiques, très-peu différentes d'ailleurs des cellules normales, sont soumises, comme ces dernières, à toutes les modifications de forme, de texture et de consistance qui résultent des milieux où elles sont plongées. Et, en effet, notre savant collègue a mis sous les yeux de l'Académie une série de dessins représentant les cellules pathologiques grossies du cancer, des tumeurs fibro-plastiques, celles des liquides morbides, du pus, etc., dessins pour la plupart empruntés aux ouvrages des micrographes, et il a facilement prouvé que ces figures offrent entre elles de très-grandes analogies. Pour arriver à établir ces ressemblances, M. Delafond n'a pas choisi, il est vrai, les figures les plus dissemblables, et il a eu grandement raison en cela; car il lui suffisait de montrer que, dans certains cas, la cellule du cancer, par exemple, est presque identique à la cellule des tumeurs épithéliales, sauf à se rendre compte ensuite des influences secondaires de quantité ou de degré qui sont susceptibles de produire les grandes dissemblances. Cette manière de raisonner peut être critiquée par ceux qu'elle gêne ou qui n'en comprennent pas bien la portée, mais c'est la bonne, c'est la seule qui soit vraiment philosophique. Pour M. Delafond donc,

FEUILLETON.

L'ALCHIMIE ET LES ALCHIMISTES.

Il y a longtemps qu'on n'entendait plus guère parler dans le monde, et encore moins dans la science, de l'alchimie et des alchimistes. La philosophie hermétique et ses adeptes semblaient ensevelis pour jamais dans ce *sepulchrum* de l'histoire, où s'entassent successivement les productions mortes de l'esprit humain, comme dans les antiques nécropoles souterraines d'Égypte, les restes momifiés des races animales. Il se fait cependant de temps à autre des exhumations. Des esprits défiants veulent s'assurer si les cadavres enfouis dans ces oubliettes n'auraient pas, par hasard, conservé un germe latent de vie, et essayent même de les ranimer par quelque opération galvanique. On a vu ainsi s'opérer des espèces de résurrections curieuses, quoique, en général, éphémères, et se vérifier dans l'histoire des idées ce qu'Horace signalait dans celle des mots :

Multa renascentur quæ jam cecidere, cadentque
Quæ nunc sunt in honore.

Tel est, peut-être, sous son apparence purement historique et critique, le but du savant, ingénieux et très-intéressant volume de M. Louis Figuier (1), dont l'excellente Histoire des principales découvertes scientifiques modernes a obtenu un si grand et si légitime succès. Son nouveau livre a, indépendamment de son mérite intrinsèque, l'avantage de paraître à propos. Il signale et constate le mouvement singulier d'idées qui tend à remettre, je ne voudrais pas dire en crédit, mais du moins à l'étude, la plupart de ces doctrines et croyances mystérieuses dont se nourrissait la foi scientifique des siècles passés, et qu'on désignait sous le titre de *sciences occultes*. Le magnétisme animal, les tables tournantes, l'apparition des esprits frappeurs, sont des signes non équivoques de cette recrudescence. Ces sciences, ces arts, toujours contestés, niés, même au temps de leur plus grande vogue, souvent réprouvés par l'autorité religieuse, décriés ensuite, proscrits et rejetés au nom de la raison, comme un scandale de la science et la honte de l'esprit humain, semblent près d'obtenir une sorte de réhabilitation. On se demande s'il est probable que cet immense et long travail de l'intelligence humaine ait porté entièrement à vide et à faux. Assurément la longue durée de l'étude et de la pratique de ces arts, l'espèce d'acharnement avec lequel, en dépit de toutes les déceptions et malgré les démonstrations en apparence les plus irrésistibles, ils ont eu toujours et ont encore aujourd'hui même,

(1) L'Alchimie et les alchimistes, ou Essai historique et critique sur la philosophie hermétique. — In-12. — Paris, 1855, chez Lecou, 10, rue du Bouloi.

la cellule cancéreuse n'est autre, dans sa configuration la plus générale, que la cellule épithéliale, fibro-plastique, que la cellule du pus ancien, enfin, que la cellule physiologique.

Est-ce à dire que ces différentes cellules, analogues pour la configuration, soient identiques au fond? Non sans doute; mais, ainsi qu'on l'a dit plus haut, toutes ces cellules, modifiables et modifiées par par leur milieu ambiant, par les conditions qui impressionnent leur développement, suivent, dans les différents changements qu'elles subissent, les mêmes lois que la cellule physiologique. Ainsi, de même que dans la cellule végétale, dans la cellule animale physiologique, le contenu varie par l'effet d'une endosmose et exosmose continuelles qui font entrer et sortir successivement tous les liquides, toutes les substances : la matière sucrée, l'amidon, les liquides irritants toxiques, la fibrine, l'albumine, la graisse; de même la cellule pathologique s'imprègne et se pénètre des sucs ou éléments pathologiques qui l'environnent ou au sein desquels elle se développe. Donc, pour le *contenu* comme pour le *contenant*, la loi est la même : c'est l'unité variant sous l'influence de la diversité des milieux.

Ou nous nous abusons complétement, ou cette argumentation, nourrie de faits et d'aperçus ingénieux, a eu un véritable succès; elle est destinée à donner le coup de grâce au système de la cellule cancéreuse. Il ne s'agit pas, qu'on veuille bien le remarquer, du microscope ni des services qu'il peut rendre, mais de ses abus, de ses illusions, de ses applications erronées, de ses systématisations arbitraires, des doctrines, en un mot, qui sont en cause devant l'Académie. L'observation clinique avait prouvé que les inductions des micrographes étaient contredites par l'expérience; que leurs déterminations étaient fausses; que leurs principes étaient dangereux : l'observation micrographique, mais cette fois la véritable observation, est venue mettre le sceau à la victoire des cliniciens en mettant à nu l'inanité du système de la cellule cancéreuse, et en montrant le véritable rôle, le véritable caractère, la véritable signification de cette cellule Cette fois le microscope est battu par le microscope. Cela n'était pas absolument nécessaire au triomphe des idées que soutient la GAZETTE MÉDICALE. Pour les esprits qui voient les choses d'une certaine façon, la lumière était faite; on peut relire en effet ce que nous écrivions dans nos précédents articles pour voir jusqu'à quel point la science inductive peut quelquefois précéder et prévoir la science pratique. « Non-seulement, disions-nous (p. 672), » non-seulement il peut y avoir plusieurs sortes de cancers par rap- » port à leurs éléments spécifiques générateurs, mais le point de l'é- » conomie où ces éléments sont déposés, l'*organe*, le *tissu*, l'*appa-* » *reil* qu'ils envahissent, sont autant de conditions qui doivent faire » varier le produit matériel de la maladie, c'est-à-dire la tumeur, c'est- » à-dire le cancer. » Voilà pour le fait général de l'influence des conditions anatomiques des tissus sur la variabilité des caractères; mais voici encore pour la véritable signification de la cellule : « La » cellule cancéreuse, disions-nous dans notre avant-dernier numéro, » n'aurait aucune signification caractéristique; elle descendrait du » rang de signe ou de symptôme à celui de phénomène secondaire » accessoire, dont la raison d'être ne serait plus dans la cause spéci- » fique du mal, mais *se lierait à une de ses conséquences physiolo-* » *giques*, commune à d'autres maladies. » MM. Mandl et Delafond se sont chargés de développer et de démontrer la justesse de cette prévision. Nous ne supposions pas qu'elle dût obtenir une confirmation aussi complète et aussi rapide.

Il resterait, après les lumineuses explications de M. Delafond à déterminer définitivement la véritable place qu'occupe la cellule dite cancéreuse dans la caractérisation du cancer; la suite de la discussion y pourvoiera sans doute : à défaut de ce complément académique, la GAZETTE MÉDICALE ne renonce pas à y pourvoir.

JULES GUÉRIN.

PATHOLOGIE INTERNE.

PREUVES CLINIQUES DE LA NON-IDENTITÉ DU TYPHUS ET DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE (mémoire présenté à l'Académie des sciences, séance du 9 octobre 1854); par le professeur FORGET (de Strasbourg).

(Suite et fin. — Voir les numéros 42, 45 et 46.)

§ II. — DIFFÉRENCES BASÉES SUR L'ÉTIOLOGIE.

Je sais bien que, pour la presque universalité des praticiens actuels, la cause de la fièvre typhoïde ou de l'entérite folliculeuse est univoque : c'est toujours l'infection; mais en admettant même qu'il en soit ainsi, force nous est de reconnaître que les circonstances productrices du typhus et de la fièvre typhoïde ne sauraient être identiquement les mêmes, puisque d'abord ces deux affections diffèrent anatomiquement, comme nous l'avons vu; que, d'autre part, l'une est très-fréquente, tandis que l'autre est très-rare, et qu'enfin la fièvre typhoïde naît dans des circonstances où l'infection ne peut être déduite que par hypothèse, tandis que l'encombrement des individus est la cause nécessaire, flagrante, du typhus.

Mais pour nous il y a autre chose. Que la fièvre typhoïde naisse très-souvent de l'infection, c'est ce que je ne veux pas nier. Or nous venons de voir que le mode d'infection diffère de celui qui produit le typhus; mais en outre rien de ce que j'ai lu, entendu et observé depuis vingt ans que je médite sur cet objet, n'a pu me dissuader de l'idée que la fièvre typhoïde peut naître de causes variées, auxquelles l'infection est complétement étrangère : affections morales, écarts de régime, affections morbides diverses des solides et des liquides. Oui, l'entérite folliculeuse peut naître de causes locales, idiopathiques, portant primitivement leur agression sur le tube digestif : j'en appelle aux observateurs dégagés de préventions, qui tous ont vu la fièvre typhoïde procéder d'une indigestion, d'un excès dans le régime, d'un purgatif hors de propos, d'un simple embarras gastrique, d'une diarrhée primitive; j'en appelle à ceux qui ont vu des hémorrhagies intestinales, des péritonites par perforation se produire inopinément chez des individus placés dans les conditions d'aération les plus favorables, et qui n'offraient, avant ces accidents, aucun symptôme appréciable de fièvre et d'état typhoïde. Nier ces faits, c'est fermer les yeux à la lumière; c'est nier la science elle-même qui admet des fièvres typhoïdes *latentes*, c'est-à-dire sans fièvre et sans état typhoïde,

---

pour quelques esprits, un invincible attrait, sont faits pour étonner. Et ce n'est pas diminuer la surprise que de dire, avec le gros des savants et des sages, que l'erreur a pour l'homme un charme particulier, et que c'est à déraisonner qu'il emploie le plus volontiers sa raison. De tous les mystères de la psychologie; cette espèce de folie normale serait certes le plus inexplicable.

Quoi qu'il en soit, il faut convenir qu'à l'endroit des sciences occultes, et en particulier de l'alchimie qui en était la branche mère, l'esprit humain s'est comporté de manière à mettre contre lui au moins toutes les apparences; il semble, sur ce terrain, avoir invariablement tourné autour de ces deux pôles : l'absurde et l'impossible. Ceci explique la prodigieuse activité, l'ardeur dévorante, la constance inébranlable des adeptes de ces arts et de ces doctrines plus ou moins chimériques. C'est qu'en effet l'homme déploie en toutes choses d'autant plus d'efforts que le but qu'il se donne est plus difficile à atteindre, et lorsque ce but est, comme il arrive souvent, impossible, il n'y a plus de terme ni de mesure assignables à ses recherches.

Oui, c'est dans la poursuite de l'impossible, ou de ce qui paraît tel dans des conditions données, que l'activité de l'esprit acquiert son *summum* d'énergie et d'intensité. C'est lorsque son idéal, spéculatif ou pratique, est placé à une hauteur inaccessible, qu'il marche avec le plus d'ardeur à sa conquête. Pour les alchimistes, cet idéal de la science et de la puissance humaines était, comme on le sait, la transmutation des métaux, et, par suite, la faculté de *faire de l'or*; l'or ! le plus précieux de tous les biens, puisqu'il procure tous les autres, et qui, dans un sens plus élevé, était considéré comme la plus pure, la plus parfaite des substances matérielles, comme le chef-d'œuvre de la nature, et doué, à ce titre, de propriétés merveilleuses, telle, que celle de guérir tous les maux et de prolonger la vie. C'était la découverte et la possession de ce secret qui constituait le *grand œuvre*, c'est-à-dire l'œuvre par excellence, celle qui manifeste au plus haut degré la puissance intellectuelle de l'homme, et par laquelle il peut régner en maître sur la nature et sur ses semblables. Dans les idées traditionnelles des alchimistes, cette transmutation des métaux s'opérait au moyen d'une substance particulière, qui, mêlée dans de certaines proportions aux métaux vils, tels que le plomb, le cuivre, le mercure, les transformait immédiatement en métaux précieux, l'argent ou l'or. C'est cette substance, décorée des noms fameux de grand *magistère*, du *menstrue* universel, de *poudre de projection*, et de *pierre philosophale*, qui était l'objet des infatigables recherches, des labeurs incessants des poursuivants du grand œuvre. Quelques-uns, de loin en loin, se sont flattés de l'avoir trouvée, et les fastes de l'alchimie rapportent des faits de transmutation, entourés de conditions de crédibilité assez rigoureuses pour embarrasser beaucoup la critique. Mais le prétendu secret était aussitôt perdu que trouvé, et la masse des travailleurs recommençait sur de nouveaux frais, avec une abnégation et une ardeur aussi dignes d'admiration que de pitié, cette recherche toujours déçue et jamais désespérée. La mort seule, après une longue suite de misères, de souffrances, de persécutions, pouvait mettre un terme à cette lutte fiévreuse et héroïque; et l'adepte vieilli, épuisé par les veilles et par la faim, expirait, l'œil encore fixé sur ses fourneaux, ne regrettant, au moment suprême, que la perte du petit nombre de jours, d'heures, peut-être, qui allaient lui manquer pour la perfection de son œuvre.

c'est-à-dire des entérites folliculeuses pures, *primitives*. Le mot est de MM. Louis, Cruveilhier et autres.

Quoi qu'il en soit, ce n'est point ainsi que débute le typhus : jamais on ne l'a vu se produire isolément et dans des conditions atmosphériques régulières; toujours il éclate parmi les grandes agglomérations d'hommes privés de soins hygiéniques, spécialement en ce qui concerne le renouvellement de l'air : si bien qu'on peut positivement la produire ou l'arrêter à volonté, en changeant ces conditions.

La fièvre typhoïde est souvent sporadique, taudis que le typhus est toujours épidémique.

Donc, pour la fièvre typhoïde, causes probablement multiples, variables, souvent obscures et douteuses; pour le typhus, cause unique, constante, incontestable et flagrante.

§ III. — DIFFÉRENCES BASÉES SUR LES SYMPTÔMES, LA MARCHE, LA DURÉE, ETC.

De par l'aspect général extérieur, la fièvre typhoïde grave et le typhus se ressemblent extrêmement; mais si l'on y regarde de près, on verra qu'il existe pourtant certaines différences.

Dans l'entérite folliculeuse, l'état typhoïde n'est pas constant, et le plus souvent il est secondaire; dans le typhus, et c'est là un caractère très-important, à mon avis, la stupeur, la prostration existent dès l'invasion, accusant ainsi une cause générale, primitive, une intoxication puissante, qui est loin de se révéler toujours au début de la fièvre typhoïde.

Dans la fièvre typhoïde, les symptômes gastro-intestinaux sont plus constants, plus primitifs en quelque sorte; car ils existent quelquefois seuls, et il est infiniment rare de rencontrer des entérites folliculeuses qui, dès le début, n'offrent pas l'état saburral, pointillé, rosé de la langue, le gargouillement, la douleur de la fosse iliaque droite, la diarrhée ou la constipation, etc. Les autres symptômes peuvent dominer ceux-ci, mais ne les absorbent presque jamais complétement, tandis que dans le typhus, surtout au début, la langue est assez souvent humide, plate et blanche; l'abdomen est exempt de météorisme et de douleur, et la défécation n'est pas sensiblement altérée. Il est cependant vrai que, dans bien des cas, les symptômes gastro-intestinaux simulent parfaitement ceux de l'entérite folliculeuse.

Les symptômes déduits des autres appareils sont accessoires et inconstants dans l'une et l'autre maladie. Le typhus et la fièvre typhoïde peuvent être violemment fébriles ou complétement apyrétiques; l'un et l'autre peuvent offrir ou non des symptômes pectoraux.

Peut-être faudra-t-il faire exception pour les taches rosées lenticulaires de la peau, qui sont réputées propres à la fièvre typhoïde; mais il n'est pas prouvé qu'elles ne puissent se produire dans le typhus, et souvent elles font défaut dans l'entérite folliculeuse, à laquelle, d'ailleurs, il paraîtrait qu'elles n'appartiennent pas exclusivement. J'admets surtout qu'elles constituent peut-être le meilleur symptôme différentiel.

Quant à la marche, celle de la fièvre typhoïde est généralement plus lente, plus régulière, plus graduée en quelque sorte. Il est évident que, dans les cas les plus simples, c'est-à-dire sans notables complications, cette évolution uniforme est en rapport avec le développement des lésions intestinales elles-mêmes. Dans le typhus, c'est différent : le mal acquiert dès le début sa plus grande intensité; puis il oscille, il varie ou s'aggrave inopinément; l'ataxie, en un mot, lui est plus inhérente qu'à la fièvre typhoïde. C'est que, dès l'origine du typhus, l'intoxication impressionne vivement le système nerveux, et les accidents ultérieurs dépendent beaucoup des localisations variables qui viendront à se produire.

La durée présente aussi, dans les deux maladies, des caractères différentiels assez tranchés : tandis qu'il est généralement admis que la fièvre typhoïde confirmée parcourt ses périodes avec une lenteur et une sorte de régularité quasi-fatales, le typhus, au contraire, s'amende ou s'aggrave subitement, et parfois, en dépit de la gravité des symptômes, marche à la guérison avec une rapidité surprenante. L'explication de ces phénomènes git encore dans la préférence ou l'absence de l'entérite folliculeuse ulcérée, laquelle nécessite toujours un temps plus ou moins long pour se cicatriser. Ainsi, pour le typhus, la durée pourra varier en raison des complications variables qui viendront à se produire, sans en exclure l'entérite folliculeuse elle-même.

§ IV. — DIFFÉRENCES BASÉES SUR LE TRAITEMENT.

Quels que soient les efforts incessamment renouvelés de nos jours pour trouver le remède spécifique, univoque, ou du moins le plus efficace de la fièvre typhoïde, une cruelle expérience amène définitivement la plupart des praticiens sages à tomber d'accord sur ce principe, que la thérapeutique de cette affection doit varier rationnellement et nécessairement suivant l'exigence et la diversité des cas particuliers, selon que vient à dominer tel ou tel élément : la saignée et les purgatifs, le chlore et les mercuriaux, le musc et le quinquina, etc., trouvent leur application chacun en temps et lieu. Mais un point sur lequel on paraît moins s'accorder, bien qu'il soit capital, à mon avis, c'est la nécessité de ménager le tube digestif ulcéré; bref, d'avoir égard à l'entérite folliculeuse, dont on se fait aujourd'hui une espèce de point d'honneur de ne tenir aucun compte. Cette sorte de bravade, à l'endroit d'un élément aussi grave et d'une importance aussi manifeste, n'est, j'en suis convaincu, chez la plupart des praticiens instruits, mais timorés, que la crainte de prêter au ridicule, à la critique passionnée, en s'inservant contre la mode et les idées réactionnaires de l'époque. Toujours est-il que si l'on suit attentivement la pratique des observateurs les plus expérimentés et les plus éminents de notre temps, on y découvre une tendance tacite à repousser les stimulants en général, et particulièrement les modificateurs violents du tube digestif. Cette espèce de compromis entre leur conscience et leur obséquiosité pour les idées régnantes se trouve formulée dans la prééminence qu'ils sont convenus d'accorder à ce qu'on appelle assez fausement la méthode expectante, laquelle n'est, en réalité, que la méthode antiphlogistique, moins les saignées. J'ai si souvent été témoin des désastres subits occasionnés par ce mépris des lésions intestinales, par cette médecine de *casse-cou* dont on se glorifie aujourd'hui, que je ne crains pas de braver encore une fois l'anathème général, en posant en principe la nécessité de prendre en grande considération l'état de l'intestin. Combattre les symptômes de la fièvre typhoïde, sans perdre

---

C'étaient des fous, dit-on! soit. Mais que veulent et que font en définitive les sages? N'est-ce pas aussi au *grand œuvre* que travaille toujours sans le savoir, l'esprit de l'homme dans toutes les voies ouvertes à son activité. Toutes les sciences ont aussi un idéal, dont la poursuite est le mobile secret de leur marche non interrompue. Toutes ont pour fin dernière un résultat impossible, car ce résultat, théorique ou pratique, étant sans cesse repoussé dans le lointain de l'avenir, ne peut, quoique supposé réalisable en principe, jamais être atteint en fait. Le progrès indéfini dont elles se vantent avec un si juste orgueil, est en même temps le signe et la preuve de leur vanité et de leur impuissance; car tant qu'on marche on n'est pas arrivé, et si on doit marcher toujours, évidemment on n'arrivera jamais. Chaque science a donc sa *pierre philosophale*. La chimie, si fière de ses conquêtes, poursuit, sans s'en douter peut-être, au point de vue mécanique, la découverte des derniers ou premiers éléments de la matière. Et c'est là un grand Arcane.

La physique, procédant de même, au point de vue dynamique, cherche au milieu de ses impondérables la force unique et primitive qui pénètre tous les corps et règle leurs actions. Arcane!

La médecine veut ou doit vouloir, comme science, pénétrer le mystérieux mécanisme de la vie, et, comme art, conjurer la mort. Arcane!

La politique a pour but transcendant la *paix perpétuelle*, la *liberté*, l'*égalité* absolues, le *bonheur commun*. Arcane!

La psychologie cherche le *siége de l'âme* et le moyen d'union entre l'esprit et la matière. Arcane!

La théologie doit, entre autres problèmes, accorder la prescience divine avec la libre de l'homme, la miséricorde de Dieu avec sa justice, etc., etc. Arcane!

La logique est encore à la recherche du *criterium* de la vérité. Arcane!

L'astronomie s'épuise à nombrer les innombrables corps célestes, à chercher de soleils en soleils, d'étoiles en étoiles, de systèmes d'étoiles et de soleils en systèmes de soleils et d'étoiles, le point idéal unique autour duquel tournent les mondes. Arcane!

La géologie prétend déterminer, *ab ovo*, le mode de formation du globe terrestre, et par extension celui des globes célestes. Arcane!

L'Anthropologie agite le problème de l'origine de l'homme et de l'unité ou de la diversité des races humaines. Arcane!

Les mathématiques mêmes, ce domaine privilégié de la certitude, ont aussi leur côté *occulte*. Combien d'adeptes en ce genre ont cherché, cherchent et chercheront le *mouvement perpétuel*, la *quadrature du cercle*, le *rapport de la diagonale au côté du carré*, quoique démonstrativement introuvables, ou plutôt parce qu'ils sont introuvables! Arcane!

Enfin l'idéal de la science en général, de la science des sciences, la philosophie, est la connaissance absolue du principe et de la fin des choses, le système d'explication universelle. Arcane des Arcanes!!!

On voit que l'esprit humain ne met, en aucun genre, des bornes à son ambition, qu'il embrasse toujours et partout plus qu'il ne peut étreindre; qu'il est essentiellement et naturellement alchimiste. Mais c'est précisément cette tendance instinctive à la solution de l'insoluble, à la réalisation de l'impossible, à la connaissance de l'inconnaissable, qui le tient sans cesse en éveil, le porte

de vue le tube digestif; me paraît donc être le précepte capital dans le traitement de cette maladie.

Or ce précepte absolu n'existe plus pour le typhus, où la lésion intestinale n'est qu'éventuelle : pour le typhus cérébral, le typhus pectoral, voire même le typhus abdominal, en tant qu'on a lieu de supposer que la lésion abdominale n'est pas l'entérite folliculeuse. Ici le praticien peut appliquer en liberté de conscience la médecine des symptômes, sans avoir à redouter d'exaspérer des ulcérations.

Si la variété des déterminations locales est le caractère particulier du typhus, il s'ensuivra que nous pourrons et devrons varier les médications selon la physionomie des cas particuliers. Ceci peut expliquer la multiplicité des médications qui, selon l'occurrence, ont pu réussir entre les mains des observateurs des diverses épidémies. Toujours est-il que les médications actives, celles même qui s'exercent sur le tube digestif, peuvent trouver dans le typhus des indications rationnelles, sans rencontrer cette permanente contre-indication de l'entérite folliculeuse qui limite sensément les hardiesses thérapeutiques appliquées à la fièvre typhoïde.

Autre considération : les rares praticiens qui tiennent compte de la lésion intestinale dans la fièvre typhoïde, opposent aux médications soi-disant héroïques et promptes, comme toute médication héroïque prétend l'être, opposent, dis-je, l'impossibilité de juguler des plaques de Peyer gangréneuses et des ulcérations. C'est une singulière contradiction, en effet, que, d'une part, cet aveu relatif à la durée nécessairement longue de la fièvre typhoïde confirmée, et, d'autre part, ces prétentions sans cesse renouvelés d'abréger considérablement le cours de cette maladie, au moyen de tel ou tel agent plus ou moins spécifique! Est-ce que l'ulcération qui explique la durée n'exclut pas par cela même la rapidité de la solution par un remède quelconque ?

Eh bien! pareil fatalisme n'existe pas pour le typhus. En tant que résultant d'un agent toxique susceptible d'une élimination plus ou moins prompte, ou bien en tant qu'affectant certains organes dont les lésions peuvent se résoudre plus ou moins promptement, le typhus peut guérir avec plus ou moins de rapidité, se modifier notablement, en bien comme en mal, d'un jour à l'autre, ce qui est organiquement à peu près impossible pour l'entérite folliculeuse confirmée; d'où les chances de rencontrer des remèdes susceptibles, sinon de juguler le typhus, au moins de hâter considérablement sa solution. Ces données de la théorie sont confirmées par les faits, et l'on a vu chez quelques-uns de nos malades les états les plus graves perdre leur formidable aspect pour ainsi dire du jour au lendemain. Du reste, pas plus que pour la fièvre typhoïde, nous ne possédons le spécifique du typhus. On a pu même remarquer la similitude du traitement que nous avons appliqué à l'un et à l'autre. C'est qu'en effet l'appareil symptomatique étant à peu près le même dans l'un et dans l'autre cas, l'induction conduit rationnellement à l'emploi des mêmes moyens. Néanmoins, comme conséquence de ce qui précède, on conçoit que l'émigration aura plus d'influence curative sur le typhus, en faisant cesser l'action toxique plus évidente, plus active que dans la fièvre typhoïde, et en plaçant les organes généralement, mais superficiellement affectés, dans les conditions d'une guérison prompte, par le fait même de la soustraction de la cause, tandis que l'entérite folliculeuse de la fièvre typhoïde, une fois arrivée à la période de gangrène ou d'ulcération, parcourt nécessairement une lente évolution, quel que soit le milieu où vous placez le malade; ce qui n'exclut pas la nécessité de l'aération dans l'un comme dans l'autre cas.

Je n'ai voulu qu'effleurer les nombreuses et graves considérations relatives à ce sujet important et nouveau. Il me suffit d'avoir démontré surabondamment, je le crois, la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde, déduite des principaux éléments de ces deux maladies. Je ferai seulement remarquer, en terminant, que les preuves multiples produites à l'appui de cette vérité relèvent toutes, plus ou moins directement, d'un fait capital : l'absence dans un cas, la présence dans l'autre, de la lésion intestinale dite entérite folliculeuse; causes, symptômes, marche, durée, traitement, tout découle de l'élément anatomique et proclame une fois de plus l'importance si aveuglément contestée, si malheureusement méconnue de cet élément. Aussi lorsque la localisation dans le typhus se traduit, comme il advient assez souvent à ce qu'il paraît, en une entérite folliculeuse, est-il difficile, impossible même de la distinguer de la fièvre typhoïde, après comme avant la mort. C'est ce qui justifie la thèse habilement soutenue par M. Gaultier de Claubry; mais ce n'est là qu'un aspect particulier, accidentel de la maladie, et l'épidémie que nous avons eu le triste, mais heureux et rare privilége d'observer, fût-elle le cas exceptionnel, n'en établit pas moins d'une manière péremptoire et désormais irrécusable, j'ose l'espérer, que TYPHUS et FIÈVRE TYPHOÏDE SONT DEUX AFFECTIONS RADICALEMENT DIFFÉRENTES.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

MÉMOIRE SUR LES PROPRIÉTÉS ANTINÉVRALGIQUES DE L'ACONIT; par M. A. IMBERT-GOURBEYRE, professeur suppléant à l'École préparatoire de médecine de Clermont-Ferrand.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

NÉVRALGIE SCIATIQUE.

OBS. VIII. — Léger Gaidier, 24 ans, garçon fort et vigoureux, scieur de long; entré à l'Hôtel-Dieu de Clermont, le 6 septembre 1854.

Atteint de sciatique du côté droit depuis dix-huit mois; il en attribue la cause à un refroidissement. Son état s'est singulièrement aggravé depuis le mois d'avril. Auparavant il souffrait et boitait, sans être obligé de marcher avec des béquilles. Depuis la recrudescence de son mal, Léger Gaidier est resté plus de trois mois sans pouvoir monter dans son lit, obligé de s'étendre sur un matelas à terre. Il lui était impossible de fléchir la cuisse sur le bassin, et il ne pouvait s'asseoir que sur le bord d'une chaise et sur la fesse gauche. Souffrances nocturnes plus considérables; le malade était souvent obligé de passer les nuits debout. La jambe enflait souvent, et il ne pouvait entrer le pied dans son sabot.

La douleur a toujours existé en arrière du grand trochanter, au bas de la fesse, augmentant aux changements de temps.

On l'a envoyé à l'hospice du mont Dore pour y prendre les eaux. Pendant dix-huit jours, il y a pris des bains et des douches à vapeur sans aucun résultat notable.

Il quitte le mont Dore pour entrer à l'hôpital de Clermont, se traînant sur

---

en avant et le soutient dans sa course. L'adage *ignoti nulla cupido* n'est pas vrai: Loin de là, les aspirations les plus vives dans la science, comme dans les choses de la vie, ont pour objet un inconnu. Dans les sentiments comme dans les idées, dans la spéculation comme dans l'action, l'homme obéit plutôt à des tendances vagues et générales qu'à la vue nette d'un but fixe et déterminé. Il prend, à son insu et sans le vouloir, une direction, comme l'aiguille aimantée; et il va dans ce sens aussi loin que ses forces le lui permettent; il sait dans quelle direction il doit marcher, mais il ne sait jamais précisément où il va.

Ceci admis en gros, avec les réserves que chacun peut y mettre, on sera peut-être disposé à l'indulgence, et même à un certain respect, à l'égard de l'alchimie et surtout des alchimistes. Ces motifs de justification pourront ne pas paraître les meilleurs, car ils constituent, pour la majorité peut-être des gens éclairés et sensés, le principal grief contre cette pseudo-science et ses adeptes. On pourrait les amnistier par des raisons moins contestables, en montrant, comme l'a fait en parfaite connaissance de cause M. Figuier, les services qu'ils ont rendus à la chimie légitime, qui est née dans leurs fourneaux et qui leur doit même, au point de vue théorique, plus qu'elle ne sait et qu'elle n'avouerait: Le travail de M. Figuier, nourri de faits et d'exemples, ne laisse rien à désirer sous ce rapport. Mais nous avouons que ce n'est pas ce côté de leur histoire qui nous a le plus frappé. Leurs travaux, leurs découvertes de détail, leurs expériences positives, n'intéressent qu'une branche assez mince de science, tandis que le côté moral, la physionomie intellectuelle, la manière de penser et d'agir de ces hommes intéresse l'étude de l'esprit humain. Il paraît que M. Figuier s'est involontairement laissé prendre lui-même à ce genre d'intérêt, car une grande partie de son livre est consacrée au récit de la vie des principaux adeptes, récits curieux, animés, attachants, et auxquels le talent de l'écrivain a su donner, sans sortir de l'exacte vérité historique, la forme et le coloris d'une œuvre d'imagination.

Tout n'est pas beau, certes, dans cette histoire. On y rencontre à chaque pas force charlatans, force jongleurs; un grand nombre de ces aventuriers scientifiques n'ont été que des chevaliers d'industrie. Cela doit être. Cependant la plupart de ces bohémiens avaient bien commencé : c'est l'amour pur de l'art, la soif du savoir, qui les avaient d'abord enrôlés dans la confrérie des Souffleurs; les déceptions, la misère les ont ensuite dégoûtés, et alors, spéculant sur la crédulité des hommes, ils ont eu recours à la fraude et au mensonge. Souvent à ce métier-là aussi on commençait par être dupe, et on finissait par être fripon. Mais en revanche, quoi de plus intéressant, de plus digne d'admiration et de respect, de plus touchant que la vie et la mort de quelques-uns de ces héros de la science hermétique! nous dirions mieux, de ces martyrs, car leur carrière était semée de périls de tout genre. La plupart ont subi les privations, la pauvreté, la haine et la défiance; ils ont été emprisonnés, torturés, assassinés, et un grand nombre ont fini leur misérable vie pendus à un gibet, revêtus d'une chemise en papier doré de clinquant.

Qui n'admirerait, par exemple, la vie si curieuse et si agitée de l'adepte connu sous le nom de Denis Zachaire? Né en 1510, de parents nobles, en Guyenne, il fait ses études dans le collége des Arts, à Bordeaux. Son précepteur était un philosophe hermétique qui lui donna le goût de l'alchimie. Dès ce moment il

deux grandes béquilles. Le membre inférieur droit est considérablement amaigri; il n'y a pas d'enflure. Impossibilité de fléchir la cuisse sur le bassin; genou roide et douloureux dans les mouvements de l'articulation; souffrances notables dans le membre, même à l'état de repos.

Le seul traitement antérieur qu'ait suivi le malade, ce sont les eaux du mont Dore. Il est mis immédiatement à l'usage de l'aconit, 10 gouttes d'alcoolature dans un véhicule de 100 grammes, à prendre en quatre doses tous les jours.

Dès la première quinzaine, amélioration considérable; il peut fléchir entièrement la cuisse sur le bassin, et la jambe sur la cuisse, sans éprouver de douleurs.

Le malade ne souffre à la hanche que lorsqu'il marche; assis et dans le repos, souffrances nulles.

Le traitement par l'aconit a été continué jusqu'à la mi-octobre. A cette époque, le malade ne se plaint que de faiblesse dans la jambe. Depuis un mois il ne marche plus qu'avec une béquille et une canne; il se promène toute la journée, enchanté de la liberté de ses mouvements. Il a mesuré lui-même, à plusieurs reprises, sa cuisse avec un fil, et constaté que l'amaigrissement a considérablement diminué.

Le malade réclame des bains de vapeur pour achever sa guérison. Il était encore à l'hôpital le 1er novembre.

SCIATIQUE.

Obs. IX. — Femme Hybertie, de Saint-Jean-des-Ollières, 45 ans, entrée le 11 août 1853.

Prise de sciatique du côté droit depuis cinq mois et demi, avec claudication.

Pendant les huit premiers jours, la malade prend quotidiennement, en quatre doses, une potion avec 10 gouttes d'alcoolature d'aconit; elle ne se trouve nullement soulagée; sa jambe est toujours froide comme une glace. Elle a éprouvé pendant la nuit des chaleurs générales et quelques sueurs partielles.

Le 21, 20 gouttes d'alcoolature par jour.

Le 25, la malade se trouve mieux depuis trois jours; les douleurs sont moins fortes et la marche est plus libre; sueurs partielles toutes les nuits; jambe moins froide. (Même traitement.)

Le 31, la malade prend 30 gouttes d'alcoolature depuis deux jours; elle continue à aller mieux; sueurs considérables pendant la nuit. Au moment de la visite du matin, la peau est toute moite. (Même traitement.)

Le 3 septembre, il survient une forte fièvre; la face est rouge, vultueuse; les yeux injectés, animés et larmoyants. C'est bien là la fièvre inflammatoire dans sa forme la plus pure. On cesse l'aconit dès le 4.

Le 5 et le 6, la fièvre continue en déclinant; la face est moins vultueuse; un peu de sueur pendant la nuit. Il survient un herpes labialis.

La fièvre disparaît le 7.

Sortie guérie dans les premiers jours d'octobre.

Cette observation, outre le fait thérapeutique, est remarquable par le développement de la fièvre inflammatoire survenue sous l'influence de l'aconit dans le cours du traitement. Ce sont là de ces faits, et il en existe beaucoup d'autres, qui prouvent que l'aconit a le pouvoir de produire la fièvre, et qu'il est loin, à l'état physiologique, d'être un hyposthénisant, comme le veut l'école italienne.

J'ai dit en commençant que l'aconit avait la propriété de combattre en général l'élément douleur, en dehors même du cercle restreint des névralgies. Pour mieux faire comprendre ma pensée, je vais citer l'observation suivante :

Obs. X. — Hippol. Duport, du 3e hussard, 19 ans, tempérament sanguin. Sujet fort et vigoureux; entré à l'hôpital le 19 septembre 1853.

Le 17, pris de diarrhée depuis deux ou trois jours, le malade se met au lit avec fièvre et fortes coliques.

Entré le 19 au soir, avec fièvre considérable et douleur excessive du ventre exagérée par le moindre toucher. L'interne de garde croit à une péritonite. (Application de 12 sangsues sur l'abdomen.)

Le 20 au matin, je vois le malade pour la première fois. Il n'y a pas eu de soulagement avec les sangsues; fièvre forte; face injectée et vultueuse; langue chargée. Le ventre n'est point ballonné, mais il est excessivement douloureux à la pression. Anxiété et agitation; du reste, pas de vomissements, pas d'évacuations ni de face grippée. Je soupçonne, d'après l'ensemble des phénomènes, une fièvre typhoïde au début. (Boissons acidulées; cataplasme de farine de lin sur le ventre; lavement émollient.)

Le 21, même état, pas de soulagement; la douleur est toujours très-vive et localisée aux parois de l'abdomen. (Potion avec 30 gouttes d'alcoolature d'aconit, une cuillerée toutes les heures.) Soulagement immédiat dès les premières cuillerées.

Le 22, la douleur est tombée, ainsi que la fièvre. Il n'existe plus qu'un peu d'endolorissement à l'abdomen. Le malade a beaucoup uriné pendant la nuit. (Même traitement; bouillons.)

Le 23, apyrexie; plus d'endolorissement au ventre. On peut le palper impunément.

Je suis véritablement étonné d'avoir vu disparaître aussi promptement cet appareil fébrile considérable accompagné d'une douleur abdominale aussi vive.

Le malade n'a pas eu pour ainsi dire de convalescence.

Sorti dans les premiers jours d'octobre.

Quel que soit le diagnostic que l'on porte en tête de l'observation précédente, soit qu'on la considère comme un rhumatisme des parois abdominales, ou qu'on l'interprète par une autre affection, il n'en est pas moins vrai qu'à l'élément fébrile se joignait l'élément douleur qui, par sa vivacité, réclamait un traitement direct; or, dans ce cas, l'aconit paraît avoir eu un succès incontestable et rapide.

Tous les jours on voit des affections fébriles indéterminées qui sont souvent accompagnées de douleurs locales intenses; d'autres fois, ce sont des courbatures, des fièvres éphémères, de simples fièvres inflammatoires, quelquefois même des fièvres typhoïdes au début, qui sont escortées par accident de douleurs partielles très-vives; or, dans ces cas, il m'est arrivé maintes fois de combattre efficacement ces douleurs par l'aconit. En outre, cette médication est une ressource d'autant plus précieuse en ces circonstances, qu'elle s'adresse en même temps à l'élément fébrile, contre lequel elle agit aussi directement.

Boerhaave, et ses disciples Van Swieten et Stoll, ont longuement disserté sur les phénomènes principaux des fièvres, le vomissement fébrile, la soif, la chaleur fébrile, etc. Ils auraient dû également consacrer un chapitre à la douleur fébrile, qui cède si bien, dans une foule de circonstances, à l'aconit. Je me trouve complétement d'accord sur ce point avec le médecin anglais Fleming, qui conseille ce médicament dans ce qu'il appelle les douleurs générales de la fièvre, comme on le verra plus tard.

On sait aussi que l'aconit a été appliqué avec succès par Barthez, Biett et Delpech, dans le cas de douleurs invétérées syphilitiques. Si on ajoute à cela toutes les douleurs rhumatismales et goutteuses, contre lesquelles l'aconit a été si souvent et si utilement employé, on com-

---

ne songea plus à autre chose. Envoyé à Toulouse pour étudier le droit, il ne s'occupe qu'à essayer les recettes qu'il avait apprises à Bordeaux. Sa chambre se remplit bientôt de fourneaux et de creusets, et au bout d'un an deux cents écus sont dissipés en fumée. Son précepteur et son guide dans la recherche du grand œuvre meurt auprès de lui d'une fièvre contractée au feu de ses fourneaux. Attristé de cette perte, mais non découragé, Zacharie, dont le père était mort, va dans son pays pour prendre possession de ses biens; il en afferme une partie pour trois ans, moyennant 400 écus, et s'empresse de retourner à Toulouse pour les appliquer à l'exécution d'une *recepte* infaillible qu'un Italien lui avait enseignée. L'opération manque, et l'Italien lui escroque encore 20 écus; sous prétexte d'aller à Milan chercher des éclaircissements auprès de l'auteur de la recette. Une épidémie le chasse de Toulouse; il va à Cabors, et là il trouve un vieil adepte qu'on appelait le Philosophe. Il lui demande des conseils, et de retour à Toulouse, six mois après, il recommence ses expériences et voit diminuer d'autant ses écus. Il fait ensuite connaissance avec un riche abbé qui s'occupait d'alchimie. Ils s'associent pour la mise en pratique d'un procédé reçu de Rome. Il s'agissait de faire bouillir un mélange de certaines substances pendant un an. L'année terminée, on ôte du feu le précieux menstrue, qui, essayé, se trouve être un agent tout à fait inerte. Ce nouvel échec, loin de l'abattre, l'exalte. Il part avec de nouveaux écus, fournis en partie par l'abbé, pour Paris, dans l'intention de recourir aux lumières des grands maîtres en hermétisme qui s'y trouvaient alors. Il se lie bientôt avec un certain nombre d'adeptes. Leur rendez-vous était dans l'église de Notre-Dame; c'est là qu'ils se réunissaient pour se communiquer leurs projets et leurs idées. Zacharie ouvre sa maison à quelques-uns d'entre eux, et on y tient des conférences suivies sur le grand œuvre. Un Grec lui communique un secret qui ne vaut pas mieux que tous ceux qu'il a déjà essayés; puis il s'associe à une espèce de gentilhomme étranger, venu du Nord, qui, au bout d'un an, lui révèle un procédé, dont il n'est pas au fond plus content que de celui du Grec, de l'Italien et du *philosophe* de Cahors, mais qui lui donne une apparence de succès et lui fait une réputation. Le bruit de ses succès s'étant répandu, il est appelé inopinément par le roi Henri II, de Navarre, qui lui promet 4,000 écus au cas qu'il réussisse à lui faire de l'or. Il court aussitôt à Pau, où il est accueilli avec enthousiasme par le roi et la cour. Il se met à l'œuvre, la manque complétement, et est renvoyé avec un grand merci pour toute récompense. Blessé de ce procédé, il se plaint et réclame l'exécution des promesses royales; à quoi le roi lui répond : « Advisez, messire, s'il n'y a rien en mes terres qui vous puisse convenir, tel que confiscation, prison ou autre chose semblable; je vous le donnerais volontiers. » Le pauvre adepte ainsi éconduit, reprend le chemin de la Gascogne. Pendant un nouveau séjour à Toulouse, il fait rencontre d'un vieux moine très-savant, qui, instruit de ses déconfitures, l'en console en lui disant qu'il a fait fausse route et qu'il lui enseignera la bonne, qui consistait à laisser là les fourneaux, et à chercher le secret du grand œuvre dans les livres des philosophes des temps anciens. Zacharie retourne alors à Paris, achète la Tourbe des philosophes, la Complainte de la nature, le Bon Trevisan, les Œuvres de Raymond Lulle, et autres traités de science hermétique. Il s'enferme pendant dix-huit mois, avec ses livres, dans une chambre du fau-

prendra facilement que l'aconit peut s'adresser à l'élément douleur en général, que sa sphère d'action est par conséquent très-étendue.

Telles sont mes expériences personnelles sur les propriétés antinévralgiques et anodiniques de l'aconit. Ces expériences vont se trouver confirmées par tous les observateurs qui m'ont précédé : on en jugera par le recensement de toutes les observations publiées à ce sujet.

Stoerck (LIBELLUS DE STRAMONIO, HYOSCYAMO ET ACONITO. Vienne, 1762) cite quatorze observations de maladies diverses traitées par l'aconit. Quoiqu'il ne parle nullement de névralgies, et que la plupart des cas ne soient pour lui que des affections rhumatismales, on peut cependant rapporter les deux premières observations à de véritables névralgies. Dans l'une, il s'agit d'une pleurodynie violente, probablement une névralgie intercostale, persistant depuis quatre mois et ayant résisté à toute espèce de remèdes. Guérison par l'aconit au bout de six jours; rechute au bout de trois jours par suite de la suspension du remède. Guérison définitive, l'aconit ayant été continué pendant trois semaines. La seconde observation est une sciatique datant de six semaines, avec douleurs violentes continuelles ; dès la première nuit qui suivit l'administration de l'aconit, disparition complète de la douleur.

Dans un autre ouvrage (CONTIN. EXPER., p. 116), Stoerck cite une autre observation d'un jeune homme, *cui, dolore vehementissimo aliquot hebdomadum remittente, femur et crus extenuari cœpit*. Le mal céda promptement à l'aconit.

On trouve encore, dans l'intéressante monographie de Reinhold sur l'aconit (DISSERT. DE ACONITO NAPELLO, 1769. Baldinger Sylloge, t. II), une observation de sciatique grave guérie par ce médicament.

Tode (MEDIC. CHIR. BIBLIOTHEK, 1775, t. II, p. 170) donne l'observation d'un homme âgé de 45 ans, atteint depuis un an d'une sciatique violente ayant résisté à divers remèdes. Guérison par l'aconit dès le quatrième jour. Trompé par le résultat, le malade suspend le remède; nouvel accès très-violent. Il se remet à l'usage de l'aconit pendant toute une semaine. Guérison complète et définitive.

Autre observation de sciatique avec ankylose incomplète du genou, guérie en trois mois et demi par l'aconit. (Lasoux, DISSERT. EPIST. DE CICUTA... ET ACONITO. Nîmes, 1780.)

Hufeland cite, dans son journal (t. IX, p. 94), une observation de tic douloureux intense, qu'il a guéri par l'administration de la teinture éthérée d'aconit, à la dose de 50 gouttes, quatre fois par jour.

On lit dans Vogel (CHIRURG. WAHRNEHM, 1778) une observation de névralgie hémicrânienne datant de onze ans, rebelle à toute espèce de remèdes et ayant disparu par l'administration de l'aconit.

Dans une des séances de la Société de médecine de Paris, M. Roche avait annoncé que l'aconit napel avait une vertu si puissante contre les névralgies, qu'il n'avait plus recours à d'autres remèdes, et qu'en général il obtenait du soulagement en quarante-huit heures. M. Téalier voulut vérifier l'assertion de M. Roche, et obtint un résultat favorable. Il cita, dans une des séances de la même Société, quatre observations à l'appui : deux de névralgies sus-orbitaires, et deux autres de névralgies sciatiques. Dans la même séance, MM. Delens, Prus et Chailly firent également mention de cas analogues où le résultat avait été le même. (REVUE MEDICALE, 1824, p. 463.)

Autre observation de névralgie multiple, principalement sciatique, durant depuis deux ans et promptement guérie par l'usage externe de l'aconitine. (Dr Roots, LONDON MED. SURG. JOURN., décembre 1834.)

Turnbull, dans ses deux ouvrages (ON THE MEDICAL PROPERTIES OF RANUNCULACEÆ, London, 1835 ; et TREATISE ON PAINFUL AND NERVOUS DISEASES, London, 1837), donne cinq observations de névralgies : deux névralgies faciales datant de quatre à cinq ans et guéries en six et quinze jours ; une névralgie sciatique depuis sept ans, guérie en huit jours ; une névralgie du médius de la main gauche, existant depuis deux ans et guérie dans l'espace d'un mois ; enfin, une névralgie du pied, promptement guérie après une durée de deux à trois ans. L'auteur s'est principalement servi de l'aconitine à l'extérieur.

M. Skey (MEDIC. GAZ., nov. 1836) publie deux observations de névralgie faciale datant de huit et neuf années, et guéries d'une manière permanente en une semaine par les frictions de pommade d'aconitine.

Il faut aussi rattacher aux névralgies de la tête la céphalalgie dite nerveuse. Les médecins anglais Radley (LANCET, 1836), et Burgess (EDINB. MED. SURG. JOURN., 1840) ont prouvé par plusieurs observations l'efficacité de l'aconit dans le traitement de cette maladie, souvent si douloureuse et si rebelle. Les professeurs anglais Henderson et Miller l'ont aussi employé avec succès dans le même cas.

On trouve encore, dans le journal anglais (THE LANCET, 1841), trois observations du docteur Curtis : deux névralgies faciales et une sciatique. Dans les trois cas, affection durant depuis plus d'un an, guérison permanente après une seule application de la pommade d'aconitine.

Mais, de tous les travaux récents sur l'aconit, celui qui renferme le plus de faits, c'est certainement l'intéressante monographie de Fleming (AN INQUIRY IN THE PHYS. A. MED. PROPERTIES OF THE ACONITUM NAPELLUS. London, 1845). L'ouvrage du médecin anglais, et l'importante monographie du médecin allemand, le docteur Gerstel, dont je parlerai longuement dans un prochain mémoire (DER STURMHUT, ACONITUM NAPELLUS. Wien, 1844) : ce sont les deux travaux les plus étendus et les plus remarquables qui aient paru, depuis Stoerck, sur l'aconit; et quoique ces deux ouvrages aient été faits à un point de vue doctrinal tout différent, puisque le docteur Gerstel appartient à l'école hahnemanienne, il est à la fois curieux et satisfaisant de voir comment le médecin anglais et le médecin allemand, placés sur le terrain commun de l'observation, arrivent aux mêmes résultats, établissent les mêmes faits et formulent les mêmes données pratiques. J'aurai occasion de signaler souvent cette corrélation entre ces deux auteurs; je reviens à Fleming.

Le médecin anglais donne dans son ouvrage un tableau statistique de quarante observations de névralgies. Il n'y en a que trente qui lui soient personnelles, les dix premières appartenant à MM. Turnbull, Skey et Curtis; je les ai déjà citées.

Les trente observations de Fleming se décomposent en 14 névralgies du membre inférieur, dont 12 sciatiques, 9 cas de prosopalgies, 3 névralgies intercostales, une névralgie du pouce, du cubital et du tronc. Sur les 14 névralgies du membre inférieur, 10 guérisons complètes et définitives en peu de jours, la maladie datant de huit mois en moyenne. Sur les 9 cas de névralgies de la face, 5 autres guérisons définitives et en peu de jours, après plusieurs mois de durée.

---

bourg Saint-Marceau, et il en sort sans être parvenu à s'arrêter définitivement sur le choix d'un procédé. Pour obtenir des éclaircissements sur les points restés obscurs dans sa tête, il se lie avec des adeptes lettrés et érudits qui ne lui donnent que des renseignements contradictoires. Exaspéré par ces difficultés et presque réduit au désespoir, le Saint-Esprit lui inspire la pensée d'étudier le *testament* et le *codicille* de Raymond Lulle. Aussitôt la lumière se fait. Il a enfin la certitude d'avoir compris le procédé de ce grand maître. Il passe une année entière à le méditer nuit et jour ; puis il se rend à Toulouse en 1549 pour le mettre à exécution, et commence le lendemain de Pâques sa grande opération. Ses parents, ses amis se réunissent en vain pour le détourner de son dessein. Debout devant ses fourneaux, il surveille, plein d'espérance, le progrès de son entreprise. Il attendait, sans la perdre de vue un instant, l'apparition « des *trois couleurs* que les philosophes ont écrit devoir apparaître avant la perfection de l'œuvre divine. » Un jour enfin, ces couleurs brillent à ses yeux ravis ; la pierre philosophale est faite ; il remercie Dieu, et le prie de lui faire user de ce grand bien à son honneur et louange. Le jour de Pâques 1550, il fait le premier essai de sa pierre et convertit, ainsi qu'il le déclare, une certaine quantité de mercure en très-bon or.

Parvenu au but glorieux de ses grands travaux, Zachaire se décide à aller à l'étranger y terminer paisiblement sa carrière. Il vend ses biens dont le prix suffit à peine à payer ses créanciers, et va à Lausanne en compagnie d'un sien jeune cousin. Là il se met à prendre du bon temps et à donner carrière à des passions longtemps comprimées. Sa conduite n'y fut pas précisément exemplaire. Il enlève une belle jeune fille et la mène avec lui en Allemagne. D'où venait l'argent qu'il dissipait dans cette joyeuse vie? Est-ce celui qu'il fabriquait avec la formule de Raymond Lulle? C'est ce que l'histoire ne dit pas. Sa fin fut tragique. Étant à Cologne en 1556, le perfide cousin, épris de la maîtresse de Zachaire et sans doute aussi des trésors qu'il lui supposait, l'étrangla pendant son sommeil.

Bien plus intéressante, plus remarquable par la variété des incidents, et surtout plus recommandable par le caractère des personnages, serait l'histoire de *Bernard le Trevisan*, qui, après vingt voyages en Europe et en Orient, semés d'aventures romanesques, n'arriva au terme de ses recherches qu'à l'âge de 77 ans, et celle surtout d'Alexandre Sethon, dit le *cosmopolite*; qui a été le grand missionnaire et propagateur de la science hermétique à la fin du dix-septième siècle. Mais nous renvoyons les curieux au livre de M. Figuier, dont nous ne pourrions que gâter les récits.

L'histoire des malheurs de la plupart de ces *philosophes* alchimistes, tous plus ou moins persécutés, honnis, massacrés ou pendus pour la cause de la science et de ce qu'ils croyaient la vérité, et que personne ne connait ni ne plaint, rappelle involontairement celle de quelques autres martyrs, demeurés fameux dans la mémoire des hommes, Campanella, Vanini, Galilée, Salomon de Caus, Fulton, et dix autres que chacun peut nommer. Les premiers sont inconnus et méprisés, les seconds illustres et glorifiés. Cette différence dans l'opinion ne serait certainement pas si grande, si l'on ne tenait compte que du prix moral du sacrifice et de la souffrance imméritée des uns et des autres.

Un point fort intéressant de l'histoire de l'alchimie, est le rapport de la phi-

Fleming fait observer que la durée du traitement dans les cas de guérison n'a pas dépassé six jours, et que parmi ces cas il en était où la maladie persévérait depuis plusieurs années avec beaucoup d'intensité, et avait résisté aux remèdes les plus habituellement employés contre les névralgies.

Sous le nom de douleurs générales fébriles, le médecin anglais traite de ces douleurs qui se rencontrent souvent dans les affections fébriles, et dont j'ai parlé plus haut. Il dit avoir employé nombre de fois l'aconit dans une épidémie de fièvre qui régna à Londres en 1843-44, et qui était caractérisée par un développement insolite de douleurs musculaires et articulaires. Quelques-uns de ces cas étaient si intenses qu'ils simulaient parfaitement le rhumatisme aigu. Ordinairement il survenait un soulagement notable une heure après la première dose.

Comme on le voit, ces observations de Fleming sont importantes, en ce qu'elles confirment, par de nombreux faits, les propriétés antinévralgiques de l'aconit, et qu'elles établissent que ce médicament est en même temps un agent précieux contre l'élément *douleur* en général, élément dont on est obligé de tenir compte si souvent dans la pratique.

On trouve encore, dans THE DUBLIN JOURNAL OF MEDICAL SCIENCES (1845), plusieurs observations de névralgies du docteur Eardes, guéries par la teinture d'aconit employée à l'extérieur.

Enfin, dans un travail fort intéressant sur l'action de l'aconit dans plusieurs maladies, telles que rhumatisme, névralgies, etc., M. le docteur Gabalda (BULLETIN DE THÉRAP., 1847) cite deux observations de névralgies crurale et faciale; et M. Aran, médecin des hôpitaux de Paris, a publié cette année même (GAZ. DES HÔPIT., 4 février) deux autres observations de névralgies faciales périodiques, heureusement traitées par l'aconit.

Je crois avoir rendu compte de la plupart des observations qui ont été publiées depuis Stoerck jusqu'à nos jours, en ce qui concerne le traitement des névralgies par l'aconit.

J'aurais pu citer d'autres observations de Lademacher (JOURN. DE HUFELAND, t. 1, p. 616) Spielman (HUFELAND. NEUESTE ANNALEN. Leipzig, 1793), Hahn (MATERIA MEDICA. Erfurt, 1818), et Wildberg (HECKER'S ANNALEN, 1826); mais on y voit l'aconit associé à d'autres médicaments, tels que sassafras, calomel, soufre doré d'antimoine, etc.... et dès lors, que conclure de cette polypharmacie?

Les résultats des expérimentations de tous les médecins dont j'ai énuméré les travaux sont importants, puisqu'en faisant le relevé de la plupart de leurs observations, y compris les miennes propres, observations qui s'élèvent au chiffre de 63, je trouve 23 cas de névralgies avec une durée de un à neuf ans, et 16 autres cas ayant persisté pendant un et plusieurs mois; or, dans la presque totalité de tous ces cas, il y a eu guérison prompte et définitive. On ne peut donc nier l'action thérapeutique du médicament, encore moins l'expliquer par l'expectation, alors qu'on a eu à traiter des maladies longues et douloureuses, et ayant déjà résisté, pour la plupart, à des médications très-variées.

La puissance antinévralgique de l'aconit est donc incontestable; aussi a-t-elle été signalée par un assez grand nombre d'auteurs; et c'est ici le lieu de rapporter leurs opinions à ce sujet. Les jugements des thérapeutistes sont toujours précieux, parce qu'ils sont en général l'expression de faits nombreux observés par eux, quoiqu'ils ne les aient point publiés en détail, comme le fait l'école moderne d'observation.

Bergius (MATERIA MEDICA, 1782) indique l'aconit dans le cas de rhumatisme, de goutte et de sciatique. *Bonum sane effectum sæpius experti sumus in rheumatismis.... malo ischiadico.*

Murray (APPAR. MEDIC., 1784, t. III) rapporte s'être guéri lui-même d'une sciatique très-douloureuse en peu de temps à l'aide de l'aconit et du vésicatoire, et conclut, après avoir cité tous les expériments antérieurs de Stoerck, Rosensein, Tode, etc., que l'aconit est souvent utile dans le rhumatisme en général et dans la sciatique qu'il appelle *morbus coxarius*.

Le témoignage de Carminati est précieux; il avait assisté aux expériences de Stoerck à Vienne; il les a répétées et il s'exprime ainsi: *Hinc ego pariter potui* (*qui ad tot, tamque gravia corporis mala aconiti usum tutò, atque utilissimè revera extendi Vindoborn videram*) *hoc uno pharmaco eas hic loci curationes septemdecim abhinc annis perficere rheumatismi, arthritidis, atque ischiadis, sive rheumaticæ, sive nervosæ quas non solùm medicinæ candidati, at diù etiam exercitati artifices mirarentur.* (MAT. MEDIC. PAPIÆ, 1795.)

Nous avons déjà cité l'opinion de M. Roche sur l'excellence de l'aconit dans le traitement des névralgies; il est également recommandé dans le même cas par Vogt (LEHRB. DER PHARMAKODYNAMIK. Wien, 1831); mais nul n'est plus affirmatif que Pereira (ELEMENTS OF MAT. MED., London, 1839.)

Dans les névralgies, dit le célèbre thérapeutiste anglais, nul remède ne peut remplacer l'aconit. La première dose commence souvent par soulager, et, en en continuant l'usage, on arrive bientôt à la guérison. Si dans beaucoup de cas la guérison est très-rapide, quelquefois aussi le soulagement obtenu n'est pas de longue durée. Quoique l'histoire des névralgies soit encore peu connue, nous savons cependant que les causes et les circonstances dans lesquelles elles se développent ne sont nullement les mêmes; et dès lors il n'y a rien d'étonnant à voir un remède réussir dans certains cas et échouer dans d'autres. Les causes des névralgies sont ordinairement fort obscures, et il est impossible, dans la plupart des cas, de préciser d'avance si l'aconit sera utile ou nom; de sorte que l'application en est toute empirique. D'après Pereira, si l'aconit est appelé à avoir de l'action, il procure ordinairement dès le début un soulagement plus ou moins notable. Il échoue dans l'odontalgie inflammatoire, et dans la sciatique le médecin anglais l'a vu presque toujours ne pas réussir; observation qui est pourtant contredite par un grand nombre d'auteurs et par mon expérience personnelle.

Cette dernière affirmation de Pereira, quoiqu'elle soit en désaccord avec les nombreux témoignages déjà cités, a cependant un côté vrai. Pereira, pour qui l'aconit est le premier des remèdes antinévralgiques, l'a vu surtout réussir dans les névralgies faciales, ce que l'on appelle aussi le tic douloureux et la prosopalgie; c'est qu'en effet ce médicament semble exercer beaucoup plus tôt et beaucoup mieux son action bienfaisante dans les névralgies de cette région que dans les autres. Nous verrons plus tard, dans un second mémoire, comment les études physiologiques sur ce médicament concluent au même fait, et on peut pressentir d'avance les données thérapeutiques remarquables qui

---

losophie hermétique avec la médecine. M. Figuier ne l'a touché que très-légèrement, comme ne se rattachant pas directement à son sujet. Il vaudrait la peine d'être étudié. Dans l'esprit de beaucoup d'alchimistes, l'art de prolonger la vie et la recherche de la *panacée* étaient connexes avec le but de l'alchimie proprement dite, la transmutation des métaux. Par une bizarre association d'idées, l'or, en tant que le plus parfait des corps de la nature, devait être aussi le remède souverain de tous les maux. Aussi entra-t-il dans la préparation de beaucoup de médicaments héroïques. L'*or potable* est resté fameux dans le *Codex* des quinzième et seizième siècles. C'était donc aussi un *grand œuvre* que la découverte de l'*élixir de longue vie* et de la *panacée*. Il n'était certes, ni plus ni moins chimérique que la fabrication artificielle de l'or. De grands esprits l'ont cru jusqu'à un certain point possible. Leibnitz inclinait à y croire, et il se droguait lui-même horriblement; Descartes également, et il chercha à s'affilier à la société des Rose-Croix, qui possédaient, disait-on, cette haute science; Bacon, plus confiant encore (car il ne doutait de rien de ce qu'il imaginait lui-même), rêvait certaines recettes propres à assurer une quasi-immortalité. La société des Rose-Croix, en Allemagne, celle des Rosiens, en France, possédaient trois secrets principaux, la *transmutation des métaux*, la *médecine universelle*, et, ce qui est remarquable, le *mouvement perpétuel*. Les Rose-Croix avaient un *emplâtre* pour la guérison instantanée de toutes les maladies. Les inventeurs de panacées étaient aussi des alchimistes. Basile Valentin prôna, à ce titre, l'antimoine, dans son CURRUS TRIUMPHALIS ANTIMONII; Paracelse donna un grand crédit à son *mercure de vie*. On peut citer aussi l'*alkaest, ens primum salium*, de Van-Helmont; la *poudre de sympathie* du chevalier Digby; l'*or potable*, du grand alchimiste Thurneyssen; la *panacée*, d'Arnwald, qui n'était que du cinabre; le remède que Bovius appelait l'*hercule*; le baume fameux de Fioravanti.

Toutes ces inventions sont ridicules; mais le principe en est, au fond, très-logique; l'unité systématique, à laquelle tend forcément la pathologie, conduit à l'unité en thérapeutique. Les fondateurs de certains systèmes médicaux, tels que Thermison chez les anciens, et de nos temps, Brown, Broussais, Rasori, ont réduit la médication, comme ils réduisaient la maladie, à l'unité et par conséquent à l'universalité. Il ne faut donc pas, sans quelque explication, rire de la médecine de Leroy et de la graine de moutarde de M. Didier. Ce grand œuvre là n'a pas eu, que nous sachions, comme l'autre, des martyrs, mais il a fait beaucoup plus de victimes.

Un dernier mot à propos d'alchimie. Que faut-il penser, en définitive, de l'art hermétique, et qu'en pense son fidèle et savant historien, M. Figuier? est-il licite de croire qu'on peut transmuer les métaux, faire de l'or? Eh bien! hommes positifs, esprits forts du dix-neuvième siècle, j'ai à vous dire que M. Figuier, docteur ès sciences et en médecine, agrégé de chimie à l'école de pharmacie de Paris, ne veut pas s'expliquer ouvertement là-dessus. Il doute; il hésite; il connaît des alchimistes (car il y en a toujours) qui, se fondant sur les découvertes chimiques modernes, et notamment sur les singulières circonstances des *équivalents*, signalées par M. Dumas, prétendent que les métaux ne sont pas des corps simples, de vrais éléments au sens absolu, et qu'ils peuvent bien, par conséquent, être produits par voie de composition. Ces raisons longuement déduites lui paraissent au moins spécieuses; il les réfute, mais sans

ressortent naturellement de cet ordre de faits pathogénétiques, ordre de faits trop peu étudiés; ils sont pourtant en grande partie la clef de la thérapeutique.

Turnbull, déjà cité, ne traite que des propriétés antinévralgiques de l'aconit, et Fleming, tout en étudiant quelques autres propriétés de ce médicament, disserte longement sur le traitement des névralgies par cet agent polychreste. On lit dans une thèse sur les propriétés de l'aconit (DE MAN. Lugd. bat., 1841): *Locus etiam princeps aconito est doloribus illis sæpè difficulter sanandis, in ischiade nervosâ, prosopalgiâ, hemicraniâ.*

S'inspirant surtout des travaux de Fleming, M Tessier (de Lyon) a précisé également l'indication de l'aconit dans le traitement des névralgies et des affections douloureuses. (Bouchardat, ANNUAIRE DE THÉRAP., 1850)

Je termine ces nombreuses citations par Hahneman et son école. Le célèbre thérapeutiste allemand a certes le droit d'être écouté quand il s'agit des propriétés curatives des médicaments. En France, à cette heure, nous sommes de vingt ans au moins en arrière des travaux de matière médicale qui ont été publiés à l'étranger. Tandis que des thérapeutistes comme Pereira (ELEM. OF MAT. MED., London, 1839), Giacomini, Werber (SPECIELLE HEILMITTELLEHRE, Erlangen, 1853), etc., sans s'enrôler sous la bannière d'Hahneman, ont cité cependant avec respect et mis à profit les nombreux travaux de son école, et lui ont accordé dans leurs traités élémentaires une légitime hospitalité, les thérapeutistes français ignorent complétement les études pharmacologiques si remarquables de l'école allemande; il semble qu'ils n'osent point en parler, et ceux même qui en ont traité quelquefois dans leurs ouvrages, ou dans les journaux scientifiques, m'ont paru jusqu'à présent pour la plupart en parler sans connaissance de cause, presque toujours sans dignité et avec prévention.

Il faut bien pourtant qu'on le sache, et je ne saurais trop pour mon compte proclamer cette vérité, l'école hahnemanienne offre aux médecins les ressources les plus précieuses pour le traitement des maladies. Conservons ce que la tradition nous a légué d'utile en matière médicale; mais ne restons pas dans l'ornière, et sachons, à l'aide de l'expérience et de l'observation, admettre les nouvelles vérités thérapeutiques, quelle que soit la bouche enseignante, que ce soit Hahneman, Rasori, Priesnitz ou Rademacher: *Adjiciamus aurum auro.*

Pour l'aconit en particulier, et même en général pour la plupart des médicaments, l'école hahnemanienne nous apporte des matériaux aussi considérables que solides et sérieux. Déjà en 1805, dans son ouvrage intitulé FRAGMENTA DE VIRIBUS MEDIC. POSITIVIS, Samuel Hahneman recueillant dans toute la tradition tous les faits physiologiques et cliniques concernant ce médicament, interrogeant successivement Aëtius, Avicenne, Pierre d'Abano, Richard, Mathiole, Van Helmont, Wepfer, Courten, V. Bacon, Moræus, Rœdder, Stoerck, Gmelin, Murray, Greding, Dürr, etc., et y joignant ses nombreuses expériences personnelles, formulait sous le nom de pathogénésie les propriétés de l'aconit, pathogénésie qui s'est enrichie plus tard des travaux de ses disciples, et des médecins des autres écoles qui sont venus après lui.

Hahneman, qui a surtout célébré les propriétés antiphlogistiques de l'aconit, l'a recommandé également dans l'inflammation des enveloppes des nerfs en général, et dans la prosopalgie en particulier, lorsque la douleur a principalement son siége sur les branches du trijumeau.

Il est constant que l'école hahnemanienne fait tous les jours un fréquent usage de ce médicament dans les névralgies, alors qu'il est indiqué par les symptômes mêmes de l'affection; et cependant, chose remarquable, on ne trouve aucune observation, aucun fait de guérison de névralgies faciales dans ses nombreux ouvrages ou publications périodiques. J'en donne pour preuve l'excellent ouvrage de Ruckert (KLINISCHE ERFAHRUNGEN IN DER HOMOEOPATHIE, Dessau, 1852), qui offre jusqu'à cette heure le résumé le plus complet de tous les travaux de l'école, et qui, à l'article Prosopalgie, ne dit rien de l'aconit, tandis qu'il cite de nombreuses observations de névralgies de la face, guéries par l'arsenic, la belladone, le vératrum, etc. Les médecins qui sont initiés aux habitudes et aux travaux de cette école n'en seront point étonnés: forte de sa belle loi thérapeutique de similitude, l'école hahnemanienne s'est beaucoup plus préoccupée jusqu'à présent de confectionner et de parfaire ses pathogénésies, arsenal immense où elle puise toutes ses indications, que de prouver par une foule d'observations cliniques la vérité de sa loi générale, considérée dans une multitude de cas particuliers.

Ce qu'elle n'a point fait spécialement pour l'aconit, les médecins étrangers à cette école l'ont fait surabondamment; témoin les nombreuses observations que j'ai citées de Stoerck, Tode, Rasoux, Hufeland, Pereira, Fleming, Gabalda, Aran, etc., témoin encore mes observations personnelles.

Ainsi toutes les recherches des observateurs sont venues confirmer sur tous les points les vérités thérapeutiques signalées par Hahneman. C'est ainsi encore que le médecin anglais Fleming et le professeur allemand Sebroff (VIERTELJAHRSCHRIFT F. D. PRACTISCHE HEILKUNDE, 1854), soit qu'ils aient ignoré les travaux d'Hahneman et de ses disciples, soit plutôt qu'ils les aient à dessein passés sous silence, sont parvenus dans leurs études physiologiques et cliniques sur l'aconit, comme nous le verrons surtout dans un second mémoire, aux mêmes résultats énoncés par leurs véritables devanciers.

Je ne puis pour mon compte ne pas être frappé de cet accord remarquable qui donne un poids et un crédit singuliers aux travaux hahnemaniens. Plus j'étudie dans mon éclectisme les travaux de matière médicale de toutes les écoles, plus je suis étonné, en me tenant toujours sur le terrain de l'observation et en ne parlant que des faits, des conclusions favorables qui en ressortent pour l'école hanemanienne; et je mets au défi tout médecin sérieux et intelligent qui voudra remuer à fond, dans toute la tradition et l'observation moderne, tous les travaux de matière médicale, de ne pas arriver par la logique des faits à la même opinion.

Il faut donc conclure de tout ce long mémoire où j'ai vérifié à l'aide de mon observation personnelle tous les travaux antérieurs sur l'aconit, que ce médicament est un agent précieux dans le traitement des névralgies.

Ce fait thérapeutique est d'autant plus important à signaler et à mettre en relief que l'aconit est un médicament fort peu employé en général dans la médecine française. Il est pourtant considéré par plusieurs médecins, Roche, Pereira, Fleming, etc., comme le meilleur antinévralgique que nous possédions; comme il s'adresse à une mala-

---

les mépriser. Cela nous encourage à sauter le pas et à avouer ingénument que nous ne serions que médiocrement surpris de voir quelqu'un faire de l'or. Nous n'avons qu'une raison à l'appui, mais assez bonne, ce semble, c'est que l'or n'a pas toujours existé; il a été *fait* par un travail chimique quelconque au sein de la matière en fusion de notre globe; il s'en fait peut-être encore quelque part dans les entrailles de la terre. Les prétendus corps simples de notre chimie sont très-probablement des produits secondaires dans la formation de la masse terrestre. On l'a prouvé pour l'eau, un des plus respectables éléments de l'ancienne physique. Aujourd'hui nous fabriquons de l'eau. Pourquoi donne fera-t-on pas de l'or? Un éminent expérimentateur, M. Despréz, a bien fait du diamant. Il est vrai que ce diamant n'est qu'un diamant scientifique, *philosophal*, qui n'aurait pas cours chez les bijoutiers; mais n'importe, et notre remarque subsiste. D'ailleurs, nous n'en sommes plus aux simples conjectures. Il y a un homme vivant qui, dans un écrit adressé aux corps savants en 1853, a consigné ces paroles en lettres italiques: « *J'ai découvert le moyen de produire de l'or artificiel, j'ai fait de l'or.* » Cet adepte est M. Théodore Tiffereau, ancien préparateur de chimie à l'école professionnelle et supérieure de Nantes.

C'est bien ici ou jamais le cas de dire: Je vous en souhaite.

L. PEISSE.

—M. le ministre de la guerre vient de prendre une décision portant que la solde de guerre est due à tous les chirurgiens sous-aides employés à l'armée d'Orient.

—M. Poggiale, professeur à l'École de médecine et de pharmacie militaires, est nommé pharmacien de première classe en remplacement de M. Laporte, retraité.

—Une affiche placardée à l'Ecole de médecine porte que le travail de cabinet ayant été momentanément interdit à M. Bérard, à cause de la fatigue de sa vue, le cours de physiologie est reporté au semestre d'été, auquel il a longtemps appartenu.

—L'organisation du nouveau Conservatoire de la Faculté de Montpellier est terminée. L'École de médecine possède enfin un local convenable où sont étalées ses riches collections, qui sont une preuve que l'on sait s'y occuper d'anatomie aussi bien que des autres parties de la science.

—La rentrée solennelle de la Faculté de Montpellier a eu lieu le 14. La séance a été remplie, outre les comptes rendus d'usage, par une allocution bien sentie de M. le recteur Donné, et par un discours de M. le professeur Mondot sur Bacon et la manière dont ce philosophe a jugé les travaux des anciens.

—Nous apprenons avec regret la mort du doyen des médecins des Pyrénées-Orientales, M. le docteur Émile Bonafos, médecin en chef de l'hôpital civil de Perpignan, membre du jury médical, etc., décédé le 8 de ce mois dans sa quatre-vingtième année.

die essentiellement douloureuse et souvent excessivement rebelle, on ne saurait trop en vulgariser l'application.

Avant d'arriver à la section du nerf affecté, comme on l'a si souvent pratiqué depuis près de cent ans dans les prosopalgies rebelles, il y a toute une série d'excellents remèdes à épuiser; cependant on les laisse souvent de côté, parce qu'on en ignore la puissance. Après avoir employé inutilement la belladone, l'opium, le sulfate de quinine et peut-être la vératrine, on n'hésite pas quelquefois à livrer de malheureux patients au couteau chirurgical, à ce couteau dont on devrait plutôt modérer le *prurigo secandi*. La chirurgie moderne a singulièrement empiété sur la médecine, qui a trop souvent oublié et ses droits et ses devoirs.

Leuthner, auteur d'une bonne thèse sur la prosopalgie, soutenue en 1806 (De dolore faciei fothergilli, Wirceburgi, 1810), après avoir énuméré une série de médicaments antinévralgiques, où ne figurent ni l'aconit, ni l'arsenic, et beaucoup d'autres remèdes précieux que je pourrais citer, soutient que la section et la cautérisation du nerf sont la médication la plus efficace; proposition fort contestable en elle-même et d'autant plus attaquable relativement que, dans la pratique ordinaire, avant de faire la section du nerf malade, on ne met souvent ni science, ni patience à poursuivre la guérison des névralgies par une foule de moyens appropriés, fournis par la matière médicale. Je dis tout cela en vue surtout d'observations de prosopalgies traitées par la section du nerf, observations publiées depuis quelques années dans les journaux français. Je proteste au nom de la médecine contre cet envahissement chirurgical, persuadé que je suis que l'on pourrait éviter beaucoup d'opérations sanglantes, en utilisant beaucoup mieux les richesses de notre arsenal pharmaceutique.

J'ai tâché dans ce travail d'appeler de nouveau l'attention sur les propriétés antinévralgiques de l'aconit; dans un prochain mémoire j'étudierai l'action physiologique de ce médicament dans ses rapports avec ces mêmes propriétés.

CLINIQUE MÉDICALE.

RÉSUMÉ DES MALADIES OBSERVÉES DANS LA DIVISION DE CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL DE ZURICH PENDANT L'ANNÉE 1853; par M. le professeur Lebert.

La division clinique que j'ai sous ma direction se compose de quatre salles, dont deux pour les hommes et deux pour les femmes, chacune de douze lits, et de quatre lits de réserve dans des chambres séparées; de plus, de deux salles de douze lits pour les maladies syphilitiques et d'un petit hôpital séparé, destiné au traitement des affections typhoïdes et des maladies éruptives aiguës. Le nombre des malades de toute la division est ordinairement de près de 100.

Un tableau statistique complet donne tous les détails sur le mouvement de la division. Il serait trop long et peu intéressant de les placer en entier sous les yeux du lecteur; nous allons seulement passer en revue les principaux groupes de maladies, en suivant la classification que nous avons établie pour nos cours. Nous n'emprunterons à la statistique générale que les points suivants :

Le nombre total des malades traités dans ma division en 1853 a été de 941, dont 536 hommes et 405 femmes. 621 malades ont quitté l'hôpital guéris, dont 368 hommes et 253 femmes; 71 ont été améliorés (34 hommes, 37 femmes); 39 ont quitté l'hôpital sans être guéris (23 hommes, 16 femmes); 52 ont été envoyés aux eaux ou dans d'autres divisions (28 hommes et 24 femmes); 70 étaient encore en traitement en 1854 (36 hommes, 34 femmes); 88 sont morts, dont 47 hommes et 41 femmes.

La clinique se fait au lit du malade, dont l'examen se fait par les élèves, sous ma direction. Les remarques qui constituent la leçon sont ainsi faites pendant la visite et immédiatement après l'examen de chaque malade. On recueille des notes sur tous les malades, et l'observation de la plupart des cas intéressants est prise avec détails sous ma direction, soit par le chef de clinique, soit par l'élève chargé du malade. Les élèves les plus avancés, la moitié environ du nombre total, sont ainsi admis à pratiquer, et je les réunis une fois par semaine chez moi pour faire, dans chacune de ces conférences, la lecture d'une observation, qui fait ensuite le sujet d'une discussion. Les principes connus, et depuis longtemps sanctionnés par l'expérience de la Société médicale d'observation de Paris, sont appliqués à ces réunions. Toutes les autopsies sont faites, et d'une manière aussi complète que possible, avec les études microscopiques ou chimiques ultérieures, lorsque cela paraît utile. Je dicte moi-même les détails de l'autopsie, à mesure que l'examen des organes est fait.

Avant d'aborder les détails de ce résumé, qui ne saurait être que très-abrégé dans ce recueil, j'indiquerai d'abord sommairement la classification dont j'ai parlé plus haut. Je ne la donne que comme une ébauche, ou plutôt comme un cadre pour les matériaux, soit des leçons théoriques, soit des études cliniques, sachant que, dans l'état actuel de la science, qui est essentiellement une période de transition, une classification vraiment satisfaisante n'est pas encore possible. Toutefois je n'ai pu me résoudre d'adopter ni les classifications anciennes ni celles plus récentes, trop exclusivement anatomo-pathologiques et localisantes, tout en rendant justice à leur valeur réelle. Avant tout, je divise les maladies en générales, celles qui occupent presque en totalité un des principaux agents de la vie, le sang ou le système nerveux, et celles qui se localisent plus particulièrement sur quelque organe, sans qu'il s'ensuive pourtant que ce soient des maladies purement locales. On verra que nous faisons intervenir, pour les affections générales, l'élément étiologique aussi bien que l'élément anatomique.

PREMIÈRE DIVISION.

MALADIES GÉNÉRALES.

Elles comprennent deux classes principales : les maladies de la nutrition et celles de l'innervation.

PREMIÈRE CLASSE. — MALADIES DE LA NUTRITION.

Premier ordre.

Maladies de la nutrition, avec prédominance de troubles dans la circulation capillaire :

1° Hypérémie, ou augmentation locale de l'afflux sanguin; 2° inflammation, avec ses diverses formes et phénomènes consécutifs : troubles circulatoires, exsudation, régénération, ramollissement, atrophie, hypertrophie, ulcération, gangrène.

Deuxième ordre.

Maladies de la nutrition, sans troubles circulatoires et sans cause spéciale appréciable : hypertrophie, atrophie.

Troisième ordre.

Altérations nutritives, consistant dans des modifications quantitatives des éléments du sang

A. Modifications prédominantes dans les globules rouges : polyémie et oligémie.

B. Modification quantitative des globules blancs : leuchémie.

Quatrième ordre.

Altérations générales du sang, avec prédominance du phénomène de dissolution : 1° septicémie et pyémie; 2° scorbut (placé ici provisoirement, en attendant que l'on connaisse mieux sa nature).

Cinquième ordre.

Maladies générales du sang, sans produit pathologique spécial, consécutives à une cause spécifique présumable, dont la nature cependant est inconnue.

A. *Maladies miasmatiques*.

1° *Exanthèmes aigus*. Rougeole, scarlatine, miliaire, variole. (Nous tenons à distinguer, pour cette dernière, la cause spécifique de son produit, qui la rapproche des maladies virulentes.)

2° Affections intermittentes essentielles (fièvres d'accès, etc).

3° Affections typheuses : *a*. typhus abortif; *b*. typhus avec localisation intestinale; *c*. typhus sans localisation intestinale.

4° Fièvre jaune.

5° Peste.

6° Choléra.

7° Dyssenterie épidémique ou endémique.

B. Maladies de la nutrition à cause générale et constitutionnelle présumable, mais à éléments pathogéniques inconnus.

1° Maladies rhumatismales. (Nous regardons ce nom de groupe de maladies comme provisoire.)

2° Goutte.

3° Dermatoses chroniques essentielles.

4° Scrofules. (Nous regardons les scrofules comme essentielles, et leur complication avec les tubercules comme fréquente, mais comme non obligatoire.)

Sixième ordre.

Maladies générales sans produit morbide spécial, mais à cause spécifique connue : toxicoses, maladies toxiques.

A. *Toxicoses occasionnées par morsure.*

a. Venin normalement sécrété chez des animaux :

1° Venin des insectes.

2° Venin des reptiles, surtout des serpents.

b. Venin d'origine pathologique : rage.

B. *Toxicoses virulentes agissant par contact.*

1° Virus se propageant par contact de la même espèce :

a. Affections gonorrhoïques; *b.* affections syphilitiques.

2° Toxicoses agissant par contact d'un virus transmis d'une autre espèce à l'homme :

a. Charbon; *b.* pustule maligne; *c.* farcin; *d.* morve.

C. *Toxicoses provenant de l'absorption d'un poison.*

Ce groupe se rapproche du précédent; mais au lieu du contact cutané immédiat, on observe de préférence l'absorption par les voies digestives ou respiratoires.

1° Poisons du règne végétal : *a.* narcotisme; *b.* ergotisme; *c.* alcoolisme.

2° Poisons du règne animal : *a.* cantharisme; *b.* empoisonnement par des viandes altérées ou par des animaux qui se sont nourris de substances toxiques (poison des saucisses, du jambon, semblables, dans leur action, aux poisons narcotiques; moules, poissons vénéneux, miel vénéneux, etc.).

3° Poisons du règne minéral : iode, brome, chlore, acides concentrés, alcalis concentrés, arsenic, antimoine; sels d'argent, d'étain, de zinc, de cuivre, de plomb, de mercure, etc.

Septième ordre.

Maladies de la nutrition, avec production d'un tissu pathologique.

A. *Tissus homœomorphes, se rencontrant à l'état normal dans le corps.*

a. Produits accidentels plus particulièrement locaux (appelés bénins) : 1° tissu adipeux; 2° tissu fibreux; 3° tissu cartilagineux; 4° tissu osseux; 5° tissu vasculaire érectile.

b. Tissus homœomorphes à caractère local, mais avec tendance à la diffusion locale, aux récidives locales et même quelquefois à la généralisation (cancroïdes) : 1° tissu pigmentaire; 2° tissu épithélial; 3° tissu fibro-plastique.

B. Tissus hétéromorphes ne se rencontrant pas à l'état normal dans le corps humain : 1° tubercules; 2° cancer.

Huitième ordre.

Maladies de la nutrition, avec prédominance de produits gazeux : pneumatoses.

Neuvième ordre.

Maladies de la nutrition, avec productions minérales amorphes ou cristallisées : concrétions et calculs.

Dixième ordre.

Maladies de la nutrition produites par des parasites.

I. *Parasites du règne végétal,*

a. Parasites de la surface du corps, de la peau : cryptogame de la teigne ou du favus, de la mentagre, de la plique polonaise et de l'herpès tonsurans.

b. *Parasites des membranes muqueuses.* Algues de la langue à l'état normal; algues du muguet; sarcine de l'estomac, etc.

II. *Parasites du règne animal.*

1° Infusoires, vibrions, polygastriques, rhizopodes.

2° Vers.

a. Nématoïdes : Frichacephalus dispar, filaria medinensis, filaria oculi humani, strongylus gigas, oxyurus vermicularis, ascaris lombricoïdes, ascaris alata, trichina spiralis, anaglostomum duodenale Dubini.

b. Trématodes : Distoma hepaticum, distoma hacmatabium Billbare.

c. Cestoïdes : Tænia solium, tænia nana Siebold, tænia mediocanellata Küchenmeister, botryocephalus latus.

d. Cystiques : Cysticercus cellulosæ, echinococcus polymorphus Dies.

III. *Articulés.*

a. Crustacés : Pentastomum constrictum.

b. Acorina : Sarcoptes scabiei, acarus folliculorum.

c. Insectes :

1° Aptera : Pediculus capitis, ped. pubis, ped. vestimenti.

2° Diptera : Pulex irritans, p. penetrans, œstrus hominis.

DEUXIÈME CLASSE. — MALADIES DE L'INNERVATION : NÉVOSES.

I. Inflammation des nerfs : névrite.

II. Altérations de la sensibilité : Névralgies, hyperaesthésie, anaesthésies.

III. Altérations de la motilité.

a. Affections convulsives : Éclampsie, épilepsie, chorée, tétanos, etc.

b. Diminution de la motilité : Paralysie.

IV. Névroses complexes : Hysterie, catalepsie, hypocondrie.

DEUXIÈME DIVISION.

MALADIES LOCALISÉES.

Première classe. Maladies des voies circulatoires : Du cœur, des artères, des veines, des vaisseaux et des glandes lymphatiques, des glandes sanguines, du thymus, de la glande thyroïde, etc.

Deuxième classe. Maladies des voies respiratoires : Du larynx et de la trachée, des bronches, des poumons, de la plèvre, des glandes bronchiques.

Troisième classe. Maladies des voies digestives : De la bouche et de ces glandes, de la langue, de l'œsophage, de l'estomac, des intestins, du foie, de la rate, du pancréas, des glandes mésentériques.

Quatrième classe. Maladies des organes de l'innervation : Du cerceau et de ses enveloppes, de la moelle épinière et de ses enveloppes; maladies locales des divers nerfs cérébro-spinaux et du grand sympathique.

Cinquième classe. Maladies des organes urinaires : Des reins, de la vessie, de l'urètre.

Sixième classe. Maladies des organes de la génération :

A. Chez l'homme : Affections des testicules, des vésicules séminales, de la prostate, de la verge.

B. Chez la femme : Maladies de l'utérus et de ses ligaments, des ovaires, du vagin et de la vulve.

Septième classe. Maladies des organes du mouvement : Des muscles, des os, des articulations.

Huitième classe. Maladies de la peau.

Après cette courte esquisse de classification nosologique, nous allons passer en revue un certain nombre de ces affections, en commençant par les maladies miasmatiques.

I. Parmi les exanthèmes aigus, les affections varioleuses seules ont présenté un certain nombre de cas : 82 en tout, dont 6 de véritables varioles, 66 varioloïdes et 10 de varicelles. La mortalité a été de 3, dont 2 de véritables varioles et 1 de variole modifiée. Sur le nombre total, il y avait 45 hommes et 37 femmes.

II. Les fièvres intermittentes n'ont été observées que trois fois chez des personnes étrangères au canton. La rareté de cette maladie à Zurich et dans ses environs est un des faits caracteristiques pour sa topographie médicale.

III. On observe tout le contraire pour les maladies typhoïdes. Leur nombre a atteint, dans cette seule année, le chiffre énorme de 219 dans ma division et surtout dans le petit hôpital des épidémies. Quoique un peu plus fréquente qu'à l'ordinaire, cependant sa fréquence est généralement considérable et croissante. Il va sans dire que nous avons soigneusement défalqué les cas nombreux d'erreurs de diagnostic qui nous ont été envoyés à l'hôpital sous le nom de fièvres typhoïdes. Dans la grande majorité des cas, le typhus à localisation intestinale prédomine; mais dans un sixième du nombre total, nous avons observé une autre forme qui présente un grand intérêt dans ses rapports avec le groupe des maladies typhoïdes, et que nous désignons sous le nom de typhus abortif, dont je donnerai tout à l'heure une courte esquisse descriptive. Sur les 219 cas il y avait 117 hommes et 102 femmes; ainsi la proportion de 8 : 7; 35 en tout appartenaient à la forme abortive : 22 malades ont succombé, dont 13 hommes et 9 femmes, ce qui établit pour 1853 une mortalité d'un dixième par rapport au nombre total, et un peu moins d'un huitième, en déduisant les 35 cas de typhus abortif.

Voici en quelques mots les principaux caractères de cette dernière affection :

Sans avoir éprouvé des prodromes ou après des prodromes qui consistent en abattement et malaise général, les malades sont pris de phénomènes fébriles qui débutent par un accès de frissons quelquefois très-intense, suivi bientôt de chaleur et d'une accélération du pouls (96 à 108), qui reste médiocrement plein. En même temps les malade accusent une céphalalgie intense et des bourdonnements dans l

oreilles, quelquefois des vertiges; ils sont abattus et éprouvent des douleurs vagues dans les membres. La soif est vive, la langue chargée, le goût pâteux, l'appétit notablement diminué jusqu'à l'anorexie complète, les urines sont troubles et plus foncées qu'à l'état normal; leur quantité est diminuée. A part le léger degré de gêne respiratoire qui accompagne le début des affections fébriles, les malades ne souffrent ni de toux ni d'oppression. Absence de bruits anormaux dans les bronches. La constipation existe ordinairement à un léger degré; ce n'est qu'exceptionnellement et d'une manière passagère que l'on observe quelques selles en diarrhée. Le sommeil est inquiet et agité; l'insomnie quelquefois complète pendant les premiers jours. Tous ces symptômes vont en augmentant dans les trois ou quatre premiers jours, restent ensuite stationnaires pendant autant de temps et diminuent notablement vers la fin de la première ou au commencement de la seconde semaine. La peau, jusque-là chaude et brûlante, devient fraîche, quelquefois après une transpiration abondante. Les urines deviennent plus claires, le pouls tombe ordinairement assez brusquement et, avant de revenir à son état normal, il n'est pas rare de le trouver ralenti notablement pendant un jour ou deux. La céphalalgie diminue et cesse bientôt, le sommeil revient, la langue se nettoie, le goût devient meilleur, l'appétit se rétablit, les garde-robes reviennent à l'état ordinaire. Pendant la seconde semaine, les malades restent faibles et abattus et sont obligés de garder le lit tout à fait ou pendant une grande partie de la journée. Lors même que la convalescence se fait irrégulièrement, les forces ne reviennent que lentement.

Si pendant les premiers jours ces symptômes ont beaucoup de ressemblance avec ceux de la fièvre typhoïde commençante, on ne tarde pas à être éclairé sur la nature abortive de ce typhus, par sa marche plus rapide et bien autrement bénigne. Plusieurs des symptômes caractéristiques pour le typhus abdominal manquent d'une manière constante: tels sont les taches rosées lenticulaires, les pétéchies, les sudamina, la douleur iléo-cœcale, le météorisme, le gargouillement de la fosse iliaque, la diarrhée. On n'observe point de délire, les malades ont bien moins de vertiges; leur vue n'est pas troublée lorsqu'ils sont assis; ils n'ont guère d'épistaxis; on n'observe point les signes stéthoscopiques de la bronchite typhoïde; la rate enfin ne se montre pas augmentée de volume à la percussion. On ne saurait confondre cette maladie avec un catarrhe gastro-intestinal simple, vu qu'on n'y observe d'antres troubles des voies digestives que ceux qui accompagnent tout état fébrile quelconque. Pendant les premiers jours, on pourrait quelquefois prendre les symptômes du typhus abortif pour le début d'une fièvre éruptive; cependant l'absence des symptômes prodromiques du côté des voies respiratoires, comme dans la rougeole, ou de maux de gorge comme dans la scarlatine, l'absence de maux de reins, de nausées et de vomissements, propres au début de la variole, éclaireront l'observateur attentif. La marche ulterieure de l'affection ne tardera point, s'il était resté des doutes, de fixer tout à fait le diagnostic.

La terminaison ordinaire du typhus abortif est la guérison. Nous n'avons eu occasion qu'une seule fois de disséquer le corps d'un individu qui, ayant été atteint de tous les signes de la maladie qui nous occupe, fut pris d'une méningite centrale à laquelle il succomba. Les ventricules latéraux étaient remplis d'un pus épais; il existait en outre un abcès dans la substance cérébrale. Huit jours d'une convalescence franche et complète avaient séparé la fin du typhus abortif du commencement de la méningite. Il a été important pour nous de constater l'absence de toute altération dans la muqueuse intestinale. Il nous est resté davantage de doutes sur le cas d'un garçon de 11 ans qui a succombé le quatorzième jour d'une fièvre typhoïde intense, et dont la membrane muqueuse intestinale ne montrait d'autre altération qu'une forte hypérémie. La rate et les glandes mésentériques étaient intactes. Au sommet d'un des poumons, il y avait plusieurs tubercules ramollis. Bien que ceux-ci ne rendent pas compte de la cause de la mort, ce cas se rapproche davantage, sous le rapport clinique, du typhus sans localisation intestinale, tel qu'on l'observe en Écosse et en Irlande.

L'affinité entre le typhus abortif et l'affection typhoïde ordinaire est cependant grande. Il est certain pour nous que plusieurs cas qui, au début, offraient tous les caractères de la première affection, passaient peu à peu à la seconde. Nous avons vu, de plus, provenir les deux variétés de notre typhus des mêmes localités. L'exemple le plus frappant que nous ayons observé sous ce rapport a été celui de quatre blanchisseuses de l'hôpital qui, y ayant travaillé ensemble, entrèrent le même jour à l'hôpital, et dont deux présentaient les caractères d'un typhus léger, une ceux d'un typhus grave, et la quatrième la marche bénigne, l'absence de diarrhée et la prompte convalescence du typhus abortif.

En thèse générale, le groupe des maladies typhoïdes me paraît beaucoup plus étendu qu'on ne l'admet aujourd'hui. Quant aux formes de nos climats, il nous semble qu'il existe entre le typhus abortif, le typhus à localisation abdominale, et celui dépourvu de cette localisation, une physionomie de parenté analogue à celle qui relie entre eux les divers groupes des affections varioliques. Nous regardons également comme maladies semblables au typhus: la fièvre rémittente des pays chauds jusqu'à un certain degré, aussi la peste et davantage la fièvre jaune, le typhus icteroïde, dont nous avons observé dernièrement un cas sporadique promptement mortel à l'hôpital de Zurich, fait qui a été constaté aussi quelquefois dans les hôpitaux et dans la pratique à Paris, ainsi que dans d'autres localités.

Le traitement que nous opposons au typhus abortif est ordinairement expectatif, semblable à celui que nous allons exposer à l'occasion du typhus abdominal. Le repos, des boissons rafraîchissantes, l'entretien de la régularité des garde-robes par des lavements, etc., en constituent la base. Vers la fin de la première semaine, nous prescrivons souvent un laxatif doux, si les maux de tête et la constipation persistent. C'est ordinairement du sulfate de soude à la dose de 30 à 40 grammes, que le malade prend le matin à jeun dans un demi-litre de limonade, par verres toutes les demi-heures. Nous faisons aussi prendre ce sel quelquefois dans une infusion de feuilles de séné. En thèse générale, nous nous bornons, dans la convalescence, à régler le régime, en le rendant successivement de plus en plus substantiel. Si toutefois l'appétit et les forces tardent à revenir, nous faisons prendre au malade une infusion de petite centaurée ou de bois de quassia.

Quant au véritable typhus abdominal, nous serions entraîné trop loin si nous voulions en parler avec détail; nous nous bornerons à esquisser le traitement que nous mettons en usage.

Dans les cas simples et à marche normale, nous nous en tenons au traitement expectant, en prescrivant tout simplement une potion gommeuse. Mais quant au régime, nous ne suivons pas la pratique habituelle, et nous ne mettons presque jamais les malades à la diète absolue. Dès le début, nous faisons prendre, le matin et le soir, 300 à 400 grammes de lait et une soupe dans le milieu du jour. Lorsque, vers la fin de la seconde semaine, la langue se nettoie, et que l'appétit devient meilleur, nous augmentons peu à peu la quantité des aliments, tout en les donnant en même temps d'une qualité plus nourrissante. Nous attribuons à cette méthode le fait frappant que nous ne voyons guère à Zurich les malades atteints de fièvre typhoïde maigrir autant que nous l'avions observé anterieurement, soit à Paris, soit dans notre pratique dans le canton de Vaud. Nous n'observons guère ici non plus les suites funestes des écarts de régime dans la convalescence; les perforations intestinales sont également rares.

Dans les cas graves, les forces des malades baissent quelquefois considérablement vers la fin de la seconde ou dans le courant de la troisième semaine. Le pouls alors devient très-petit, la prostration est extrême, la diarrhée plus fréquente, le ventre ballonné, etc. Nous prescrivons en cas pareil les toniques, l'extrait de quinquina à la dose de 4 à 8 grammes par jour, dans une potion de 150 à 200 grammes, à laquelle nous ajoutons, selon les circonstances, 30 à 60 grammes de vin de Malaga. En général, nous prescrivons le vin à ces malades, dont ils prennent de 120 à 150 grammes par jour avec les repas. Celui que nous préférons à tous les autres est le vin de la Val-Feline. Nous avons vu plusieurs fois des individus extrêmement affaiblis entrer en convalescence après que nous leur avions fait prendre pendant quelques jours, toutes les deux ou trois heures, une cuillerée à soupe de vin de Malaga.

Dans la forme pétéchiale, qui n'offre quelque chose de caractéristique qu'autant qu'il y a d'autres signes d'une altération profonde du sang, nous employons l'acide sulfurique à la dose de 1 à 4 grammes par vingt-quatre heures, soit dans un demi-litre de limonade, soit dans une décoction de quinquina. Lorsque la diarrhée devient intense, nous préférons le nitrate d'argent à tous les autres moyens. Nous en prescrivons trois à quatre pilules contenant 3 centigrammes chacune, par vingt-quatre heures. C'est le moyen que nous employons de préférence aussi contre les hémorrhagies intestinales. Nous le donnons alors à dose plus forte par la bouche, et en outre en quart de lavement renfermant 15 à 20 centigr. de ce sel d'argent. Lorsque les symptômes pectoraux prédominent avec une dyspnée intense, une toux fréquente, nous prescrivons une infusion d'ipécacuanha de 180 à 200 grammes, préparée avec 50 à 60 centigrammes de la racine. Nous ajoutons 4 grammes de suc de réglisse pour masquer le mauvais goût, et assez souvent aussi 3 à 4 grammes de la liqueur anisée d'ammoniaque. Dans un cas

de dyspnée très-intense, un vomitif nous a rendu de bons services. Ce n'est que très-exceptionnellement que nous employons, du reste, les émissions sanguines, les vomitifs, les purgatifs et les vésicatoires dans la fièvre typhoïde.

(*La suite prochainement.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

(Suite.)

VI. DEUTSCHE ZEITSCHRIFT FUR DIE STAATS ARTZNEIKUNDE;

Rédigé par S. A. J. Schneider.

Les cahiers 1 à 4 de l'année 1853 renferment les articles originaux suivants : 1° *De l'état actuel de la médecine légale dans les États de l'Europe*; par le docteur J.-J. Knolz. (Discours prononcé devant la réunion des médecins de Vienne, et dans lequel on fait ressortir les améliorations dont l'étude de la médecine légale est susceptible.) 2° *La vaccine est-elle un préservatif contre la varioloïde?* par le docteur Cb. Kissel. (Travail très-long, non encore terminé dans ce volume.) 3° *Sur la construction des prisons cellulaires et sur les défauts que présente celle de Bruchsal*; par le professeur Dietz. 4° *Sur les cas de mort subite, les moyens d'en reconnaître les causes, et sur les changements des cadavres par suite de la putréfaction*; par le docteur Zschokke. 5° *Communication relative à l'établissement de plusieurs hôpitaux militaires dans le duché de Bade, et sur l'état des malades et des blessés dans ces hôpitaux, pendant les événements de 1849*; par le docteur Meier. 6° *Sur l'aliénation mentale en Suisse*; par le docteur Erlenmeyer. (Statistique des aliénés, des crétins, et indications des moyens employés pour le traitement dans les établissements publics ou particuliers.) 7° *Recherches pratiques médico-légales sur la mort par suspension, sur le suicide, l'infanticide et l'avortement*; par le professeur F. Gatscher. (L'auteur, qui est professeur de médecine légale à Lemberg, a réuni tous les faits propres à faire reconnaître ces différents genres de mort et a joint à ce travail ses observations particulières et ses appréciations.) 8° *Sur la nature, le mode de production, et le traitement préservatif et curatif du crétinisme*; par J.-J. Knolz. 9° *Fragments de médecine légale*; par le docteur Ernest Bischoff. (Études sur la mortalité des blessures. — Sur la véritable mission du médecin légiste. — Sur la manie incendiaire. — L'enseignement académique pour la médecine légale.) 10° *Études sur la pourriture d'hôpital*; par le docteur W.-G. de Neufville. (Premier article. L'auteur, en rédigeant cet écrit, a eu pour but de rechercher les moyens de prévenir et de combattre cette grave affection.) 11° *L'opération césarienne peut être entreprise quand même le bassin a une largeur suffisante, et l'omission de cette opération doit être regardée, dons certaines circonstances, comme une faute*; par le docteur Erbardt. (Nous doutons que beaucoup de nos lecteurs soient de cet avis. L'auteur a pratiqué l'opération césarienne dans un cas où il y avait constriction du col utérin et inflammation très-avancée du corps de la matrice ; l'enfant, qui était mort, ne pouvait être extrait sans qu'on incisât le col; l'auteur, assisté d'un confrère, préféra l'opération césarienne; la malade mourut le quatrième jour.) 12° *Sur la mortalité des lésions corporelles*; par le docteur Jules Wilbrand. 13° *Sur la limite des attributions du médecin légiste et du juge, particulièrement dans les cas de blessures et de mort*; par le docteur Al. Kraus, avocat. 14° *Lésion suivie de mort*; par le docteur Fischer. (Appréciations médico-légales.) 15° *Blessure de la tête devenue mortelle au bout de deux ans et demi*; par le docteur Wilhelm.

SUR LES CAS DE MORT SUBITE ET SUR LES MOYENS D'EN RECONNAÎTRE LES CAUSES; par le docteur Zschokke (d'Aarau).

Il est de la plus haute importance que le médecin légiste sache reconnaître les causes de la mort chez les personnes mortes subitement ou trouvées mortes. Pénétré de cette importance, le docteur Zschokke a cherché à établir des signes caractéristiques pour quelques genres de mort subite, en comparant entre eux les résultats de nombreuses autopsies médico-légales. Les genres de mort dont il donne des exemples sont : l'apoplexie, la submersion, l'asphyxie par la vapeur de charbon, l'asphyxie par la présence de corps étrangers, la congélation, la paralysie du cœur, les hémorragies et l'action de la foudre.

L'étude de chacun de ces genres de mort est basée sur des observations nombreuses que l'auteur relate dans son mémoire, et desquelles il fait ressortir les traits caractéristiques de la lésion. Cependant les différences dans la cause de la mort ne produisant pas des effets tellement distincts qu'on puisse toujours les reconnaître et les classer ; aussi l'auteur est-il arrivé à établir qu'une mort subite ne provient, en réalité, que de deux organes, le cerveau et le cœur; et il admet, en conséquence de ce principe, une mort par le cerveau et une mort par le cœur; à la première se rattache l'apoplexie sanguine, tous les genres d'asphyxie et la congélation; à la mort par le cœur se rattachent la paralysie de cet organe et les hémorragies. L'organe qui permet le mieux d'apprécier le genre de mort, le seul même, suivant l'auteur, qui donne des résultats certains, c'est le sang contenu dans les vaisseaux ; tous les autres signes sont vagues et inconstants. On devrait donc donner plus d'attention à ce liquide, dans les autopsies, et surtout ne pas oublier de mentionner le degré de putréfaction dans lequel se trouve le cadavre, puisque la putréfaction exerce une grande influence sur l'aspect du sang. Parmi les affections qui amènent la mort par le cerveau, l'auteur commence par l'apoplexie, et établit comme signes caractéristiques de cette lésion : la réplétion des vaisseaux veineux de la tête et des poumons, ainsi que du cœur droit, et le ramollissement total ou partiel du cerveau. Dans la mort par asphyxie, on trouve les mêmes caractères essentiels; non-seulement les poumons, mais aussi les tissus de la tête et le cœur droit sont gorgés de sang. Après la mort par congélation, on trouve les signes de la mort par le cerveau, plus les signes qui indiquent l'action du froid.

Les observations faites par l'auteur sur les maladies du cœur ont donné pour résultats : mort subite, lésions organiques du cœur, réplétion des deux moitiés du cœur, répartition uniforme du sang dans les différentes parties du corps. La mort par anémie est caractérisée par la vacuité presque complète des vaisseaux et par l'absence du sang dans les cavités du cœur.

Voici, du reste, le résumé que donne l'auteur :

SIGNES DE LA MORT PAR LE CERVEAU.

a Signes constants :

1° Réplétion des veines des méninges;

2° Taches sanguines dans la substance cérébrale (cerveau sablé);

3° Réplétion des grosses veines et de la moitié droite du cœur; le sang n'est pas coagulé quand la mort a été instantanée; le contraire a lieu quand la mort est arrivée plus lentement;

4° Poumons gorgés de sang, tantôt foncé, lorsque l'oxygène de l'air n'a pas pu pénétrer dans les poumons ; tantôt clair, quand l'air atmosphérique a pu être respiré jusqu'à l'époque de la mort.

b Signes inconstants :

1° Langue faisant saillie entre les dents (ce signe indique que la mort par le cerveau a eu lieu avec des phénomènes de paralysie ; les tissus extérieurs de la tête sont gorgés de sang);

2° Présence de mucus écumeux dans les voies aériennes (signe de convulsions);

3° Absence de ces deux derniers signes (ceci indique une paralysie avec diminution dans la quantité de sang ou retrait de ce liquide vers les organes centraux, ou une paralysie du cœur jointe à la mort par le cerveau);

4° Gonflement et rougeur du visage, des yeux; coloration bleue des lèvres, etc. (signes de congestion).

SIGNES DE LA MORT PAR LE CŒUR.

1° Distribution uniforme du sang dans toutes les veines du corps, sans congestion d'organes partiels;

2° Réplétion ou vacuité uniforme des deux moitiés du cœur.

SIGNES DE L'APOPLEXIE NERVEUSE (si toutefois celle-ci existe).

1° Répartition uniforme du sang non-seulement dans les veines, mais aussi dans les artères;

2° Réplétion partielle des cavités du cœur.

Les causes diverses de ces trois genres de mort subite laissent aussi quelquefois des traces plus ou moins sensibles qui permettent de les reconnaître sur le cadavre.

L'auteur les résume successivement et termine son travail par un article sur les effets de la putréfaction.

SUR LA NATURE, LE MODE DE PRODUCTION ET LE TRAITEMENT PRÉSERVATIF ET CURATIF DU CRÉTINISME; par le docteur J.-J. Knolz.

L'auteur a étudié le crétinisme pendant dix ans dans le Salzburg, et

pendant treize ans dans la basse Autriche. Cette étude lui a permis de tracer un tableau fidèle de cette affection, et de répondre d'une manière plus ou moins satisfaisante à ces questions : Qu'est-ce que le crétinisme? Quels sont ses attributs pathognomoniques? A quelles causes faut-il l'attribuer? Est-il curable, et par quels moyens peut-on arriver à le guérir?

Le crétinisme est une maladie particulière qu'on ne peut confondre avec aucune autre. C'est surtout dans la tête, tant dans le crâne que dans la face, qu'il faut en chercher les caractères; la déformation du crâne, le peu de développement du cerveau dans toutes ses dimensions se lient à l'absence presque totale des facultés intellectuelles et du sens interne, à l'état d'imperfection de la sensibilité, à l'absence de la parole, etc., tandis que la prédominance des organes de la vie végétative, montre que cette dernière a pris le dessus et domine toutes les fonctions de relation.

Le crétinisme repose donc particulièrement sur une prédominance d'action du système ganglionnaire, avec arrêt de développement du système nerveux cérébro-spinal, opinion déjà émise par l'auteur en 1829.

L'auteur admet quatre modes de production du crétinisme :

1° Le crétinisme héréditaire. C'est le mode le plus fréquent, le plus connu; on sait que cette affreuse maladie se transmet de génération en génération et peut affecter tous les enfants d'une même famille.

2° Le crétinisme congénital, mais non héréditaire. Des parents sains habitant une contrée exempte de crétinisme peuvent mettre au monde des enfants crétins, si la mère vient habiter un pays atteint de cette affection. L'auteur donne des exemples remarquables de ce mode de production.

3° Le crétinisme endémique ou acquis. Celui-ci est le produit des deux facteurs précédents, c'est-à-dire de la disposition au crétinisme et des influences locales, endémiques. Ces dernières sont nombreuses et complexes; il est difficile de les caractériser d'une manière absolue, mais on peut dire qu'elles disparaissent à une certaine hauteur, car, en Suisse, on ne trouve pas de crétins à une hauteur qui dépasse 3,000 pieds au-dessus du niveau de la mer. D'après l'auteur, le crétinisme est indépendant des terrains et des eaux.

4° Le crétinisme sporadique ou accidentel. D'après l'auteur, le crétinisme peut résulter d'une anomalie dans le volume ou dans la consistance des masses nerveuses centrales, d'un vice des humeurs; il peut accompagner d'autres maladies ou succéder à diverses affections.

La question concernant la curabilité du crétinisme est certes l'une des plus importantes dont puisse s'occuper le médecin qui est appelé à voir et à observer cette déplorable maladie. Quoiqu'il semble, au premier abord, impossible de s'en rendre maître, l'étude approfondie que l'on a faite de son mode de production et des circonstances qui favorisent son développement laisse entrevoir, dans un avenir plus ou moins éloigné, la possibilité d'un succès réel.

Nous savons que le crétinisme repose essentiellement sur un développement incomplet ou arrêté du système nerveux cérébro-spinal; que la vie du crétin n'est autre chose qu'une continuation de la vie fœtale, et que la maladie se développe pendant la lactation et jusqu'à la fin de la deuxième dentition. Nous savons que cette affection commence déjà avec l'acte même de la reproduction ou pendant la vie fœtale, mais aussi que, le plus souvent, l'enfant ne naît pas crétin; il n'a que la disposition au crétinisme. Dans les deux premiers cas, la maladie marche rapidement, au point qu'à l'âge de 4 ou 5 ans le crétinisme est complet, et tout traitement devient superflu. Dans le second cas, lorsque l'enfant n'apporte en naissant que la disposition au crétinisme, il n'offre rien d'anormal, mais peu à peu les signes de la dégénérescence se manifestent successivement, et il est rare qu'à l'âge de 10 ans l'enfant ne soit pas tout à fait crétin. Or il est évident qu'ici l'art peut quelque chose : l'éloignement des causes nuisibles, le changement de vie, les soins hygiéniques ou pharmaceutiques peuvent arrêter le mal ou en diminuer notablement les effets. Parmi les moyens les plus efficaces, il faut mettre en première ligne le changement de contrée; dès les premiers indices, il faut aller habiter un pays tout à fait exempt de crétinisme; puis, sous la direction d'un médecin, il faut adopter et suivre rigoureusement un plan d'éducation physique et psychique qui ait pour but le développement du corps et de l'esprit, l'excitation réglée et modérée de la sensibilité et de l'irritabilité.

L'expérience a déjà montré, dit l'auteur, l'efficacité de ces moyens, et l'on voit depuis longtemps, en Suisse, des familles se préserver du crétinisme en quittant leurs vallées pour aller s'établir sur les hauteurs.

Après avoir développé les idées dont nous venons de reproduire la substance, l'auteur fait un appel chaleureux aux gouvernements pour la création d'établissements qui seraient spécialement consacrés au traitement prophylactique du crétinisme.

VII. ARCHIV FUR PHYSIOLOGISCHE HEILKUNDE.

Rédigé par le professeur VIERORDT.

Les troisième et quatrième cahiers de 1853 renferment les mémoires originaux dont voici les titres : 1° *Revue statistique du régime prescrit dans les principaux établissements publics de Londres, avec l'évaluation des principes azotés et des principes non azotés contenus dans les aliments*; par le docteur Beneke. 2° *Études sur la coqueluche des enfants*; par le docteur Friedleben. 3° *Réflexions physiologiques et recherches sur le miasme et la contagion*; par le docteur Th. Clemens. (Suite.) 4° *Sur un enduit noir de la langue*; par le docteur Eulenberg. 5° *Sur les maladies de la peau produites par des parasites*; par le docteur B. Gudden. (Suite. — Sur le pityriasis versicolor.) 6° *De quelques opérations sur les paupières*; par le professeur Roser. (Blépharoplastie; opération d'une colobome de la paupière; tarsotomie longitudinale; opération de distichiasis; entropion sénile; traitement de la blépharophimose; opération d'un cancer des paupières.) 7° *Observations cliniques et anatomiques sur les maladies de l'Égypte*; par le professeur Griesinger. (Suite.) 8° *Fongus de la dure-mère*; par le docteur Meissner. (Histoire de la maladie et autopsie.) 9° *Critique de l'emploi thérapeutique des astringents végétaux*; par le docteur Hennig. (Il est surtout question du tannin, de son emploi thérapeutique et des effets qu'on lui attribue le plus souvent à tort.) 10° *Rademacher et sa doctrine*; par le docteur Frey.

REVUE STATISTIQUE DU RÉGIME PRESCRIT DANS LES PRINCIPAUX ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE LONDRES, AVEC L'ÉVALUATION DES PRINCIPES AZOTÉS ET DES PRINCIPES NON AZOTÉS CONTENUS DANS LES ALIMENTS; par le docteur BENEKE (de Hanovre).

Le travail d'analyse entrepris par M. Beneke est digne de fixer l'attention des physiologistes, puisqu'il a pour but d'établir quelles sont les proportions des substances azotées et des substances non azotées les plus favorables à l'entretien de la santé. L'auteur a noté avec exactitude l'alimentation de vingt-cinq établissements de Londres. Il est arrivé à ce résultat que la proportion moyenne des principes azotés aux principes non azotés est de 1 : 4,9, quel que variée que soit la nourriture; la proportion la plus forte est de 1 : 5,8, la plus faible de 1 : 4,02. Quant à la quantité des aliments consommés, on comprend qu'elle varie suivant diverses circonstances; mais cette quantité ne fait pas changer sensiblement la proportion.

ÉTUDES SUR LA COQUELUCHE DES ENFANTS; par le docteur FRIEDLEBEN (de Francfort).

La coqueluche et le croup sont peut-être les maladies des enfants sur lesquelles on a publié le plus d'écrits, et cependant on est loin d'être fixé sur le traitement de ces deux affections, surtout sur celui de la coqueluche, à tel point même que bien des médecins ont à peu près renoncé à toute médication active. L'auteur fait voir par un relevé statistique de la mortalité que la coqueluche n'est pas une maladie aussi inoffensive que le croient bien des personnes et même des médecins. Il donne ensuite l'histoire détaillée de 20 cas, avec les autopsies.

On a constamment trouvé des lésions dans l'appareil respiratoire; les lésions rencontrées dans les autres appareils variaient suivant la nature, la marche et la durée des cas particuliers. Parmi les lésions de l'appareil respiratoire, il y en avait plusieurs qui ne produisaient jamais la coqueluche et qu'il faut attribuer à des complications (pneumonie, pleurésie); d'autres, comme l'œdème du poumon, l'emphysème, la dilatation des bronches, la tuberculose, étaient dues à des affections secondaires. Les modifications qui ont été observées constamment dans les 20 cas sont : l'état catarrhal inflammatoire de la muqueuse bronchique, l'hypérémie du tissu pulmonaire avec dilatation des petites bronches, la tuméfaction des glandes bronchiques et trachéales et, dans les cas intenses, des modifications dans le névrilemme du nerf vague. Ces dernières consistent dans l'injection, l'épaississement, l'induration de ce nerf ou plutôt de son enveloppe; elles peuvent être regardées comme produites par l'hypérémie elle-même.

Après avoir donné un soin tout particulier à l'anatomie pathologique, l'auteur consacre un chapitre au siége et à la nature de la coqueluche, et cherche à expliquer son mode de production. Le résultat de ses réflexions et de ses recherches le conduit à admettre une coqueluche spasmodique et une coqueluche paralytique. La tuméfaction des glandes bronchiques et trachéales produite par le catarrhe des bron-

ches détermine une pression sur le nerf vague et sur le récurrent, et cause la paralysie de ces nerfs, d'où les altérations consécutives du tissu pulmonaire. La forme paralytique est beaucoup plus grave que la forme spasmodique.

Le traitement proposé et suivi par l'auteur est en harmonie avec ses recherches anatomiques et les conséquences qu'il a cru devoir en déduire. Il insiste, au début, sur les vomitifs, auxquels il joint de légers diaphorétiques; les purgatifs sont administrés après les vomitifs, quand il existe dès le début une complication gastro-intestinale. M. Friedleben s'élève contre les spécifiques; il a aussi pendant quelque temps sacrifié à la mode, mais il n'a pas tardé à reconnaître leur inefficacité, et il croit que le traitement de la coqueluche ne deviendra rationnel que lorsqu'on renoncera à faire la chasse aux spécifiques. Dans toutes les formes de la maladie, un bain tiède, simple ou aromatique, donné chaque soir, a produit de bons résultats. Les vésicatoires appliquées entre les épaules ont quelquefois paru diminuer lesaccès; mais comme ils empêchaient les bains, l'auteur y a renoncé. Il associe aux bains journaliers les aromatiques et les astringents, particulièrement l'alun qui lui a paru agir très-favorablement sur la muqueuse respiratoire ou l'infusion de feuilles de noyer. Dans la coqueluche paralytique, il prescrit, comme partie essentielle du traitement, l'iodure potassique et quelquefois l'iodure de fer. L'auteur conseille, comme tout le monde, le séjour en plein air par un temps et par une température favorables, mais il ne croit pas que le changement de résidence, le changement d'air, comme on dit, ait de l'influence sur la marche de la coqueluche; un changement de climat, au contraire, paraît agir d'une manière très-favorable. La vaccination lui a paru être sans résultat. Enfin, quoique nous ne sachions pas bien en quoi consiste la contagion de la coqueluche, l'auteur conseille, comme tous les médecins, d'isoler autant que possible les enfants affectés de cette maladie.

SUR UN ENDUIT NOIR DE LA LANGUE; par le docteur EULENBERG (de Cobleutz).

OBS.—L'auteur a eu l'occasion d'observer un enfant de 2 ans dont la langue était recouverte d'un enduit noir comme de l'encre, sans autre dérangement qu'une diarrhée catarrhale. Cet enduit persista pendant trois mois. Il disparaissait quand on frottait la langue; mais il ne tardait pas à se montrer de nouveau, en commençant par le milieu et en s'étendant peu à peu sur tout le reste de l'organe. Les papilles étaient très-développées; les filiformes avaient une couleur foncée; les calyciformes formaient une forte saillie, et étaient particulièrement teintes en noir. Quand on grattait la surface de la langue, on obtenait un mucus brun, visqueux, qui montrait, sous le microscope, une grande quantité de cellules épithéliales épaissies et du pigment grenu. Celui-ci n'était pas contenu dans des cellules; il se composait de granules libres déposés entre les squamules épidermiques. L'affection disparut au bout de deux jours de l'usage d'une potion composée de 12 grammes d'eau de chlore sur 32 grammes d'eau distillée, une cuillerée à thé toutes les trois heures. Elle ne s'est pas montrée depuis.

OBSERVATIONS CLINIQUES ET ANATOMIQUES SUR LES MALADIES DE L'ÉGYPTE; par le professeur GRIESINGER. (Suite; voy. GAZ. MÉD., 1854, n° 23, p. 351.)

Dans la seconde partie de son travail, le professeur Griesinger traite des exanthèmes aigus, du rhumatisme, de la syphilis, de la tuberculose, du cancer, et commence l'histoire des maladies des organes spéciaux, en parlant des affections de l'appareil respiratoire et de l'appareil circulatoire.

Nous ne dirons rien des deux premières maladies, qui n'offrent aucun intérêt.

La syphilis est extrêmement commune en Égypte. On croirait, dit l'auteur, que la population entière est infectée de ce mal, ce qui tient à l'extrême facilité des rapports sexuels, à une complète négligence des premiers accidents syphilitiques, à l'ignorance des médecins du pays, etc. Elle est même assez répandue parmi les enfants du sexe masculin.

La simple chaude-pisse est une affection légère et de courte durée, quand les malades se soumettent à un traitement, ce qui n'a pas toujours lieu, vu qu'une foule de gens ignorent qu'elle est la suite du coït. Les maladies du périoste et des os sont des affections très-communes; il en est de même de la cachexie syphilitique, souvent compliquée de la chlorose égyptienne, affection particulière, sur laquelle l'auteur doit revenir plus tard.

M. Griesinger consacre un long chapitre à la tuberculose, qu'il expose d'abord d'une manière générale, puis qu'il étudie successivement dans les divers appareils. La tuberculose en général, et la phthisie pulmonaire en particulier, sont beaucoup plus rares en Égypte que dans l'Europe centrale, ce qu'on peut attribuer, en partie du moins, à la douceur du climat, au séjour en plein air peudant toute l'année, à la rareté des bronchites et en général des affections de la poitrine, au genre de vie du peuple, qui ne connaît pour ainsi dire aucun travail sédentaire, mais qui se livre aux travaux des champs ou erre dans les villes en s'abandonnant au *dolce far niente* qui plaît tant aux peuples du Midi, sans vêtements qui le gênent et sans prendre aucun souci de sa pauvreté ou de sa misère. D'autres circonstances peuvent encore influer sur la rareté de la tuberculose : telles sont la constitution médicale de l'Égypte, qui rapproche, à certaines époques, ce pays des contrées où règne la malaria; la prodigieuse quantité de poussière qu'on rencontre partout (l'auteur rappelle que, d'après une statistique de l'Anglais Smith, les ouvriers qui sont exposés à l'inhalation de fines molécules de poussière offrent une moindre proportion de phthisiques), les bonnes qualités de l'eau du Nil, et enfin la fréquence de la chlorose égyptienne. Ces dernières circonstances nous semblent être, en réalité, peu importantes, et nous pensons, avec l'auteur, que c'est surtout à son climat et à la rareté des affections pulmonaires que l'Égypte doit son immunité relativement à la phthisie. Le nombre des phthisiques traités à la clinique du professeur Griesinger n'est que de seize : la plupart moururent; quelques-uns sortirent dans un état d'amélioration.

La tuberculose est moins fréquente chez les enfants; mais elle envahit très-souvent le péritoine, les glandes mésentériques, le foie, la rate et les reins. Elle est souvent compliquée de dyssenterie; la mort arrive alors rapidement.

L'auteur conseille, comme tous les médecins, le séjour de l'Égypte pour les Européens affectés de phthisie pulmonaire. La rareté de la tuberculose et des bronchites, la douceur du climat pendant l'hiver, l'égalité de température, sont des conditions que l'on trouve rarement réunies dans d'autres contrées. Cependant ici, comme toujours, il faut avoir égard aux individualités. L'auteur cite l'exemple d'une dame tuberculeuse qui, après avoir passé un bon hiver à Pise, se rendit à Naples et de là au Caire. Son état empira d'une manière très-inquiétante, au point que l'auteur lui conseilla de quitter l'Égypte; elle retonrna à Pise, et se rétablit au bout de quelques mois. Les phthisiques ne doivent séjourner en Égypte que pendant l'hiver, depuis le mois d'octobre jusqu'à la fin de mars; ils font bien d'aller passer l'été en Syrie. Enfin l'auteur avertit que l'Égypte ne convient qu'aux malades qui sont pour ainsi dire au début de la maladie, qui n'ont pas de fièvre, pas de diarrhée, et chez lesquels la tuberculisation affecte une marche chronique.

Dans le chapitre où il traite des maladies des organes respiratoires, l'auteur revient sur ce qui a été dit plus haut relativement à la rareté des bronchites. Sur 1,087 malades, 38 cas de bronchites seulement se sont présentés, et plusieurs d'entre elles étaient insignifiantes. L'auteur mentionne 5 cas d'emphysème, une épidémie de grippe (au printemps de 1851), un cas de croup, quelques cas de bronchites capillaires et de pneumonie catarrhale, 21 cas de pneumonie lobulaire et 17 cas de pleurésie.

Les maladies des organes de la circulation n'offrent rien de remarquable (2 péricardites, 3 endocardites).

(La fin au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 13 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

ÉTUDE CHIMIQUE DES EAUX MINÉRALES ET THERMALES DE VICHY, CUSSET, VAISSE, HAUTE-RIVE ET SAINT-YORRE; ANALYSES DES EAUX MINÉRALES DE BRUGHEAS, MÉDAGUE, CHATELDON ET SEUILLET.

M. DE SENARMONT lit, sous ce titre, un mémoire de M. Bouquet.

Ce mémoire comprend des études sur tout un ensemble de sources minérales, qui ont entre elles certains rapports de gisement, d'origine et de composition, ou au moins des relations de voisinage.

Le premier chapitre traite des produits gazeux et de leur analyse. Tant que la disposition des lieux n'y a pas mis obstacle, les gaz qui se dégagent spontanément ont été recueillis sur les sources mêmes, et presque partout, malgré la délicatesse des procédés de dosage, on a trouvé l'acide carbonique pur, sans azote ni oxygène. Sur quelques sources seulement il renfermait des traces d'acide sulfhydrique, dont la proportion n'a jamais atteint en volume la dix-millième partie du mélange.

Les procédés de l'auteur ont été appliqués à l'analyse des seize sources du bassin de Vichy. On rencontre dans chacune d'elles, et souvent en proportion presque égale, les mêmes principes minéralisateurs. Ces principes sont au

nombre de quinze; l'auteur a fait, pour en découvrir plusieurs autres, des recherches spéciales, et il n'admis ou rejeté l'existence de chacun d'eux qu'après des épreuves multipliées.

Il reconnaît positivement dans ces sources, outre des matières indéterminées de nature organique, la soude et la potasse, la strontiane, la chaux et la magnésie, les protoxydes de fer et de manganèse, la silice, les acides carbonique, chlorhydrique, sulfurique, phosphorique et arsénique; ce dernier d'autant plus abondant que les eaux sont plus ferrugineuses, et se concentrant en quantité considérable dans leurs dépôts. Il y signale l'acide borique, avec toutes les réserves que commande une simple épreuve qualitative; mais après des essais infructueux, dont les résultats ne lui paraissent pas moins justifiés que les précédents, il n'hésite pas à avouer son impuissance à découvrir le brome, l'iode, le fluor, l'alumine et la lithine : aveu méritoire dans sa sincérité et presque courageux, aujourd'hui qu'on paraît se résigner difficilement à enregistrer un résultat négatif, et que l'aphorisme naguère fameux : *Tout est dans tout*, semble quelque peu le parti pris de certaines recherches analytiques.

M. Bouquet ajoute à l'analyse des eaux, et comme confirmation des résultats déjà obtenus, l'examen de quatorze échantillons de concrétions, de dépôts boueux ou cristallins produits par les sources. Ces matières, formées dans des conditions variées, où certains principes ont dû se concentrer, n'en renferment pas d'autres que les eaux elles-mêmes, et leur composition devient ainsi un utile contrôle de l'exactitude des premières déterminations.

Après avoir résumé les résultats généraux de ses analyses, M. Bouquet se demande jusqu'à quel point elles peuvent contribuer à éclairer la thérapeutique.

Comment justifier les propriétés spéciales des différentes sources, malgré leur teneur presque égale en bicarbonate de soude, si c'est là essentiellement leur principe actif? Faudra-t-il, parce que ce sel domine partout, en faire l'agent médicinal par excellence? et croira-t-on, au contraire, l'arsenic à faible dose absolument inerte dans des eaux spécifiques, surtout contre les affections des organes sur lesquels, pris à haute dose, il localise précisément et exerce de préférence son action toxique? Osera-t-on affirmer que l'acide borique, que la strontiane, dont les vertus médicinales sont à peu près ignorées, ont un rôle absolument passif? Comment enfin fixer la part que chacun des éléments de cette association complexe prend à l'effet général, ne fût-ce que comme véhicule éliminateur?

Ces questions, la chimie peut les poser, mais elle n'a pas encore appris à les résoudre; elle s'arrête jusqu'à présent devant les mystères de l'organisme, et ne s'arroge pas, comme on l'a fait trop souvent, le droit d'y supposer sans preuves les réactions ordinaires du laboratoire. (Comm. : MM. Thénard, Chevreul, Balard, Dufrénoy, de Senarmont, rapporteur.)

ACIDE CYANHYDRIQUE RETROUVÉ DANS UN CADAVRE HUMAIN, TROIS SEMAINES APRÈS LA MORT.

M. Brame envoie une note dont voici la substance :

Un jeune homme de Tours s'étant empoisonné volontairement avec de l'acide cyanhydrique médicinal au douzième, dont il paraît avoir avalé environ 25 grammes, je fus appelé comme expert, trois semaines après l'inhumation, afin de rechercher s'il était possible de déceler l'acide cyanhydrique dans le cadavre. Je suis parvenu à reconnaître et à doser une quantité notable de ce poison, qui s'était maintenu dans l'estomac. Additionné d'azotate d'argent neutre et pur, il s'y est formé en abondance un précipité floconneux et jaunâtre qui, bien lavé et séché dans le vide pneumatique, et chauffé ensuite quelques instants au bain-marie, a pris une couleur grisâtre. Ce précipité était soluble dans l'ammoniaque et le cyanure de potassium. Décomposé à chaud par le potassium, il a formé du cyanure de potassium, avec lequel il a été facile d'obtenir de l'acide cyanhydrique et du bleu de Prusse. Délayé dans l'eau et soumis à l'action d'un courant d'acide sulfhydrique, il a donné lieu à une solution claire et limpide d'acide sulfhydrique, lorsqu'on eut séparé par le filtre le sulfure d'argent formé. Au moyen de l'acide chlorhydrique, on a pu en obtenir de l'acide cyanhydrique, d'une odeur très-forte, et dont la vapeur, reçue dans une solution de nitrate d'argent, l'a précipité en blanc; le précipité était soluble dans l'ammoniaque. Le précipité primitif, chauffé à la lampe, dans un tube étroit fermé et à un bout, a donné de l'acide cyanhydrique et quelques gouttelettes d'eau, etc. Ce même précipité, chauffé doucement avec de la potasse caustique, n'a donné lieu à aucun dégagement d'ammoniaque.

L'acide cyanhydrique avait donc persisté dans l'estomac trois semaines après l'inhumation. Il ne paraît pas y avoir contracté de combinaison chimique. Il y était en quantité assez considérable, car j'ai pu recueillir environ 0gr.,60 de cyanure d'argent, soit à peu près 0gr.,120 d'acide cyanhydrique. (Comm. : MM. Peligot, Bernard.)

— M. H. Martinet lit une note sur l'intoxication arsenicale des marais, proposée comme devant amener le miasme paludéen.

— M. Vrizot adresse des réflexions sur le choléra asiatique. (Renvoi à l'examen de la section de médecine et chirurgie.)

— M. Cadet envoie de Rome une addition à ses précédentes communications sur les fausses membranes contenues dans les déjections cholériques et sur les entozoaires qu'il y a observés.

Son troisième envoi comprend non-seulement de nouveaux dessins, mais encore des pièces pathologiques faciles à détériorer et qui ne se conserveraient probablement pas jusqu'au moment où elles pourraient être examinées par la commission du legs Bréant, dont le travail sera nécessairement fort long. A raison de cette circonstance, l'Académie renvoie à l'examen d'une commission spéciale, composée de MM. Duméril, Milne-Edwards et Bernard, les trois notes de M. Cadet, ainsi que les dessins et les pièces qui s'y rattachent.

M. Heurteloup adresse une note destinée à compléter une précédente communication concernant son procédé d'extraction immédiate des fragments des calculs vésicaux. (Renvoi à la commission nommée, qui se compose de MM. Serres, Bayer et Velpeau.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 21 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport du docteur Garay, sur l'épidémie de fièvre typhoïde du Puy;

2° Un rapport du docteur Maréchal, sur l'épidémie de choléra dans les Vosges;

3° Un rapport du docteur Bossion, sur le choléra du 3e arrondissement, à Paris;

4° Des rapports collectifs, au nombre de quinze, sur l'épidémie cholérique de la Meuse, en 1854;

5° Des rapports collectifs, au nombre de dix, sur l'épidémie cholérique de la Haute-Saône;

6° Un rapport de M. Lemer, officier de santé, sur son traitement du choléra dans les Landes (Comm. du choléra);

7° Un remède secret contre les hémorrhoïdes;

8° Un remède semblable par madame Duchatbourg;

9° Deux remèdes secrets contre le choléra.

— M. le docteur Cordier envoie l'observation de deux fœtus adhérents et se correspondant par la face. Un placenta et deux cordons.

— M. le docteur Rochard adresse un mémoire imprimé qui renferme des faits analogues à ceux que M. Michel Lévy écrit avoir observés.

— M. le docteur Devay (de Lyon) envoie un paquet cacheté qui contient la description d'une substance pharmaceutique non encore employée.

— M. Foucart transmet, au nom du docteur Thibergc, l'histoire de l'épidémie cholérique des environs de Langres (Haute-Marne).

— M. Cavallini écrit à l'Académie pour réclamer contre la dernière présentation de M. Charrière.

— M. Andrieu (d'Amiens) adresse une observation d'opération césarienne faite avec succès.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le cancer.

La parole est à M. Amussat.

DU CANCER ET DU MICROSCOPE.

M. Amussat : Au début de cette discussion, j'ai été appelé en province, précisément pour une opération analogue à celle qui a provoqué la discussion, c'est-à-dire pour un sarcocèle sur un enfant de 11 ans.

Je me suis empressé d'envoyer la pièce aussitôt après son enlèvement, pour la soumettre, avant qu'elle n'ait subi aucune altération, à l'examen du microscope et de l'Académie. Elle vous a été présentée par notre honorable collègue M. Barth. Sur cinq micrographes qui l'ont étudiée, quatre n'ont pas trouvé la cellule cancéreuse, un seul l'a rencontrée.

J'aurai l'occasion de revenir sur ce fait; mais auparavant je demande la permission de lire quelques réflexions jetées à la hâte sur le sujet en discussion. Je réclame d'avance l'indulgence de l'Académie, qui comprendra, je l'espère, l'impossibilité où je me suis trouvé, à cent lieues de Paris, de pouvoir consulter mes travaux sur ce point, et de suivre la discussion avec le même fruit que si j'eusse assisté aux séances.

La question qui s'est élevée à l'Académie est incontestablement une des plus importantes qui puissent être discutées, car le cancer est une maladie grave qui domine la pathologie, et malgré les travaux immenses dont elle a été le sujet, on est encore à se demander si le diagnostic du cancer est toujours possible et si la thérapeutique offre des ressources suffisantes pour le combattre d'une manière efficace.

Ces questions étant du domaine de la médecine et de la chirurgie, on comprend que je ne les aborderai qu'à ce dernier point de vue, et que je ne m'occuperai que des affections cancéreuses accessibles aux moyens chirurgicaux. J'insisterai même d'une manière particulière, pour me circonscrire davantage sur les cancers cutanés (*noli me tangere*) et sur le cancer du col de l'utérus, dont j'ai observé un grand nombre d'exemples.

Je me fais un devoir de donner le tribut de mon expérience dans cette discussion, pour concourir, s'il est possible, à éclairer une question si épineuse, si ardue, et presque inabordable. Au reste, je suis heureux d'apporter une pensée consolante sur le cancer : j'ai, en effet, l'intime conviction d'avoir guéri beaucoup de cancéreux voués à une mort certaine et affreuse, et ma conviction est basée sur des faits d'hérédité évidents et irrécusables.

Les causes du cancer sont difficiles à reconnaître et à apprécier. Il est rare, et fort rare, que le cancer succède à une autre maladie. Ainsi, je n'ai jamais vu une plaie, un vésicatoire, un cautère, des hémorroïdes ulcérées prendre le caractère cancéreux.

L'influence du chagrin, quels qu'en soient les motifs, me paraît être, d'une manière générale, la cause la plus ordinaire du cancer chez beaucoup de per-

sonnes douées d'ailleurs d'une belle constitution et d'un tempérament robuste. Placées dans de bonnes conditions morales, soustraites à l'influence d'excitations violentes et incessantes du système nerveux, elles eussent été peut-être garanties contre cette affreuse maladie.

Partant de cette idée que je crois vraie, que le cancer est causé bien souvent par le chagrin et par toutes les perturbations physiques et morales qui en sont la conséquence, je suis porté à croire que le siége du cancer est dans le système nerveux.

Cette idée avait déjà été émise par quelques auteurs; mais comme les preuves physiques sur lesquelles elle peut s'appuyer sont très-difficiles, pour ne pas dire impossibles à démontrer, on n'en avait pas tenu compte.

Le diagnostic du cancer est difficile et souvent douteux.

L'aspect extérieur seul, et les symptômes qu'on a décrits, sont loin d'être caractéristiques. Il en est de même pour l'examen anatomique simple ou aidé du microscope, après l'enlèvement d'un cancer. Dans mon opinion bien établie sur un grand nombre de faits, tous les doutes sont levés sur la nature de la maladie, lorsque la question d'hérédité peut être résolue affirmativement; et il faut le dire bien haut, c'est ce qui arrive le plus souvent.

Certainement j'apprécie les recherches microscopiques appliquées à l'anatomie pathologique, et en particulier à l'étude du cancer. Je ne manque presque jamais de soumettre aux confrères qui se sont le plus occupés de micrographie, les pièces pathologiques dont je puis disposer. Mais l'examen après l'enlèvement, le seul qui soit possible, ne donne pas des résultats bien utiles, au point de vue de la pratique, soit qu'il arrive à nier ou à affirmer les signes donnés comme caractéristiques. Et d'ailleurs on n'est pas encore parfaitement d'accord sur les caractères microscopiques du cancer.

En résumé, pour le diagnostic, on n'est arrivé à aucun résultat, puisque le microscope ne dit rien pendant la vie, et quant au pronostic, on ne pourra compter sur cet instrument que lorsque les caractères certains, invariables et incontestables du cancer auront été démontrés. Il faut donc, jusqu'à ce que de nouvelles recherches aient levé tous les doutes, jusqu'à ce que les micrographes se soient mis d'accord, attendre pour se prononcer sur la valeur de la cellule, niée par les uns et admise par les autres.

A ce sujet, je dois dire que j'ai prié, il y a quelques jours, M. Mandl, le plus ancien, après Muller et l'un de nos plus habiles micrographes, d'examiner un sarcocèle que j'avais enlevé sur un enfant de 11 ans, et qui a été présenté à l'Académie, en mon absence, par M. Barth, dans une des précédentes séances. Il n'a pas trouvé la cellule caractéristique du cancer, d'après quelques micrographes; mais il est porté à croire cependant que cette tumeur est fibro-plastique et de mauvaise nature. Au reste, M. Mandl pense que la cellule n'est pas constante dans le cancer et qu'il faut chercher d'autres signes. Son opinion, bien développée et basée sur l'histologie, m'a beaucoup intéressé, et je l'ai vivement engagé à la formuler à l'Académie. C'est ce qu'il s'est empressé de faire dans une lettre qui a été rendue publique, et dont j'extrais le passage suivant:

« La cellule, dit-il, n'est pas caractéristique; les espérances qu'on avait conçues à l'occasion du microscope à l'examen des productions pathologiques » ne se sont pas accomplies. »

Quoi qu'il en soit, il est permis d'espérer que cette discussion sur les signes microscopiques du cancer provoquera des études nouvelles et approfondies, capables d'éclairer l'histoire des affections cancéreuses et de conduire à une thérapeutique efficace.

Pendant quatre années que j'ai passées à l'hospice de la Salpêtrière comme interne, je n'ai cessé de m'occuper avec ardeur d'anatomie pathologique relative au cancer, et on sait que c'est principalement dans cet hospice que les recherches de ce genre peuvent être faites sur la plus grande échelle, surtout pour les affections chroniques et cancéreuses. Ces affections font d'affreux ravages dans cet établissement, et on ne peut rien voir de plus attristant que les salles de la division dite des Incurables, peuplées constamment de femmes qui succombent à la cachexie cancéreuse. J'ai ouvert un grand nombre de femmes mortes de cancers du sein, de l'utérus, des ovaires, etc.; rarement j'ai vu le cancer envahir les tumeurs fibreuses de la matrice. C'est le plus souvent la transformation osseuse qui survient. J'en ai recueilli un grand nombre, et parmi celles que j'ai conservées, il s'en trouve une qui a exactement le volume et la forme d'un hémisphère cérébral.

Quand on est en présence d'un cancer confirmé qui a résisté au traitement général et aux résolutifs variés, employés avec persévérance, il est très-important de ne pas différer à le détruire lorsqu'il est accessible, soit par l'instrument tranchant, soit par les caustiques. Je suis convaincu que beaucoup d'insuccès et de récidives ne reconnaissent pas d'autre cause que le retard qu'on a apporté à pratiquer une opération qui, faite à une époque plus rapprochée du développement de la maladie, eût été suivie d'une guérison peut-être durable et complète.

C'est surtout, on le comprend, dans les cas où l'*hérédité* existe d'une manière positive qu'il faut s'empresser d'opérer. Généralement on ne s'inquiète pas assez de l'hérédité; on n'y attache pas assez d'importance. Moi-même, avant d'avoir mes convictions bien arrêtées; je ne m'appesantissais pas sur ce fait. Aussi mes observations antérieures pèchent-elles sous ce rapport.

J'arrive à la question la plus importante à éclaircir, celle de la curabilité du cancer; pour la résoudre, je m'appuierai principalement sur les résultats que j'ai obtenus dans le *noli me tangere* et le *cancer du col de l'utérus*.

J'ai choisi ces deux catégories d'affections cancéreuses parce que, d'une part, j'en ai vu beaucoup plus, et d'autre part, comme on les reconnaît de suite, on n'hésite pas à les attaquer immédiatement.

On comprend qu'on ne se décide pas aussi facilement à opérer le cancer de la mamelle ou celui du testicule, parce que, surtout à un certain âge de la vie, ce sont des organes qui remplissent des fonctions importantes. Leur ablation inutile, intempestive, serait donc fâcheuse. Et comme aussi les signes absolus du cancer confirmé manquent dans beaucoup de cas, on est plus disposé à attendre, et on opère souvent au moment où la maladie a déjà jeté des racines profondes et amené la cachexie : c'est alors que les récidives surviennent fréquemment. Mais si le fait de la transmission *héréditaire* existe, l'opération devra être faite sans retard, avec la presque certitude qu'on a bien affaire à un cancer.

En résumé, on peut dire que cette maladie est plus ou moins curable, selon son degré plus ou moins avancé; par conséquent la guérison est d'autant plus assurée et la récidive d'autant moins à craindre qu'on a opéré plus tôt, au moment où la maladie était encore locale et n'avait pas affecté l'organisme.

J'ai été heureux de voir que, dans son dernier discours à l'Académie, notre honorable collègue M. Leblanc est arrivé à la même conclusion, sans avoir été influencé par mes idées, qui sont parfaitement confirmées par l'observation sur les animaux atteints de cancer.

« Je n'ai vu, dit M. Leblanc, guérir ces affections que chez des animaux » opérés de très-bonne heure, alors que le mal était très-probablement local » et peu développé.

» ... Les chances de non-récidive, pour les tumeurs opérées de bonne » heure, m'amènent tout naturellement à conseiller d'opérer le cancer le plus » tôt possible. »

Malheureusement beaucoup de raisons qui n'existent pas pour les animaux viennent s'opposer, chez l'homme, à l'application des principes que j'ai posés sur les avantages des opérations pratiquées dans ces cas, au moment le plus rapproché de leur développement.

J'arrive maintenant aux deux catégories de cancers sur lesquelles j'ai dit que j'insisterais plus particulièrement.

Les faits nombreux que j'ai observés et recueillis sur le *noli me tangere* et le cancer du col de l'utérus ont formé ma conviction. Ils serviront, j'espère, à convaincre aussi les plus incrédules, même ceux qui ont pris le parti de mettre de côté tous les faits de guérison comme ne devant pas être attribués au cancer, qu'on ne guérit, disent-ils, jamais.

Les faits qui m'appartiennent ne peuvent laisser aucun doute sur la guérison, qui a été constatée dans tous les cas longtemps après le traitement. Et pour établir qu'il s'agissait bien d'affections cancéreuses, je n'ai tenu compte que des faits dans lesquels j'ai pu manifestement constater la transmission héréditaire du cancer.

Je réserve pour un autre travail la relation de ces faits; elle eût été trop longue, et j'aurais craint d'abuser des moments de l'Académie.

NOLI ME TANGERE. — Je commence par le *noli me tangere*, parce que cette espèce de cancer est la plus simple, la plus évidente et aussi la plus facile à traiter.

Le *noli me tangere* est un véritable ulcère chancreux ou cancroïde, sous la forme la plus bénigne à son origine. Il est lent à se développer; mais dès qu'on le touche et qu'on l'irrite, il prend un mauvais aspect. Si on l'exaspère par des pansements mal faits ou insignifiants, il se développe rapidement, et si on ne s'oppose pas activement à ses progrès, il envahit les parties voisines, et finit par compromettre et détruire la vie, comme tous les autres cancers.

Les caractères de bénignité et de malignité sont très-difficiles à déterminer : ni l'aspect, ni les douleurs, ni les élancements ne sont des signes certains de cancer.

L'hérédité seule est le meilleur guide pour se prononcer. Même dans le doute, comme il faut agir, quelle que soit la nature de l'ulcère, on ne saurait y mettre trop d'empressement, en se rappelant qu'il vaudrait mieux faire trop pour dix ulcères bénins que de ne pas faire assez pour un seul ulcère cancéreux.

On peut donc dire affirmativement qu'on guérit le *noli me tangere*, et qu'on le guérit mieux, plus sûrement et plus radicalement que toute autre espèce de cancer, parce qu'on voit mieux ce qu'on a à faire, parce qu'il est peu profond, parce qu'il affecte des parties moins importantes à la vie; et quant aux récidives, si elles voulaient se montrer, il serait plus facile de s'y opposer.

La dénomination de *noli me tangere*, imposée aux cancers cutanés par les anciens, prouve qu'ils avaient bien observé et compris l'aggravation de la maladie sous l'influence des pansements, des baumes, des onguents, des caustiques superficiels mal appliqués; ils étaient en général plus nuisibles qu'utiles, et on avait fini par abandonner ces ulcères à eux-mêmes. On n'osait plus y toucher: d'où l'expression de *noli me tangere*, qui ne devrait plus être employée; car en agissant sans retard, avec toute l'énergie nécessaire, en allant même au delà du mal avec un caustique puissant, on arrive sûrement, dans presque tous les cas, à une guérison radicale et durable.

La cicatrice plus ou moins grande qui en résulte ne doit pas préoccuper, si on la compare à un ulcère fétide, qui gagne en étendue et en profondeur, et peut détruire le nez, les oreilles, les joues, etc.; et causer des accidents mortels. D'ailleurs, au besoin, l'autoplastie viendrait très-utilement faire disparaître les inconvénients d'une cicatrice plus ou moins difforme.

Le caustique solidifié de potasse et de chaux est celui dont je me sers le plus ordinairement. Il est préférable aux préparations arsenicales et aux diverses pâtes ayant pour base cette substance toxique. Au reste, quel que soit le caustique qu'on emploie, le point capital, c'est de détruire à fond le cancer, et *surtout ses bords*. En agissant timidement, on ferait incontestablement plus

de mal que de bien ; le cancer s'exaspérerait et ferait de rapides progrès. C'est ce qui arrive trop souvent.

Lorsqu'on a guéri avec des pâtes caustiques, c'est parce qu'elles ont été appliquées de manière à agir en surface au delà du mal ; par conséquent ce moyen, dans certains cas, ne doit pas être rejeté. Toutefois, comme l'absorption de l'arsenic a produit quelquefois des effets toxiques graves et même funestes, je proposerais de ne jamais se servir de pâtes faites avec cette substance, qu'il est facile de remplacer par d'autres.

Je dois aussi signaler un des avantages de l'emploi du caustique solidifié de potasse et de chaux. Avec lui, on n'a pas besoin d'exciser les bourgeons ; on les détruit facilement en les broyant graduellement, et on les réduit pour ainsi dire en magma, qu'on enlève en même temps que le caustique.

Cancer du col de l'utérus. — La seconde catégorie que j'ai choisie pour étayer l'opinion que je soutiens sur la curabilité du cancer, comprend les affections de cette nature si fréquentes, si nombreuses, qui envahissent le col de l'utérus et s'étendent à l'organe et aux parties voisines.

Je possède encore plus de faits probants sur cette catégorie que pour la première, dont je viens de parler.

J'entends par la dénomination de *cancer curable du col* toute ulcération profonde ou induration commençante de cette partie. Tant que les limites vaginales du col en dehors ne sont pas dépassées, je conserve toujours l'espoir de la guérison, en détruisant radicalement la maladie.

Il est fort difficile, même presque impossible au début, de reconnaître sa nature bénigne ou maligne, par nos seuls moyens d'investigation. Le toucher, la vue, l'odeur et les symptômes ne suffisent pas. Les caractères anatomiques sont incertains. On ne peut avoir recours au microscope.

Sur quoi donc peut-on se fixer pour agir immédiatement ; et ne pas s'exposer à perdre un temps précieux ?

L'hérédité seule est pour moi le meilleur guide. Si elle existe, il faut agir vite ; car une temporisation pourrait être fatale. Même dans le doute, on comprend que si la maladie résiste aux moyens ordinaires, on doit cautériser sans retard.

Peut-on guérir le cancer du col de l'utérus ? Telle est la question qu'on pose très-souvent...

Je n'hésite pas à répondre plus affirmativement encore que pour le *noli me tangere*, je possède un plus grand nombre de faits à l'appui de mon opinion.

On guérit sûrement les affections commençantes de l'utérus quand le col seul est envahi, mais à la condition d'agir promptement et de détruire radicalement la maladie dès son principe.

Pour démontrer que les guérisons que j'ai obtenues sont bien relatives à des cancers, je ne m'appuie que sur des faits dans lesquels l'hérédité a été positivement constatée. Un père, une mère, et quelquefois les deux, des sœurs ou d'autres parents avaient succombé à des affections cancéreuses. Et les guérisons datent de quinze, vingt et vingt-cinq ans. Or je n'hésite pas à dire que si je n'eusse pas soumis ces malades à un traitement énergique, elles seraient mortes comme leurs parents ou comme tant d'autres femmes ayant été soignées trop tardivement ou incomplétement.

J'ai déjà indiqué cette idée dans la discussion qui a eu lieu à l'Académie en 1849, sur les engorgements et les déviations de l'utérus (Voy. Gaz. des hôp., 8 novembre 1849).

On peut dire des affections cancéreuses du col de l'utérus ce qui est applicable au *noli me tangere*. Il faut agir énergiquement et ne pas perdre de temps. Si la destruction du col tout entier est nécessaire, on ne doit pas hésiter. Pour arriver promptement à ce résultat, la cautérisation de dedans en dehors, ou *en trouée*, qu'on me permette cette expression, avec des caustiques puissants, gradués de potasse et de chaux, m'a toujours réussi. Je pourrais citer plusieurs guérisons de cette espèce chez des femmes vouées à une mort certaine ; leur mère ou leurs sœurs, atteintes de cancer, n'avaient pas été aussi heureuses.

Les affections du col de l'utérus et de cet organe lui-même étaient peu connues avant le spéculum de Récamier, et même de nos jours leur étude laisse encore beaucoup à désirer. Il faut le dire : on néglige trop l'usage de cet instrument, et cependant il n'est pas possible d'admettre que ce moyen d'investigation puisse être remplacé par un autre ; lui seul fournit des données certaines sur la forme, sur l'aspect, sur l'étendue du mal en surface.

Les symptômes et le toucher sont en général trop incertains. Malheureusement les malades et certains médecins se font illusion sur les débuts d'une affection de l'utérus, et on ne croit pas devoir recourir au spéculum. C'est une grande faute, et on doit poser en principe que, dès qu'une femme éprouve quelques symptômes ou dérangements du côté de l'utérus, il faut sans attendre se servir de cet instrument, avec lequel on découvre souvent ce qu'on était loin de soupçonner. On pourrait citer un grand nombre de faits à l'appui de cette opinion.

Le cancer du col de l'utérus peut-il amener la stérilité ? Je le crois, puisqu'il produit dans certains cas l'obstruction complète ou incomplète de l'orifice utérin ; je ne pense pas que l'influence du virus cancéreux vienne s'ajouter à cette cause mécanique, qui me paraît être la seule.

Il n'en est pas de même du virus syphilitique qui empêche souvent la conception par une influence spéciale à lui propre ; ou bien si la conception a lieu, les enfants arrivent avant terme ou meurent très-jeunes.

La preuve la meilleure, ce me semble, que l'obstruction seule du col met obstacle à la conception dans les affections cancéreuses de cette partie, c'est que lorsqu'on a détruit cette obstruction par la cautérisation, la conception a lieu (et j'en ai vu beaucoup d'exemples) comme après le redressement du col dans les déviations de l'utérus.

Avant de terminer ce qui a rapport aux affections du col de l'utérus, je dois dire que les affections cancéreuses de cette partie et les affections syphilitiques présentent souvent beaucoup de ressemblance ; certains ulcères des lèvres sont aussi dans ce cas et laissent de l'incertitude. Dans le doute, il n'y a que le mercure qui puisse, comme pierre de touche, trancher la difficulté.

Quant à la catégorie si nombreuse des cancers du sein, j'en ai opéré beaucoup. Mais comme tous les chirurgiens qui en ont vu un grand nombre, je ne pourrais citer que peu d'exemples en faveur de l'opinion que je professe d'une manière générale sur la curabilité des cancers externes.

Hâtons-nous de le dire cependant : cette pénurie de faits de guérison tient au retard qu'on a apporté presque toujours à pratiquer l'ablation, et alors la récidive est survenue très-fréquemment. La meilleure preuve de ce que j'avance, car le cancer du sein n'est pas d'une espèce particulière, c'est que Récamier, notre maître à tous sur ce sujet, obtenait beaucoup de succès par la compression, parce qu'il agissait de bonne heure et qu'il en étouffait le germe dès son apparition. On a mis en doute, on a nié même ses succès, parce qu'on les a comparés aux résultats fâcheux des opérations faites dans de mauvaises conditions, c'est-à-dire à une époque où la maladie avait jeté des racines profondes dans l'économie.

Maintenant, sans insister longuement sur le cancer du testicule, comme il a été le point de départ de la discussion, et que j'ai eu l'occasion d'opérer tout récemment un jeune garçon qui avait un sarcocèle du volume de la tête d'un enfant à terme, je dois cependant en dire quelques mots.

Je ne puis pas m'appuyer autant sur cette catégorie du cancer du testicule que sur le *noli me tangere* et le cancer du col de l'utérus pour soutenir l'opinion que j'ai développée sur la curabilité des affections cancéreuses, accessibles à la chirurgie, parce qu'il est difficile de se décider de bonne heure à enlever un organe aussi important que le testicule.

Par cette raison, son ablation est plus souvent suivie de récidive, à cause du retard qu'on a mis à opérer. Il est donc urgent, lorsque le diagnostic peut être établi sur l'hérédité d'abord et sur l'inefficacité des moyens fondants et résolutifs qu'on a employés, de ne pas différer trop longtemps à pratiquer l'opération, que généralement on fait à une époque où existe déjà la cachexie cancéreuse.

Ne pourrait-on pas essayer aussi la compression du testicule, comme on l'a faite avec succès pour le sein ?

Le cancer du testicule a été bien décrit par tous nos auteurs classiques.

En général, ils ne pensent pas qu'il puisse se développer chez des enfants. Boyer, entre autres, dit formellement que le sarcocèle n'a jamais lieu dans l'enfance. Cette opinion me paraît trop absolue. Sans doute cette affection est rare dans des conditions d'âge peu avancé. Cependant on en cite des exemples, et de mon côté j'en ai opéré plusieurs, entre autres un enfant de 11 ans qui avait un testicule dégénéré. J'ai déjà dit que l'examen microscopique a été fait par cinq micrographes, un seul a constaté la cellule cancéreuse.

Les testicules énormes qu'on a quelquefois enlevés étaient-ils cancéreux ? Je le crois du moins pour un certain nombre. Mais ce sont des sarcocèles bénins, gélatineux et graisseux analogues aux tumeurs énormes de l'ovaire.

J'ai retrouvé le dessein d'un énorme sarcocèle qui descendait jusqu'au genou sur un adulte ; je le présente à l'Académie. Je l'ai enlevé à Poitiers, en 1827, il y a vingt-sept ans, et dernièrement en passant par cette ville, j'ai appris que le malade que j'avais perdu de vue était mort en 1839 et avait vécu douze ans sans récidive. Les médecins de Poitiers qui avaient assisté à cette grave opération m'ont donné ces renseignements, et m'ont dit qu'il avait succombé à une pleuro-pneumonie.

Le volume d'un testicule cancéreux est au reste très-variable ; et les engorgements ou les indurations de toute nature dont il peut être le siége sont très-difficiles à distinguer les uns des autres. Comment alors peut-on lever les doutes ? Je ne connais que deux moyens que j'ai déjà énoncés. L'inefficacité des moyens employés et surtout la recherche de l'hérédité ; étant constatée, elle constitue pour moi le meilleur moyen de diagnostic pour le cancer du testicule, comme pour tous les cancers des autres organes, ainsi que je l'ai déjà dit très-souvent.

Comme on le voit, je crois fermement que la chirurgie a une grande puissance pour détruire le cancer, lorsqu'il a son siége dans des parties accessibles à nos moyens d'action. Mais il faut opérer de bonne heure dès le principe et avec toute l'énergie nécessaire.

Il n'en est malheureusement pas ainsi jusqu'à présent pour les cancers intérieurs qui résistent à tous nos moyens.

Cependant je suis loin de désespérer de l'avenir, et qui sait si de nouvelles recherches ne parviendront pas bientôt à découvrir la cause, la nature et le traitement spécifique d'une maladie qui fait tant de victimes.

Quant à la discussion actuelle, dont l'importance justifie l'étendue, elle portera ses fruits et elle éclairera plusieurs points qui étaient restés obscurs ; elle guidera aussi, je l'espère, les praticiens dans leur conduite, lorsqu'ils se trouveront aux prises avec les difficultés inhérentes à la pratique des affections cancéreuses.

Depuis longtemps je faisais des vœux pour une discussion approfondie sur ce sujet. Celle qui a lieu actuellement, avec les lumières qu'elle va répandre, sera un encouragement pour la reprendre dans un autre temps et pour provoquer des travaux utiles qui feront disparaître les ténèbres dans lesquelles se trouvent encore enveloppées diverses questions relatives au cancer.

A cette occasion, je dirai qu'il serait à désirer, pour stimuler le zèle des travailleurs, qu'on établit, pour les sciences, des prix analogues à ceux qu'on avait autrefois institués, sous le nom des prix décennaux, et qui consistaient à décerner tous les dix ans de grands prix sur des questions importantes. Celle du croup avait été, comme on le sait, proposée d'une manière toute particulière. Sans doute elle avait et elle a conservé encore un haut degré d'importance. Mais la question du cancer est infiniment plus vaste et plus grave, puisque cette affection peut envahir tous les organes, et que d'ailleurs elle sévit sur un bien plus grand nombre de personnes.

Dans mon opinion, il serait bon et digne aussi de notre époque et de notre incomparable Paris (1), sous tous les rapports, d'établir tous les ans un congrès général dans lequel seraient discutées, pour ce qui regarde les sciences médicales : le cancer, le choléra, la phthisie, la folie, le croup encore, les empoisonnements, les épizooties, etc. Puis, tous les cinq ans, de grands prix seraient distribués sur ces sujets, à la même époque et avec la même solennité que les récompenses à la suite des expositions quinquennales de l'industrie, des sciences et des arts.

Avant de terminer, qu'il me soit permis d'indiquer brièvement les bases principales qui doivent servir, je le pense, à se diriger dans l'étude et dans la pratique des affections cancéreuses

1° Eviter de croire que le cancer est une affection incurable, car cette idée malheureuse tendrait à diminuer le zèle des observateurs et des chirurgiens qui cherchent à imprimer de grands progrès à la science. Je crois, au contraire, qu'il faut les stimuler et les encourager par tous les moyens possibles, et j'ai indiqué ceux qui me paraissent les plus propres à atteindre le but.

2° Dans l'état actuel de la science et de la pratique, dès qu'un malade est atteint d'une affection cancéreuse, il faut, après l'avoir examiné attentivement, lui demander avec discrétion, mais avec insistance, des renseignements sur les maladies qui ont dominé dans sa famille, et si la question d'hérédité ressort affirmativement de cette espèce d'enquête, il faut s'empresser d'agir activement par les moyens les plus efficaces dont on peut disposer.

3° Dès qu'une opération est décidée, soit par l'instrument tranchant, soit par les caustiques, il faut plutôt aller au delà que rester en deçà du but, c'est-à-dire détruire largement le cancer et ne s'arrêter que dans les parties saines. Bien souvent la timidité des opérateurs a été la seule cause des récidives.

4° Lorsqu'on a cru devoir préférer les caustiques à l'ablation, on doit employer les caustiques les plus puissants. Éviter les caustiques qui agissent lentement et superficiellement. Je suis peu partisan du fer rouge pour les affections du col de l'utérus ; il effraye et il peut être dangereux dans certains cas.

5° Il est important de s'assurer, par un examen minutieux et répété plusieurs fois après la guérison apparente, qu'il ne reste plus aucune trace de l'affection cancéreuse.

6° Enfin, en attendant que la nature intime du cancer ait été établie, on doit par prudence, après la guérison, conseiller des dépuratifs, un exutoire et une hygiène convenable.

En résumé, j'ai cherché à démontrer dans cette note, à laquelle je regrette de n'avoir pu donner un plus grand développement :

Que le cancer n'est pas incurable ; qu'au contraire on le guérit très-souvent quand on agit sans retard ;

Que l'hérédité exerce la plus grande influence sur la production du cancer ;

Et qu'il faut s'empresser d'agir, par des moyens énergiques, contre toutes les manifestations cancéreuses accessibles à la puissance de la chirurgie.

M. J. Cloquet : Après les discours si remarquables que vous avez entendus, je viens aujourd'hui vous exposer en quelques mots les conclusions que j'en ai tirées pour ma part.

La question, d'abord limitée, s'est élargie par la discussion, et de nombreux points ont été successivement discutés.

D'abord M. Velpeau vous a montré la difficulté qu'il éprouve à définir le cancer. Cela vient de ce qu'on confond sous cette dénomination une foule de tumeurs très-distinctes. Il en est du cancer comme de l'inflammation. Leur quantité est innombrable. Leurs produits ont une texture, des caractères intimes ou apparents on ne peut plus variables. Cependant, quand il s'agit du cancer, héréditaire ou dégénéré, tous les chirurgiens savent qu'il en est qui ne guérissent d'aucune façon, qui repullulent sans cesse, qui conduisent à la mort, qu'on les opère ou non. Toutes les maladies qui marchent ainsi sont cancéreuses. Maintenant, il y a des différences entre la mélanose, le colloïde, le fibro-plastique, l'épithélial ; mais ces différences sont sensibles sans microscope également. Sans doute, le microscope est venu vous dire : voilà qui est cancer, voici qui ne l'est pas. Qu'on ne le rejette pas. Ce n'est qu'une analyse plus avancée de l'état anatomique des parties : le microscope est une nouvelle continuation de l'école de Paris, de l'école anatomique.

Il a été appliqué plus spécialement à la pathologie. Moi-même j'en ai fait usage ; j'espérais qu'on pourrait avec son aide découvrir les caractères spécifiques et les productions des maladies si diverses qui engendrent le pus par exemple. Mais les résultats de mes recherches furent négatifs. Depuis on a été plus heureux. De nombreux travaux ont été faits, et il s'en fera beaucoup encore qui avec le concours de la clinique serviront à baser la science.

M. Velpeau vous a, dans son discours, montré le désaccord qui règne entre les divers micrographes. MM. Mandl et Lebert ne sont point d'accord, vous le savez. L'un a vu du cancer où l'autre n'en voyait pas. Dans des tumeurs cancéreuses plus d'un micrographe habile n'a point trouvé la cellule. Cependant il faut dire qu'on la trouve généralement. Puis on a vu repulluler des tumeurs avec ou sans cellule ; elle n'est donc pas indispensable pour qu'il y ait cancer.

Relativement à la curabilité, je dirai que, malgré les doutes de M. Robert sur la rigueur de mes observations, je maintiens que c'étaient des cancers et qu'ils ont guéri. Quand, en effet, on reste quinze ans sans récidive, on est guéri. D'ailleurs les observations de M. Velpeau montrent des cancers qui ne repullulent pas. On a voulu voir des diathèses là où je n'en vois pas la nécessité. De ce qu'on eut dans sa vie cinq ou six érysipèles, cinq ou six furoncles, s'ensuit-il qu'on ait une diathèse, un principe morbide spécial. Non. Eh bien ! de même un jour la tumeur cancéreuse cesse de se reproduire. Si le microscope apprend que la repullulation se rattache à tel ou tel caractère constant, il faut, concurremment avec l'étude clinique, chercher à élucider la question.

M. Delafond : Je prends la parole, messieurs, pour vous parler de tout ce que l'étude de la pathologie comparée m'a appris sur le cancer. Depuis vingt-sept ans, j'observe et j'étudie la pathologie sur les animaux ; depuis quinze ans, je me suis occupé de recherches microscopiques auxquelles je fus initié par un maître habile, M. Gruby, qui a lui-même été formé par les plus savants micrographes de l'Allemagne.

Non-seulement j'ai pu étudier le cancer sur tous les animaux, mais j'ai, lors de mes études, fait des observations sur l'homme. C'est donc le fruit de ces multiples et longues recherches que je viens vous exposer, et l'Académie me permettra de parler de l'opinion que je me suis faite sur la cellule cancéreuse, puisque je suis moi-même un peu micrographe.

M. Leblanc vous a dit que les carnivores étaient plus exposés que les herbivores aux affections cancéreuses ; cela est vrai dans une certaine limite ; mais il a été trop large. Le cheval présente souvent le cancer ; mais la mamelle des juments m'a bien plus souvent offert l'inflammation des conduits galactophores. Le testicule par contre présente souvent la tumeur encéphaloïde. De plus, dans le poumon, la rate, le foie, les ganglions, la lésion cancéreuse n'est pas rare. Chez l'espèce bovine cela est très-fréquent. Dans les mamelles de la vache cela se trouve quelquefois. Dans l'espèce bovine, le cancer encéphaloïde de la mâchoire se rencontre souvent ; l'os devient spongieux.

Dans l'espèce porcine on trouve souvent du cancer dans les mamelles avec repullulation multiple. Dans l'espèce canine, chez les chiens, soit aux mamelles, soit aux lèvres, soit à la peau, cela n'est pas rare. Enfin chez les oiseaux, on en trouve dans les crêtes du coq. Si nous passons aux ânes et aux mulets, nous trouvons fort souvent des tumeurs dites cancéreuses à la peau ; mais je les considère surtout comme fibroplastiques.

Par cette énumération, il est aisé de voir que les herbivores aussi bien que les carnivores sont exposés au cancer. Mais si M. Leblanc a été large dans sa première proposition, il a été bien plus large encore dans sa proposition conséquente, à savoir que le régime végétal est prophylactique contre le cancer. J'arrive à la seconde partie de mon sujet. Je vais entrer dans quelques détails à propos de l'anatomie microscopique. De toutes mes observations, il résulte que certaines tumeurs fibro-plastiques peuvent récidiver. J'ai opéré de ces tumeurs qui ont repullulé partout. Chez un âne sur lequel j'ai enlevé à la cuisse le plus de tissu possible, j'ai vu la tumeur suivie d'une récidive avec repullulation. Ces tumeurs montrées à M. Ch. Robin furent déclarées par ce savant anatomiste de nature fibro-plastique, et elles récidivaient incontestablement.

Eh bien ! ces tumeurs que j'ai montrées à MM. Bouley et Raynal n'offraient que la cellule allongée à noyau nucléolé et se prolongeant très avant dans les tissus. Chez l'espèce ovine et bovine, la cellule cancéreuse peut exister dans toute l'étendue du corps. Mais à présent permettez-moi de me demander avec vous : La cellule cancéreuse caractérise-t-elle le cancer ? Est-elle un élément spécifique caractéristique tel que sa présence ou son absence décident de la présence ou de l'absence du cancer ? A-t-elle des caractères assez constants pour qu'on puisse baser sur elle un diagnostic ? Est-elle dans les différentes phases de son développement identique avec elle-même ? Je ne le pense pas. Elle prend des formes très-variables qui ne permettent pas de la distinguer souvent de certaines autres cellules. Je vais donc, si l'Académie le permet, faire une petite excursion dans le domaine des cellules et des différentes productions où on la rencontre. J'ai beaucoup de dessins, et l'on pourra constater sur eux les différentes phases d'évolution de la cellule cancéreuse, et les formes variées qui leur correspondent.

L'orateur fait passer sous les yeux de l'Académie une série de dessins qu'il déclare conformes aux idées généralement admises. Il fait ressortir ensuite combien les circonstances toutes accidentelles peuvent influer sur la forme des cellules. Ainsi, qu'elle soit gênée dans son développement, elle s'allon-

(1) Je viens de parcourir presque toute l'Allemagne pour aller en Autriche, où j'avais été appelé pour une opération chirurgicale. Sous tous les rapports j'ai trouvé, je le répète, que notre Paris est incomparable, et tout ce qui se prépare laissera encore bien loin en arrière les autres nations. Faisons en sorte qu'il en soit ainsi pour toutes choses, surtout pour les récompenses accordées aux recherches scientifiques, et en particulier aux savants qui feront faire de grands progrès aux sciences médicales.

gera; qu'elle subsiste depuis un certain temps, elle s'amincira et s'aplatira. D'autres fois vous trouverez des cellules incluses dans d'autres. Une autre circonstance qui la modifie, c'est que, à l'exemple de tous les tissus, elle jouit des propriétés d'endosmose et d'exosmose. Ainsi la cellule reçoit dans sa cavité de la graisse en quantité plus ou moins abondante, et elle peut en remplir complétement la cellule. D'autres fois la cellule cancéreuse admet dans la cavité, de la matière pigmentaire, et on a le cancer mélanique. Maintenant demandons-nous si cette cellule n'est qu'une cellule ordinaire ou bien quelque produit spécial. Eh bien! non; la cellule cancéreuse ne diffère pas de la cellule en général. Et pour que l'on conçoive bien pourquoi il en doit nécessairement être ainsi, je rappellerai les travaux de Schleiden et de Schwann sur les tissus végétaux et animaux. Ici l'orateur entre dans des détails sur la théorie cellulaire telle qu'elle est exposée dans les traités d'anatomie générale, théorie qui fait dériver tous les tissus de cellules, partant de granulations, de noyaux, qui naissent dans un blastème. M. Delafond insiste sur ce fait que les anatomistes ont vu toutes les cellules prendre successivement des formes et des dimensions variables, d'où naissent là tous les tissus si variés.

Sur des œufs d'acarus, l'orateur a pu suivre ce développement successif, grâce à la transparence de leur enveloppe, et les tissus végétaux ne diffèrent à cet égard en rien des tissus animaux. Normale ou pathologique, hétérologue ou homologue, la cellule offre partout la même origine. Que l'on prenne une tumeur cancéreuse et qu'on regarde ce qu'offre le suc, on y découvrira des granulations, des noyaux, comme dans un tissu normal. Dans les transformations fibreuses, fibro-plastiques, c'est toujours une cellule qui s'allonge, prend diverses formes, différents aspects, mais au fond il n'y a rien là de nouveau. L'Académie jugera elle-même combien ces circonstances tendent à rapprocher les caractères des cellules. Voilà des fibro-plastiques et puis des cancers pris sur les dessins de M. Lebert, et personne n'y saisira la moindre différence au point de vue microscopique. Bien plus, la cellule purulente, des poumons, des ganglions, comparée à celle du cancer, ne diffère pas de celle-ci. Les mêmes éléments s'y rencontrent : voilà pour les caractères distinctifs. (Des dessins circulent entre les mains des académiciens.)

De nombreuses observations m'ont, d'autre part, démontré directement que la cellule n'était pas l'élément spécifique. S'il y a quelque chose de spécifique dans le cancer, c'est le suc. En inoculant des cellules, en les injectant dans la veine d'un chien, il ne fut pas possible de produire de cancer sur ces animaux.

Évidemment la cellule n'est pas l'expression spécifique de la maladie. La morve, la rage ne doivent point leur caractère infectant à des cellules; car les cellules qu'on y trouve ne sont pas susceptibles de reproduire la maladie.

L'heure étant trop avancée, M. Delafond, sur l'invitation de M. le président, continuera son discours dans la prochaine séance.

L'Académie se forme en comité secret à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS D'AOUT 1854; par M. AL. PORCHAT, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

1° NOTE SUR LA DIRECTION DE L'UTÉRUS CHEZ LES PETITES FILLES; par M. AL. PORCHAT, interne des hôpitaux.

Le grand nombre d'autopsies qui sont faites tous les jours à l'hospice des Enfants trouvés m'ont fourni l'occasion de faire quelques recherches sur la direction de l'utérus chez les petites filles. Parmi les sujets que j'ai pu examiner, le plus grand nombre était âgé de moins de 2 ans; beaucoup d'entre eux étaient nés depuis quelques jours seulement. Chez la plupart d'entre eux, j'ai trouvé l'utérus plus ou moins antéfléchi, et je pense, comme M. Boulard, que l'antéflexion existe dans le plus grand nombre des cas. J'ai vu cependant plusieurs fois des utérus rétrofléchis.

Dans certains cas, la rétroflexion est tout à fait évidente : j'ai présenté à la Société de biologie un utérus tellement rétrofléchi que la portion supérieure du corps retombait en arrière presque parallèlement à la portion inférieure.

Le fait a été constaté par plusieurs chirurgiens, auxquels la pièce a été présentée. Mais la rétroflexion n'est pas toujours aussi marquée : sur l'un des utérus que j'avais donnés comme rétrofléchis, des observateurs fort compétents ont reconnu seulement une rétroversion; mais il leur a paru que le corps de l'utérus n'était pas fléchi sur le col. Je crois cependant, et d'autres personnes ont pensé comme moi, que l'utérus faisait avec le col un angle ouvert en arrière; la rétroflexion était, en tout cas, peu marquée, mais j'ai vu bien des cas dans lesquels elle n'était pas douteuse. La direction de l'utérus dépend en partie de la situation du rectum : lorsque le rectum est fortement dévié à droite, comme cela a lieu souvent, l'utérus se porte en arrière; il est rétroversé ou rétrofléchi. Il subit aussi très-souvent une déviation latérale qui me paraît dépendre de la position du rectum. Les annexes de l'utérus occupent des positions très-diverses, et leur situation peut être aussi pour quelque chose dans la direction de l'organe.

La flexion de l'utérus n'est pas, selon moi, le résultat des altérations cadavériques; le degré de la flexion n'est point en rapport avec la distension de l'intestin par les gaz.

J'ai vu des utérus fléchis chez des sujets dont l'intestin, très-grêle, n'était pas distendu. Il me semble que la flexion dépend plutôt d'une disposition particulière du tissu de l'utérus. L'utérus, chez les jeunes enfants, est mou, retombe sur lui-même naturellement, sans que l'on soit en droit de voir là dedans autre chose qu'une disposition de l'organe ni d'attribuer à l'utérus une position normale, dont la détermination ne me semble pas suffisamment fondée. Je n'ai pas cherché à établir le rapport numérique qui existait, quant à la fréquence, entre l'antéflexion et la rétroflexion; mais je puis affirmer que l'antéflexion se rencontre beaucoup plus fréquemment que la rétroflexion.

II. — PATHOLOGIE.

1° VARIOLE CHEZ UN FOETUS DE 6 MOIS ET DEMI DONT LA MÈRE AVAIT EU RÉCEMMENT UNE VARIOLOÏDE DISCRÈTE; par M. BLOT.

OBS. — La nommée F... (Marie), âgée de 23 ans, couturière (deuxième grossesse), d'une bonne santé habituelle, réglée à 17 ans et depuis régulièrement tous les mois, ne fut jamais vaccinée. Elle eut ses dernières règles le 28 janvier 1854. Sa santé fut très-bonne pendant tout le temps de sa grossesse jusqu'au lundi 17 juillet, où elle fut prise de fièvre, avec céphalalgie et courbature. Cet état dura jusqu'au 20 du même mois. A ce moment parurent, sur différents points du corps, des boutons qui, d'après la description qu'en donne la malade, étaient évidemment des pustules de varioloïde. Pendant tout le temps que dura cette éruption, Marie F... remarqua que les mouvements de son enfant étaient devenus beaucoup plus fréquents, presque continuels, mais moins forts, moins énergiques qu'auparavant.

Bientôt l'état général s'améliora, il n'y eut point de fièvre de suppuration; la convalescence commença, et le 14 août, cette femme reprenait ses occupations habituelles.

Pendant la maladie, il s'écoula par les mamelles une grande quantité de sérosité trouble qui empesait le linge. Depuis son rétablissement, Marie F... a continué de sentir remuer, mais les mouvements de l'enfant étaient beaucoup moins fréquents et encore moins énergiques que pendant la maladie. Ce n'est que depuis deux jours qu'elle ne sent plus du tout remuer et qu'elle s'aperçoit que l'enfant tombe toujours du côté sur lequel elle se couche. Du reste, rien de particulier du côté des seins depuis que les mouvements de l'enfant ne sont plus perçus. Cette femme ne sait à quoi attribuer la mort de son enfant; elle n'a point reçu de coup, n'a point fait de chute, seulement elle s'est fatiguée beaucoup à travailler assidûment pendant toute la nuit du 22 au 23. Il est donc probable que l'enfant a succombé à l'affection dont nous parlerons tout à l'heure.

Aujourd'hui 26 août, Marie F... entre à la Clinique d'accouchements; elle fait remonter les premières douleurs de l'enfantement au jeudi 24; d'abord faibles, elles augmentèrent peu à peu de fréquence et d'intensité jusqu'à ce matin (26 août) neuf heures et demie, où elles eurent pour résultat l'expulsion d'un enfant de six mois et demi à sept mois, dont le corps, rouge violacé dans toute son étendue, présente un grand nombre de pustules varioliques. L'état des tissus indique nettement qu'il n'est pas mort depuis longtemps; l'épiderme n'est soulevé en aucun point; les chairs sont fermes; le derme est même plus dense qu'à l'état normal. J'ajouterai, pour ce qui est relatif à la femme, qu'on ne trouve nulle part sur sa peau de cicatrices de variole; on aperçoit seulement çà et là, sur le visage, la poitrine et les membres, des taches rouges, nullement déprimées, et quelques rares cicatrices bleuâtres très-superficielles, de niveau avec le reste des téguments, vestiges certains d'une simple éruption de varioloïde, qui évidemment seront à peine visibles dans quelque temps.

EXAMEN DU FOETUS. — Le fœtus est du sexe mâle et présente une longueur totale de 0m,39; il pèse 1,750 grammes; les principaux diamètres de la tête ont les dimensions suivantes :

Occipito-frontal.	0,09
Occipito-mentonnier.	0,105
Bi-pariétal	0,08
Sous-occipito-bregmatique . . .	0,085

TÉGUMENT EXTERNE — Toute la surface cutanée présente çà et là un grand nombre de pustules de volume variable, depuis 1 jusqu'à 5 à 6 millimètres de diamètre. Leur couleur blanche et mate, légèrement jaunâtre, tranche nettement sur le fond rouge formé par le derme, dont la couleur est à peu près uniforme dans toute l'étendue du corps. Sans entrer dans l'énumération détaillée de ces pustules, nous dirons seulement qu'il en existe sur le cuir chevelu, à la face, sur la peau du dos, de la poitrine, de l'abdomen, des bourses, de la verge et des membres. De ces pustules, les unes sont isolées, les autres sont réunies en nombre variable dans les différents points. La plupart font une légère saillie au-dessus du niveau de la peau et offrent à leur centre une petite dépression ombiliquée, il en est, au contraire, qui sont tout à fait lisses.

En enlevant l'épiderme ramolli, au niveau de chaque pustule, on entraîne avec lui une matière pseudo-membraneuse d'un gris jaunâtre, qui adhère intimement à sa face interne. On trouve alors à nu le derme ulcéré, sous forme d'un creux arrondi, à bords taillés à pic; au fond de cette ulcération, on aperçoit à l'œil nu, et mieux encore à la loupe, des papilles coniques en grand

nombre. Dans chaque pustule, on retrouve ce disque pseudo-membraneux sous-épidermique. Nulle part on ne rencontre de pus liquide. Dans aucun point l'ulcération ne comprend toute l'épaisseur du derme ; les plus profondes sont celles que présente l'ombilic ; dans celles-là l'ulcération du derme a une forme conique, la partie la plus profonde répondant au centre.

TÉGUMENT INTERNE. — La muqueuse buccale n'offre de pustules que sur les côtés et à la pointe de la langue. Le pharynx et l'œsophage n'en présentent *aucune*. Dans l'estomac, au contraire, et dans toute l'étendue de l'intestin grêle, on en rencontre un grand nombre. Sur la muqueuse stomacale, les pustules sont intactes et recouvertes de l'épithélium, elles sont *toutes ombiliquées* et tranchent, par leur couleur blanche, sur le reste de la muqueuse, qui présente une couleur d'un rouge vif, au milieu de laquelle on distingue de nombreux vaisseaux fortement injectés. Dans l'intestin, presque toutes les pustules sont ulcérées et recouvertes par une notable quantité de sang brun qu'on peut apercevoir par transparence à travers l'épaisseur des parois intestinales. Ces pustules ulcérées, très-nombreuses, existent aussi bien du côté de l'attache du mésentère que sur le bord convexe de l'intestin. On n'en retrouve plus dans les différentes parties du colon, pas plus que dans le rectum.

THORAX. — Les poumons ont, à l'extérieur, un aspect marbré dû à l'existence dans leur intérieur d'un grand nombre de noyaux de substance grisâtre, assez consistants, que l'air ne pénètre pas ; les parties saines du tissu pulmonaire sont injectées par un sang noir, et forment un fond sur lequel ressort la couleur grise des noyaux ci-dessus indiqués.

ABDOMEN. — Le foie a l'aspect granité, par suite de petits épanchements apoplectiques innombrables, sous forme de points de la grosseur d'une tête d'épingle.

Les reins, mamelonnés comme ils le sont normalement chez le fœtus de cet âge, offrent ceci de particulier que les cônes de la substance tubuleuse sont énormément injectés par du sang noir, tandis que la substance corticale est presque anémique et d'une couleur grise très-pâle.

M. Ch. Robin a constaté que chacun des petits points rouges est composé d'un petit caillot fibrineux central rempli de globules sanguins, et en outre, à la périphérie, se trouve du sang infiltré entre les cellules épithéliales hépatiques, écartées les unes des autres par les globules sanguins.

Dans le rein, on trouve du sang, soit entre les tubes de la substance tubuleuse, soit dans l'intérieur de ces tubes mêmes. Ici les globules sanguins sont infiltrés entre les tubes ; il est impossible d'y retrouver de la fibrine coagulée d'une manière évidente. Dans la substance corticale, on ne rencontre plus ces épanchements sanguins, mais les tubes en sont dilatés par une grande quantité d'épithélium rénal accompagné d'une matière amorphe, diffluente et granuleuse, qui fait que, par l'action de racler, on obtient une pulpe puriforme, bien qu'il n'y ait en suspension que des épithéliums nucléaires et pavimenteux du rein.

(*La suite au prochain numéro.*)

BIBLIOGRAPHIE.

ICONES PHYSIOLOGICÆ, OU TABLES EXPLICATIVES CONCERNANT LA PHYSIOLOGIE ET L'EMBRYOLOGIE ; par ALEXANDRE ECKER, professeur à l'Université de Fribourg. — Leipzig, 1854, chez Léopold Voss. — Troisième livraison, (1) in-folio.

Nous venons de recevoir cette troisième livraison qui ne le cède en rien aux deux précédentes par la beauté de l'exécution, la netteté des dessins et le beau choix des sujets traités. Nous nous empressons d'en faire connaître la substance à nos lecteurs, avec les détails nécessaires à l'intelligence des faits que le talent de M. Ecker et l'art du graveur ont si bien su faire ressortir.

Cette livraison se compose de sept planches, qui portent les numéros 8, 9, 10, 11, 15, 19 et 28. La huitième traite de la structure des reins, la neuvième des glandes, la dixième des organes respiratoires, la onzième du mouvement vibratile et de la voix, la quinzième des parties centrales du système nerveux, la dix-neuvième de l'œil, et la vingt-huitième des rapports entre la mère et le fœtus.

La planche qui traite du rein expose dans onze figures les points les plus essentiels concernant la structure intime de cette glande. Un dessin schématique, reproduit en partie de la première édition des Icones de R. Wagner, donne une idée très-claire de l'arrangement des parties constitutives de l'organe : les canaux ondulés ou de Ferrein, les tubes droits de Bellini, les glomérules avec leur artériole afférente, leur veinule efférente et le réseau capillaire dans lequel celle-ci se jette, réseau qui entoure les tubes urinaires. Sauf cette figure et les deux dernières, toutes les autres sont nouvelles et appartiennent à M. Ecker.

Nous avons surtout remarqué la fig. 6, qui représente trois glomérules injectés, dessinés à la lumière directe et montrant parfaitement les rapports entre le tube urinaire, sa dilatation terminale (capsule de Bowman), l'artère qui pénètre dans cette capsule pour former la pelote vasculaire connue sous le nom de glomérule et la veine efférente qui sort de cette capsule. Les recherches et les dessins de M. Ecker confirment ce que l'anatomiste anglais avait dit d'essentiel sur ces diverses parties. On avait, dans ces dernières années, émis l'opinion que les vaisseaux ne pénètrent pas dans la capsule, mais s'appliquent extérieurement contre ses parois et refoulent celles-ci sur elles-mêmes ; par cette manière de voir, on faisait disparaître une anomalie assez singulière et toute exceptionnelle, la pénétration d'un vaisseau dans la cavité même dans laquelle se fait la sécrétion. Mais il paraît que la pelote vasculaire est bien réellement logée dans l'intérieur même de la capsule ; les dessins montrent cette disposition de la manière la plus claire ; ils montrent aussi l'épithélium dont la capsule est revêtue intérieurement, et l'épithélium vibratile qui occupe le commencement du tube urinaire, dans une très-petite étendue, et qui semble avoir pour but de faciliter la sortie du liquide sécrété dans la capsule. Nous ne savons trop comment concilier cet arrangement avec les idées que nous nous faisons aujourd'hui de la sécrétion.

Dans toutes les autres glandes, le vaisseau sanguin est situé en dehors des parois du tube sécréteur, le liquide sanguin traverse ces parois et se modifie dans les cellules épithéliales de ce tube ; ici, le vaisseau étant intérieur, le liquide sanguin arrive tout d'abord dans l'intérieur de la capsule, sans avoir passé à travers les cellules épithéliales de cette dernière, c'est-à-dire sans avoir subi de modifications. Serait-il repris par lesdites cellules, travaillé par elles et versé de nouveau dans la capsule? Cela paraît au moins singulier et un peu difficile à admettre.

Nous signalerons encore la figure 8 de cette planche, qui représente une coupe horizontale de la substance corticale du rein. On voit les tubes urinaires, ainsi que les capsules de Bowman, entourés d'un stroma celluleux dans lequel s'étale le réseau capillaire veineux qui provient des petites veines efférentes ; on remarque l'épaisseur de la couche épithéliale des tubes, et, par suite, l'étroitesse extrême de leur lumière.

Pour donner une idée de l'appareil sécréteur de l'urine dans sa plus grande simplicité, l'auteur a reproduit deux figures de l'anatomie des myxinoïdes de Jean Müller, qui représentent les reins d'un cyclostome, *Bdellostoma Forsteri*.

La planche 9 expose la structure des glandes. Les cinq premières figures se rapportent à la glande mammaire d'une femme morte le huitième jour de ses couches et d'une autre morte pendant la grossesse. L'auteur montre la disposition des canaux excréteurs dans l'intérieur des *acini*, et l'épithélium qui tapisse ces derniers. Cet épithélium est formé de cellules polygonales en pavé, renfermant un noyau et un nombre variable de corpuscules graisseux de diverses dimensions. Ces granules graisseux sont quelquefois en si grande quantité que la cellule en est remplie ; la cellule épithéliale se change alors peu à peu en cellule granuleuse, et plus tard, quand l'enveloppe de la cellule se dissout, celle-ci devient un corpuscule de colostrum. On voit (fig. 5) deux de ces amas de granules graisseux qui ont encore à leur centre le noyau caractéristique de la cellule dont l'enveloppe est maintenant dissoute.

Les figures 6 et 7 se rapportent à la glande sous-maxillaire.

La figure 8 représente un testicule d'homme parfaitement préparé pour montrer l'arrangement des conduits séminifères.

On voit, dans la figure 9, la structure de ces tubes d'après un testicule de campagnol.

La figure 10 représente une portion de la prostate d'un hérisson.

Enfin, les deux dernières figures exposent la structure des glandes salivaires de la mouche domestique.

L'auteur a retrouvé, dans les tubes sécréteurs de ces glandes, les deux tuniques (externe et interne) déjà décrites par Henri Meckel dans les glandes des insectes. (Nous ferons remarquer que l'existence de cette tunique interne, qui recouvre les cellules épithéliales, n'est pas en rapport avec la théorie des sécrétions, qui admet le détachement des cellules épithéliales comme le principal phénomène de la sécrétion.) La glande salivaire elle-même se compose de cellules pyriformes ayant chacune son canal excréteur.

La planche 10 est consacrée à l'organe respiratoire. L'auteur a fait une étude nouvelle de la structure du poumon et représente, dans les cinq premières figures, des coupes destinées à donner une idée exacte de l'arrangement des dernières extrémités bronchiques. D'après M. Ecker, les derniers ramuscules bronchiques s'élargissent avant leur terminaison et s'ouvrent dans des sacs infundibuliformes qu'il appelle, avec M. Rossignol, entonnoirs, *infundibula*. Ces sacs ont leur partie

(1) Voir, pour le compte rendu des deux premières livraisons, GAZ. MÉD. DE PARIS, 1852, p. 506 ; et 1853, p. 594.

élargie tournée vers la surface du poumon; leur intérieur est celluleux, c'est-à-dire que leurs parois offrent des enfoncements séparés les uns des autres par des cloisons saillantes; chacun d'eux rappelle donc parfaitement la structure d'un poumon de grenouille.

Pour voir cette disposition, l'auteur a pratiqué des coupes sur des poumons dont on avait injecté l'artère pulmonaire et les bronches, et sur d'autres qu'il avait insufflés, puis desséchés.

Un fait assez singulier, c'est, d'après M. Ecker, l'absence d'épithélium au fond de ces ampoules bronchiques. On trouve, dit-il, quelques cellules granuleuses dispersées sur les parois des vésicules, mais ordinairement on ne voit pas de véritable épithélium, même sur des animaux fraîchement tués; les capillaires sont, pour ainsi dire, exposés à nu à l'action de l'air atmosphérique.

La coupe représentée figure 1 montre très-bien le réseau capillaire des ampoules et le tissu élastique qui forme les cloisons, ainsi qu'une substance amorphe qui unit entre elles les fibres élastiques et comble les vides.

Nous regrettons que l'auteur, si habile dans l'examen microscopique des tissus, n'ait pas fait de nouvelles recherches sur la composition des parois mêmes des ampoules, afin de nous dire si, comme on l'admet généralement, ces parois sont aussi recouvertes de fibres soit élastiques, soit contractiles. L'étude de la structure des ampoules bronchiques, la connaissance des tissus qui les composent, nous parait au moins aussi importante, pour l'intelligence des phénomènes respiratoires, que celle de la disposition terminale des extrémités bronchiques.

Les fig. 6 à 10 sont empruntées à l'embryogénie du poumon. La fig. 6 montre le poumon d'un embryon de chien âgé de 4 semaines, d'après Bischoff. La fig. 7 fait voir, sur un embryon humain de 4 mois, les divisions d'un ramuscule bronchique avec les ampoules vésiculeuses qui les terminent et qui sont accumulées comme des grains glanduleux à l'extrémité de chaque ramuscule; c'est ce que l'auteur appelle vésicules pulmonaires primitives destinées à se multiplier plus tard et à former les entonnoirs. Chacune de ces vésicules est tapissée d'un magnifique épithélium cylindrique; elles sont entourées d'un blastème composé d'un tissu connectif homogène, de noyaux et de fibres, mais qui disparaît peu à peu, à mesure que les canaux bronchiques se développent.

Les fig. 11 à 14 donnent une idée de la structure du poumon dans un oiseau (le cormoran), une tortue et un poisson.

On pourrait croire, en lisant cette description et en examinant les figures publiées par M. Ecker, que les réservoirs de l'air se composent de deux parties distinctes, les canaux bronchiques et les sacs celluleux qui les terminent et dans lesquels ces canaux s'ouvrent. Mais nous pensons que cette interprétation serait erronée. Les sacs terminaux chargés d'ampoules serrées les unes contre les autres proviennent du mode de division des ramuscules bronchiques qui s'allongent d'autant moins qu'ils sont plus près de leur terminaison et qui, en même temps, se multiplient de plus en plus, en se réduisant à des capsules; c'est cette disposition qui faisait comparer par Reisseissen les extrémités bronchiques à des têtes de chou-fleur.

La planche XI traite du mouvement vibratile et de l'appareil vocal. Les fig. 1 et 2 représentent les cils vibratiles de l'organe auditif du lamprillon (*petromyron planeri*); ils sont énormes et ont cela de particulier que chaque cellule ne porte qu'un seul cil. Celui-ci présente dans son milieu une ombre légère qui pourrait faire croire qu'il est creux. Traités par la soude, après avoir séjourné quelque temps dans l'acide chromique, les cils se décomposent sous l'influence d'une légère compression, en fibres roides, ce qui montre bien leur nature cornée et leur analogie avec les poils. L'auteur décrit en particulier la nature du mouvement vibratile qu'il a étudié avec soin. Il remarque, comme beaucoup de micrographes ont pu le voir, que les mouvements des cellules vibratiles détachées et isolées ont la plus grande analogie avec les mouvements des spermatozoïdes.

Les fig. 6 à 13 sont toutes consacrées à l'anatomie du larynx. L'auteur a pratiqué des coupes verticales par un plan transversal, perpendiculaire à la direction des cordes vocales et par un plan longitudinal, antéro-postérieur, puis des coupes horizontales destinées à montrer les différentes formes que prend la glotte vocale ou la glotte respiratoire, suivant la contraction de tel ou de tel muscle. Ainsi, dans l'état moyen de repos, la fente de la glotte a à peu près la forme d'une lance (fig. 10); elle est largement ouverte pendant la contraction des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs; il ne se produit alors aucun son (fig. 11); elle est au contraire linéaire, et la glotte respiratoire est elle-même très-resserrée pendant la contraction des muscles thyro-aryténoïdiens; les cordes vocales vibrent alors probablement dans toute leur étendue et l'on a la voix de poitrine (fig. 12); enfin, pendant la contraction des muscles crico-aryténoïdiens latéraux, la glotte vocale est encore à peu près linéaire, mais la glotte respiratoire est élargie et affecte une forme triangulaire (fig. 13); dans cette position les bords libres des cordes vocales vibrent probablement seuls; on a la voix de fausset. M. Ecker a eu soin de décrire et de représenter, par une figure schématique, le trajet de la tunique élastique qui double la muqueuse et qui entre pour une bonne partie dans la composition des cordes vocales, tandis que cette couche élastique s'amincit sur les ligaments supérieurs de la glotte.

Cette belle iconographie des organes vocaux dépasse de beaucoup tout ce qui a été publié jusqu'à présent sur l'anatomie du larynx; les détails anatomiques exposés avec netteté dans de nombreuses figures, jointes aux dessins intercalés dans le texte, facilitent considérablement l'étude des différentes parties de cet appareil.

La planche XV relative aux parties centrales du système nerveux se compose de six figures qui représentent des coupes transversales et longitudinales de la moelle épinière et de la moelle allongée: les quatre premières d'après l'auteur, les deux dernières d'après le docteur Stilling, anatomiste connu, par ses nombreuses et belles recherches sur l'anatomie des centres nerveux. Nous citerons comme particulièrement instructives les fig. 1 et 4, la fig. 1 montrant, dans une coupe horizontale de la moelle épinière du veau, l'arrangement des diverses parties qui composent ce cordon médullaire, la fig. 4 représentant le plancher du quatrième ventricule.

La planche XIX est due à MM. Koelliker et Henri Müller; elle traite de la structure de la rétine. On sait combien est difficile l'étude de cette membrane, à cause de la délicatesse, de la transparence et de la ténuité des éléments qui la constituent; aussi a-t-elle été l'objet de nombreuses recherches microscopiques, surtout en Allemagne. Les dessins de MM. Koelliker et Muller seront vus avec intérêt par les personnes qui ont lu la note que ces anatomistes ont présentée à l'Académie des sciences, séance du 26 septembre 1853 (Gaz. Méd., 1853, p. 641), et dans laquelle ils exposent les résultats de leurs recherches sur la composition de cette expansion nerveuse. Les quatre premières figures représentent des coupes verticales pratiquées suivant l'épaisseur de la rétine sur différents points de cette membrane, savoir : vers la région équatoriale de l'œil, sur le bord de la tache jaune, près de l'entrée du nerf optique et près du bord antérieur de la rétine. Dans toutes ces coupes, on retrouve les mêmes éléments: les bâtonnets et les cônes, une couche granuleuse externe, une couche intermédiaire, une couche granuleuse interne, une couche de fines granulations, une couche de cellules nerveuses, l'expansion du nerf optique avec les terminaisons des fibres radiaires, enfin la membrane limitante, ce qui ne fait pas moins de huit couches distinctes. Mais l'épaisseur relative de ces différentes couches varie suivant les régions; c'est ainsi, par exemple, que les cellules nerveuses forment une couche très-épaisse dans le voisinage de la tache jaune, tandis que la couche de ces cellules est simple près de l'équateur de l'œil et près de l'entrée du nerf optique. Les fig. 12 et 13 donnent séparément ces nombreux et singuliers éléments de la rétine, avec les prolongements filiformes d'une ténuité extrême qui les unissent entre eux et finissent par les rattacher aux fibres du nerf optique, de manière à former un tout contenu avec les expansions de ce nerf. Cet arrangement donne une certaine valeur à l'opinion émise par les auteurs, dans leur mémoire, sur les usage des cônes et des bâtonnets qu'ils regardent comme destinés à recevoir les impressions lumineuses. Nous mentionnerons encore la fig. 6 qui représente une partie de l'expansion du nerf optique; on voit les fibres nerveuses irradier dans toutes les directions, contourner la tache jaune et venir converger le long d'une strie située sur le prolongement d'une ligne tirée du nerf optique à la tache jaune.

La planche XXVIII expose les rapports qui existent entre la mère et le fœtus; elle comprend 13 figures et un certain nombre de dessins schématiques propres à faciliter l'intelligence des dispositions assez compliquées qui assurent la nutrition du fœtus en le mettant en rapport avec le sang de la matrice.

La fig. 1 représente une coupe verticale de l'utérus et du placenta d'une femme morte à la trentième semaine de la gestation. On voit la partie musculeuse de l'utérus avec ses sinus veineux, qui deviennent plus gros et plus nombreux vers la surface interne de cet organe; la caduque utéro-placentaire (sérotine), provenant d'une transformation de la muqueuse utérine et formée de deux portions : l'une appartenant à l'utérus et remarquable par sa structure caverneuse; l'autre faisant partie du placenta utérin et contenant les vaisseaux sanguins du fœtus qui ont pris racine dans son épaisseur. On distingue très-bien les prolongements que ce second feuillet de la caduque envoie entre les cotylédons du placenta. L'auteur signale une différence dans la structure

des deux feuillets de la caduque; le feuillet qui adhère à l'utérus renferme des éléments contractiles (fibres musculaires organiques) qui n'existent pas dans le feuillet placentaire : c'est pour cela que, pendant la contraction utérine, lors de l'accouchement, le feuillet interne se détache avec facilité en même temps que le placenta. La figure montre ensuite la partie fœtale du placenta avec les innombrables villosités du chorion qui pénètrent entre les prolongements de la caduque; des lacunes, remplies de sang utérin, se trouvent en grand nombre entre ces prolongements et ces villosités, de sorte que les vaisseaux du fœtus sont baignés directement par le sang maternel. Les sinus remplis de sang dont nous venons de parler sont de véritables lacunes placées sur le trajet des vaisseaux; les artères qui s'y jettent deviennent de plus en plus minces, et finissent par perdre entièrement leurs parois, de sorte qu'elles sont interrompues dans leur trajet et s'ouvrent béantes dans ces nombreux réservoirs sanguins; le liquide est ensuite repris par les veines, dont on voit aussi les gros orifices aboutir aux mêmes réservoirs.

Cette première figure, exécutée avec soin, fait déjà bien comprendre les rapports qui existent entre les vaisseaux du fœtus et le sang de la mère.

Les fig. 3 et 4 font connaître la structure curieuse des villosités du chorion : elles ont pour base un tissu connectif dans lequel rampent les vaisseaux, et sont recouvertes d'un élégant épithélium formé de cellules granuleuses. Les extrémités les plus déliées de ces petits arbuscules sont uniquement composées de ces cellules épithéliales, sans tissu connectif et sans vaisseaux. C'est surtout l'arrangement des vaisseaux, dans l'intérieur des arbuscules du chorion, qui offre de l'intérêt. Il existe un vaisseau central d'où partent des anses vasculaires destinées à chacune des ramifications du petit arbuscule, et toutes ces anses vasculaires sont mises en communication avec un réseau capillaire superficiel extrêmement serré. (C'est ce réseau, sur lequel M. Schrœder van der Kolk a le premier appelé l'attention, qui constitue évidemment la partie essentielle de la villosité : c'est là le véritable poumon du fœtus, l'endroit où se font les échanges nutritifs). Quant à l'épithélium qui recouvre extérieurement ces petits appareils vasculaires, il se prolonge sur les parois des lacunes dans lesquelles plongent ces dernières, et les tapisse dans toute leur étendue.

Tout ce bel arrangement peut se résumer en peu de mots : le sang de la mère arrive au placenta utérin par des artères, se jette dans les sinus dont cette portion du placenta est remplie, et revient par des veines dans la circulation générale. Le sang du fœtus remplit les réseaux capillaires des villosités, et celles-ci plongent dans les sinus du placenta, de manière à être mises en contact, dans toute leur étendue, avec le sang maternel.

La fig. 5, qui représente une coupe schématique du placenta, donne une idée très-claire de ces rapports.

Plusieurs figures de cette planche sont empruntées à des ouvrages français; la fig. 7, qui représente la coupe d'un utérus au sixième mois de la grossesse, est extraite du grand ouvrage de M. Coste; les fig. 12 et 13 (coupes schématiques de l'œuf), au TRAITÉ DE PHYSIOLOGIE de M. Longet.

Ou voit, par les détails dans lesquels nous avons cru devoir entrer, que les ICONES de M. Ecker portent un caractère d'utilité pratique incontestable, et constituent un répertoire très-important pour les études physiologiques.

A. LEREBOULLET.

VARIÉTÉS.

RÉSULTATS DU DERNIER RECENSEMENT DE LA POPULATION EN ANGLETERRE.

Quelles que soient les inexactitudes inhérentes aux statistiques qui entreprennent de définir l'âge, la condition civile et les occupations de tous les individus qui composent une grande nation, ces travaux méritent d'être accueillis avec faveur et ont en particulier le droit de fixer l'attention des médecins et des hygiénistes. C'est à ce point de vue que nous allons résumer ici les principaux résultats du recensement de 1851 en Angleterre; on y trouvera des données qui figurent pour la première fois dans les statistiques analogues et qui, la plupart, sont résumées dans un rapport préliminaire de près de 120 pages in-folio où sont totalisés les chiffres des dernières enquêtes locales.

Sur les six recensements qui ont eu lieu en Angleterre depuis le commencement du siècle, les deux premiers, ceux de 1801 et de 1811, n'indiquaient point l'âge des habitants. En 1821 la réponse fut laissée facultative et le neuvième environ de la population refusa de donner ce genre de renseignements. Malgré cette imperfection, les chiffres obtenus suffirent pour démontrer en 1821 et en 1831 que le nombre d'individus du sexe masculin était à peu près égal au-dessous et au-dessus de 20 ans. Le recensement de 1851 montre un changement notable dans cette proportion; car en défalquant l'armée, la flotte et les marins civils employés à l'étranger, le rapport donne pour les individus du sexe masculin les chiffres suivants : au-dessus de 20 ans, 5,475,540; au-dessous de 20 ans, 4,779,313; ce qui fait une différence de 696,227 individus.

Afin de montrer d'une manière nette tout ce qui est relatif à l'âge de la population, les commissaires ont divisé la durée de la vie humaine en cinq périodes. L'extrême limite en a été fixée à 100 ans, et l'intervalle de 0 à 100 a été divisé en cinq périodes de 20 années chacune. On a trouvé 319 individus âgés de 100 ans et au delà; de ces centenaires, 208 étaient du sexe féminin et 111 du sexe masculin. La plus grande longévité reconnue a été de 119 ans.

Le nombre de personnes existant à chacune des cinq périodes de la vie est, d'après le recensement, dans des proportions telles qu'en supposant 100,000 enfants nés en même temps, on en aurait :

65,061	vivant à	20 ans,	et 33,939	morts avant	20 ans
53,824	—	40 ans	46,176	—	40 ans
37,998	—	60 ans	62,002	—	60 ans
9,382	—	80 ans	90,618	—	80 ans

et 1 ou 2 probablem. à 100 ans, et 99,998 ou 99,999 m. av. 100 ans

Ce qui revient à peu près à dire qu'à 20 ans, on a près des deux tiers du nombre total des individus qui sont encore en vie, à 40 ans un peu plus de la moitié, à 60 ans moins des deux cinquièmes, à 80 ans environ un dixième ou un onzième seulement.

D'après les calculs fondés sur les divers recensements, la durée probable de la vie d'une personne du sexe masculin est à peu près de 45 ans. L'âge moyen de la population mâle était en 1821 de 25 ans et une fraction (0,13); en 1841 l'âge moyen avait subi un accroissement léger, il était de 25 ans et 0,48. En 1851, l'accroissement de la durée de la vie est encore léger, mais sensible cependant : 25 ans et 0.87.

Le nombre des individus des deux sexes entre 20 et 40 ans est de 3,193,496 hommes et de 3,327,150 femmes. La différence de ces deux chiffres, 133,654, s'accroît dans les dernières périodes de la vie. La durée moyenne de la vie est donc plus grande chez les femmes que chez les hommes. Sans citer d'autres exemples, nous rappellerons, avec les rapporteurs de l'enquête, qu'à Londres le nombre des femmes qui ont dépassé 80 ans est presque double de celui des hommes (proportion de 197 à 100). Cette différence de longévité compense déjà de 20 à 40 ans l'excédant des naissances masculines sur les naissances féminines.

La proportion des personnes mariées aux personnes non mariées, à tous les âges, les enfants compris, est de 33 p. 100 pour les hommes et de 32 p. 100 pour les femmes. En excluant de cette supputation tous les individus âgés de moins de 20 ans, on trouve pour les hommes mariés 62 p. 100 et pour les femmes 57 p. 100. Ce qui revient à dire qu'à 20 ans et au-dessus il y a près des 4 sixièmes des hommes et des 4 septièmes des femmes qui ont contracté les liens du mariage. L'âge moyen du mariage est de 25 ans 0,8 pour les hommes et de 24 ans 0,6 pour les femmes. Plus de la moitié des individus mariés (54 p. 100) sont compris entre 20 et 25 ans.

Les naissances en 1851 ont été de 615,865, les décès de 395,174, différence de 220,692 du côté des naissances. Ce dernier chiffre donnerait la mesure de l'accroissement de la population, si l'émigration qui se fait dans des proportions considérables en Angleterre (1), et une infinité d'autres causes qu'il serait trop long d'analyser ici, ne venaient contre-balancer en partie l'excédant des naissances.

La population de la Grande-Bretagne était en 1651 de 6,378,000, en 1751 on y comptait 7,392,000 habitants. De 1751 à 1851 l'accroissement est de près de 14 millions (21,185,000 habitants). Cette augmentation considérable de la population, les rapporteurs l'attribuent avec juste raison à des causes multiples qui sont : l'amélioration de la police et du régime sanitaire, une moralité plus grande dans les rapports conjugaux, les progrès de l'agriculture et des manufactures, et cet esprit d'industrie qui a pénétré dans tout le peuple anglais.

A tout bien considérer, il ne paraît pas qu'il y ait à craindre actuellement pour l'Angleterre les inconvénients d'un dépeuplement progressif, ni même l'état stationnaire de la population. On a vu que près d'un dixième de la population gardait le célibat par goût, par suite de maladies, de positions particulières et surtout par manque de moyens de subsistance. Cette dernière cause de célibat diminue en proportion exacte avec la demande de bras que produit l'émigration.

Le mouvement de la population depuis ces dernières années en Angleterre montre en outre qu'il n'y a pas à redouter, dans l'état actuel, les inconvénients d'une surcharge d'habitants. D'une part, les meilleures autorités s'accordent à penser que la Grande-Bretagne, malgré son territoire limité, pourrait nourrir quatre à cinq fois plus d'habitants, et d'autre part les statistiques trimestrielles et annuelles font voir que l'accroissement de la population est modéré et a lieu dans des limites proportionnées à l'accroissement naturel de l'industrie, des moyens de production du pays et du bien-être général.

THOLOZAN.

(1) Dans le second trimestre de 1854 le nombre des émigrants partis des principaux ports d'Angleterre a été de 99,545; il est vrai de dire que la grande majorité des émigrants se compose d'Irlandais et d'Écossais venus en Angleterre pour s'embarquer. Sur 116,861 personnes qui quittaient ainsi dans les six premiers mois de cette année le Royaume-Uni, on en a compté 67,668 pour les États-Unis et plus de 21,000 pour l'Australie.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

LA CELLULE CANCÉREUSE.

La discussion sur le cancer touche à sa fin. Nous la suivrons jusqu'au bout, pour l'aider à conclure. Cet auxiliaire de la presse, à quelque proportion qu'on le réduise, n'en a pas moins son utilité, et jamais il n'a paru plus indispensable qu'à l'occasion du discours de M. Delafond. On sait tout le prix que la GAZETTE MÉDICALE a attaché à l'argumentation de cet honorable membre, argumentation pleine d'observations solides, d'aperçus ingénieux, de faits pertinents. Il était permis de croire que les conclusions du savant professeur d'Alfort seraient dignes de ses prémisses; que l'autorité des unes répondrait à l'évidence des autres. Il n'en a malheureusement pas été ainsi. Intimidé par l'artillerie du dehors, le micrographe d'Alfort n'a pas eu dans la cause qu'il avait si bien défendue, il n'a pas eu en lui-même la confiance qu'il pouvait avoir; il a terminé son discours par une espèce de compromis, qui sera pour ses adversaires l'occasion de regagner une partie du terrain qu'il leur avait fait perdre. Mais quelque timide, quelque incertain qu'ait été le jugement prononcé par M. Delafond, il n'en restera pas moins comme la condamnation formelle du système de la cellule cancéreuse. Il suffira, pour le montrer, de résumer les faits et de le laisser conclure.

Comment se résume toute l'argumentation de M. Delafond? En ceci. L'organisation moléculaire de tous les tissus repose sur la forme cellulaire. La cellule est l'élément physiologique dans lequel toute trame organique se résout. Les conditions de milieu qui dominent, influencent, altèrent le développement de la cellule physiologique, peuvent en changer l'aspect, en modifier la forme, la consistance, le contenu; mais elles ne vont pas jusqu'à substituer une production à une autre, jusqu'à arrêter l'impulsion physiologique initiale pour la remplacer par une génération spontanée nouvelle et autre de toute pièce. Pour sortir de cette formule générale et spécialiser davantage, la cellule physiologique, qui se rencontre partout, prend, dans les tissus qui la compriment, la forme allongée, aplatie; dans ceux qui la laissent libre et flottante, une forme plus régulière, plus ample, mieux arrondie; dans les tissus qui la baignent d'un liquide pathologique, l'aspect, la consistance et une certaine homogénéité de contenant et de contenu avec ce liquide; elle offre toujours ainsi des modifications en rapport avec les conditions de milieu, sans perdre absolument le caractère de l'impulsion organique initiale. Tel est le substratum le plus général et aussi le plus vrai de la doctrine soutenue par M Delafond. Il ne lui restait, dans la dernière séance, qu'à préciser l'application de ces données scientifiques à la détermination clinique du cancer; qu'à dire, en un mot, à quoi se réduit la cellule dite cancéreuse, quelle valeur elle possède pour la détermination des tumeurs où elle se rencontre. Il n'est pas un de nos lecteurs qui ne tire de lui-même cette conclusion, qui ne saurait être douteuse, à savoir: qu'il n'y a pas de cellule cancéreuse; qu'il n'y a, dans le cancer, comme dans toute maladie qui atteint la trame première et profonde des tissus organiques, qu'une modification de leur état moléculaire, appréciable dans les liquides comme dans les solides; en un mot, que la partie peut et doit, comme le tout, être modifiée en raison de la force et de la généralité d'action du modificateur, c'est-à-dire de la cause morbide. Dès lors il n'y a plus de cellule cancéreuse proprement dite; il n'y a plus qu'un aspect plus ou moins modifié de la cellule physiologique, modification qui ne précède pas et n'accompagne pas nécessairement l'évolution du cancer à toutes ses périodes, et qui ne lui est pas spécifiquement propre. Nous n'écrivons rien qui n'ait été implicitement dit par M. Delafood. Mais au lieu de cela, l'honorable professeur d'Alfort a fini par maintenir, dans l'application clinique, la cellule cancéreuse, qu'il avait scientifiquement détruite; il l'a maintenue en tant que caractère important, réel, auquel il fallait avoir beaucoup égard dans la détermination du cancer. N'est-ce pas perdre d'un mot tout le bénéfice d'une savante et ingénieuse démonstration?

Quant à nous, nous avons peu d'efforts à faire pour tirer cette affaire à clair et laisser à cette phase de la discussion tout le résultat doctrinal qu'elle en peut retirer. Quelques mots suffiront pour cela.

Il est de fait que le cancer, comme tout autre produit d'un travail pathologique [illegible]ofond, général, spécifique, ne peut exister qu'à la condition d'offr[illegible] dans ses moindres parties, comme dans son ensemble, une modification, une alteration des éléments physiologiques des parties[illegible]ur forme, leur caractère, leur couleur, leur aspect, doivent être mo[illegible]és autant à l'intérieur qu'à l'extérieur, dans la réunion de leurs éléments comme dans chacun d'eux pris isolément. Quel est et quel peut être, dans cette appréciation générale et particulière, le rôle du microscope? d'examiner une à une toutes les lettres de ce mot altéré et de concourir, par une révélation analytique de l'état de chaque élément physiologique, à la détermination de l'ensemble à laquelle l'œil nu, tous les sens et toutes les méthodes doivent contribuer aussi, dans la mesure de leur compétence et de leur portée. Or, ramenée à cette formule générale dont elle est un terme, qu'est-ce que la cellule dite cancéreuse, sinon une altération *sui generis* de la cellule physiologique, dont on peut et doit tenir compte, mais seulement comme accident plus ou moins constant, plus ou moins significatif de l'ensemble pathologique où on l'observe. Elle n'est rien de plus, rien de moins. Réduite à cette proportion, son importance n'est autre que celle de toute altération physique et chimique de toutes les molécules solides et liquides entrant dans la composition de la tumeur cancéreuse; car toutes doivent être modifiées, altérées dans la même proportion. La cellule cancéreuse cesse donc d'être autre chose qu'une modification plus ou moins caractérisée de la cellule physiologique, et elle n'a pas plus dans le cancer que dans toutes les altérations profondes, spécifiques de la trame des tissus, le privilége d'être un caractère distinctif absolu; c'est une des lettres des mots dont elle fait partie et sa signification change avec la position qu'elle occupe dans chacun de ces mots.

JULES GUÉRIN.

FEUILLETON.

REVUE MÉDICO-LITTÉRAIRE.

SUPPLIQUE contre les *remèdes secrets* et les *annonces médicales* dans les journaux politiques, adressée à S. M. Napoléon III, par M. BURIN DU BUISSON, pharmacien à Lyon. — MÉMOIRE sur l'urgence d'une réforme médicale et pharmaceutique, suivi d'un exposé des bases d'une organisation nouvelle de la médecine, par M. le docteur AL. MAYER, et de la pharmacie, par E. BOBIQQET, docteur ès sciences, etc. — CHOLÉRA. — *Homœopathie; quelques mots à M. le docteur Chargé*, par M. le docteur MARTIN DE ROQUEBRUNE, ancien chirurgien de la marine, etc. — CODE MÉDICAL, ou Recueil des lois, règlements, etc., etc., de la médecine civile et militaire en France, par AM. AMETTE, secrétaire de la Faculté de médecine de Paris, etc.

Lorsque l'an dernier, à pareille époque, M. Piogey fut molesté par l'administration du timbre pour sa très-intéressante brochure sur le *charlatanisme médical*, la presse médicale resta perplexe et s'inquiéta fort de son côté. La matière discutée dans l'écrit de ce jeune et honorable confrère est, en effet, de nature à se présenter souvent. C'est malheureusement un des lieux communs de notre littérature. Or, d'après certaines définitions et interprétations du fisc, on est exposé, en parlant sur ces choses, de faire, sans le savoir, de l'*économie sociale*, comme M. Jourdain faisait de la prose; avec cette différence fâcheuse que cette prose peut, entre autres désagréments, vous faire payer l'amende, ce que tout journaliste craint naturellement comme le feu. Nous nous abstînmes donc alors, et nous nous sommes toujours abstenus depuis, et pour cause, d'entrer trop avant sur ce terrain dangereux, quoique les occasions n'aient certes pas manqué, nous bornant à le côtoyer avec circonspection, pour ne pas donner prise à l'ennemi. C'est ce qu'il convient de faire tant que la jurisprudence ne sera pas complétement fixée sur ce point.

Aussi ferons-nous aujourd'hui à l'occasion d'un opuscule de 2 feuilles que M. Burin du Buisson, pharmacien à Lyon, adresse, sous forme de SUPPLIQUE à l'empereur. Cet écrit, paraissant sans timbre, et n'ayant pas été, que nous sachions, inquiété, nous nous trouvons assez à l'aise pour examiner, avec l'auteur, quelques-uns des points qui y sont traités. Il s'agit des *remèdes secrets* et des *annonces médicales* dans les journaux politiques. C'est une grosse affaire! M. Burin du Buisson, dont le nom a retenti plus d'une fois à l'Académie de médecine, à l'occasion de son perchlorure de fer pour la cure des anévrismes, paraît avoir pris fort à cœur cette question. Il y est revenu, sauf erreur, plus d'une fois. Il est du reste, par sa profession et ses lumières, parfaitement compétent, et il serait à souhaiter qu'il eût en même temps l'autorité qui a manqué jusqu'ici à tous ceux, corps ou individus, qui ont pris la parole sur ce sujet. Il l'expose avec une solennité de ton et une pompe d'expressions tout à fait imposantes, et qui prouvent la hauteur des pensées et des sentiments à laquelle il est monté pour accomplir dignement sa mission. Son

MÉCANIQUE HUMAINE.

CONSIDÉRATIONS GÉOMÉTRIQUES PROPRES A PRÉCISER LES RAPPORTS DE SITUATION DU FÉMUR AVEC LE BASSIN DANS LES ÉTATS MORBIDES DE L'ARTICULATION COXO-FÉMORALE; par M. GIRAUD-TEULON, D. M. P. à Nice, ancien élève de l'École polytechnique

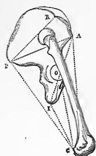
(Suite et fin. — Voir les nos 38, 39, 42 et 44.)

§ XLII. — LUXATION SYMPTOMATIQUE OU SPONTANÉE.

La tête du fémur est ordinairement remontée dans la fosse iliaque externe ou appuyée sur le sourcil cotyloïdien, au niveau de son échancrure postéro-supérieure, déprimée, corrodée par la carie.

Après un long temps, elle pourrait être remontée très-haut dans la fosse iliaque externe; c'est dans un cas de ce genre qu'on pourrait trouver :

Fig. 10.



AC = 37
IC = 22
RC = 41
PC = 39

Et dans cette situation le calcul fournirait :

$$x = oc = 29$$

Entre R et I.	Triangle RCI —	31.
Entre P et I.	PCI,	30.
Entre P et R.	PCR —	39 à 39,5.
Entre P et A.	PAC —	37.

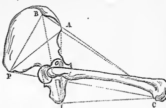
Dans un cas semblable, y a-t-il doute possible? Toutes les distances du condyle jusqu'au milieu de la ligne PA inclusivement sont plus petites que R. Seule la distance du genou au milieu de PR est supérieure à la constante R, quoique de fort peu. La tête fémorale ne doit-elle pas être comprise quelque part entre PR et PA?

§ XLIII. — LUXATION ISCHIATIQUE.

La tête du fémur, toujours dans l'adduction et la rotation en dedans, est placée au niveau de la gouttière qui surmonte la base de l'ischion. Le grand trochanter est incliné en avant; le point d'insertion du ligament rond dirigé directement en arrière. C'est donc, comme dans le cas précédent, par sa partie antérieure que la tête du fémur appuie sur l'os iliaque.

La partie antérieure du col n'appuie point sur l'os iliaque, mais forme avec lui un angle presque droit.

Fig. 11.



Les données étant :

AC = 36
IC = 35
RC = 40
PC = 48

Le calcul a produit :

Pour x = 34,5.

Entre R et I.	Distance au condyle	= 36,5.
Entre P et I.		= 41.
Entre P et R.		= 43,5.
Entre P et A.		= 41,5.

Ce que nous avons dit pour la luxation en arrière et en haut, non très-prononcée, se peut exactement appliquer ici. On reconnaît malheureusement que les résultats sont peu tranchés entre la luxation en arrière et en haut peu prononcée et celle en arrière et en bas; et que dès lors la méthode proposée n'apporte guère sur ce point de détail de lumières nouvelles. Cela tient aux nombreuses inégalités de la surface osseuse sur cette face iliaque externe. Pour les luxations en arrière ou en dehors, les résultats ne sont très-manifestes qu'entre le déplacement extrême et reculé jusqu'au haut de la fosse iliaque et celui opéré dans le voisinage de la grande échancrure sciatique et de la cavité cotyloïde; mais la grande diminution de la longueur propre du membre (ou de x sur R) en disait tout d'abord autant.

---

style s'emporte même par moments jusqu'au lyrisme. Mais, quoi qu'il en soit de la forme, le fond est bon et solide; et chacun donnera, avec nous, les mains aux raisons et aux conclusions de la SUPPLIQUE.

Ces conclusions sont : d'une part, la mise en vigueur pure et simple du décret du 18 août 1810 sur les remèdes secrets, et la suppression des dispositions supplémentaires du décret du 26 décembre de la même année qui, avec la circulaire ministérielle du 16 avril 1828, ont aboli, dans son esprit et dans sa lettre, le premier décret, et replacé, en fait, la législation sous le régime du décret antérieur du 15 prairial an XIII, lequel, permettant la *vente* et l'*annonce* des remèdes secrets autorisés, laisse la plus large porte ouverte aux envahissements de l'industrialisme; et d'autre part, l'interdiction absolue de toute *annonce* médicale et pharmaceutique, par voie de journaux (non médicaux), prospectus, affiches, enseignes, avis imprimés et distribués, etc.

Les deux questions sont connexes. La solution de la première est subordonnée à celle de la seconde. Quelque biais qu'on prenne à l'égard des remèdes secrets, aucune précaution législative, aucun règlement de police médicale ne pourra en réprimer les abus, tant que, sous un prétexte ou sous un autre, il sera permis de les vendre. Or, la condition de la vente étant l'annonce, supprimer l'annonce, c'est empêcher la vente, et empêcher la vente, c'est, *ipso facto*, anéantir les remèdes eux-mêmes en détruisant leur unique raison d'être, qui est d'être vendus et vendables. C'est là le point décisif de cette éternelle question des remèdes secrets.

Mais ici se présentent des difficultés d'application et de principe que M. R. du Ruisson n'a pas abordées, et qui sont probablement l'obstacle qu'ont rencontré jusqu'ici auprès des pouvoirs législatifs tous les projets de réforme. Il y a d'abord le principe de justice et de morale qui donne à chacun le droit de disposer de sa propriété, et plus spécialement à tout inventeur le droit de tirer profit de sa découverte; il y a le principe économique de la liberté du commerce; il y a enfin la crainte, bien peu fondée, mais enfin excusable, de priver l'humanité de découvertes salutaires en décourageant les recherches. Ces divers motifs d'hésitation ne sont pas tous de même poids. Le dernier est évidemment illusoire : il ne peut avoir quelque force qu'auprès des hommes étrangers à la médecine. A défaut des considérations théoriques, qui ne permettent pas de compter beaucoup sur la découverte des remèdes héroïques, les faits suffiraient pour ôter tout doute. Quel est, depuis des siècles, le nombre des découvertes de thérapeutique ou de prophylaxie, authentiquement consacrées par l'expérience comme bonnes, salutaires, et, si l'on veut, spécifiques?

Il en est jusqu'à trois que je pourrai nommer,

Le mercure, le quinquina et ses composés et la vaccine! Et remarquons qu'aucun de ces remèdes n'a été un secret, ni même, à la rigueur, sauf peut-être la vaccine, une invention proprement dite, au sens où on le dit, par exemple de l'imprimerie, de la machine à vapeur, de la photographie; ils ont en outre été le fruit de recherches spéciales, faites par des hommes de l'art, inspirées par le seul zèle de la science et l'amour de l'humanité, hors de toute considération intéressée de lucre et d'exploitation mercantile.

Quant aux autres motifs, il n'y en a qu'un, sinon valable, du moins spé-

CONCLUSION.

§ XLIV. — Toute méthode repose sur une idée mère, un principe fondamental. On peut reconnaître maintenant quels ont été les nôtres. Jusqu'ici tous les auteurs qui se sont occupés de l'étude des déplacements du fémur ont parlé de raccourcissement ou d'allongement d'un membre relativement à l'autre, dans les coxalgies et les luxations, comme l'auraient pu faire les gens du monde. L'apparence extérieure, une mesure relevée à partir d'un point sans fixité, étaient les premières bases de cette recherche diagnostique. La confusion et le défaut de conclusions satisfaisantes qui dérivent de l'emploi de semblables éléments n'ont pas besoin d'être plus longuement signalés.

Nous avons voulu, dans l'essai qui précède, tenter de porter remède à ce désordre réel en montrant la possibilité d'obtenir des mesures exactes dans un sujet qui n'en a pour ainsi dire jamais connu. Pour cela, il a fallu, en premier lieu, trouver des bases fixes et invariables auxquelles il faut rapporter les positions de l'extrémité libre du membre et en déduire les rapports de l'extrémité cachée. Il a fallu éloigner de la question les données factices, c'est-à-dire les rapports apparents de situation du membre eu égard aux divers plans du tronc: la série d'articulations mobiles en tous sens qui séparent l'articulation coxo-fémorale du sternum ou des épaules, ou même simplement du membre congénère, étant un élément constant d'obscurité, sans parler des courbures alternatives ou de compensations qui viennent en outre, à tout instant, compliquer les déductions.

§ XLV. — Mais entre l'os coxal et le fémur qui s'y articule, il n'y a point d'intermédiaire dans l'état physiologique; s'il en survient, ce sont des éléments morbides; et tout changement dans les rapports constatés pour l'état sain devient un indice pathologique déterminé. Par bonheur, l'os coxal, sur la surface duquel nous devions nous efforcer de limiter les recherches de nos points de repère, présente des points saillants et des particularités géométriques admirablement réunis pour l'objet qu'on se propose, et par leur moyen nous avons pu faire presque de la géométrie pure.

L'objet des recherches que nous venons de développer se résume donc en ce qui suit:

§ XLVI. — Dans tout cas probable de déplacement accidentel ou spontané de la cuisse, le chirurgien cherche à préciser, autant qu'il lui est possible, les rapports nouveaux établis entre le fémur et le bassin. Il se peut alors, et cela se voit fréquemment, que les signes classiques symptomatologiques soient insuffisants pour fixer une opinion, et le laissent dans le doute, notamment pour cette donnée séméiotique constamment invoquée: *le raccourcissement ou l'allongement du membre.*

Notre but a été de reculer dans le plus grand nombre de cas les limites de ce doute.

§ XLVII. — Nous avons fait voir qu'au moyen de distances mesurées entre un même point choisi sur le genou (la tubérosité saillante que présente le condyle interne, par exemple) d'une part, et d'autre part l'épine iliaque antéro-supérieure, l'ischion, l'épine pubienne, et même accessoirement l'épine iliaque postéro-supérieure, on peut d'abord comparer le membre malade au membre sain et déterminer exactement sa *position* (c'est-à-dire le degré de flexion, d'extension, d'abduction ou d'adduction du membre malade) (voy. § XII).

On sait toute l'importance de cette première notion.

§ XLVIII. — Cette connaissance obtenue, on observera en outre généralement l'impossibilité de faire exécuter au membre déformé tel ou tel des mouvements compris sous ces titres, au moins dans toute leur étendue physiologique. On déduira de ces faits l'absence de l'une des grandes classes de déplacements en dehors ou en dedans (voy. § XV).

§ XLIX. — Cette exclusion prononcée, on établira, au moyen des mêmes mesures, la *longueur réelle* de la cuisse du côté sain. Cette longueur est fournie par le calcul d'un triangle toujours aisé à déterminer; nous l'avons nommée *R*; elle est nécessairement constante dans toutes les inclinaisons normales du membre. La notion de cette longueur réelle manquait dans les auteurs (Voy. § XIII).

§ L. — On cherche ensuite par un calcul tout à fait semblable la longueur réelle de la cuisse du côté malade, c'est-à-dire de *la distance du genou au centre du cotyle.* Cette détermination et la comparaison qui en est la conséquence entraînent seules l'idée exacte d'un allongement ou d'un raccourcissement, non plus *apparents* à la vue ou à la mensuration, mais *absolus.*

De cette considération et surtout de la grandeur de la différence qui sépare cette nouvelle donnée (x) de la constante *R*, on déduit l'existence ou l'absence d'une luxation complète ou même incomplète (Voy. § XIV).

Les points les plus importants du problème sont ainsi résolus.

§ LI. — Il reste à déterminer le point exact du bassin avec lequel est en rapport la tête fémorale. Pour les luxations en dedans, rien n'est plus simple. Le calcul type, basé sur les éminences saillantes qu'offre la portion antérieure de l'os iliaque détermine expressément la situation de la tête fémorale (Voy. § XXXIII, XXXIV).

§ LII. — Quant aux déplacements en dehors, leur degré d'étendue est aisément déterminé par le degré de raccourcissement réel observé. Mais s'ils sont peu prononcés, la méthode nouvelle est insuffisante pour établir très-précisément la situation de la tête du fémur; cependant on peut encore, et toujours avec le secours des triangles imaginaires que nous avons décrits en détail, reconnaître avec une certaine approximation la véritable position de l'os déplacé (Voy. § XXXV).

§ LIII. — Un seul cas semblait devoir se soustraire à l'application de la méthode: celui décrit par M. Malgaigne comme variété extrême de la luxation sus-pubienne, et dans lequel on peut rencontrer la rotation du membre en dedans, par exception à la règle générale qui domine les luxations sur le côté interne de l'article. On peut voir fig. V et § XXXIX, les remarques de détail qui serviraient, à défaut d'autres données symptomatiques, à différencier ce cas d'une luxation en dehors avec laquelle il offrirait quelques symptômes communs.

§ LIV. — Il convient encore de parler ici de certains cas douteux qui échappent à la classification que nous avons suivie et pour lesquels il ne peut être formulé de calcul spécial. Je veux parler de ceux où les rapports de la tête fémorale avec l'os iliaque sont altérés, à la vérité, mais non plus par suite d'un simple changement de position; lorsqu'il se rencontre, par exemple, des circonstances qui se rattachent à une altération propre du tissu osseux lui-même, à un agrandissement, une perforation de la cavité cotyloïde, une absorption de même nature

---

cieux, et auquel les autres se rattachent, c'est le droit de propriété et d'usage que chacun a sur sa chose. Mais, sans alléguer que ce droit de propriété et d'usage est justement soumis, en une foule de cas, à des restrictions légales plus ou moins rigoureuses, on peut ici le nier en principe. On peut soutenir que la connaissance d'un moyen thérapeutique ou prophylactique, efficace et certain, ne saurait être pour celui qui la possède une propriété. La morale, qui est la loi des lois positives, lui fait un devoir sacré de la communiquer à tous, et lui ôte par conséquent le droit soit de la cacher, soit de l'exploiter à son profit, et en faveur seulement de quelques-uns. Il peut mériter, il mérite même une récompense, mais cette récompense ne doit avoir ni le caractère moral, ni la forme légale d'une *acquisition*, comme l'entend le décret, fort sage sous d'autres rapports, du 18 août 1810. La législation paraît même admettre ce principe, car la loi du 5 juillet 1844 sur les *brevets d'invention*, déclare que les compositions pharmaceutiques et les remèdes de toute espèce *ne sont pas susceptibles d'être brevetés*. Or le brevet n'ayant d'autre but que de garantir la propriété et son usage exclusif par le propriétaire, la suppose par cela même dans tous les cas où il est accordé; et l'exclut, au moins implicitement, dans les cas où il ne l'est pas. Ainsi la législation sur les brevets d'invention et celle sur les remèdes secrets (telle du moins qu'on l'interprète et qu'on l'applique) paraissent en contradiction formelle, puisque la dernière fonde son exception sur la négation du principe sur lequel la première établit sa règle.

Il y a une dernière considération, dont M. Burin du Buisson ne s'occupe pas non plus, et qui, on peut le soupçonner, n'est pas de médiocre importance dans la question des annonces médicales: c'est celle du chiffre élevé auquel s'élèvent les frais de cette publicité, et par suite ses produits pour les journaux. C'est une des branches les plus importantes de ce genre d'industrie. L'annonce médicale, en y joignant l'annonce des produits dits hygiéniques, cosmétiques, etc., compose peut-être un cinquième ou même un quart du total des lignes de la quatrième page des grands journaux. Sans recourir à un travail de statistique, il suffit de jeter les yeux sur cette page du premier journal venu pour s'assurer de la proportion considérable de ce genre d'annonces. Il n'est pas rare de la voir occuper tout entière par l'affiche d'un seul industriel. M. Burin du Buisson a eu la patience de recueillir toutes les annonces médico-pharmaceutiques qui ont paru *dans un seul jour* dans les journaux politiques des chefs-lieux de 45 départements. Ce recueil curieux se compose de 417 annonces faites au nom de 81 individus, dont 61 appartiennent au département de la Seine, 14 à celui du Rhône et 6 seulement aux 43 autres. Sur les 81 annonceurs, il y en a un dont le nom figure 56 fois. L'Académie de médecine y figure (bon gré mal gré) 108 fois comme ayant donné son approbation aux remèdes annoncés!

On peut, par ce que coûtent ces annonces, calculer à peu près ce qu'elles rendent — car il n'y a pas apparence que les spéculateurs jettent ainsi leur argent sans être sûrs de le rattraper — et par ce qu'elles rendent, on peut juger du mal qu'elles font. Si déjà la médecine honnête, consciencieuse, éclairée par le flambeau de l'étude et de l'expérience, a tant de peine à se rassurer sur les résultats de son intervention, que n'y a-t-il pas à redouter de cette effroyable distribution de drogues, faite, on peut le dire, au hasard, à des

de la tête de l'os. Dans ces cas-là, la cuisse malade est bien évidemment raccourcie, en ce sens que x est nécessairement plus petit que R. Mais nous avons fait voir que, suivant le point de la circonférence cotyloïdienne attaqué, on voyait varier la longueur absolue du membre malade, qui pouvait même se montrer égale à celle du côté sain pour quelqu'une des inclinaisons du membre. De l'examen comparatif de ces variations, nous avons pu conjecturer, avec un certain degré de probabilité, quel était le segment attaqué sur la circonférence du cotyle (Voy. § XXX, XXXI, XXXII).

Il serait bien long et sans doute hasardeux de chercher à prévoir, *à priori*, toutes les conséquences de détail à déduire de semblables comparaisons dans chaque cas douteux que l'on peut rencontrer. Cependant il nous a paru que, par voie d'élimination, la méthode que nous avons exposée pouvait rendre de réels services et conduire à une appréciation souvent très-approchée de l'état anatomique des parties lorsqu'une carie ou une ulcération osseuse est le fait pathologique saillant. Il est pour nous hors de doute que la discussion méthodique des résultats numériques obtenus dans un cas donné et leur comparaison avec ce que la théorie nous fait prévoir dans chaque classe de déplacements, ne mène à des conséquences très-voisines de la vérité, en prenant soin, ce doit être sous-entendu, de les confronter avec les signes diagnostiques classiques généraux et les données spéciales fournies par chaque cas particulier.

§ LV. — Avons-nous besoin de redire que nous n'avons pas entendu reprendre ici en sous-œuvre les résultats acquis à la science, et refondre les travaux de nos anciens et de nos maîtres? Non; mais parcourant les discussions auxquelles ont donné lieu entre les auteurs la détermination ou même la simple appréciation des rapports anatomiques propres à chaque espèce de luxation, nous avons cru reconnaître une lacune importante à combler dans les procédés de mensuration des membres inférieurs, non moins que dans la fixation du sens à donner aux termes : *allongement* ou *raccourcissement*. Nous n'avons donc pas cru faire œuvre de présomption ni de remplissage en réunissant les développements qui précèdent à ceux que l'on rencontre dans les livres classiques. Peut-être seront-ils utiles, si, les faits se présentant, quelques esprits veulent essayer de dissiper quelques-unes des obscurités qui planent encore dans la science sur plus d'un point important de ce chapitre.

Avec le secours de cet instrument supplémentaire de diagnostic, les mensurations précises et les calculs si simples (1) auxquels elles donnent lieu, nous aurions bien voulu approfondir nous-même tant de questions intéressantes ou controversées qui se rattachent à cet ordre d'idées. Mais, faute d'un théâtre d'observations suffisamment étendu, nous sommes forcé de n'offrir ici au public médical que des raisonnements et des conjectures sur un sujet qui, d'ordinaire, est environné de longues et sagaces observations pathologiques. Cependant, si incomplets que soient ces premiers essais, pensant qu'il y a nécessairement avantage à ce qu'ils soient soumis au creuset d'une expérience dont les ressources nous manquent, nous avons cru de notre devoir de les présenter dès maintenant à la critique de la publicité.

(1) Si nos lecteurs veulent bien ne pas se laisser rebuter par l'apparence un peu mathématique des recherches précédentes, ils reconnaîtront vite qu'il y a plus d'appareil que de difficulté réelle dans les calculs que nous venons de présenter. Nous pensons que l'aspect d'une simple formule de second degré n'est point faite pour effrayer les praticiens; cependant nous croyons à propos de réduire autant que possible la longueur et l'apparente complication des calculs, en donnant un moyen d'éviter même l'ennui d'une simple extraction de racine carrée. On le pourra par le procédé suivant.

Remarquant qu'il y a peu de fémurs qui puissent dépasser en longueur 45 ou 50 centimètres, nous pouvons prévoir qu'en aucun cas nous n'aurons à opérer sur des éléments supérieurs à 60 centimètres. Dressant alors la table des carrés des nombres successifs, depuis 5 jusqu'à 6, en les faisant varier par demi-unité, nous n'aurons alors d'autre opération à faire que des additions, soustractions et de simples divisions par 2.

Prenons pour exemple le deuxième cas de luxation iléo-pubienne que nous avons offert. Les éléments étaient les suivants :

Du condyle int. à l'ép. il. ant.-sup. $a = 45$
— à l'ép. pubienne $= 35$
— au point le plus bas de l'ischion $i = 26.5$

La distance l, de l'ép. il. ant.-sup. à ce dernier point $= l = 18$.

La formule était : $x^2 = \dfrac{a^2 + i^2 - \frac{1}{2} l^2}{2}$

Nous trouvons dans la table $a^2 = 2025$
$i^2 = 702$
$l^2 = 324$

x^2 égale donc $= \dfrac{2025 + 702 - 162}{2} = \dfrac{2565}{2} = 1282$

Or 1282 est compris dans la même table entre 1260 carré de 35,5 et 1296 carré de 36, plus près du dernier que du premier.

On peut donc prendre pour valeur d'$x = 36$, car on ne doit pas prétendre, dans des calculs de ce genre, à une approximation supérieure à 5 millimètres.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

MÉMOIRE SUR L'ACIDE GALLIQUE ET SUR SES PROPRIÉTÉS MÉDICALES DANS LES DIATHÈSES HÉMORRHAGIQUES ET DANS LES MALADIES CARACTÉRISÉES PAR UNE ATONIE DE LA FIBRE ORGANIQUE OU UNE SÉCRÉTION EXCESSIVE (1); par le docteur WILLIAM BAYES, médecin du dispensaire de Brighton. (Lu à la Société médico-chirurgicale de Brighton et de Sussex.)

Les quelques remarques que je vais faire connaître sont relatives à un agent thérapeutique, dont la valeur a été, je crois, insuffisamment appréciée jusqu'à ce jour par les praticiens.

Dans les ouvrages de matière médicale que j'ai consultés (2), l'acide

(1) Extrait du journal anglais ASSOCIATION MEDICAL JOURNAL, 1854.

(2) L'acide gallique, quoique découvert en chimie par Schéele dès 1786, est encore peu connu en médecine; on peut dire qu'il est presque inusité; nous n'avons pas trouvé qu'il fût même mentionné dans le MANUEL DE MATIÈRE MÉDICALE de MM. Milne Edwards et Vavasseur (1831), ni dans le TRAITÉ DE MATIÈRE MÉDICALE de M. Galtier (2 vol. in-8°, 1839); ni dans le DICTIONNAIRE DE

milliers de malades? Et que dire de la criminelle audace de ces exploiteurs qui trafiquent ainsi de la santé et de la vie des hommes? Et avec quel sentiment de satisfaction profonde serait accueillie une loi ou une mesure de l'autorité qui mettrait fin à ce scandale et à ce mal? L'intention, la bonne volonté du législateur n'est pas douteuse. A plusieurs reprises, dans l'élaboration des projets de réorganisation médicale, si souvent discutée et non encore accomplie, les chambres, l'administration supérieure, ont manifesté la résolution de faire cesser ces abus funestes. Un projet de loi, présenté en 1847 par le gouvernement et examiné par une commission de la chambre des pairs, prononçait l'interdiction de toute annonce par les journaux, affiches, etc., de remèdes, consultations, etc., sous peine d'une forte amende. Il existe même une ordonnance de police du 21 juin 1828, qui, rigoureusement exécutée, suffirait pour mettre un frein à ce désordre. Mais, en présence des difficultés légales ou morales précédemment indiquées, il faut peut-être une autorité plus forte que celle d'une simple ordonnance de police; il faut une loi ou un décret du chef de l'Etat. Dans plusieurs Etats de l'Europe, en Savoie, en Espagne, en Allemagne, en Russie, l'annonce et l'affiche médicales sont plus ou moins rigoureusement interdites. Espérons que la SUPPLIQUE de M. Burin du Buisson, corroborée de l'adhésion de dix-huit sociétés de médecine ou de pharmacie, et de celle du public médical tout entier, sera entendue.

A propos de ce réquisitoire contre les annonces médicales et les remèdes secrets, il convient de rappeler un projet un peu plus ancien, élaboré par deux honorables écrivains, le docteur Al. Mayer, et M. E. Robiquet. Il s'agit dans leur MÉMOIRE d'une plus vaste entreprise; ils ne veulent rien moins qu'une réforme radicale de la médecine et de la pharmacie; ils annoncent une organisation *nouvelle* de l'enseignement et de l'art. Le programme esquissé dans le titre est immense. Heureusement il est bien réduit dans l'exécution. Ce travail bien pensé, bien écrit, mériterait un examen approfondi. Mais la brochure étant *timbrée*, il y aurait peut-être quelque inconvénient à la discuter sur une feuille de papier qui ne l'est pas. Nous nous bornerons à exposer d'une manière générale l'objet du mémoire. Il se divise en deux parties : la *critique* des institutions médicales actuelles, et l'exposition des *bases* d'une réforme médicale et pharmaceutique.

A l'inverse de ce qui a lieu d'ordinaire, c'est la partie *critique* qui nous paraît la plus contestable dans ce travail. Il nous semble que les auteurs se sont abandonnés dans trop de cas à un pessimisme excessif. Ils ne sont contents de rien dans ce qui existe. Cette humeur chagrine les entraîne parfois dans des exagérations un peu fortes et met dans leur langage une sorte d'aigreur que ne semblaient pas comporter des questions générales où il s'agit uniquement des choses et non des personnes.

C'est ainsi qu'à propos de l'enseignement, ils représentent les examens probatoires des Facultés (p. 10) comme des espèces de causeries insignifiantes, dans lesquelles le professeur ne s'occupe guère qu'à faire briller sa propre science, et où questions et réponses passent inaperçues, en vertu d'un parti pris d'indulgence et de réception préméditée. Ce sont là des paroles un peu dures. Il y a parfois sans doute du relâchement dans l'accomplissement des devoirs des professeurs; mais ce n'est pas la règle. Est-il sûr, d'ailleurs, que l'adjonction d'examinateurs étrangers à l'école, utile peut-être sous d'au-

gallique est loué principalement pour la vertu admirable qu'il possède d'arrêter les hémorrhagies. Cependant, dans ces affections, les astringents minéraux sont jusqu'à présent en plus grande estime aux yeux de la majorité des médecins; je pense que cette préférence ne se maintiendrait pas si les mérites relatifs de ces agents étaient bien compris.

Uno pratique qui a prévalu, en effet, favorise l'emploi des astringents minéraux dans le traitement de l'hémorrhagie; mais on trouve certainement plus de sûreté et de commodité dans l'administration de l'acide gallique, ainsi qu'une plus grande certitude dans son effet. Dans cet agent nous avons un astringent non-seulement puissant, mais encore nullement dangereux, avantage d'une grande valeur par rapport au plomb et aux autres minéraux, puisque l'usage de ceux-ci doit être restreint à cause de leurs propriétés vénéneuses; l'acide gallique, au contraire, peut être administré à des doses répétées et continuellement augmentées, leur quantité et la fréquence de leur administration étant limitées seulement par l'éloignement de la cause qui a nécessité leur emploi.

La vérité de cette proposition a été bien démontrée dans le cas d'hémoptysie que j'ai cité dans PROVINCIAL MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL, 29 septembre 1852. Dans ce cas, je donnai une drachme d'acide en moins de deux heures (par dose de 5 grains), et durant les vingt-quatre heures qui succédèrent une autre drachme fut prise sans aucune espèce d'accident, ni aucune conséquence fâcheuse pour la santé générale, soit dans le moment, soit plus tard. Ce n'est pas un faible avantage de posséder un astringent qui exerce sa vertu propre et qui, en même temps, n'est ni excitant, ni irritant, ni déprimant.

Un autre avantage qu'on trouve dans l'acide gallique, c'est la facilité et la promptitude avec lesquelles il pénètre dans le sang et sature le système, ce qui le rend non-seulement préférable aux minéraux, mais encore à l'acide tannique. (Lorsque l'acide tannique est administré, remarque Pereira, il se transforme en acide gallique (1) en passant à travers le système, d'où il suit que lorsqu'on veut obtenir un effet éloigné ou général, l'acide gallique est le plus propre à être administré. Pour les effets topiques, l'acide tanique a un pouvoir plus grand.) Dans le cas auquel j'ai fait allusion plus haut, les crachats ensanglantés devinrent couleur d'encre dans une heure et quarante minutes. Ce qui prouve que le système était complétement saturé par le remède, c'est que ces crachats étaient parfaitement noirs et non-simplement teints ou couverts d'une couche noire, comme c'eût été le cas si le contact avec le remède avait eu lieu seulement dans la bouche et l'arrière-bouche. En même temps que les crachats prirent cet aspect noir, l'hémoptysie s'arrêta. L'effet produit sur le pouls fut qu'il se releva et devint ferme et régulier.

Les effets des acides taniques et galliques sur les tissus des animaux morts, nous sont familiers par les procédés du tanage qui contracte et durcit ces tissus; les expériences ont aussi montré qu'une solution saturée d'acide gallique, mêlée avec du sang, hâte la coagulation et durcit le caillot.

Les solutions d'astringents végétaux, injectées dans les veines des animaux, ont produit la mort par la coagulation produite dans les organes centraux de la circulation, et puisque le pouvoir astringent de tous les végétaux dépend de la quantité d'acide gallique et tanique qu'ils contiennent, et puisque nous avons vu que l'acide gallique pénètre rapidement dans le sang, je pense que nous pouvons admettre aisément que, lorsqu'il est introduit dans l'organisme, l'acide gallique agit par sa tendance à contracter et condenser les fibres des tissus et à coaguler les fluides vitaux partout où ils ont cette disposition naturelle (1).

Affectant par conséquent, comme il fait, à la fois les fluides en circulation et les vaisseaux qui les contiennent, donnant à l'un une disposition croissante à se contracter, et à l'autre à se coaguler, cet effet double de l'acide gallique et la parfaite immunité avec laquelle les plus fortes doses peuvent être administrées en font notre ancre de salut dans les hémorrhagies soit actives soit passives.

La facilité et la rapidité avec lesquelles il pénètre dans le sang le rend également puissant pour arrêter l'hémorrhagie dans toutes les parties du corps. Si le fluide vital s'écoule en hémorrhagie passive de quelques vaisseaux relâchés et dépourvus de tonicité, il le contracte et affermit la circulation (2); ou si un pouls bondissant force une hé-

---

MÉDECINE en 30 vol, soit à propos des *acides* (t. I, 1832), soit à l'article *noix de galle*, qu'on y chercherait vainement; ni enfin dans le nouveau FORMULAIRE MAGISTRAL de M. Bouchardat (1849), etc. Le DICTIONNAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES en 15 vol., qui consacre un alinéa à l'acide gallique (t. VIII, 1832), ne dit rien de ses propriétés médicinales, sinon que ce n'est pas un anthelmintique. M. Dorvault, dans son *officine*, se borne à dire: « Astringent; — inusité. » (1850). Il est regrettable que MM. Trousseau et Pidoux, qui à diverses reprises parlent incidemment de l'acide gallique, ne lui aient point consacré un chapitre particulier dans leur TRAITÉ DE MATIÈRE MÉDICALE (1851, 4e éd.). Voici comment M. Barbier s'exprimait, en 1837, dans sa MATIÈRE MÉDICALE: « L'acide gallique agit comme le tanin sur les tissus » vivants. Ces deux principes portent sur les organes une impression analogue; ils concourent ensemble à créer la puissance médicinale tonique » dans les substances végétales qui les contiennent. »

(NOTE DU TRADUCTEUR.)

(1) M. Pelouze va plus loin, il professe que l'acide gallique que l'on retire de la noix de galle n'y préexiste pas et résulte de l'altération du tanin; suivant lui, la matière animale que contient la noix de galle se transformerait en un ferment dont la réaction sur le tanin changerait ce dernier en acide gallique, lequel ne serait qu'une sorte d'oxydation du tanin (Pelouze et Frémy, CHIMIE GÉNÉRALE, 1850). Toutefois pour l'expérimentation clinique qui étudie l'action médicale des corps, sans avoir à se préoccuper de la théorie plus ou moins hypothétique de leur formation, il nous semble préférable de suivre les chimistes et les pharmacologues qui décrivent séparément le tanin et l'acide gallique comme des produits particuliers. » (NOTE DU TRADUCTEUR.)

(1) A l'appui de cette opinion, généralement peu répandue encore, nous citerons le passage suivant, emprunté à la MATIÈRE MÉDICALE de MM. Trousseau et Pidoux, et qui nous semble trancher la question: « Il faut faire remarquer » que l'action physiologique des toniques astringents est d'autant plus énergique, véritablement tonique et durable, qu'elle est opérée par les astringents tirés du règne végétal, *par ceux qui contiennent le plus de tanin et* » *d'acide gallique.* » (4e éd., t. I, p. 143.) (NOTE DU TRADUCTEUR.)

(2) « Les toniques astringents pris à l'intérieur s'opposent aux hémorrhagies autant et encore plus peut-être par la disposition à se coaguler plus facilement qu'ils donnent au sang, que par le resserrement fibrillaire qu'ils déterminent dans les tissus. » (Trousseau, *ibid.*)

---

tres rapports, remédiât, comme ils le croient, à ce défaut?

L'impôt de la patente a porté, disent-ils, à la médecine, un *coup funeste*. Le mot est trop fort. Ce n'est qu'un coup désagréable. Nous n'aimons pas, cela va sans dire, la patente, et nous l'avons, à l'occasion, combattue; mais, en définitive, on ne voit pas que l'honorabilité du médecin en souffre plus que celle de l'avocat. Ceci est une affaire d'opinion. Or l'opinion est sur ce point parfaitement indifférente. Cela n'empêche pas de nous associer au vœu de sa suppression, sans croire néanmoins qu'elle fût *un hommage rendu à l'humanité. Je hais les mots d'enflure,* dit Pascal.

Les associations de prévoyance pour les médecins, actuellement établies, ne satisfont pas non plus ces hypercritiques; elles ne peuvent répandre autour d'elles que des *aumônes dégradantes*. Ceci est également bien violent. Pour ôter au secours le caractère d'aumône et d'aumône dégradante, ils proposent l'établissement d'une institution de prévoyance qui embrasserait la France entière, au moyen de laquelle on assurerait des pensions aux infirmes, aux vieillards, aux veuves, aux orphelins. Ainsi fait-on, observent-ils, en Angleterre. Dieu veuille qu'on puisse faire de même et au plus tôt en France, sans aumône, bien entendu, et sans dégradation!

La part faite à ces mouvements d'humeur, les principales dispositions de réforme indiquées par M. A. Mayer et E. Robiquet, et adoptées par le *comité central* institué auprès de la *presse médicale* (comité dont nous apprenons avec plaisir l'existence) sont, en général, parfaitement sages et dignes d'approbation. Elles reproduisent, en effet, et c'est là une garantie non équivoque de leur valeur, la plupart des vœux formulés depuis des années tant dans la presse que dans le sein des congrès scientifiques, des Académies, des Sociétés médicales, des Facultés, et qui sont l'expression de l'opinion publique lentement élaborée en présence des faits: — l'enseignement libre, à côté de l'enseignement officiel; adjonction de médecins étrangers aux actes probatoires; abolition du second ordre de praticiens, les *officiers de santé;* règlement et extension du privilége du médecin pour le payement de ses honoraires par la succession du malade mort; répression plus efficace de l'exercice illégal de la médecine; interdiction des annonces médicales sous toutes les formes; suppression de la patente; institution de *colléges médicaux* et de *sociétés de prévoyance*, etc., etc

Ces vœux, nous nous plaisons à le redire, sont ceux de tout le monde; le mérite des auteurs du mémoire consiste à les avoir de nouveau formulés avec dignité et talent; puissent-ils être écoutés!

Ce ne sera pas sortir trop brusquement des questions de police médicale, que de mentionner la petite lettre, pleine de sel et de sens, adressé par un confrère de Marseille, M. le docteur Martin de Roquebrune à un autre confrère, le docteur Chargé. Ce dernier est un adepte de l'homœopathie. Cela est licite; mais ce zélé hahnemannien paraît avoir, sinon pour sa personne, du moins pour la doctrine médicale qu'il professe, des prétentions exorbitantes. Il lui est échappé de dire dans une lettre à M. le docteur Rapou (de Lyon), autre homœopathe, que « les gens du monde ont guéri, une de ses » brochures en main, plus de cholériques que tous les médecins réunis de » l'ancienne école. » (Je tiens à dire ici, en passant, que le docteur Rapou est auteur d'une histoire de la médecine homœopathique, en deux volumes, très

morrhagie active à travers les parois rompues de quelque vaisseau affaibli, il les contracte et forme un caillot solide autour, en ralentissant le pouls en même temps que l'action du cœur.

Lorsqu'une dose trop forte d'acide gallique a été prise, le pouls devient petit et filiforme, la face pâlit; on entend des bourdonnements dans les oreilles, on éprouve des vertiges et la syncope survient. Ces symptômes sont le résultat de la contraction des capillaires et des vaisseaux plus gros, produits par l'effet astringent du remède et des conséquences qui s'en suivent sur la circulation intra-crânienne. Toutefois, je crois qu'il ne serait pas possible d'empoisonner un malade par une forte dose d'acide gallique, lorsqu'elle est introduite par la bouche, parce que les vaisseaux capillaires seraient trop contractés pour qu'une quantité suffisante pût être portée dans le sang, de manière à produire des effets dangereux sur la circulation centrale.

La facilité avec laquelle l'acide gallique entre dans le torrent circulatoire en fait un remède très-précieux, non-seulement dans les hémorrhagies, mais encore dans ces habitudes maladives du corps, dans lesquelles une sécrétion excessive devient un symptôme principal et alarmant, et encore dans quelques autres diathèses que je vais énumérer.

Le docteur Scott Alison, dans un article sur l'acide tanique qui a paru dans LONDON JOURNAL OF MEDICINE de janvier 1850, a recommandé son usage, comme tonique dans la dyspepsie, comme nervin dans la langueur et la débilité, comme tendant à améliorer la qualité du sang, à arrêter la tuberculisation et les affections malignes, comme précieux dans le rachitis, dans la phthisie et dans la bronchite, lorsqu'elle est accompagnée d'expectoration profuse, enfin comme arrêtant la diarrhée colliquative et les sueurs débilitantes.

Le docteur Burns (de Glascow) loue les vertus de l'acide gallique dans la chlorose, à des doses de 100 grains par jour. En considérant ses effets sur les tissus contractiles et les différents constituants solides et liquides du corps animal, on devait prévoir les résultats avantageux de l'emploi de l'acide gallique partout où il existait un trop grand relâchement de l'un ou une trop grande fluidité ou dilution de l'autre. L'expérience atteste pleinement ses vertus dans les nombreuses classes de maladies où les avantages de son emploi étaient prédits.

Ce remède est digne de toute confiance dans les classes suivantes de maladies :

1° Dans les hémorrhagies actives, de quelque organe ou partie du corps qu'elles proviennent;

2° Dans les hémorrhagies passives, les diathèses hémorrhagiques, le purpura, etc.;

3° Dans les sécrétions excessives, tels que le pyrosis, la diarrhée séreuse, la bronchite chronique, la bronchorrée, les sueurs nocturnes profuses, certaines formes de dyssenteries et peut-être dans le diabète;

4° Dans les états atoniques du canal alimentaire et du corps en général, spécialement dans le rachitis et dans les cas où il existe un état de faiblesse et de congestion des capillaires;

5° Comme adjuvant à d'autres moyens, dans les hémorrhoïdes, les blessures, etc.

Reprenons maintenant une à une chaque division.

I. Lorsque l'acide gallique est employé dans des cas d'hémorrhagie active, il ne faut en aucune manière recourir aux déplétions actives, quand même l'état pléthorique du malade semblerait indiquer leur emploi. Par suite de l'expérience propre que j'en ai faite, je me confie uniquement à l'acide gallique et à l'application locale du froid, et je n'ai jamais éprouvé de désappointement. Cependant il peut se présenter des cas, où il peut paraître nécessaire d'apporter un soulagement immédiat. Dans ces cas l'acide gallique viendra très-utilement en aide aux autres moyens (1).

Dans ces cas, les indications sont d'introduire le remède par la voie la plus rapide dans la circulation. Le temps ici est de la plus grande importance, puisque la vie s'éteint rapidement. Par conséquent dans des cas graves, une cuillerée d'une solution saturée d'acide (faite avec de l'eau chaude et un peu d'esprit-de-vin, elle contient environ 5 grains) devrait être administrée toutes les quatre ou cinq minutes, tandis que le doigt sur le pouls on surveille attentivement les transitions par lesquelles passe graduellement la circulation. Alors l'hémorrhagie se fait moins rapidement, ou cesse totalement, tandis que le sang prend une couleur plus foncée jusqu'à devenir souvent de couleur d'encre; lorsque cela arrive, cela indique qu'il est complétement saturé d'acide, et qu'on peut le donner alors à des intervalles beaucoup plus longs et le discontinuer après quelques jours.

Ce mode d'administration est applicable aux hémorrhagies actives de tous les organes, excepté celles de l'œsophage et de l'estomac. L'exception dans ces cas provient de ce que le remède serait vomi avec le sang, et ainsi rejeté de l'organe avant d'avoir eu le temps d'entrer dans la circulation. Il sera plus sûr par conséquent, dans ce cas, de ne pas administrer le médicament par la bouche, mais de l'administrer en grandes quantités par l'anus. On pourrait encore conseiller des pilules franchement faites contenant cet acide, dans l'espoir d'agir topique ment sur les vaisseaux saignants, de coaguler le sang et diminuer le mal.

Dans les hémorrhagies utérines, il sera utile aussi de combiner avec son administration, les injections d'acide tanique ou gallique; car lorsqu'il est possible d'agir à la fois en dedans, et en dehors il doit évidemment être très-avantageux d'agir ainsi. Dans ce cas et dans la seconde division que nous avons adoptée, je suis convaincu que les vertus curatives de l'acide gallique ne seront pas en défaut.

II. Dans le traitement des hémorrhagies passives, des doses beaucoup plus faibles d'acide gallique suffisent (2); ou peut toutefois l'ad-

(1) Nous citerons à ce sujet les observations suivantes : « Plus on a perdu de sang par une hémorrhagie, plus on est condamné à en perdre, parce qu'alors ce liquide s'appauvrit graduellement, et que l'organisme ne possède plus les moyens puissants d'un arrêt spontané de l'hémorrhagie.... C'est donc un grand bénéfice que procurent alors les toniques astringents qui, mêlés au sang, en augmentent la coagulabilité, rendent son passage plus lent et plus difficile dans les petits vaisseaux, et enrayent ainsi son écoulement. » (Trousseau et Pidoux, *ibid.*)

(2) Nous ferons remarquer avec MM. Trousseau et Pidoux que, à doses ménagées, les toniques astringents donnent au sang plus de coagulabilité, sans cependant augmenter la quantité de fibrine qu'il contient; mais tout en laissant le liquide sanguin tel qu'il est quant à la proportion de ses éléments, ils en rapprochent les molécules en leur imprimant, comme aux tissus, une certaine tonicité, une condensation qui les disposent à se coaguler. Ils ont encore une action préventive à l'égard des rechutes. (NOTE DU TRAD.)

---

savante, très-intéressante et fort bien écrite, ouvrage distingué de tout point, où l'on trouvera ce qui a pu être dit de plus sérieux, de plus sensé, de plus pertinent sur la doctrine d'Hahnemann.) Le docteur Chargé a dit encore, *inter alia*, que dans la récente épidémie cholérique, ayant été sur la brèche jour et nuit pendant deux mois, il n'avait perdu que *quatre* malades. M. Martin de Roquebrune n'a pu digérer ces assertions et autres de même force. Il les repousse avec une grande vigueur de dialectique, et réduit à zéro les prétentions de *cuprum*, de *veratrum*, d'*acid. phosph.* et autres farfadets microscopiques de la pharmacopée hahnemannienne. Ah! chers confrères homœopathes, distribuez le plus gravement que vous pourrez vos globules, puisque aucune loi ne je défend, mais, pour Dieu, soyez modestes!

Toutes ces belles imaginations de réforme médicale, dont nous parlions tout à l'heure, ces rêves d'âges d'or, où, grâce à des lois protectrices, le charlatanisme et tous les autres fléaux de la médecine ayant disparu, on pourra dire avec un poëte :

Là ni loups ravisseurs, ni serpents, ni poisons,

ces aspects enchanteurs s'évanouissent bientôt et font place à la réalité, au milieu de laquelle il faut vivre et agir. Cette réalité n'est pas aussi brillante, mais elle n'est pas non plus aussi laide qu'on voudrait la faire. Elle se trouve dans le CODE MÉDICAL, rédigé par l'habile et exact secrétaire de la Faculté de médecine de Paris, M. Amette. C'est là que vous trouverez classés, dans un ordre lumineux, les lois, les règlements auxquels est soumise la profession du médecin, dans toutes ses phases et applications : les études, l'enseignement, l'exercice privé et public de l'art. Ce n'était pas chose facile de débrouiller la masse assez chaotique des dispositions législatives et réglementaires que le temps et les circonstances ont accumulées. M. Amette a rempli cette tâche laborieuse avec une richesse de détails qui ne laisse aucune question sans réponse, et une lucidité de méthode qui permet de trouver à l'instant ce qu'on cherche. La Faculté de médecine a récompensé cet utile travail par un de ses grands prix. Le suffrage du public, qui avait devancé cette distinction, l'a confirmée ensuite, et une seconde édition est devenue nécessaire. Ce ne sera pas la dernière.

De même que l'esprit d'un peuple se révèle surtout dans ses lois, l'esprit d'une profession scientifique doit se traduire aussi dans les règlements qui la concernent. On pourra donc, en parcourant le CODE MÉDICAL, s'assurer que la médecine est, en France, assise, comme science et comme art, sur de solides et larges bases, que son rôle et sa place dans la société y sont dignement appréciés, et que, malgré certaines imperfections et lacunes regrettables, il n'y a pas de pays, en Europe, où cette noble profession soit, comme institution publique, organisée d'une manière plus conforme à sa haute mission scientifique et sociale. Ceux qui, indépendamment des renseignements d'une utilité immédiate, qu'offre en abondance ce recueil, y puiseront cette conviction, n'auront pas perdu leur temps à le parcourir; et les réformistes de bonne foi qui voudront se donner la peine d'examiner en détail, sans prévention, toutes les parties de cet édifice de nos lois médicales seront moins empressés

minister sans crainte jusqu'à ce que le résultat utile soit produit. Cet effet coïncidera généralement, avec un sentiment de constriction au front et dans les yeux, ou avec un bruit de bourdonnement dans les oreilles et dans la tête. Lorsque cela a lieu, l'hémorrhagie s'arrête ordinairement, et en continuant le médicament à des doses plus faibles et à des intervalles plus éloignés pendant quelques jours après la cessation totale des phénomènes, on évitera une rechute.

Dans les hémorrhagies passives et chroniques, je préfère donner le médicament sous forme de pilules; car si la solution est conservée longtemps, elle se décompose.

(La suite au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS

(Suite et fin.)

VII. ARCHIV FUR PHYSIOLOGISCHE HEILKUNDE.

Rédigé par le professeur VIERORDT.

RADEMACHER ET SA DOCTRINE; par le docteur FREY (de Mannheim).

Si l'Allemagne a produit de grands écrivains, des penseurs profonds, des savants du premier ordre, des médecins habiles, on est obligé de convenir, d'un autre côté, qu'elle possède le triste privilége de donner naissance aux esprits les plus excentriques, aux rêveurs les plus ereux, en médecine comme en philosophie. C'est l'Allemagne qui a produit le mesmérisme, l'homœopathie, l'hydrothérapie, que M. Frey (qui est Allemand) appelle les pseudoplasmes de la médecine, et c'est aussi dans cette catégorie de doctrines erronées qu'il faut ranger les idées d'un homme qui prétend faire école en Allemagne, et qui a déjà un bon nombre d'adeptes : de Rademacher.

Une des conquêtes les moins contestables et les moins contestées de la médecine moderne, c'est sans contredit le diagnostic. L'étude des signes physiques nous apprend à connaître, pendant la vie, les lésions des organes et nous empêche d'errer à l'aventure, de tâtonner, de traiter nos malades en aveugles et pour ainsi dire au hasard. L'anatomie pathologique nous prête aussi son flambeau, et sert tous les jours de plus en plus à éclairer le diagnostic. Eh bien! pour M. Rademacher, les signes des maladies ne sont rien, le diagnostic n'est rien : c'est l'effet thérapeutique des médicaments qui constitue toute la médecine. Chaque organe, chaque appareil du corps humain trouve, quand il est malade, des médicaments tout prêts à le guérir : la digitale est pour le cœur, la chélidoine pour le foie, l'antimoine pour le poumon, etc. Bien plus, chaque organe a à son service plusieurs substances qui correspondent aux diverses maladies dont il peut être atteint. Écoutons M. Rademacher lui-même :

« Le médecin qui se laisse guider par l'expérience pure reconnait » dans chaque organe autant d'états morbides que l'expérience lui a » fait connaître de médicaments jouissant de la propriété de guérir ces » diverses maladies : ainsi je connais pour le foie une maladie à la » chélidoine, une maladie à la noix vomique, une maladie au chardon » Marie, une maladie à la térébenthine, une maladie au quassia. Le » lecteur voit donc que je ne cherche pas l'essence de la maladie dans » l'organe malade lui-même, mais, ainsi que le conseille Paracelse, » dans la nature extérieure. »

Ainsi, d'après M. Rademacher, ce n'est ni aux symptômes ni aux altérations cadavériques qu'on peut reconnaître une maladie du foie, mais bien au mode d'action des remèdes ci-dessus mentionnés; M. Rademacher raye ainsi d'un trait de plume la pathologie tout entière et l'anatomie pathologique. C'est, il faut l'avouer, une doctrine bien com mode pour les paresseux et pour les ignorants; seulement nous demanderons à l'auteur, avec M. Frey, comment il sait que le foie est atteint de telle affection particulière. Il répondra : Parce que le quassia l'a guérie; et si l'on demande pourquoi le quassia a guéri, il répondra: Parce que le foie était malade. C'est ce qu'on appelle tout simplement un cercle vicieux; c'est ce qu'on appelle heurter le sens commun de la manière la plus grossière, et si quelque chose nous étonne, c'est que M. Rademacher appelle sa doctrine la médecine du bon sens; car c'est la médecine du non-sens qu'il devrait dire. Aussi que résulte-t-il de cette absurde manière de voir? C'est que, de l'aveu de l'auteur lui-même, il faut chercher dans la nature le médicament qui jouit de la précieuse propriété de guérir le mal qu'on ne connait pas, mais qu'on connaîtra dès que le médicament en question sera trouvé et aura produit son effet, c'est-à-dire quand la maladie sera guérie.

Outre les remèdes qu'on peut appeler organiques, c'est-à-dire qui agissent sur des organes déterminés, M. Rademacher admet des remèdes universels, ceux qui, d'après lui, guérissent l'économie tout entière. Il n'y a que trois maladies générales de l'organisme, parce qu'il n'y a que trois remèdes généraux, et comme il existe trois remèdes généraux, il ne peut y avoir que trois affections générales de l'économie : les trois remèdes en question sont le cuivre, le fer et le nitre. Ainsi toujours le même cercle et toujours le même tâtonnement.

L'auteur ne fait pas plus de cas du génie épidémique des maladies que des symptômes morbides. Il faut essayer dit-il, un remède et le continuer quelque temps; s'il ne produit pas d'effet, on en essaye un autre, et ainsi de suite, jusqu'à ce qu'on soit tombé juste (si toutefois la maladie n'a pas encore emporté le pauvre patient).

Nous n'en dirons pas davantage sur M. Rademacher, et nous croyons inutile de suivre le docteur Frey dans les nombreux détails qu'il présente au lecteur et dans les discussions raisonnées dont il les accompagne. Qu'il nous suffise d'avoir fait connaître le fond de sa doctrine; il n'est pas un seul de nos lecteurs qui ne hausse les épaules et ne s'étonne que des idées aussi dénuées de bon sens aient pu trouver des adeptes. Il est juste de dire cependant que nous avons entendu des praticiens consciencieux vanter l'expérience de M. Rademacher et recommander la lecture de ses écrits; mais nous avouons, pour notre part, que nous ne saurions avoir confiance dans un médecin qui sape et renverse les bases de la vraie médecine, pour leur substituer des rêveries.

d'y porter la main, et reconnaîtront l'à-propos de ce mot de Cicéron : *Difficile est mutare in meliùs.*

L. PEISSE.

— M. le ministre de l'instruction publique adresse à MM. les recteurs la circulaire suivante :

« Paris, 23 novembre 1854.

» Monsieur le recteur, le décret du 22 août dernier, qui, en fixant les frais d'études des élèves en médecine au prix total de 1,260 francs, a reporté aux examens passés à la fin des cours une partie des rétributions précédemment exigées pour les inscriptions prises en cours d'études, devra être appliqué de manière que les sommes acquittées désormais par les élèves au compte de l'enseignement supérieur ne puissent, en s'ajoutant à celles qu'ils ont versées déjà dans les caisses du Trésor public, dépasser le prix déterminé par le décret.

» Ce principe d'équité, l'administration n'a donné à personne le droit de mettre en doute sa ferme intention de le maintenir. Cependant, comme il n'y aura lieu de le pratiquer qu'à partir du 1er janvier prochain, terme assigné pour la mise à exécution du règlement du 22 août, elle a dû prendre le temps d'examiner quel serait le moyen le plus sûr d'atteindre le but qu'elle se propose.

» Il eût peut-être été souhaitable, pour simplifier cette opération assez difficile, d'étendre uniformément les nouveaux tarifs à tous les étudiants, à partir du 1er janvier prochain, en se réservant, aussitôt que les droits acquittés s'élèveraient à la somme de 1,260 francs, d'accorder la gratuité des actes qui resteraient à accomplir.

» Mais ne voulant point aggraver dans le présent, pour l'unique avantage de la comptabilité, les sacrifices que les familles ont dû s'imposer, j'ai décidé que les élèves en cours d'études obtiendraient une remise proportionnellement répartie sur leurs inscriptions et sur leurs actes à dater du 1er janvier prochain, et établie de telle sorte que les sommes déboursées par eux n'excèdent pas le maximum de 1,260 francs fixé par le décret du 22 août.

» Les épreuves qu'il faudrait recommencer continueraient, toutefois, à avoir lieu, après le délai d'ajournement prescrit par les règlements en vigueur, moyennant la nouvelle consignation d'une somme égale à la première. Veuillez donc faire dresser immédiatement, au dossier de chacun des étudiants, les calculs nécessaires pour opérer, de la manière la plus équitable en même temps que la moins compliquée, les dégrèvements successifs que je viens d'ordonner.

» Comme les jeunes gens qui commencent aujourd'hui leurs études médicales pour les suivre régulièrement auront dû les terminer dans quatre années, et qu'il est impossible de prolonger indéfiniment une situation transitoire, je fixe au 1er janvier 1859 l'époque à laquelle les tarifs seront appliqués sans réduction.

» Recevez, etc.

Signé : FORTOUL. »

VIII. JOURNAL FUR KINDERKRANKHEITEN;

Publié par les docteurs BEHREND et HILDEBRAND.

Les doubles cahiers cinq et six (1), neuf et dix, onze et douze de l'année 1853 renferment les mémoires originaux suivants : 1° *Sur la syphilis chez les enfants*; par le docteur Luzsinsky. (Rien d'inconnu.) 2° *Sur les affections phagédéniques et gangréneuses des enfants*; par les docteurs Boulay et Caillaut. (Extrait de la GAZ. MÉD. DE PARIS, année 1852.) 3° *Sur les maladies des voies urinaires et sur les états morbides de l'urine chez les enfants*; par le docteur Fleming. (Extrait du QUARTERLY JOURNAL de Dublin, 1853.) 4° *Quelques remarques sur les affections inflammatoires, ulcéreuses et gangréneuses de la bouche chez les enfants*; par le docteur Behrend. 5° *Sur la balanite, la postite et l'urétrite des petits enfants*: par le docteur Behrend. (Observations et réflexions sur l'inflammation du gland et du prépuce, ainsi que sur les ulcères et les écoulements qui surviennent quelquefois sur les petits enfants par suite de manipulations ou du frottement du linge ou par des causes internes; importance de ne pas confondre ces affections avec la syphilis; conseils sur le traitement.) 6° *Sur l'asthme thyroïdien*; par Fr. Betz. (Courte notice sur les signes qui caractérisent l'asthme produit par l'hypertrophie du corps thyroïde.) 7° *Observations cliniques*; par le professeur Mauthner. (*a.* Sur les éruptions cutanées chroniques des enfants et leur traitement; *b.* ténia chez un enfant; action remarquable de la santonine sur l'urine. — A chaque dose de santonine, l'urine prenait une couleur jaune orangé très-intense.) 8° *Leçons sur l'ophthalmie rémittente des enfants ou sur les affections oculaires des enfants qu'on a coutume de désigner sous le nom d'ophthalmies scrofuleuses*; par M. Henri Hancock. 9° *Sur les affections paralytiques des extrémités chez les enfants*; par le docteur Hardy. (Extrait du QUARTERLY JOURNAL OF MED. SCIENCE de Dublin; août 1853.) 10° *Sur l'emploi du mercure contre le chancre de la bouche*; par M. James F. Duncan. 11° *Essais sur l'emploi du chloroforme dans le traitement de la chorée; guérison par le nitrate d'argent*. (Fille de 11 ans; chorée intense; le chloroforme inhalé avant l'accès prévient celui-ci; pendant l'accès, il est sans effet. Nitrate d'argent en solution (15 centigr. sur 48 gr. d'eau distillée), trois cuillerées à café par jour, dose que l'on porte jusqu'à sept cuillerées; guérison au bout de quelques semaines.) 12° *Remarques sur le traitement des enfants malades, d'après une pratique de près de cinquante ans*; par un ancien médecin de Berlin. (Considérations générales sur la manière d'observer les petits enfants sur la manière de les traiter et sur l'action des médicaments.) 13° *Les causes prédisposantes et occasionnelles de l'hydrocéphale aigu*; par le docteur Jos. Bierbaum. (Monographie d'après l'expérience de l'auteur et les nombreux écrits publiés sur cette maladie.)

QUELQUES REMARQUES SUR LES AFFECTIONS INFLAMMATOIRES ULCÉREUSES ET GANGRÉNEUSES DE LA BOUCHE CHEZ LES ENFANTS; par le docteur FR. J. BEHREND.

Les nombreuses dénominations par lequelles on désigne les affections de la bouche, chez les enfants, montrent qu'on ne s'entend pas encore sur leur classement pathologique. L'auteur admet les formes suivantes.

1° *Stomatite idiopathique*, inflammation de la muqueuse buccale produite par des irritants directs ou locaux, tels que brûlures, matières âcres, dentition, etc.

2° *Stomatite pseudo-membraneuse* ou *diphthérite de la bouche*; elle consiste dans une inflammation de la muqueuse buccale ou pharyngienne, avec exsudation de lymphe plastique et formation de fausse membrane.

3° *Stomatite symptomatique*, provenant ordinairement de causes gastriques ou rhumatismales : ici viennent se placer les aphthes, la stomatite folliculaire, que l'auteur assimile au muguet, avec ou sans fièvre.

Chacune de ces trois formes peut devenir gangréneuse ou ulcéreuse.

4° *Stomatite cachectique*, provenant d'une véritable dyscrasie, suite de la rougeole ou produite par toute autre cause. Cette forme, à laquelle l'auteur rattache la stomatite mercurielle, peut avoir une marche très-aiguë (gangrène) ou devenir phagédénique; on peut lui conserver les noms de gangrène de la bouche, affection phagédénique ou stomacale.

5° *Noma* ou *cancer aquatique*, par lequel l'auteur entend une affection spécifique ou cachectique consistant dans une destruction du tissu cellulaire sous-muqueux des joues ou des lèvres.

(1) Les septième et huitième cahiers ne nous sont point parvenus.

IX. ZEITSCHRIFT DER GESELLSCHAFT DER AERZTE ZU WIEN.

Rédigé par le professeur HEBRA.

Les cahiers d'avril et mai 1853 renferment les mémoires et articles originaux suivants : 1° *Mensuration de la cuisse, comme moyen de reconnaître certaines maladies du fémur et de la hanche*; par le docteur Lorinser. (L'auteur fait ressortir les vices de la méthode de mensuration généralement suivie, qui prend son point de départ à l'épine iliaque antérieure et supérieure. Il conseille de prendre pour point de départ le milieu de la cavité cotyloïde et pour point opposé le condyle interne du fémur. Il examine ensuite les conditions dans lesquelles il raccourcissement et celles dans lesquelles il y a allongement de la cuisse.) 2° *Sur la galvano-puncture dans le traitement des varices et des anévrismes*; par le docteur Werner Steinlein. 3° *Les vases de cuisine en cuivre non étamé sont toujours nuisibles, même quand ils sont tenus avec la plus grande propreté*; par le professeur Ad. Pleischl. (L'auteur a fait voir, par des expériences entreprises dans ce but, que les substances alimentaires cuites dans des vases en cuivre renferment toujours des parcelles de ce métal, et conséquemment qu'il est irrationnel et imprudent de faire usage de ces ustensiles quand ils ne sont pas bien étamés.) 4° *Description des hôpitaux de l'Europe*; par le docteur Joseph Diettl. (Dernier article. Hôpitaux de Stockholm, de Gothenburg, de Christiania et de Copenhague.) 5° *Quelques mots sur les sources de Pystjan*; par le docteur Adalbert Wagner. (Source thermale sulfureuse et saline de Hongrie.) 6° *Remarque pratique relative à l'amputation de la jambe*; par le docteur Wenzel Linhart. (Procédé opératoire propre à empêcher la rétraction des vaisseaux.) 7° *Sur les condylômes*; par le docteur Hermann Zeissl. (Réflexions judicieuses sur la confusion qui règne encore au sujet de leur détermination et sur leurs rapports avec la syphilis) 8° *Sur l'extrait de bière, considéré au point de vue médical*; par le professeur Adolphe Pleischl. (Le titre de cet article est GETREIDESTEIN, ZEILTHOIN, mot à mot *pierre de grain*. Ce mot a été donné à une substance inventée en Allemagne et dont le mode de préparation est encore tenu secret, mais qui se compose essentiellement de malt et de houblon. A l'aide de cette substance, on peut se passer de brasseur et faire soi-même sa bière; il suffit de faire dissoudre l'extrait en question dans une quantité déterminée d'eau et de provoquer la fermentation comme à l'ordinaire. Dans les voyages sur mer, cet extrait de bière peut devenir très-utile. L'auteur parle ensuite de son emploi en médecine, comme calmant, amer et tonique.) 9° *Sur la scoliose*; par le docteur Dittel. (Description d'une pièce pathologique qui offre une courbure très-prononcée; considérations sur le mécanisme de la déformation) 10° *Rapport sur la clinique syphilitique du grand hôpital de Vienne, pendant les années* 1851 *et* 1852; par le professeur C. Sigmund. 11° *Cas de gangrène du poumon traités et guéris par l'inhalation de vapeurs d'huile de térébenthine*; par le professeur Jos. Skoda. (Relation de plusieurs cas de guérison; les inhalations se faisaient toutes les deux heures pendant cinq ou dix minutes; elles avaient pour résultat de diminuer l'expectoration.) 12° *Coup d'œil sur la saison des bains de Marienba. pendant les années* 1851 *et* 1852; par le docteur Jos. Frankl.

SUR LA GALVANO-PUNCTURE DANS LE TRAITEMENT DES VARICES ET DES ANÉVRISMES; par le docteur WERNER STEINLEIN (de Saint-Gall).

Les résultats favorables que l'on a obtenus par l'emploi de la galvano-puncture doivent engager les chirurgiens à rechercher quels sont les procédés les plus sûrs, et surtout ceux qui exposent le moins à l'inflammation et à la suppuration.

Baumgarten et Würtenberg, d'après le fait annoncé par Schuh que la coagulation se produit plus promptement au pôle positif qu'au pôle négatif, ont entrepris des expériences sur l'action des pôles pris séparément. Ils ont obtenu les résultats suivants :

1° Si l'on introduit le pôle négatif seul dans un vaisseau, le positif étant appliqué contre les parties voisines, il n'y a pas de coagulation.

2° Les deux pôles introduits dans le vaisseau produisent une coagulation lente, faible, rarement complète.

3° Le pôle positif, introduit seul, détermine une coagulation rapide et complète.

Pour se rendre compte de ces résultats, il est nécessaire de rechercher quelle peut être l'action des pôles sur l'albumine, la fibrine, etc. : c'est ce qu'a entrepris M. Steinlein, en employant une batterie de Grove, à pôles de platine et de zinc, le premier positif, le second négatif.

Les expériences sur l'albumine ont doné les résultats suivants :

1° Si l'on plonge dans l'albumine deux conducteurs en platioe, il ne se produit pas de coagulation, et le papier de tournesol oe montre aucune réaction.

2° Si l'on remplace l'aiguille en platine du pôle positif par une aiguille en fer, il se dégage au pôle négatif de petites bulles, qui ne tardent pas à former uoe mousse épaisse; le papier rouge de tournesol, mis sous l'aiguille de platine, devient bleu; l'aiguille en fer du pôle positif se charge leotement d'albumioe coagulée, sans dégagement de bulles. Cette aiguille devient brunâtre.

3° Si l'on remplace la pointe en fer par une aiguille en zinc, celle-ci détermine une coagulation bien plus rapide de l'albumine.

Il résulte donc de ces expériences que la coagulation de l'albumine ne se produit qu'au pôle positif, et que la force coagulatrice varie suivant la nature du métal employé. L'auteur s'occupe ensuite d'expliquer ces résultats d'après les lois de la physique et de la chimie, et conseille, pour l'acupuncture, de remplacer les aiguilles d'acier par des aiguilles de zinc, ou plutôt par des aiguilles recouvertes d'une couche de ce métal. La galvano-puncture devrait dès lors se pratiquer de la manière suivante: on enfoncerait dans le sac anévrismal ou dans les vaisseaux variqueux un certain nombre d'aiguilles qu'on mettrait en contact avec le pôle positif d'une batterie galvanique. Le pôle négatif serait muni d'une plaque de platine qu'on disposerait sur la peau dans le voisinage de l'anévrisme, après avoir augmenté la conductibilité de l'épiderme en l'humectant d'une solution salée ou acidulée.

RAPPORT SUR LA CLINIQUE SYPHILITIQUE OU GRAND HÔPITAL DE VIENNE PENDANT LES ANNÉES 1852 ET 1853; par le professeur C. SIGMUND.

Ce rapport comprend, pour les deux années, 3,131 malades (1,502 hommes et 1,629 femmes).

Sur ce nombre, 1,118 étaient affectés de syphilis blennorrhagique (569 hommes, 549 femmes); 1,587 de chancres (828 hommes, 859 femmes); 127 n'avaient pas d'affection syphilitique.

Nous suivrons l'auteur dans ses divisioos, afin de mieux pouvoir résumer ce qui est de nature à intéresser nos lecteurs.

A. BLENNORRHAGIE SYPHILITIQUE. — 1. *Chez les hommes.*

1° La *blennorrhagie simple* a fourni le plus de malades (225). Le traitement a consisté en lotions froides, bains locaux, fomentations, etc.; puis en injections de sulfate de zinc (15 à 25 centigrammes sur 30 grammes d'eau distillée). Ces injections n'ont jamais produit d'accidents d'aucune nature; on a donc tort de les rejeter. Elles disposent si peu aux rétrécissements que ces dernières affections sont devenues rares au point de manquer pour les démonstrations cliniques. Malgré les avantages de ce traitement simple, on a aussi quelquefois administré les balsamiques, principalement le copahu et le cubèbe; quand, au bout de cinq à sept jours, ils ne produiraient pas d'effet, on en supprimerait l'emploi. La durée moyenne du traitement a été de vingt jours.

2° *Épididymite* (158 cas; 81 à droite, 65 à gauche, 12 des deux côtés). Le plus souvent pas de cause particulière, si ce n'est le défaut de précautions convenables pendant la durée de la blennorrhagie. (Traitement : repos au lit, diète, purgatifs salins, application graduée du froid en fomentations et en bains de siége. L'expérience a démontré la complète inutilité des émissions sanguines locales, qui n'ont pas même le privilége de faire disparaître la douleur. On commence par une température modérée, et on l'abaisse graduellement jusqu'à celle de la glace; il faut alors continuer le froid *sans interruption* jusqu'à la cessation de la douleur et de la tuméfaction; puis on revient à une température fraîche et peu à peu à des fomentations tièdes. Le froid est le calmant le meilleur et le plus sûr. Rarement il ne peut être supporté; on donne alors exceptionnellement des narcotiques à haute dose (morphine, jusquiame, lupuline). Dès que l'inflammation est dissipée, on s'occupe de guérir l'écoulement, s'il existe encore, à l'aide d'injections.

L'application de bandelettes agglutinatives, quand il n'y a plus d'inflammatioo, est utile pour favoriser l'absorption de la matière exsudée.

Nous n'avons rien à signaler au sujet des adénites, des rétrécissements urétraux, des condylomes, des prostatites. Cette dernière affection, quand elle passe à l'état chronique, est très-rebelle et résiste à la plupart des médications.

II. *Chez les femmes.* La bleonorrhagie urétrale et la blennorrhagie vaginale sont les deux formes les plus ordinaires qui se présentent chez les femmes. L'auteur les traite par la cautérisation avec le nitrate d'argent, quand il n'existe pas de phénomènes inflammatoires, et par des injections de sulfate de zinc ou d'alun.

Pour la bleonorrhagie vaginale en particulier, l'auteur recommaode tout d'abord les soins de propreté, puis les injections astringentes, et quelquefois un tampon humecté des mêmes liquides; on reoouvelle ce tampon quatre ou six fois par jour.

La blenoorrhagie utérioe appartient rarement à la catégorie des maladies syphilitiques, comme le montrent les essais infructueux d'iooculation. L'auteur traite ces affections par des injectioos d'eau froide ou reodue légèrement astringente.

Les adéoites sont, à proportioo, rares chez les femmes; elles n'ont rien offert de particulier.

L'inflammation des follicules muqueux du vagin s'est rarement montrée seule; elle accompagnait les chaocres, la blenoorrhagie, etc. Dans trois cas elle produisit des fistules vagino-rectales.

Le nombre des malades atteintes de condylomes a été cooidérable; ils sont produits ou entretenus par l'écoulemeot vagioal, et il est iodispensable de guérir ce dernier, si l'on veut extirper les excroissances en questioo.

L'auteur meotionne plusieurs médicaments nouveaux employés dans le traitement de la syphilis bleoorrhagique : le baume de Gedda, analogue au baume de copahu; la teinture de froodes de sabines, recommandée dans les écoulements chroniques : elle doit être récemment préparée; l'acide beozoïque, utile pour tarir les sécrétions catarrhales de la vessie (dose, 25 à 50 ceotigr.); la lupuline, efficace daos les chaudes-pisses douloureuses, cordées (10 centigr., répétés deux ou trois fois); les baumes de Pérou et de Tolu; la térébenthioe, les deux premiers un peu chers, la deroière mal supportée; les iojections de sulfate de cadmium (10 à 25 centigr. par 30 grammes d'eau), d'acétate et de sulfate de cuivre (5 à 15 ceotigr.) ont rendu de bons services.

B. CHANCRES SYPHILITIQUES. — I. *Chez les hommes* (828 cas). Plusieurs fois ils se sont montrés daos des lieux insolites : doigts de la main, orteils, face interne de la cuisse, dépression ombilicale, orifice de l'urètre. Dans les cas douteux, on avait recours à l'iooculation. La cautérisation formait toujours la base du traitement (potasse caustique combinée à la chaux caustique, dans le rapport de 2 à 1). Dans les cas de phimosis, l'auteur incise le prépuce, met à découvert les ulcères et les cautérise; il abrége ainsi la durée du traitement et diminue les chances d'une infection secondaire.

Adénites (255 cas). Les fomentations froides se sont montrées utiles dans la période aiguë de l'inflammation; les vésicatoires sont remplacés depuis longtemps avec avantage par la teinture d'iode. Dans les cas peu douloureux, on emploie la compression avec des plaques de plomb ou avec un bandage herniaire; on fait en même temps des frictions mercurielles sur la partie interne de la cuisse (50 centigr. par jour). Depuis qu'on ouvre les abcès avec une pâte caustique (pot. caust., 2 parties; chaux caustique, une partie), les inflammations gangréneuses sont devenues beaucoup moins fréquentes.

Formes secondaires (356 cas). Les ulcères du pharynx (85) ont été la forme la plus fréquente, puis les papules (67), les squames (48), les taches (47), les pustules, etc. Les autres formes (affection des os, tubercule, ulcères cutanés, iritis) ont été très-rares. Le diagnostic de la syphilis secondaire ne repose jamais sur un seul signe; il se déduit de la recherche des ulcères primitifs dont on retrouve ordinairemeot encore les traces, et de l'examen attentif des glandes lymphatiques des diverses régions du corps. Le traitemeot par les mercuriaux s'est toujours montré le plus efficace (sublimé, onguent gris, proto et deutoiodure, oxyde rouge de mercure). On fit un usage très-modéré de l'iodure potassique et des décoctions ligneuses; mais on prescrivit souvent, comme adjuvants, les amers, la quinine, le fer, l'huile de foie de morue, en donnant un jour le spécifique et le lendemain le remède accessoire.

L'auteur se loue extrêmement de l'huile de morue, qu'il a donnée jusqu'à la dose de neuf cuillerées par jour.

II. *Chancres chez les femmes* (859 cas). Les lieux insolites qui ont présenté des chaocres primitifs sont : les doigts (2 cas), les orteils (3), le nombril (4), l'anus (52), la portion vaginale de l'utérus (13). Dans tous ces cas, il y avait encore des chancres aux parties génitales. Il y eut 75 adénites, c'est-à-dire beaucoup moins que chez les hommes. Les formes secondaires ont été plus nombreuses, et parmi ces formes, il faut compter les larges condylomes situés dans le voisinage des parties génitales (195), qui ont nécessité un long traitement. Les femmes ont aussi offert un plus grand nombre d'ulcères cutanés et d'affections osseuses. Les mercuriaux, comme chez les hommes, ont eu ici l'avan-

tage, même chez les femmes enceintes. L'auteur fait remarquer que, dans les cas de guérison complète, l'enfant est venu au monde sans aucune trace de syphilis.

L'auteur recommande contre les condylomes qui ont résisté au traitement général une solution alcoolique de sublimé (une partie de sublimé sur 8 d'esprit-de-vin), dont on touche les condylomes deux ou trois fois par semaine, ou tous les jours, quand ils sont nombreux.

La chute des cheveux a lieu quelquefois pendant le cours de la syphilis secondaire : c'est un effet de la maladie, et non des remèdes employés; on l'observe plus souvent chez les femmes que chez les hommes. L'auteur fait couper les cheveux et fait frictionner la tête, chaque soir, avec une pommade qui contient un sixième ou un huitième de teinture de cantharides. L'auteur se loue aussi, pour hâter la croissance des cheveux, de l'huile de croton (8 gouttes sur 4 grammes d'axonge), de la mézérine (10 centigr. sur la même quantité), du tartre stibié (5 centigr.).

Après quelques lignes consacrées aux cas non syphilitiques et aux cas suivis de mort, l'auteur termine son travail par un article intitulé : *Remarques particulières*, dans lequel il parle des inoculations, de la transmission de la syphilis secondaire, des végétations, du passage des chancres primitifs aux formes secondaires, de la salivation et du traitement de la syphilis, au point de vue historique. Sous ce dernier rapport, l'auteur donne le relevé de 1,307 cas traités par lui par diverses méthodes, et il fait voir une fois de plus qu'on ne saurait d'une manière absolue donner la préférence aux mercuriaux, aux iodures ou à d'autres médications, mais qu'il faut savoir discerner les circonstances dans lesquelles il convient d'employer telle ou telle méthode de traitement.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 20 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

RAPPORT DE LA SECTION DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE SUR LE LEGS BRÉANT.

Le programme à établir sur le testament précédemment mentionné et interprété dans ce qu'il a de formel, peut se réduire aux conclusions suivantes, auxquelles les compétiteurs devront satisfaire :

1° Pour remporter le prix de 100,000 fr., il faudra :

Trouver une médication qui guérisse le choléra asiatique dans l'immense majorité des cas;

Ou

Indiquer d'une manière incontestable les causes du choléra asiatique, de façon qu'en amenant la suppression de ces causes, on fasse cesser l'épidémie;

Ou enfin

Découvrir une prophylaxie certaine et aussi évidente que l'est, par exemple, celle de la vaccine pour la variole.

2° Pour obtenir le prix annuel de 5,000 fr., il faudra, par des procédés rigoureux, avoir démontré dans l'atmosphère l'existence de matières pouvant jouer un rôle dans la production ou la propagation des maladies épidémiques.

Dans le cas où les conditions précédentes n'auraient pas été remplies, le prix annuel de 5,000 fr. pourra, aux termes du testament, être accordé à celui qui aura trouvé le moyen de guérir radicalement les dartres ou qui aura éclairé leur étiologie. (Membres de la section : MM. Magendie, Serres, Andral, Velpeau; Cl. Bernard, rapp.)

MÉMOIRE SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA MEMBRANE DES BOURGEONS CHARNUS.

M. Laugier lit, sous ce titre, la première partie d'un mémoire qu'il résume ainsi :

D'après l'examen auquel je me suis livré, l'inflammation dans une plaie exposée est caractérisée anatomiquement par un afflux sanguin qui colore plus vivement les bourgeons charnus, par la disparition des vaisseaux capillaires de nouvelle formation et par la sécrétion de lymphe coagulable non stratifiée, dont le dépôt peut affecter diverses formes, mais qui n'est pas organisable comme dans l'état sain. (Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.)

DE LA CURE RADICALE DE LA HERNIE INGUINALE.

M. Gerdy présente un mémoire sur ce sujet.

L'auteur, après avoir passé en revue les indications que l'on s'est efforcé de remplir, ajoute :

L'ouverture herniaire qui donne passage aux intestins sous la peau a suggéré l'idée de resserrer, d'oblitérer cette ouverture, qu'on nomme l'*anneau inguinal*, par la cautérisation, la caustication, par le sac pelotonné sur lui-même, après une opération sanglante de hernie étranglée, par une languette de peau, etc. Cette dernière opération étant fort dangereuse, ne paraît être rationnelle qu'à la suite d'une opération de hernie étranglée; mais tous ces moyens étant d'ailleurs aussi douloureux que redoutables, il a fallu chercher encore quelque chose de plus avantageux.

Alors m'est venue l'idée d'oblitérer et d'enflammer à la fois le canal herniaire et ses deux ouvertures en poussant et invaginant simplement la peau, sans incision, dans le canal inguinal qui est derrière, pour l'y faire adhérer et la fermer par un long bouchon organique. Voilà la pensée de l'invagination : introduire quelque chose, la peau renversée, retournée sur elle-même, comme un doigt de gant dans le canal herniaire, parce que c'est plus simple, ou même un corps étranger, comme un séton, pour y développer une inflammation adhésive. Cette pensée est-elle féconde et pratique? Je le crois; mais ce qui est bien plus important et doit avoir beaucoup plus d'autorité que ce que je puis croire, c'est que le monde chirurgical l'a partout accueillie avec l'espoir d'un succès assuré. En effet, en France MM. Roux, Velpeau, et plus tard Valette, etc.; en Suisse Hecker; en Italie Signorini; en Angleterre Bransby-cooper; en Allemagne Lehmann, Bruns, Scha, Zeis, Schall, Günther, Wutzer, Sotteau, Wetman, Christopher; on se mit aussitôt à l'appliquer avec une ardeur inconnue dans toute opération nouvelle. Mais les croyances des hommes ont peu d'autorité quand elles ne sont pas soutenues par la raison appuyée sur l'expérience. Cependant je dois dire que, depuis la découverte de l'invagination, l'ardente confiance qu'elle a inspirée ne s'est pas refroidie. Pendant le cours de cette année, nous avons vu un professeur de l'École secondaire de Marseille apporter un nouveau procédé à la Société de chirurgie de Paris, pour perfectionner l'invagination, M. Rothmund lui adresser le compte rendu d'une foule d'opérations de ce genre faites en Allemagne, M. Valette, couronné par l'Académie chirurgicale de Madrid pour un autre procédé. (Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.)

DE LA NON-IDENTITÉ DU TYPHUS ET DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

M. Landouzy présente la note suivante :

M. le professeur Forget ayant présenté à l'Institut un mémoire destiné à prouver, d'après des faits cliniques, la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde, et M. Gaultier de Claubry ayant adressé, dans la dernière séance, un ouvrage destiné à soutenir la doctrine contraire, je crois devoir faire remarquer que je suis arrivé, il y a quatorze ans, aux mêmes conclusions que M. Forget, également d'après des faits cliniques.

Non que je veuille contester à mon très-savant confrère de Strasbourg le mérite d'avoir tranché ce grave problème par de nouvelles observations; mais cette question étant l'une des plus élevées et des plus complexes de la pathologie, je tiens à honneur de rappeler la part que j'y ai prise, dans un travail couronné par la Faculté de Paris au concours de 1841, inséré dans les Archives de médecine en 1842, et dont j'envoie un exemplaire à la commission nommée précédemment. (Renvoi à l'examen de la commission nommée pour le mémoire de M. Forget, commission qui se compose de MM. Serres, Andral et Rayer.)

M. Leroy rappelle que le compte rendu de la séance du 9 octobre 1854 annonce un travail de M. Forget, dans lequel, dit ce professeur, se trouve la solution d'un grave problème, qui tient en suspens le monde médical depuis vingt-cinq ans : c'est celui de l'identité ou de la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde. Il y a aujourd'hui plus de vingt-deux ans que, répondant à la question que l'Académie avait proposée sur les fièvres pour le grand prix de médecine, je crois avoir fixé, dans un mémoire qu'elle a daigné distinguer, les différences qui existent entre ces diverses affections, et ouvert la voie qui conduit à la solution du problème en question, si même je ne l'ai complétement tranchée. Il m'est donc permis d'intervenir dans cette discussion, et c'est ce que je prends la liberté de faire, en détachant de l'ouvrage auquel mon mémoire a donné lieu les seules pages qui y ont trait, et que j'ai l'honneur de vous adresser, afin qu'elles soient soumises à la commission nommée pour apprécier le travail de M. Forget.

La lettre et l'opuscule qui l'accompagne sont renvoyés, à titre de documents, à la commission nommée pour le mémoire de M. Forget, commission qui se compose de MM. Serres, Andral et Rayer.

SÉANCE DU 27 NOVEMBRE.

RECHERCHES THÉORIQUES ET EXPÉRIMENTALES SUR LA CAUSE DE LA LOCOMOTION DU CŒUR.

M. le docteur Hiffelsheim lit la note suivante :

J'ai l'honneur de présenter à l'Académie la première partie des recherches que j'ai entreprises sur les mouvements du cœur, dans le but de résoudre les nombreux problèmes que cette question soulève en physiologie normale et pathologique. Je me bornerai ici à lui exposer les faits relatifs à la cause immédiate de la locomotion ou du battement du cœur.

Une simple induction reposant sur une comparaison avec des objets inanimés m'avait conduit à attribuer cet acte vivant au phénomène physique du recul. Des recherches bibliographiques toutes récentes m'ont appris qu'une semblable idée avait déjà été émise par le docteur Guthrod (V. Skoda). J'apporte aujourd'hui *pour la première fois* une *démonstration théorique et*

expérimentale à l'appui de cette doctrine qui se résume ainsi : *Le cœur bat parce qu'il recule.*

Je distingue les mouvements du cœur en deux genres : le mouvement absolu et les mouvements relatifs.

Le *mouvement absolu* est le mouvement de translation, de totalité que subit la masse du cœur qui vient frapper la paroi thoracique, phénomène connu sous le nom de *battement, choc, l'ictus* des anciens.

Sous le nom de *mouvements relatifs*, je comprends les phénomènes de systole et de diastole, c'est-à-dire ceux de raccourcissement, d'allongement, de torsion spiroïde.

Ces deux genres de mouvement s'exercent en même temps. Ainsi tandis que le cœur tout entier se déplace, il subit en même temps des variations de forme et de volume, se raccourcit, s'allonge et se tord sur lui-même. Malgré les nombreuses recherches auxquelles la physiologie du cœur a déjà donné lieu, on est loin d'être fixé sur les relations de succession ou de coïncidence : 1° des divers mouvements relatifs *entre eux*; 2° du mouvement absolu et des mouvements relatifs. Mais si les physiologistes ne sont point d'accord sur les rapports de coïncidence et de succession, ils sont assez unanimes pour subordonner le mouvement absolu immédiatement aux mouvements relatifs. En d'autres termes, ils attribuent à l'effet direct, soit de la systole, soit de la diastole, soit du mouvement spiroïde, la locomotion du cœur.

Les recherches théoriques et expérimentales auxquelles je me suis livré tendent à démontrer que le mouvement relatif de la systole détermine le mouvement absolu et le précède par conséquent (MM. Bouillaud, Magendie, Bérard les font coïncider), tandis que l'expulsion du liquide est la cause immédiate de ce mouvement absolu.

Voici la démonstration de cette proposition :

Le cœur, abstraction faite des oreillettes, est un vase formé de deux compartiments distincts, parallèles au grand axe. Le liquide qu'il renferme ne s'échappe point au dehors par l'effet de la pesanteur, mais par la contraction simultanée de toutes les fibres qui constituent les parois de ce vase. A tous égards le cœur double agit (sauf des avantages étrangers à la question) comme si deux cœurs simples étaient placés sur deux points du cercle circulatoire. On peut donc faire tous les raisonnements fondamentaux comme sur un cœur simple. Ceci étant posé, il y a à établir un premier principe fondamental de physique, à savoir qu'un vase à parois mobiles (par contractilité ou par élasticité) est dans les mêmes conditions qu'un vase à parois fixes.

Théorème. Une enveloppe contractile, chassant un liquide de son intérieur, par une ou plusieurs ouvertures placées dans sa paroi, éprouve *avant toutes choses* une réaction rectiligne dirigée en sens inverse de la résultante des forces qui représenteraient l'intensité des jets.

En effet, il suffit pour rendre cette proposition évidente de s'appuyer sur deux principes fondamentaux d'hydraulique et de mécanique.

1° Le premier établit que toutes les fois qu'une paroi fixe fermée est pressée de toutes parts par un liquide, et lui donne issue par un quelconque de ses points (qu'il y ait entrée ou non par tout autre point), la pression du liquide sur ce point étant supprimée, le vase subit des réactions différentes de celles qu'il subissait lorsque l'écoulement n'avait pas lieu ; il y a tendance au mouvement, en vertu du changement d'intensité et de position de la résultante finale, qui ne peut plus être égale à zéro, si elle l'était primitivement.

2° Le second principe établit que, dans les phénomènes des chocs des corps, les forces qui naissent sont identiques, quel que soit le corps choquant, à celles qui auraient lieu si l'un des corps étant en repos, l'autre était animé subitement de la vitesse *relative* qu'il possède par rapport au second dans leur commun mouvement.

Or, dans le cas présent, nous avons une enveloppe contractile ou élastique, expulsant un fluide fixe par sa compression.

Le phénomène se passera exactement, quant aux réactions produites, comme si nous avions une enveloppe fixe contenant un fluide élastique dont le volume augmenterait.

Dans ce second cas, qui est celui des fusées d'artifice, du recul des armes à feu, il y a tendance au déplacement de l'enveloppe, en sens inverse du jet fluide. Donc, notre proposition ramenée à une proposition évidente est démontrée. Cette déduction nous fournit un corollaire général. Toutes les fois qu'une cavité close à parois mobiles expulse un liquide par un orifice, cette cavité aura une tendance au recul.

Appliquant ce principe à l'économie vivante, nous devons admettre que la vessie, par exemple, et d'autres organes creux peuvent se trouver, au moins dans des circonstances données, dans le cas du cœur.

La nature de la paroi ne saurait exercer une influence directe dans cette question ; sa mobilité sans doute a pour condition certaine composition ; mais c'est la propriété d'être mobile qui constitue la condition physique immédiate dont nous avons à nous occuper.

Après avoir ramené en principe le cas de *mobilité* au cas de *fixité*, je vais démontrer que *des poches qui représentent le cœur simple, distendues à volonté par de l'eau soumise à de fortes pressions, produisent, en se rétractant, l'effet d'une contraction.* Le caoutchouc vulcanisé se prête admirablement à ces expériences.

J'ai fait construire à cet effet, par M. le docteur Gariel, des poches représentant un cœur simple, qui, distendues par 40 à 100 grammes d'eau, répondaient à l'effort supposé du cœur humain. Je dis effort supposé, car la pression du sang *dans le ventricule contracté* n'est pas directement connue.

Ces poches devaient être chargées de liquide ; ce liquide devait être expulsé instantanément, et sortir par un orifice qui s'ouvrit au moment de l'expulsion.

Pour atteindre ce dernier but, il fallait nécessairement recourir à un ressort qui, lâché, donnerait la liberté à l'orifice. Un deuxième orifice devint indispensable, le premier étant fermé à l'avance par le ressort. C'est par ce second orifice que nous chargeons la poche, à l'aide d'une pompe à robinet inférieur, telle que les pompes à injections ; à la faveur d'une pièce intermédiaire, nous établissons et nous supprimons la communication à volonté.

Mais comme nous tenons à apprécier nos expériences numériquement, nous mesurons, à l'aide d'un manomètre mis en communication avec la poche, la pression intérieure du liquide ; puis, à l'aide d'une forte pince, on ferme la poche inférieurement.

Pour faire partir instantanément le ressort et sans y toucher, nous l'avons fixé avec une ficelle, disposée de telle sorte qu'elle pût être brûlée aisément à distance.

La poche est disposée sur un dynamomètre consistant en une lame d'acier trempée, et le recul est vertical de haut en bas.

Un petit pinceau, horizontalement adapté à la lame, exécute des excursions sur une plaque noircie et représente l'amplitude des oscillations.

C'est à l'aide de ces différentes pièces disposées en appareil, et que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie, que j'ai obtenu des résultats numériques, comme je l'avais prévu, qui démontrent que l'étendue du recul est en raison composée de la quantité du liquide, de l'épaisseur des parois de la poche et du diamètre de l'orifice par lequel s'échappe le liquide. Ces expériences ont été répétées devant un grand nombre de personnes, parmi lesquelles des professeurs de la Faculté de médecine, des membres de l'Institut, et tous les jours, en les répétant, j'entrevois la possibilité de nombreux perfectionnements dans mon appareil.

Imiter l'œuvre de la nature, et mesurer ainsi la justesse de chaque interprétation par une expérience qui en soit la *réalisation*, tel est notre guide pratique.

Pour imiter l'œuvre de la nature, nous fûmes logiquement conduit à commencer par des appareils simples, rudimentaires, et à les compliquer successivement par l'addition de parties nouvelles.

Alors les expériences deviennent chacune un vrai dédoublement des phénomènes vivants. Chaque effet particulier se rattache immédiatement à la cause qui le produit.

L'ensemble des effets, au lieu de nous apparaître comme un réseau inextricable de difficultés, n'a plus que le caractère d'une synthèse bien assise sur une analyse préalable.

Le liquide, en sortant du cœur, ne s'échappe point à l'air libre, mais bien dans un vaisseau plein et soumis à une certaine pression.

Puisqu'il en est ainsi, j'ai dû naturellement adapter à la poche une aorte en caoutchouc, fixée sur la virole de l'orifice, qu'elle pince en se resserrant.

On expérimente alors sur la poche comme si elle était seule. Nous avons cherché à savoir quelle influence l'aorte vide pouvait exercer sur le recul de la poche qu'elle surmonte, et il semblerait qu'elle le diminue ; mais cette expérience ne nous paraît pas complète.

Au contraire, nos résultats furent très-nets quand il s'est agi de savoir l'influence de l'aorte pleine.

A cet effet, on pince la poche et on engage l'extrémité de l'aorte, avec celle-ci, dans le ressort. On charge la poche, on prend sa pression ; on charge l'aorte par l'un des tubes vasculaires, après avoir fermé les autres (destinés à d'autres expériences) ; on prend la pression, que l'on rend toujours moindre dans l'aorte, puis on fait partir le ressort.

Nous avons dû expérimenter la même poche avec la même pression, et sensiblement le même poids d'eau.

Or voici ce qui arrive : le recul est plus fort dans cette circonstance que lorsqu'on se sert de la poche libre. Nous en avons inféré que cela devait être attribué à l'aorte faisant fonction de seconde poche. Pour le prouver, nous avons expérimenté l'aorte (seule, surmontant la poche vide. En prenant toutes les circonstances identiques, nous avons trouvé que le recul de la poche et de l'aorte représentait très-exactement la somme des reculs de chacun d'eux. Dans chacune des expériences faites avec l'aorte libre, nous avons vu un *redressement* très-notable de la *courbure de l'aorte* : ce fait litigieux est désormais démontré. Mais le fait qui montre que la somme des reculs s'ajoute très-nettement dans l'expérience précitée, donne une signification précise et négative à l'influence sur la locomotion du cœur, que de tout temps on était porté à attribuer à un redressement supposé de la courbure de l'aorte.

D'ailleurs, l'expérience suivante détruit en partie ce redressement, en nous ramenant aux conditions réelles de l'organisme.

Le liquide sortait librement de l'aorte dans les expériences précédentes. Dans la nature, il marche dans un cercle clos ; dans les vaisseaux où on l'a suivi, il paraît être soumis à une pression constante avec oscillation systolique. C'est une condition que nous avons réalisée, en grande partie du moins, dans l'appareil complet.

A l'aorte, nous avons substitué un tube en caoutchouc, également soutenu et fixé très-fortement sur le pivot, qui y remplit le rôle de la colonne vertébrale. Le tube tout entier est rempli d'eau, faisant équilibre à une colonne de mercure de 110 millim. La colonne d'eau est de 400 millim.; la colonne de mercure qui y répond, de 30 millim. environ : il y a donc 80 millim. de pression.

Les deux pièces de l'appareil étant chargées séparément, on fait partir la poche ; tout aussitôt nous avons un recul.

Lorsque la poche expulse le liquide, à mesure que celui-ci pénètre dans le canal, son poids s'ajoute à celui de la colonne, et comme il n'y a pas d'issue, la quantité de liquide expulsée s'en trouve très-limitée. Pour parer très-légèrement à cet inconvénient, nous avons raccourci sur un manomètre la branche libre ; quand nous chargeons l'aorte, nous faisons affleurer le mercure au bord libre de cette branche. La moindre impulsion fait déverser le mercure, dont la quantité représente alors celle du liquide expulsé dans l'aorte, ou mieux MV. Par là du moins l'expulsion est un peu plus complète.

Le premier procédé nous permettait d'apprécier la quantité de liquide expulsée (ou la *quantité de mouvement* communiquée, pour être plus précis) par une oscillation de la colonne. Ici MV est représenté par le poids du mercure expulsé, sous la double influence du cœur et du tube aortique, par réaction.

Des expériences nombreuses nous portent à croire que le recul est sensiblement le même que dans une poche libre; mais le manque de mouvement de la colonne cause une assez forte perte de force. On peut considérer la colonne permanente comme une soupape qui tend à boucher l'orifice de sortie, ce qui, en gênant l'expulsion, doit diminuer le recul.

On peut admettre, sans erreur sensible pour la question qui nous occupe, que les réactions mécaniques partielles subies par différentes parties du cœur et transmises constamment à la masse entière du viscère qu'elles tendent à mettre en mouvement chacune suivant sa direction, on peut admettre, disons-nous, que ces réactions partielles s'appliquent chacune de son côté au centre de gravité du cœur complet.

La présence des conditions du recul ne pouvant plus être mise en doute pour le cœur, d'après ce court exposé, les causes du mouvement absolu admises jusqu'ici ne répondant nullement aux objections si nombreuses, aux divergences si considérables des physiologistes ; je propose de concilier toutes les opinions sur le terrain de la démonstration et de l'expérience, en formulant ma doctrine dans ces mots : Le cœur bat parce qu'il recule.

Dans un prochain travail, je compléterai cette première partie par l'exposé de mes expériences de vivisections, et j'aborderai la question des mouvements relatifs, si importante dans la physiologie normale et pathologique du cœur, et je présenterai à l'Académie l'appareil complexe avec lequel j'aurai expérimenté.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 28 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. Ourgaud, médecin des épidémies à Pamiers, dans lequel il fait connaître les succès qu'il a obtenus à l'aide du valérianate de zinc dans le traitement du choléra ;

2° Un rapport de M. Barthez, médecin de l'hôpital militaire de Vichy, sur le service médical de l'établissement qu'il dirige, pendant 1854 ;

3° Un rapport de M. Vauthier, médecin des épidémies à Arcis-sur-Aube, sur les épidémies de 1854 ;

4° Un rapport de M. Campas, médecin en chef de l'hôpital militaire de Barège, sur le service de l'établissement pendant 1853.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Un mémoire de M. Demaux, médecin de Puy-L'Évêque, sur l'emploi des sétons multiples dans le traitement de l'hydrocéphalie chronique accidentelle et sur l'emploi de ce moyen dans diverses affections médicales et chirurgicales. (Comm. : MM. Ségalas et Grisolle.)

2° Une lettre de M. Pamard (d'Avignon), renfermant le relevé des cas de choléra de cette ville en juin, juillet, août et septembre derniers. L'épidémie y a occasionné 861 décès.

3° Un mémoire de M. Bouyer, de Tursac (Creuse), sur le traitement de la pneumonie par la vératrine, et puis l'effet de son association à d'autres agents, tels que la saignée, l'émétique, le kermès, les vésicatoires. (Comm. : MM. Andral, Bricheteau, Barth.)

4° Un mémoire de M. Salmon, chirurgien à l'Hôtel-Dieu de Chartres, sur la blennorrhagie du conduit excréteur de la glande vulvo-vaginale.

5° Un mémoire de M. Verdu (de Bordeaux), qui tend à établir une analogie entre l'intoxication du venin de vipères et l'intoxication cholérique, et qui propose le même traitement, surtout par l'ammoniaque.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le cancer.
La parole est à M. Delafond.

DU CANCER ET DU MICROSCOPE.

M. DELAFOND : Dans la dernière séance, après avoir fait connaître la fréquence relative des cancers chez les herbivores, j'ai examiné la structure des tumeurs cancéreuses. J'ai résumé, à cette occasion, la théorie du développement des tissus tant végétaux qu'animaux, et qui tous commencent par une cellule; puis j'ai rapproché les tissus et sécrétions morbides des tissus normaux, et l'Académie a pu voir sur mes dessins combien les différences sont insignifiantes; elle a pu se convaincre qu'il n'existe pas de caractère tranché qui sépare le squirrhe, l'encéphaloïde, le pus, des éléments fibro-plastiques.

Je reviens aujourd'hui sur la forme de la cellule cancéreuse. Je la prends à sa naissance, et déjà en sortant de son blastème, elle offre la forme allongée que nous trouvons dans la fibro-plastique. La différence est que, dans la dernière, les fibres voisines, comprimant la cellule, la forcent à s'allonger. Dans le squirrhe, la fibre est encore allongée. Dans l'encéphaloïde, elle s'allonge moins, parce qu'elle s'assimile de la graisse et des liquides qui l'environnent et ne la compriment pas.

Je reviens aux dimensions de ces divers éléments, dont on a voulu tirer également des caractères distinctifs.

J'ai fait à cet égard beaucoup de recherches microscopiques sur les éléments fibro-plastique, squirrheux, encéphaloïde des tumeurs que j'ai si souvent extirpées chez les animaux ; j'ai mesuré ces divers éléments ; j'ai tâché d'établir des maxima, des minima et des moyennes, en comparant les diamètres transversal et longitudinal des cellules dans chaque espèce de tissu (j'ai même fait entrer dans cette comparaison les mesures des éléments normaux des tissus de l'homme). Je suis arrivé ainsi à cette conclusion que la cellule fibro-plastique est la plus petite des trois ; que celle de l'encéphaloïde est la plus volumineuse et que celle du squirrhe tient le milieu. Ce résultat concorde avec celui que M. Lebert et autres micrographes ont obtenu des mêmes mensurations. Tous ont vu les cellules de l'encéphaloïde plus volumineuses ; c'est dans cette variété de cancer qu'on trouve surtout les cellules mères, et d'une manière le développement le plus abondant des corpuscules.

Ces différences de diamètre, de même que les variétés de formes, doivent être attribuées à la gêne plus ou moins grande que les tissus, par leur dureté, opposent à la production et à l'accroissement des cellules.

J'en dirai autant des résultats que donne la mensuration comparative des noyaux et des nucléoles. En effet, les noyaux et les nucléoles diffèrent beaucoup selon le genre du tissu cancéreux que l'on examine : ils sont plus petits dans le fibro-plastique. C'est là un fait incontestable ; mais il s'explique très-simplement par la consistance même, par l'organisation de cette classe de tumeurs.

Ces différences se traduisent, d'ailleurs, en clinique par des résultats bien connus des praticiens. Aussi bien en chirurgie humaine qu'en chirurgie vétérinaire, tout le monde sait que les tumeurs encéphaloïdes se développent, s'accroissent et se ramollissent plus rapidement que les autres cancers; qu'elles ont plus de tendance à envahir les parties au loin; qu'elles sont plus difficiles à circonscrire par l'opération; qu'elles amènent plus promptement l'infection générale, ou, si l'on veut, la diathèse cancéreuse. Néanmoins les mêmes caractères, quoique moins marqués dans les autres tumeurs, leur sont cependant inhérents, ce qui prouve que l'analogie existe aussi bien au point de vue des symptômes observés pendant la vie que sous le rapport des aspects offerts par les tissus à l'examen microscopique.

On a dit encore que le contenu des cellules devait être pris en considération, et que, suivant le mode d'action sur ce contenu de tel ou tel réactif, on pouvait se prononcer pour l'existence de telle variété de cellules. Examinons un instant cette question. Un tel réactif existe-t-il réellement ?

J'ai fait agir sur les cellules les réactifs dont se servent habituellement les micrographes : l'alcool, l'éther, l'iode, la bile, l'ammoniaque, l'acide acétique, l'acide lactique. L'alcool et l'éther dissolvent les matières grasses, et rendent par cela même les cellules plus nettes, plus diaphanes ; mais elles le font également pour les cellules fibro-plastiques, squirrheuses, encéphaloïdes. De même l'iode colore en jaune l'enveloppe cellulaire et en partie aussi le noyau et le nucléole, mais dans toutes les espèces indistinctement. La bile (qui agit par sa matière colorante ou biline) produit des résultats analogues à ceux de l'iode. L'ammoniaque, suivant qu'on l'emploie plus ou moins concentré, donne lieu à une dissolution complète ou incomplète des cellules. Les acides acétique et lactique affaiblis y déterminent une réaction vive, par suite de laquelle, sans changer de forme, elles deviennent plus claires, perdent en partie leur enveloppe qui se dissout, et laissent apercevoir avec une grande netteté leurs noyaux et leurs nucléoles. Mais lorsqu'on vient à comparer l'effet de ces réactifs sur les différentes espèces de cellules, on ne trouve pas un seul caractère qui puisse permettre au micrographe de dire : Ici j'ai sous les yeux une cellule cancéreuse, là une cellule fibro-plastique, etc. Pour mon compte, je serais très-heureux qu'un réactif existât qui permît de déceler à coup sûr la matière cancéreuse, comme l'iode le fait à l'égard des cellules végétales renfermant de l'amidon ou de la fécule amylacée. Mais jusqu'à présent une pareille substance est encore à trouver.

Je passe aux preuves pratiques que je puis invoquer à l'appui de mon opinion. J'ai examiné des tumeurs cancéreuses chez les espèces animales les plus variées. Et je dirai que sous ce rapport les vétérinaires sont mieux partagés pour la faculté d'observer que les médecins, à cause de la facilité que nous avons de sacrifier les animaux. C'est ce que j'ai fait bien des fois, et je dois dire qu'il m'est arrivé, comme à M. Velpeau, de ne point trouver de cellule cancéreuse dans les tumeurs au début. Si l'on m'objecte que ce n'étaient point des cancers, je demanderai à mon tour ce qu'il faut penser des tumeurs qui offrent la cellule cancéreuse dans un point superficiel du corps et qui au fond d'un organe en sont dépourvues.

Je rappellerai le poumon cancéreux d'une vache, pesant 40 kilog., et qui était farci de tumeurs, offrant la cellule cancéreuse dans un point et pas dans l'autre, et les cellules elles-mêmes offraient des caractères très-différents.

Que devient encore cette même objection, quand on trouve parmi les tumeurs cancéreuses multiples celles du poumon sans cellules ; celles d'autres organes pleins de cellules, — et cela quand les premières sont rudimentaires et les autres bien développées? — Ces faits n'établissent-ils pas que dans un point existe seulement le blastème ; qu'ailleurs ce blastème s'étant organisé,

des cellules y ont pris naissance; que plus loin encore ces cellules ayant acquis un haut degré de développement, il s'est formé des cellules mères?

C'est pour toutes ces raisons que je ne puis admettre la présence de la cellule comme caractéristique du cancer; car là où elle est absente, il se peut qu'elle n'ait pas encore paru au sein du blastème, ou qu'après s'être formée, elle ait été détruite.

Voilà ce que j'avais à dire sur la structure des tumeurs fibro-plastiques et cancéreuses (je ne parle pas des tumeurs épithéliales, n'ayant pas eu l'occasion d'en voir chez les animaux). Vous voyez qu'après avoir examiné successivement la forme des cellules, leurs diamètres, la composition de leur contenu; qu'après avoir étudié leur manière d'être en diverses phases de leur évolution, nous sommes conduits à cette conclusion : La cellule dite cancéreuse n'est pas l'élément essentiel et caractéristique du cancer.

Doit-on pour cela dédaigner l'usage du microscope et la recherche de la cellule dans l'observation pratique? Je serais fâché qu'une pareille conclusion pût être tirée des considérations que je viens de développer. Loin de là, je crois que le microscope est une ressource précieuse : quand vous avez épuisé tout ce que l'étude à l'œil nu, tout ce que la dissection peuvent fournir de données pour le diagnostic, vous faites usage de l'instrument grossissant. Si vous apercevez les cellules qui accompagnent ordinairement le cancer, le diagnostic n'en devient que plus positif, et vous reconnaissez que vous avez affaire à du tissu fibro-plastique, squirrheux, encéphaloïde. Pour mon compte, je ne manque jamais de soumettre à l'examen du microscope les tumeurs que j'extirpe chez les animaux, et loin de penser qu'il ne faille pas tenir compte de ce mode d'investigation, j'estime, au contraire, qu'il mérite une sérieuse considération. Mais je ne dis pas pour cela que la cellule soit un élément constant, un élément essentiel et qui n'existe que dans le cancer. Ainsi des tumeurs fibro-plastiques qui ont été examinées par plusieurs micrographes de Paris, et notamment par M. Robin, ont repullulé non-seulement sur place, mais au loin dans une foule d'organes; c'étaient bien des cancers.

Il me reste à dire quelques mots de l'apparition des tumeurs cancéreuses chez les animaux, de leur progrès, et enfin de ce qu'on appelle la cachexie cancéreuse.

Lors de l'apparition d'une tumeur cancéreuse, on se fait naturellement une question; la tumeur se forme-t-elle en vertu d'une prédisposition de l'organisme, ou bien y a-t-il un simple phénomène local? On vous a parlé de l'hérédité du cancer, de sa transmission des parents aux enfants : est-ce la cellule cancéreuse qui se transmet ainsi? Puis l'absorption va porter la cellule dans le sang qui se transporte à son tour dans tous les points de l'organisme et produit la cachexie. Je me demande encore, n'est-ce pas plutôt le contenu de la cellule que la cellule elle-même qui doit se détruire, ce semble? Arrivons au traitement.

Une observation attentive des tumeurs m'a montré toujours des cellules s'étendant très au loin du centre morbide, quelque considérable que fût l'extirpation. Il faut donc largement dépasser les limites du mal.

Un autre point important à signaler, c'est la présence de cellules cancéreuses dans le pus tant que la cicatrisation ne s'opère pas. Il paraîtrait que c'est par cette voie que s'élimine la cellule cancéreuse, et par conséquent on ne doit pas trop hâter la cicatrisation.

On considère souvent comme récidive ou reproduction l'apparition d'une tumeur, après l'extirpation d'une première tumeur, à une distance plus ou moins éloignée. Ce terme n'est pas très-rigoureux. La tumeur extérieure n'est pas toujours isolée; il s'en rencontre simultanément un grand nombre d'autres dans les ganglions. La maladie se continue plutôt dans ces cas. En sacrifiant les animaux, j'ai pu me convaincre que cette coexistence était très-fréquente.

Je me résume, messieurs; ce que j'ai dit précédemment peut se réduire aux quelques propositions suivantes :

Il existe chez les animaux comme chez les végétaux des cellules qui sont le premier vestige de leur organisation;

Il existe aussi des cellules dans les tissus, ou plus généralement les produits morbides; la cellule cancéreuse en est une modification;

Les tumeurs fibro-plastiques des animaux sont de véritables cancers;

Il y a fort peu de différence entre les cellules fibro-plastique, squirreuse, encéphaloïde et beaucoup d'autres, au point de vue de la forme, des dimensions, de l'influence des réactifs chimiques (surtout de l'acide acétique, qui ne fait que rendre les noyaux plus saillants);

Il est impossible, en pratique, par cela seul que la cellule manque d'affirmer qu'il n'y a pas de cancer;

Enfin, la recherche de la cellule ne doit pas être négligée : lorsque la présence de cet élément est constatée, on est beaucoup plus sûr de la nature cancéreuse de la production morbide.

Messieurs, on a blâmé l'usage fort étendu que l'on fait aujourd'hui du microscope; blâme injuste, selon moi. C'est un excellent moyen d'étude, dont je me suis toujours servi avec un grand avantage. Lorsqu'on a vu et disséqué tout ce que l'œil et le scalpel peuvent atteindre, il faut avoir recours à l'examen microscopique, qui nous permet de voir plus loin encore et plus profondément. Et remarquez-le bien, il ne fait voir que des choses dont l'existence est réelle. Pour l'homme habitué à ce genre d'études par un long et patient exercice, il n'y a là ni tant d'erreurs, ni tant d'illusions qu'on veut bien le dire. Je me suis beaucoup occupé de ces recherches; si je n'ai pas toujours vu comme d'autres, ce n'est pas au moins faute d'avoir suffisamment travaillé et mis à contribution le microscope d'Alfort, lequel n'est pas, que je sache, plus mauvais que les autres.

M. Ferrus obtient la parole pour quelques moments.

J'ai étudié, dit l'orateur, avec infiniment de soin la question du cancer, et j'eus la mission de rédiger l'article Cancer dans le Dictionnaire en 21 vol. Je n'ai nullement l'intention de traiter ici la question tout entière. Je parlerai d'abord de la question d'hérédité. M. Amussat nous dit l'avoir constatée positivement chez un grand nombre de malades à la Salpêtrière.

Dans ce même hôpital où M. Amussat a été élève et où il a relevé des cas, j'ai observé 50 cas de cancer, soit avec MM. Foville, Pinel-Grandchamp, soit avec M. Rostan; les faits ont été scrupuleusement observés; on a interrogé, examiné les parents des malades : dans deux cas seulement l'hérédité a paru non pas certaine, mais admissible.

Quant à la cachexie cancéreuse, j'ai remarqué avec mes collègues qu'elle n'était pas en rapport avec l'étendue des désordres locaux; tel est le cas des femmes dont la matrice et le vagin tout entiers sont désorganisés par le cancer et qui n'accusent qu'à peine la cachexie.

Quant à l'influence des tempéraments sur le développement du cancer, nous avons lieu de croire que le tempérament nerveux et les affections morales qui l'accompagnent ne jouent pas le rôle qu'on leur a attribué.

Sur les 50 observations que j'ai citées, le tempérament lymphatique existait chez les deux tiers des individus, le bilieux et le sanguin (d'autres fois), dans un moindre nombre, et enfin très-exceptionnellement le tempérament nerveux.

— M. Gaultier de Claubry lit, au nom de la commission des épidémies, le rapport officiel sur les épidémies observées en France durant 1853.

L'Académie se constitue en comité secret à quatre heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE.

De la cure d'eau froide; compte rendu des travaux accomplis pendant l'année 1851, à l'Institut hydrothérapique de Divonne; par le docteur Paul Vidart. — Vol. de 192 pages. — Paris, 1852, chez Cherbulliez.

L'hydrologie médicale présente deux branches bien distinctes : l'hydrothérapie et la médecine thermale. Chacune de ces branches forme un système à part, bien tranché, bien caractérisé. Le procédé hydrothérapique présente cela de particulier qu'il agit constamment en sens inverse du procédé thermal : d'une part, c'est de l'eau froide qu'il faut, et, de l'autre, ce sont des eaux plus ou moins chargées de calorique; l'hydrothérapie ne fonctionne qu'avec de l'eau pure, tandis que la médecine thermale opère toujours avec des eaux plus ou moins riches en principes minéralisateurs. Cette dernière agit par stimulation, et l'hydrothérapie est essentiellement contro-stimulante.

Bien qu'il y ait des circonstances dans lesquelles l'une et l'autre des deux méthodes soient applicables, il n'en est pas moins vrai que, dans un cas donné, l'une ne saurait jamais convenir au même degré que l'autre. L'essentiel, dans l'application, c'est de bien discerner les cas qui doivent revenir à l'hydrothérapie de ceux qui sont du ressort de la médecine thermale; chacune des deux méthodes a son cercle d'action au delà duquel elle perd peu à peu de son pouvoir curatif. Malheureusement l'hydrothérapie, ainsi que la médecine thermale, ont constamment cherché à dépasser les limites de leur cercle, empiétant ainsi sur un terrain qui n'était plus le leur, manifestant des prétentions curatives là où leur pouvoir s'affaiblissait et s'éteignait en quelque sorte. Si chacune des deux méthodes avait su se renfermer dans ses véritables limites, la confusion aurait été moins facile, le progrès plus rapide, l'observation clinique plus nette et plus fructueuse.

La médecine thermale doit surtout intervenir lorsqu'il est question de modifier d'une manière quelconque l'acte nutritif, d'agir sur l'assimilation, de corriger un vice humoral, de fondre ou de résoudre des engorgements.

L'hydrothérapie s'adresse moins à l'assimilation qu'à l'état dynamique de l'organisme; elle est plutôt tonifiante qu'altérante; elle est plus apte à régulariser le jeu des fonctions qu'à modifier les tissus organiques ou l'état des humeurs. Ce qui la distingue essentiellement, c'est qu'elle agit sans réveiller l'irritabilité sanguine, comme le fait la médecine thermale. Elle convient dans les nombreux désordres de l'innervation et toutes les fois qu'il importe de resserrer la fibre organique, de régulariser le mouvement vital ou de rétablir l'harmonie dans les fonctions de l'économie.

L'hydrothérapie ne pourra jamais prétendre à des propriétés fondantes ou résolutives au même degré que la médecine thermale, et vouloir lui attribuer la même importance sous ce rapport, c'est méconnaître les plus simples notions de thérapeutique. Or les hydropathes, toujours trop enthousiastes de leur système, n'ont visé à rien moins qu'à s'emparer des espèces de presque tout le cadre nosologique.

Ces tendances absolues ont servi tout simplement à ébranler la confiance et à retarder le progrès.

Personne ne conteste que l'hydrothérapie ne soit l'une des méthodes les plus actives et les plus remarquables de la pratique médicale ; mais c'est pour cette raison même qu'elle doit être étudiée d'une manière sérieuse et approfondie. Peu importe que l'on publie des masses d'observations plus ou moins vagues, plus ou moins incomplètes, pour célébrer ses prodiges : rien ne se plie aux besoins du moment comme les faits recueillis dans l'intérêt d'un système, et l'observation médicale reflète toujours plus ou moins les idées, les tendances ou les préjugés de celui qui en est l'auteur. Ce qu'il importe de faire pour l'hydrothérapie, c'est de bien préciser les circonstances qui en réclament l'usage, c'est d'indiquer nettement quand elle convient, jusqu'où elle peut convenir, quand elle cesse d'être utile, quand elle doit être abandonnée pour des méthodes plus efficaces.

Ces remarques, bien que pouvant s'appliquer aux hydropathes en général, s'adressent cependant d'une manière plus spéciale au livre de M. Vidart, qui n'est, à proprement parler, qu'un compte rendu des différentes maladies traitées à l'Institut hydrothérapique de Divonne, pendant l'année 1851. Ce livre est précédé d'une lettre en réponse à un article peu bienveillant publié dans L'ILLUSTRATION, à propos de la mort de Priessnitz, puis d'une notice sur Divonne due à la plume de M. H. Berthoud.

Divonne est un village au pays de Gex (Ain), à quelques lieues de Genève, dans un site très-pittoresque, à 500 ou 600 mètres au-dessus du niveau de la mer. Près de ce village existe un groupe de magnifiques fontaines, dont M. Vidart a su tirer parti pour l'établissement de son Institut. L'eau de ces différentes sources a une température constante de 6° 1/2 centigr. ; elle est conséquemment très-fraîche; elle est tellement abondante qu'elle avait pu être utilisée primitivement pour faire marcher une usine.

Dans son compte rendu, M. Vidart rapporte 133 observations de maladies traitées pendant l'année 1851. Sur ce nombre, il y a 18 affections rhumatismales et goutteuses, 2 rhumatismes aigus, 16 névralgies, 27 névroses diverses, 7 maladies cutanées, 9 maladies des organes respiratoires, 7 affections du tube digestif, 26 maladies des organes génito-urinaires des deux sexes, 10 maladies du foie, 1 tumeur blanche, 1 syphilis, 6 paralysies, 1 obésité, 1 cancer et 1 hernie incomplète.

Toutes ces observations sont données sans nom de malade et sans indication de domicile. Un grand nombre ne contiennent d'autres détails sur le siége et la nature de l'affection qu'une simple dénomination de la maladie, avec l'âge, le sexe et le tempérament du malade. De semblables faits ne sont susceptibles d'aucun contrôle, et, sans vouloir le moins du monde mettre en question la véracité de l'auteur, nous dirons seulement qu'ils ne présentent pas le caractère d'authenticité que doivent avoir les bonnes observations médicales, et qu'il n'est guère possible de leur attribuer une valeur scientifique quelconque. Sur les 133 cas cités, il y a eu 89 guérisons, 36 améliorations et 8 insuccès. Nous ne pouvons que féliciter l'auteur sur ce résultat; car nous ne connaissons pas de station thermale ou d'établissement d'eau froide qui puisse se vanter d'un succès aussi prodigieux.

D[r] J. KUHN.

VARIÉTÉS.

— Par arrêté du 25 novembre 1854 sont nommés professeurs honoraires à l'École préparatoire médicale de Bordeaux : M. Brulatour, ancien professeur de médecine opératoire, et M. Cornilh, ancien professeur d'histoire naturelle et matière médicale.

— M. le ministre de l'instruction publique vient de nommer M. Combes, professeur d'hygiène de l'École préparatoire médicale de Toulouse, officier de l'instruction publique. Cette distinction est motivée sur le dévouement dont M. Combes a fait preuve en soignant les cholériques.

— D. Mariano Delgras, doyen de la presse médicale espagnole, vient d'être nommé conservateur du Musée des sciences naturelles de Madrid.

— Depuis plusieurs années le nombre des élèves en médecine de la Faculté de Paris diminue d'une manière très-sensible. On en jugera par ces chiffres : Le nombre des élèves inscrits au 15 novembre 1854 est de 964, dont 151 nouveaux; en 1853, à la même époque, il y avait 1,054 élèves, dont 158 nouveaux, et en 1852, 1,437, dont 334 nouveaux.

MOUVEMENT DU CHOLÉRA DANS PARIS ET DANS LES COMMUNES RURALES.

Novembre...	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Admissions aux hôpitaux	2	2	1	3	3	6	7	3	4	1	3	5	2	0
Cas déclarés à l'intérieur	2	3	1	0	7	4	3	2	9	3	2	3	1	1
Totaux........	4	5	2	3	10	10	10	5	13	4	5	8	3	1
Décès : Dans les hôpitaux civils..	3	3	0	3	6	5	4	2	2	2	6	2	3	3
— militaires..	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A domicile : 1er arrond...	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2e —	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
3e —	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4e —	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5e —	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0
6e —	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
7e —	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
8e —	0	0	0	2	0	0	2	1	2	1	0	0	1	1
9e —	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
10e —	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
11e —	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0
12e —	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Communes rurales.....	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

RÉCAPITULATION DES DÉCÈS CHOLÉRIQUES :

Dans les hôpitaux civils et militaires.	3	4	0	3	6	5	4	2	2	2	6	2	3	3
A domicile et dans les comm. rurales.	1	1	2	3	1	4	4	1	2	2	0	3	1	2
Totaux généraux des décès...	4	5	2	6	7	9	8	3	4	4	6	5	4	5

RÉCAPITULATION DEPUIS LA RECRUDESCENCE JUSQU'AU 30 NOVEMBRE.

Admissions dans les hôpitaux civils. .	4,675	6,779
Cas déclarés à l'intérieur	2,104	
Décès dans les hôpitaux civils	3,518	11,338
— — militaires ..	627	
— à domicile	4,729	
— dans les communes rurales.	2,464	

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

CONSTITUTION MÉDICALE.

DES MALADIES RÉGNANTES EN CRIMÉE, A VARNA ET A CONSTANTINOPLE

On observe, depuis la dernière moitié du mois de septembre, sur l'armée anglo-française, des maladies d'un aspect particulier, moitié cholérique, moitié dyssentérique ou diarrhéique, dont nous nous proposons de rechercher ici les caractères pathologiques. C'est au point de vue purement scientifique que nous avons l'intention de traiter cette question, nos lecteurs ne trouveront ici aucune mention explicite de l'état sanitaire de l'armée alliée, aucune allusion à des faits statistiques dont la publication ne nous appartient point. Nous nous occupons d'une question d'interprétation clinique à propos des faits nombreux et importants dont nous sommes témoin, et encore n'avons-nous pas autant en vue les faits eux-mêmes que leur signification.

Envisagée même de cette façon, la revue que nous allons faire n'en définit pas moins d'une manière complète la constitution médicale régnante, car tout semble se résumer dans ces affections cholériques ou dyssentériques. Les autres maladies sont excessivement rares; point d'affections éruptives fébriles, peu d'inflammations franches des organes respiratoires, quelques fièvres typhoïdes, point de rhumatismes.

Fièvres éruptives. On peut dire d'une manière presque absolue qu'elles ne se sont pas montrées.

Inflammations du parenchyme pulmonaire. Il ne faut pas non plus les chercher dans cette saison et sur les troupes. Il est vrai de remarquer qu'il y a des *bronchites*, mais en petit nombre, comme on l'observe habituellement dans ces climats; peu intenses, ces affections s'accompagnent généralement d'angine légère, d'un peu d'enrouement et quelquefois d'oreillons.

Fièvres typhoïdes. Elles ne sont pas rares, même en ne comprenant, comme nous le faisons sous cette dénomination, que la maladie caractérisée anatomiquement par l'éruption dothinentérique. On s'est assuré, dans l'examen d'un bon nombre de malades, de la présence des symptômes pathognomoniques de cette affection : taches rosées, gargouillement iliaque, météorisme, stupeur, etc. De plus, on a pu reconnaître à la marche naturelle de cette affection des irrégularités; mais ces irrégularités ne nous ont point surpris, car nous en avions observé d'analogues et même de plus caractérisées pendant le choléra de Marseille; ces faits ont été consignés dans la GAZETTE MÉDICALE. Nous avons trouvé ici des fièvres typhoïdes, les unes très-graves, les autres très-légères; les premières s'accompagnant d'une réaction fébrile marquée, les secondes avec une fièvre peu caractérisée, irrégulière, quelquefois manifestement rémittente, sur laquelle le sulfate de quinine n'avait pas de prise. Les malades avaient souvent beaucoup de diarrhée dès le début, et point de stupeur; quelques-uns ont présenté des symptômes cholériques. Le rhumatisme articulaire aigu ne s'est point montré, malgré les alternatives brusques de température, la fraîcheur des nuits, l'humidité des bivouacs. On a observé pourtant beaucoup de douleurs rhumatoïdes siégeant dans les muscles et le long des nerfs des membres.

Un médecin qui arriverait à l'armée avec les idées doctrinales qui font autorité sur l'étiologie des affections inflammatoires des séreuses articulaires et du parenchyme pulmonaire serait souvent bien surpris de ne pouvoir adapter aux observations météorologiques les maladies que la théorie applique à telle ou telle constitution atmosphérique. C'est aux armées, et surtout dans les armées actives, que l'influence des modificateurs extérieurs peut être étudiée en grand, parce que c'est là surtout qu'elle s'exerce d'une manière puissante. L'histoire montre, à défaut de renseignements positifs de l'hygiène, que le rôle de ces modificateurs a pu être apprécié dans des sens très-différents par des observateurs également scrupuleux et distingués. Aussi ne dira-t-on pas que les maladies actuellement régnantes sont l'effet de l'influence saisonnière et résultent de tel état ou de telle modification des éléments atmosphériques. On ne dira pas non plus que ces maladies proviennent des eaux, du sol, des aliments. Les causes des maladies sont ordinairement très-complexes, et les maladies des armées montrent cette complexité plus que toutes les autres; elles résultent des influences qui agissent actuellement sur l'organisme et des influences qui ont agi antérieurement, combinées de mille manières. Il est de toute impossibilité de déterminer les effets précis de chacune de ces actions.

On n'attachera pas grande importance à relever d'une manière exacte les indications thermométriques et autres. On dira seulement que la température du mois de septembre et celle du commencement d'octobre a été assez élevée comme celle qu'on observe habituellement dans ces pays où la température moyenne de septembre est de 21°,1, et celle d'octobre de 16°,07 pour le Bosphore et Constantinople; qu'il est tombé peu de pluie et que les vents du nord ont soufflé d'ordinaire.

La grande cause, la vraie cause des maladies régnantes a été l'influence spécifique du choléra épidémique qui a décimé une partie de l'armée à Varna dans les mois de juillet et d'août, et qui, un moment assoupie, a reparu de nouveau en Crimée. On sait que cette maladie, comme la plupart des affections épidémiques, présente des recrudescences; elle en a surtout dans les armées, lorsque celles-ci sont soumises à des fatigues, à un régime exceptionnel, à un changement brusque de position. Toutes ces conditions se sont trouvées réalisées en même temps sur l'armée alliée; aussi n'ont-elles pas tardé, comme on pouvait du reste facilement le prévoir, à amener le développement d'un nombre assez considérable de cas de choléra, ce qui a formé là, sur le territoire conquis, une sorte d'épidémie particulière, résultat bien évident et suite de l'épidémie primitive, analogue à ces attaques inattendues qu'on observe après les fortes épidémies chez les personnes qui avaient jusque-là résisté et qui par suite d'un oubli des précautions hygiéniques succombent tout à coup.

Ces sortes de rechutes tardives des épidémies cholériques, ces alternatives si terribles quand il s'agit de la santé d'une population ou de celle d'une armée, sont subordonnées à certaines conditions auxquelles on pourrait reconnaître, jusqu'à un certain point, leur intensité et leur durée. Elles ont, comme les épidémies de première invasion, leurs phénomènes prodromiques, leur cortége et leur suite d'affections diarrhéiques. Ce qui les différencie ordinairement des premières attaques, c'est la symptomatologie, c'est la durée, c'est la forme de la maladie. Les

FEUILLETON.

UN NOUVEAU DISCOURS SUR LE CANCER. — LA LOI DE BICHAT. — ENCORE LE MICROSCOPE ET LES MICROGRAPHES.

Jusqu'ici la discussion sur le cancer et sur la micrographie cancéreuse avait été soutenue, à l'Académie, à peu près exclusivement par les chirurgiens. On avait lieu d'être surpris que les médecins restassent hors du débat, comme si la question n'était pas de leur ressort. Le cancer n'est une maladie chirurgicale que par accident, et en tant que, par son siége, il peut être l'objet d'une médication topique ou d'une opération; considéré en lui-même, dans le mécanisme de sa production, dans l'ordre de ses manifestations, il est un des phénomènes les plus importants de la pathologie interne. Il constitue une des formes les plus redoutables et les plus communes des maladies chroniques, et occupe, dans le domaine pathologique, une place non moins considérable que le tubercule, la scrofule. Envahissant sans distinction tous les appareils, tous les organes, tous les tissus de l'économie, ne guérissant jamais spontanément, se généralisant bientôt dès qu'il a paru sur un point, répullulant sans cesse après qu'il a été enlevé par le couteau du chirurgien ou détruit par un caustique, il est, par ce double caractère de l'universalité et de la continuité de ses manifestations, le type des affections diathésiques et de ces principes morbides essentiels que la pathologie rationnelle est forcée d'admettre, au moins hypothétiquement, pour l'explication des phénomènes.

La question étant donc essentiellement médicale, les pathologistes et les cliniciens devaient naturellement avoir voix au chapitre. Un seul, cependant, est intervenu, et alors que la discussion tirait à sa fin. Il est vrai que, par sa position dans la science et dans l'enseignement, par l'autorité acquise à ses travaux et par le talent, il en valait plusieurs autres. Aussi est-ce avec curiosité et satisfaction qu'on a vu M. Bouillaud paraître à la tribune. On était bien aise de savoir ce qu'un praticien aussi consommé, un théoricien aussi savant pouvait et devait avoir à dire sur le cancer, sur la micrographie et le reste. L'effet n'a pas répondu précisément à l'attente. On a été un peu étonné, tout d'abord, d'entendre dire à M. Bouillaud, dès son début, qu'il croyait rêver en se voyant assis à la tribune académique et prêt à parler sur la question à l'ordre du jour. Il n'y avait rien que nous sachions, d'extraordinaire dans le fait; et c'est l'Académie qui a pu croire, à meilleur droit, rêver en entendant cette déclaration. L'étonnement a continué lorsque, contre toutes les prévisions, l'orateur, usant inhumainement de sa supériorité, s'est mis à retracer, avec une allure de langage cavalière, voisine par moments du persiflage, les principales phases de la discussion, distribuant à droite et à gauche des épigrammes ou des points d'admiration qui y ressemblaient fort, faisant enfin entendre que les honorables académiciens ayant pris part au débat avaient battu l'air inutilement, et que l'Académie n'en savait pas plus sur la question à la fin de la sixième séance qu'au commencement de la première. Telle était à peu près, selon notre impression du moins, le sens de ce long exorde. Ce ton

organismes sur lesquels l'influence cholérique se développe dans ces circonstances ne sont pas, comme on pourrait le croire, des organismes sains. Ils ont tous déjà été soumis plus ou moins à l'action cholérique; les uns ont résisté complétement à cette action, les autres ont été atteints à des degrés divers, beaucoup portent encore en eux les germes de la maladie, beaucoup y sont encore prédisposés, beaucoup ont les altérations fonctionnelles ou matérielles qui sont une des premières réalisations de la maladie.

Faut-il s'étonner que, sur des organismes ainsi disposés, le choléra se développe avec des caractères particuliers? que ses allures ne soient plus celles qu'il présente dans les manifestations initiales de l'influence morbide? Ainsi on a vu les malades présenter, dans la période algide, peu de crampes, peu de vomissements, et cet état d'algidité ou de semi-algidité, durer un temps beaucoup plus long que de coutume. Il y avait des retours incomplets de la chaleur et de la circulation; ces alternatives se renouvelaient à plusieurs reprises dans l'espace d'un septénaire. Ordinairement l'algidité n'était pas très-marquée, la coloration des téguments ne présentait pas de teinte cyanique bien prononcée. Souvent la période de collapsus était de courte durée ou d'une faible intensité, et l'on voyait survenir immédiatement à sa suite un état de semi-coma. Dans quelques cas, l'état torpide s'engageait davantage et aboutissait au coma complet; quelquefois il y avait des alternatives d'algidité et de phénomènes torpides. Généralement la période torpide du choléra, comme sa période algide, nous a paru durer plus longtemps que de coutume, être accompagnée d'une réaction moindre et d'une moindre élévation de calorification; quelquefois nous avons vu l'état comateux ou semi-comateux alterner avec un délire assez violent. Dans ces différents états, ce qui restait toujours masqué, c'était l'adynamie profonde, l'amaigrissement considérable, la débilité, souvent une diarrhée abondante difficile à arrêter, prompte à se renouveler dès que les malades étaient à l'époque de l'alimentation. La mort avait lieu quelquefois dans la période algide, plus souvent dans l'état torpide; il y avait de ces malades qui étaient emportés par les diarrhées colliquatives de la convalescence.

L'influence cholérique qu'on peut reconnaître ainsi d'une manière non douteuse, malgré le masque particulier qu'elle revêt, a diminué notablement depuis les premiers jours d'octobre, et aujourd'hui nous apprenons que le nombre de cas choléra développés en Crimée est excessivement restreint. Mais, indépendamment de cette influence, il y en a une autre qui agit en ce moment sur nos troupes en Crimée, à Varna, à Constantinople, je pourrais même dire à Gallipoli et au Pirée: c'est l'influence dyssentérique. Nous comprenons sous cette dénomination diverses affections qui exercent leur action principale sur les tuniques du colon et du rectum. Elles ne sont point de la nature du choléra. Ce sont des maladies qu'on rencontre souvent, nous dirons même presque toujours sur les armées en campagne à cette époque de l'année. Elles ne s'accompagne pas toujours de cette altération de la muqueuse qui donne lieu aux selles muco-sanguinolentes ou rouillées de la dyssenterie aiguë. Quelquefois au début il n'y a dans le gros intestin qu'une hypersécrétion; mais bientôt surviennent des lésions plus ou moins étendues, plus ou moins profondes, ulcérations, érosions, infiltration de sang, ramollissement de la muqueuse et de la tunique fibreuse. Quand ces lésions ont été créées, le malade est voué à une mort presque certaine; quand il n'y a encore qu'une lésion initiale dans les fonctions et la texture de la muqueuse, on peut reconnaître à l'amaigrissement, à l'affaiblissement, à la ténacité de la diarrhée qu'il ne s'agit pas d'une maladie simple, même à ces degrés légers de l'affection il y a une atteinte profonde à l'organisme, même à cette première période de la maladie il est difficile d'arrêter le mal rapidement et de guérir le malade, c'est-à-dire de lui rendre des forces.

Nous en dirons autant des ictères qu'on a observé et qu'on observe encore en grand nombre. Ils sont peut-être plus graves que les ictères qui se montrent souvent après ou pendant les épidémies cholériques. Ils se développent aussi souvent chez les individus sains que chez les sujets débilités.

On a remarqué aussi des éruptions scorbutiques, mais principalement chez les sujets débilités ou porteurs déjà d'autres affections. Jusqu'ici ces éruptions ne se sont pas généralisées et n'ont pas paru exister d'une manière indépendante.

En résumant ici cette revue, nous dirons donc que l'influence cholérique est encore ce qu'il y a de plus saillant parmi les influences morbides régnantes; que les affections diarrhéiques ou dyssentériques, d'abord dominées par le choléra, semblent aujourd'hui prendre plus de gravité. Nous ajouterons qu'il y a à craindre deux choses au point de vue de l'état sanitaire de notre armée: l'extension et l'aggravation de l'influence dyssentérique pendant les mois de novembre et de décembre, et de nouvelles recrudescences cholériques coïncidant avec les premiers abaissements thermométriques. Une autre fois nous essayerons de dire ici les mesures qui ont été adoptées, les moyens qui ont été employés dans le but de contenir dans les limites des petites épidémies les deux manifestations morbides dont nous venons de parler.

THOLOZAN.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE.

MÉMOIRE SUR LA PARALYSIE ET SUR L'INERTIE DE LA VESSIE; par le docteur L. AUG. MERCIER.

La vessie peut perdre plus ou moins, souvent même complétement sa contractilité. Il en résulte dans l'excrétion urinaire un état de trouble qui passait pour parfaitement clair il y a quelques années; mais aujourd'hui tout a été révoqué en doute, tout est à revoir par conséquent. J'espère jeter quelque jour sur ce sujet; mais, en supposant même que j'y réussisse, je le dis d'avance, beaucoup de points resteront encore enveloppés d'une profonde obscurité, et si je publie ce travail imparfait, c'est principalement dans le but d'éveiller l'attention sur des questions qui me paraissent trop négligées.

PREMIÈRE PARTIE.

Une origine incontestable de cet affaiblissement de la contractilité vésicale, ce sont les affections du système nerveux.

---

leste s'est soutenu pendant toute la durée du discours, alternant cependant parfois avec une grande solennité d'accent, de geste et de paroles. L'une de ces formes n'était peut-être pas assez sérieuse pour le lieu, le sujet; l'autre l'était trop. On a été frappé aussi frappé du luxe de métaphores déployé par l'orateur, et surtout de métaphores empruntées à l'art militaire. Ainsi la discussion sur le cancer est une *campagne*; M. Velpeau opère un *débarquement* sous le feu de M. Robert, qui seul a bien établi son *siége*; après quelques escarmouches sur des points isolés, le *feu s'est ouvert sur toute la ligne*. Plus loin les troupes victorieuses entonnent un *Te Deum*. Les séances académiques sont des *tournois* où de valeureux chevaliers rompent des lances. M. Malgaigne est un des *preux* de ces joutes chevaleresques; M. Velpeau est un *cellulicide*, et qui pis est, un *magicien*; et M. Delafond — qui l'aurait cru? — un *romantique!* On a également été émerveillé de voir amener dans la discussion Montaigne, Pascal, Bossuet et la Bible, auteurs de peu de poids, ce semble, en pathologie et en anatomie microscopique.

Mais passons. Il ne s'agit pas ici de littérature.

L'Académie, quoique un peu déroutée, disions-nous, écoutait cependant avec attention et intérêt la parole facile et brillante du savant professeur. Elle attendait avec une impatience bien naturelle, *arrectis auribus*, la fin du discours, car l'orateur avait annoncé, en débutant, qu'après avoir discuté, il conclurait et donnerait un moyen certain de résoudre la question en litige. Il a tenu sa promesse. La conclusion a été que *si* la cellule des micrographes existait et possédait les caractères distinctifs et spécifiques qu'ils lui attribuent, *si* elle était, comme ils le disent, un signe pathognomonique du cancer, elle constituerait un excellent moyen de diagnostic; mais comme l'existence et les propriétés de ladite cellule sont jusqu'ici tout à fait hypothétiques, il faut, pour échanger le doux oreiller du doute de Montaigne contre l'oreiller plus doux encore de la certitude, nommer une commission qui examinera les faits et décidera. Une commission! tel était le remède héroïque tenu en réserve par M. Bouillaud. M. Amussat avait déjà proposé un congrès.

Cette chute a paru froide. Le président, qui a de la présence d'esprit et de l'esprit, s'est empressé de couper court à cette proposition, en annonçant que l'Académie mettrait le sujet au concours pour un de ses prix, ce qui, a-t-il ajouté, aura à peu près le même effet pour la solution de la question. Tout le monde a senti la parfaite justesse de cette prévision, et on a levé la séance.

M. Bouillaud, dont le savoir et le caractère scientifiques jouissent justement d'une haute autorité, et qui réunit aux solides connaissances du praticien observateur les vues élevées du médecin philosophe, ne pouvait parler deux heures durant sans dire beaucoup de choses dignes d'être retenues et pesées. Si quelques-unes des savantes disquisitions auxquelles il s'est livré n'ont que médiocrement intéressé l'auditoire, c'est que, d'une part, elles n'étaient pas tout à fait à leur place, et que, d'autre part, la forme dans laquelle elles étaient exposées manquait trop souvent de sérieux et toujours de simplicité. Quelle nécessité, par exemple, y avait-il de mettre en cause l'école de Paris, à propos du cancer et de la microscopie anatomique, et de faire, pour la défense de ses principes, de ses doctrines, de ses maîtres, une si longue plaidoirie? Personne, dans le cours de la discussion, ne l'avait attaquée. Il a fallu, pour

Des diverses parties de ce système, celle dont les lésions ont sur l'excrétion urinaire l'influence la plus évidente, la plus immédiate, c'est la moelle épinière. Hippocrate et Galien en avaient déjà fait la remarque, et, chose digne d'être notée, le premier avait même signalé une circonstance à laquelle beaucoup de modernes n'ont pas prêté toute l'attention qu'elle mérite : je veux parler de l'ordre dans lequel les effets de la paralysie vésicale se manifestent. Hippocrate a dit que lorsque la moelle épinière a souffert dans une chute ou par toute autre cause externe ou spontanément, il peut arriver que, les premiers jours, les matières fécales ou l'urine ne soient rendues que de force; mais que si la maladie dure, ces évacuations se font à l'insu du malade (1).

Cette remarque, qui est d'une exactitude parfaite, soulève plusieurs questions.

Et d'abord pourquoi cette paralysie débute-t-elle par la rétention d'urine?

On a dit que c'est à la diminution de la sensibilité de la vessie qu'il faut attribuer sa distension (Lallemand : LETTRES SUR LE RAMOLL. DU CERVEAU, t. I, p. 236). Cette explication me parait insuffisante; elle pourrait rendre compte de la stagnation d'une certaine quantité d'urine dans la vessie, mais non de la surdistension de l'organe. D'après les idées qui ont cours sur l'occlusion naturelle de l'orifice vésico-urétral, une distension même modérée de la vessie devrait bientôt écarter les bords de cet orifice et amener l'écoulement de l'urine par regorgement.

Dans une discussion que je soulevai sur ce sujet, il y a près d'une dizaine d'années, à la Société anatomique, on m'a répondu qu'au début de la lésion de la moelle épinière qui amène la paralysie, il y a excitation de la contractilité du col de la vessie, d'où la rétention d'urine; tandis que plus tard il y a résolution, d'où le regorgement. Mais j'objectai que j'avais vu la rétention d'urine avec la paralysie complète, et qu'il faudrait alors admettre une partie contracturée au milieu d'autres parties paralysées. M. Cruveilhier cita, de son côté, l'observation d'une femme qui, affectée de paralysie des membres pelviens, avait besoin d'être sondée chaque jour, et qui, plus tard, urina par regorgement.

On m'a encore dit : le corps et le col de la vessie ne reçoivent pas leurs nerfs de la même source : le premier reçoit exclusivement les siens des plexus hypogastriques et le col en reçoit directement des nerfs sacrés. On ne doit donc pas être étonné, ajoutait-on, que ces parties ne soient pas simultanément frappées de paralysie.

A cette autre explication, voici quelle fut ma réponse.

Les anatomistes ne décrivent pas de nerfs qui se rendent de la moelle épinière aux fibres musculaires du col de la vessie sans s'allier auparavant à des nerfs des plexus hypogastriques. Les filets vésicaux du quatrième sacré sont dans ce cas. Le génital envoie, il est vrai, quelques rameaux directement à la prostate, mais personne ne dit les avoir suivis jusqu'aux fibres musculaires en question. En supposant d'ailleurs qu'il en fût ainsi, et je suis porté à le croire lorsque je considère combien la volonté a plus d'empire sur le col que sur le corps de la vessie, l'effet ne devrait-il pas être directement le contraire de celui qu'on suppose? car il est évident que de deux organes ou parties d'organe dont l'un reçoit ses nerfs du système ganglionnaire et l'autre du système céphalo-rachidien, le second sera plus vite influencé par une lésion de ce dernier système que le premier. Coupez la moelle dans la région cervicale, ou mieux anéantissez les centres nerveux encéphaliques, tous les muscles qui en reçoivent directement leurs nerfs seront immédiatement frappés de paralysie, tandis que le cœur, l'estomac et les intestins, qui en reçoivent du sympathique, présenteront encore des mouvements pendant un certain temps. Par la même raison, dans l'hypothèse précédente, le corps de la vessie devrait perdre sa contractilité moins vite que le col et produire précisément le contraire de ce qu'on observe. (BULL. DE LA SOC. ANAT., année 1845, p. 262.)

En second lieu, pourquoi l'incontinence d'urine succède-t-elle à la rétention?

On dit ordinairement que l'urine sort alors par regorgement, qu'après avoir distendu la vessie elle distend son orifice, et qu'elle se fraye ainsi un passage.

Il est évident qu'il se passe autre chose, puisque, dans le principe, la vessie se distend souvent à ce point qu'on pourrait craindre sa rupture, sans qu'il s'échappe une seule goutte d'urine. M. Jobert, qui admet l'opinion que je réfute en ce moment, parle lui-même d'imminence de gangrène ou de rupture. (ÉTUDES SUR LE SYST. NERVEUX, t. I, p. 345.)

Bien plus, lorsque l'incontinence s'est établie, la vessie ne reste plus distendue et il ne stagne plus que très-peu d'urine dans sa cavité. Partant de ce fait, Ollivier d'Angers semble adopter l'opinion de Sœmmering que la paralysie générale de la vessie peut se transformer en paralysie spéciale de son col. (MAL. DE LA MOELLE EPINIÈRE, 2e édit., t. I, p. 312.) Il n'a pas fait attention que Sœmmering ne parle que de la paralysie essentielle, sénile de la vessie, et qu'il a même soin de faire remarquer que celles qui dépendent d'une affection de la moelle épinière ne sont pas de son sujet (MAL. DE LA VESSIE, trad. de Hollard, p. 72 et 76). Dans tous les cas, c'est une erreur.

Je n'adopte également pas l'opinion de ceux qui pensent que « sous l'influence de l'irritation produite par le contact prolongé des sondes ou des urines, la contractilité se réveille dans le corps même de la vessie, tandis qu'elle reste éteinte dans le col placé sous la dépendance plus immédiate de la moelle. » (COMPEND. DE CHIR., t. II, p. 684). L'urine s'écoule presque au fur et à mesure de son arrivée dans la vessie du moment que le col ne lui offre plus d'obstacle; mais ce n'est bien certainement pas parce que le corps de l'organe se contracte, et la preuve c'est qu'elle s'écoule continuellement, comme par filtration, et que si l'on introduit une sonde, l'urine que la vessie renferme encore n'est nullement projetée et a besoin qu'on presse sur l'hypogastre pour sortir entièrement : c'est une observation que j'ai faite plusieurs fois. S'il est peu physiologique de prétendre que le col de la vessie se paralyse plus tard que son corps, parce qu'il est dans une dépendance plus

(1) Si spinalis medulla aut ex casu, aut aliqua quapiam externa causa, aut sua sponte laboravit et crurum impotentiam facit ut ne tactum quidem percipiat æger et ventris et vesicæ, adeo ut ne primis quidem diebus stercus aut urina nisi coactè reddatur. Quod si morbus inveteraverit, et stercus et urina ægro inscio prodit, tandemque non longo post intervallo perit. (Hippocratis op., auctore Foësio, PRÆDICT., lib. II, p. 100. Genevæ, 1657.)

---

motiver cette digression, prendre à partie une opinion émise au dehors de l'Académie, dans un journal. Cela nous a valu une revue historique apologétique de la doctrine et des docteurs de l'école de Paris, depuis Morgagni jusqu'à M. Rostan. On n'entend pas se prononcer ici sur la valeur des appréciations opposées du journal et de M. Bouillaud, à l'endroit des tendances et de l'esprit des doctrines de l'école dite anatomique, organicienne, de Paris; on remarque seulement que *non erat hic locus*.

Nous aimons mieux remercier et féliciter l'éminent professeur de la Charité de la sortie vigoureuse qu'il a faite en faveur de la loi de Bichat sur le rapport naturel des lésions anatomiques avec les symptômes, la marche et terminaison des maladies. Que cette loi appartienne a Bichat, c'est ce que nous n'examinerons pas; elle serait peut-être difficile à trouver ainsi explicitement formulée dans ses livres; mais elle est certainement conforme à l'esprit de sa doctrine générale. Ce qu'il y a de sûr, c'est que si elle n'existait pas, il faudrait l'inventer. C'est, en effet, sur ce principe que repose toute la science du diagnostic, et même sa possibilité. Mettez en doute l'indissolubilité de ce rapport entre la lésion organique et les modifications fonctionnelles et autres qui se manifestent concurremment, la recherche du siége et de la nature du mal n'a plus de base. Ce rapport peut être plus ou moins difficile à saisir, à constater, à déterminer, dans l'infinie complexité des phénomènes; mais il doit être toujours supposé, comme condition même de la recherche. La raison le déclare, *à priori*, nécessaire. La fonction et l'organe sont inséparables dans le fait comm dans l'idée; il n'y aucune modification de l'un qui ne corresponde nécessairement à une modification de l'autre; il est aussi impossible d'altérer la fonction sans altérer l'organe, que d'altérer l'organe sans altérer la fonction, et il n'est pas moins impossible que ces modifications parallèles ne soient pas parfaitement correspondantes en nature et en degré. Supposer le contraire serait introduire dans la nature un pur arbitraire; ce serait en ôter l'ordre qui seul la rend intelligible. M. Bouillaud a donc en toute raison de soutenir cette loi, qui est plus qu'une loi de simple observation clinique, une loi d'expérience, comme il parait le croire, car elle est une loi de raison, universellement valable *in naturâ rerum*. Quant à l'usage qu'ont pu faire de ce principe, dans la question de la valeur diagnostique de la cellule dite cancéreuse les orateurs qui l'ont invoqué, et notamment M. Robert, nous leur en laissons la responsabilité, et nous n'en discuterons pas le plus ou moins de justesse. Cela les regarde.

M. Bouillaud a aussi parlé très-convenablement du microscope. Sans avoir, comme l'honorable professeur, pour cet instrument, une amitié de la veille ni même du lendemain, nous ne faisons aucune difficulté de reconnaître qu'il n'est pas personnellement coupable de toutes les erreurs qu'on met sur son compte : une bonne partie en revient à ceux qui s'en servent. Nous avouons, avec M. Bouillaud, que le microscope est un être privé d'intelligence, une simple machine qui n'opine ni ne juge, et, par conséquent, ne saurait se tromper. Ces vérités ne sont pas neuves; mais elles n'en sont que plus incontestables, et il est toujours bon de les rappeler à ceux qui pourraient les avoir oubliées. Or, nous sommes peut-être nous-mêmes malheureusement dans ce cas, car il nous est échappé dernièrement une sorte d'accusation directe contre le microscope lui-même, sans préjudice, bien entendu, des griefs

directe de la moelle épinière, il ne l'est pas plus, ce me semble, de dire, en alléguant la même raison, que le second doit recouvrer sa contractilité plus vite que le premier.

Pour expliquer cette vacuité presque complète de la vessie, il suffit, du moment que le col n'offre plus de résistance, de la pression des viscères abdominaux et de la tonicité des tissus des parois vésicales; je pense même que cette tonicité peut jusqu'à un certain point être provoquée par l'inflammation de la muqueuse qui survient presque toujours alors; mais il n'est pas permis de supposer que la paralysie abandonne la vessie précisément quand elle envahit tout le reste. Dans un cas où Ollivier a observé la vacuité presque complète de cet organe, il a cru en trouver l'explication dans l'inflammation qui survint, vers les derniers temps, dans le renflement et les nerfs lombaires (*ibid.*, p. 312 et 265); mais ce fait est beaucoup trop général pour qu'une circonstance exceptionnelle puisse l'expliquer.

Voici comment je le comprends :

Je rappellerai d'abord que la vessie n'est pas fermée par un sphincter orbiculaire, comme on le croit généralement. Un plan de fibres musculaires transversales occupe le bas-fond, depuis les orifices uretéraux jusqu'à celui de l'urètre, absolument comme le plan qu'on nomme *cravate de Suisse* occupe la grosse tubérosité de l'estomac; et de même que celles-ci s'étalent sur toute l'étendue des parois antérieure et postérieure de l'organe, de manière que les plus rapprochées de l'orifice cardiaque se dirigent presque transversalement vers son côté droit et peuvent en déterminer le resserrement, de même les fibres du plan musculaire que j'examine, s'étalent de chaque côté en éventail et suivent diverses directions : les postérieures se portent sur les uretères et sur la paroi postérieure, les moyennes sur les parois latérales, tandis que les antérieures obliquent d'autant plus en avant qu'elles sont plus rapprochées du col de la vessie, et se jettent par leurs extrémités dans la paroi antérieure.

Lorsque ces dernières fibres se contractent, leurs extrémités étant fixes, c'est leur anse qui se soulève, déterminant ainsi la saillie du bord postérieur du col de la vessie au-dessus de son bord antérieur, saillie que je désigne sous le nom de *valvule normale* et qui ferme cet orifice comme une soupape.

Quand la moelle épinière est atteinte d'une lésion grave, le corps et le col de la vessie sont simultanément frappés de paralysie et le réservoir urinaire ne réagit plus activement sur son contenu. Le col, s'il était fermé par un anneau musculaire, ne tarderait pas à céder à la distension; mais il n'en est pas de même fermé qu'il est par le mécanisme que je viens d'exposer. La simple tonicité des fibres obturatrices suffit pour maintenir la valvule tendue, et l'accumulation de l'urine n'a presque d'autre effet que de l'appliquer plus fortement contre l'orifice urétro-vésical. D'autres circonstances concourent encore à cet effet : les extrémités de ces fibres obturatrices se jetant dans la paroi antérieure sont entraînées comme elle en haut et en avant par le fait de la distension, et, par cela même, l'anse qu'elles forment derrière le col de la vessie tend à devenir plus saillante, tandis que les fibres dilatatrices qui partent du sommet et des parties latérales du vérumontanum et vont se rendre sur toute la face interne de la vessie, principalement sur son bas-fond, se trouvant elles-mêmes frappées de paralysie, ne peuvent plus tirer cette anse en arrière et entr'ouvrir le col.

La rétention d'urine se trouve donc ainsi expliquée.

Mais on conçoit aussi que la tonicité des fibres musculaires paralysées ne se soutient pas toujours au même degré, et qu'elles s'allongent graduellement, surtout si l'on réfléchit que le passage de la sonde a pour effet de déprimer la soupape ou valvule formée par le bord postérieur du col de la vessie, et par conséquent de relâcher l'anse musculaire qui détermine cette saillie.

Rien par conséquent de plus facile à comprendre que l'incontinence succède à la rétention. Ce n'est pas la disparition de la paralysie de la vessie, ce n'est même pas l'apparition de la paralysie de son col; c'est la disparition du reste de la contractilité de tissu que les fibres musculaires de ce col conservaient encore. Ce n'est donc pas un bon, mais au contraire un très-fâcheux présage.

Les maladies du cerveau peuvent aussi causer la paralysie vésicale, mais elles le font rarement d'une manière aussi immédiate et aussi marquée que celles de la moelle épinière. Cela dépend-il de ce que, contrairement à celles-ci, les premières n'affectent le plus souvent qu'une moitié du corps et que la vessie se trouve conséquemment encore influencée par les nerfs du côté non paralysé? ou bien de ce que le grand sympathique est moins sous la dépendance du cerveau que sous celle de la moelle épinière? ou bien encore la moelle épinière aurait-elle sur la vessie une action propre, indépendante du cerveau? Ces questions me semblent difficiles à résoudre dans l'état actuel de la science.

Ainsi, à l'appui de la première, on peut dire que la paralysie de la vessie est plus fréquente quand l'affection cérébrale porte sur les deux hémisphères que sur un seul, comme, par exemple, dans les ramollissements généraux, les hémorrhagies doubles ou ventriculaires. Cependant il serait facile de rapporter des observations où des phénomènes de paralysie vésicale complets ou à peu près complets eurent lieu, bien que la lésion fût bornée à un seul côté du cerveau, tandis qu'on a vu les fonctions de la vessie se continuer, d'une manière imparfaite il est vrai, après la destruction partielle de la moelle épinière. (Royer cité par Jobert, *loc. cit.*)

Quant à la seconde question, à savoir si le grand sympathique est moins sous la dépendance du cerveau que de la moelle épinière, tous les faits tendent à la résoudre par l'affirmative : je pourrais rapporter ici les résultats des expériences de Legallois, qui prouvent que la décapitation a bien moins d'influence que la destruction de la moelle épinière sur les contractions du cœur. (ŒUVRES DE LEGALLOIS, t. I, p. 96.)

Pour ce qui est de la troisième : la moelle épinière a-t-elle une action propre, indépendante du cerveau? je ne rappellerai pas que, dans la plupart des lésions de ce dernier organe, les membres inférieurs sont moins affectés que les supérieurs, parce que les localisateurs m'objecteraient que cela tient à ce que les parties qui président aux fonctions des membres supérieurs sont plus souvent atteintes que celles qui président aux fonctions des membres inférieurs ; mais j'insisterai surtout sur ces cas où, la moelle étant affectée dans ses parties supérieures, les membres pelviens ont été beaucoup moins compromis que les thoraciques. C'est ainsi qu'Ollivier rapporte l'observation d'un étudiant en médecine qui, atteint d'un ramollissement de la portion cervicale de la moelle épinière, présentait une gêne de la déglutition, un fourmille-

---

particuliers imputables aux micrographes. Quoique les judicieuses remarques de M. Bouillaud ne s'adressent pas précisément à nous, elles nous parviennent, et, comme il nous en est arrivé d'autres d'ailleurs, c'est ici une assez bonne occasion d'expliquer notre pensée.

Il nous est, en effet, revenu, de divers côtés, que l'espèce d'interdit dont nous avons frappé le microscope, avait scandalisé quelques esprits éclairés et sérieux. Qu'on dise que le microscope est sujet à des illusions, que ses révélations sont souvent équivoques, comme il paraît par les interprétations diverses et contradictoires des micrographes, passe; mais soutenir qu'il n'est bon à rien, qu'il ne peut rien ajouter d'utile et de certain à nos connaissances, c'est un paradoxe absurde et intolérable. Rien de plus juste que ces réclamations, et si quelqu'un a émis une pareille énormité, ce n'est pas seulement de paradoxes et d'absurdités qu'il faut l'accuser, mais bien de sottise au premier chef, ou même d'extravagance. Ce quelqu'un, serait-ce nous? Nous nous flattons que non. Notre accusation contre le microscope avait peut-être, dans la forme, quelque chose de trop absolu; elle n'excluait pas, néanmoins, les justes correctifs qui étaient dans notre pensée et dans celle de tout le monde. Il est possible, pourtant, que nous devions au microscope une réparation pour n'avoir pas signalé ses mérites aussi explicitement que ses défauts. Voici, dans ce cas, ce que nous aurions à dire.

Il y a une distinction à faire entre les choses que le microscope rend visibles. Lorsque ces choses sont des objets, des formes analogues à des objets et à des formes connus du micrographe, comme, par exemple, un animalcule, et dans cet animalcule les détails de sa structure anatomique, l'observateur sait et comprend ce qu'il voit; par cela même il sait ce qu'il faut regarder, et il peut poursuivre sa recherche indéfiniment, pouvant toujours attacher un sens, une idée et donner un nom à tout ce qui se présente à son œil. Sa connaissance est claire, précise, intelligible et communicable par la description verbale ou figurée. Dans son application aux objets de cette nature, le microscope est le plus précieux, le plus merveilleux des instruments. Il a révélé à l'œil surpris de l'homme tout un monde d'êtres vivants et agrandi pour lui, dans des proportions immenses, le spectacle de la création; en multipliant ainsi les termes de comparaison, il a élargi et consolidé les bases des sciences biologiques, l'anatomie, la physiologie, la zoologie, la phytologie, etc., etc. Ses services, sous ce rapport, sont de la plus éclatante évidence. Mais lorsqu'on soumet à son inspection, non plus des formes déterminées, formulables pour l'œil et pour l'esprit par leur conformité avec un type idéal, telles que les organismes animaux ou végétaux et les parties principales de ces organismes, mais des portions de matière quelconque, organique ou inorganique, alors les images qu'il produit, quoique toujours parfaitement fidèles, optiquement parlant, n'ont aucun sens pour l'esprit; n'étant pas délimitées, circonscrites, si l'on passe le terme, par une idée qui les fixe, elles varient au gré de toutes les influences physiques, chimiques, vitales, que le corps observé peut subir. Elles varient encore suivant le degré du pouvoir amplifiant de l'instrument. Comment choisir entre ces images et formes celles qui représentent la réalité? Toutes sont également fidèles et par conséquent également défectueuses de quelque façon, puisqu'elles sont différentes. Comment donc en espérer la révélation de ce qu'on appelle la

ment et puis un collapsus des membres supérieurs, sans que les inférieurs, les intestins et la vessie fussent en aucune manière paralysés. (*Ibid.*, t. II, p. 218.) Ces cas, quoique très-rares, méritent qu'on en tienne compte. Legallois a vu de jeunes animaux décapités mouvoir *très-bien* le train de derrière, tandis que les parties antérieures ne paraissaient avoir ni sentiment ni mouvement. Il a vu, dans les mêmes circonstances, la circulation continuer, même après la destruction de la moelle cervicale, tandis que le cœur s'arrêtait tout à coup par la destruction des deux tiers antérieurs de la dorsale. (*Ibid.*, p. 120.)

Ainsi la moelle épinière a une action indépendante du cerveau, et je crois même qu'on doit admettre, avec Legallois, que chaque portion de cette moelle a, outre une influence plus générale, une action spéciale sur les parties qui en reçoivent leurs nerfs. (*Ibid.*, p. 135.)

Néanmoins, on doit, à mon avis, se garder de donner à toutes les observations qui ont été publiées une égale valeur, car autrement on ne pourrait tirer de ces faits la moindre conséquence, qu'elle ne fût immédiatement combattue ou même détruite par des faits contraires. Beaucoup ont été recueillies d'une manière incomplète, surtout au point de vue qui nous occupe. Combien de malades sont arrivés à l'incontinence d'urine et même à la mort sans qu'on se soit enquis de la manière dont ils urinaient, et par conséquent sans qu'on ait pu constater s'ils urinaient bien ou mal!

Dans d'autres cas, l'état de cette fonction a été observé, noté, mais non pas interprété peut-être d'une manière convenable. Ainsi M. Cruveilhier parle d'une femme de 60 ans dont les jambes étaient fortement fléchies sur les cuisses, et celles-ci sur le bassin, et chez laquelle tout mouvement volontaire était paralysé dans les membres inférieurs, tandis qu'ils étaient le siége de contractions involontaires et de sautillements douloureux très-répétés. Cette femme rendait à volonté ses urines et ses selles. La moelle épinière fut trouvée étranglée à sa face antérieure, au niveau de la deuxième vertèbre dorsale, par une tumeur qui semblait en avoir refoulé en haut et en bas presque toute la substance médullaire. (ANAT. PATH., 32e liv.)

Il est évident que ces renseignements sont insuffisants : comment s'est-on assuré que les fonctions de la vessie et du rectum se faisaient sous l'influence de la volonté, et que les mouvements des membres inférieurs en étaient tout à fait indépendants? Cette particularité était assez singulière pour mériter quelque explication. Et en admettant qu'il en fût ainsi, sur quels organes portait cette influence? Était-ce sur les muscles de la vessie et de son col, ou bien seulement sur le diaphragme qui n'avait plus à vaincre que des sphincters déjà très-affaiblis?

Mêmes remarques au sujet d'une observation de M. Hutin, qui présente au point de vue fonctionnel une divergence tout à fait semblable. Les membres étaient animés de mouvements automatiques tout à fait étrangers à la volonté, tandis que le rectum et la vessie obéissaient à cette dernière. La moelle épinière, dans toute son étendue, était ramollie à sa partie postérieure, tandis que sa partie antérieure était au contraire indurée. (BIBLIOTH. MÉD., t. I, p. 41. — Voy. Longet, SYSTÈME NERVEUX, t. I, p. 342 et 346.)

Après avoir analysé la plupart des observations qui ont été publiées en France sur ce sujet, en ne tenant compte que des faits les plus ordinaires, qui par cela même offrent le moins d'incertitude, et en les comparant avec ce que j'ai vu, j'arrive aux conclusions suivantes :

1° Les maladies des centres nerveux peuvent amener la rétention et l'incontinence d'urine;

2° Dans les affections aiguës, la rétention survient d'abord et l'incontinence lui succède;

3° Dans les affections chroniques, on n'observe habituellement que l'incontinence, soit qu'il n'y ait pas eu de rétention, soit, ce qui est le plus ordinaire, qu'elle n'ait pas été assez sensible pour fixer l'attention;

4° Une lésion des centres nerveux a, sur l'appareil urinaire, une action d'autant plus certaine qu'elle a plus d'étendue et de gravité, et qu'elle est plus rapprochée de la partie inférieure de la moelle épinière d'où émanent les nerfs qui se rendent à cet appareil.

Il y a tout sujet de croire que ce ne sont pas seulement les lésions des centres nerveux qui peuvent amener la paralysie de la vessie, et que celles des nerfs qui en émanent pour se rendre à cet organe peuvent avoir le même effet. Mais il est à noter aussi que, contrairement à ce qui a lieu dans d'autres organes, l'œil et l'oreille, par exemple, ces sortes de paralysies sont rares : d'abord parce que la vessie reçoit des nerfs des deux côtés, et ensuite parce que, de chaque côté, plusieurs nerfs contribuent à la formation des plexus qui lui fournissent. Ceci répond à une critique qui m'a été adressée par M. Vidal (de Cassis). Néanmoins je conçois qu'une altération, soit aiguë, soit chronique des vertèbres, ou de leur périoste, puisse, sans affecter la moelle épinière, agir sur les nerfs en question à leur sortie des trous de conjugaison. Je conçois encore qu'un abcès du bassin intéresse soit les plexus hypogastriques, soit les nerfs qui y abordent ou qui en partent. J'ai vu une paralysie vésicale des plus complètes chez un jeune homme qui avait eu auparavant un abcès du bassin, abcès qui s'était ouvert à l'aine gauche. Il y avait, je dois le dire, chez cet homme, une valvule musculaire qu'un autre chirurgien avait opérée avant moi d'une manière incomplète. J'achevai de la faire disparaître, et néanmoins la contractilité vésicale ne se rétablit en aucune manière. Je suis porté à croire que l'abcès du bassin pourrait bien n'avoir pas été étranger à cette paralysie, parce que, habituellement à cet âge (35 ans environ), les inerties consécutives dont je m'occuperai tout à l'heure ne sont pas aussi complétement rebelles.

Voici un fait des plus curieux de paralysie vésicale par affection locale des nerfs; néanmoins j'avoue qu'il n'est pas encore assez simple pour ne donner prise à aucune objection.

M. Gunsbourg (de Breslau) a adressé le 30 octobre 1843, à l'Académie des sciences, l'observation d'un journalier âgé de 56 ans, qui avait offert, au mois d'août, tous les signes d'une affection rhumatismale générale très-intense : immobilité, rigueur de tous les membres. Quinze jours plus tard, la mobilité se rétablit partiellement; restaient de la sensibilité des membres déformés, de la dépression et presque un affaissement des facultés mentales. La difficulté des mouvements persiste encore dans les membres inférieurs, elle va en augmentant les semaines suivantes, suivie d'incontinence des fèces et de l'urine. Il se forme une escarre gangréneuse large comme les deux mains à la région sacrée, et le malade succombe le 25 septembre.

Indépendamment de quelques détails étrangers à mon sujet, que je

---

structure intime des corps et en particulier des tissus organiques?

Or c'est là le but de la micrographie histologique. La structure intime des corps! Savent-ils bien ce qu'ils veulent dire ceux qui se servent de ces expressions? et savent-ils ce qu'ils veulent faire ceux qui entreprennent cette recherche? C'est contre ces prétentions que nous avons réclamé. C'est sur ce terrain que nous avons défié au microscope le privilége de mieux voir que l'œil nu ce qu'il faut voir et ce qu'il est utile de voir dans l'intérêt d'une solution pratique; que nous avons refusé surtout le droit d'opposer ses témoignages à ceux de l'observation ordinaire; de déclarer identiques des choses que l'œil et tous les autres sens déclarent différentes, différentes celles qu'ils déclarent identiques; le droit d'interdire à M. Velpeau d'appeler cancer un cancer sans autorisation préalable.

Il y a fort à craindre que cette étude de la composition prétendue intime des tissus et de productions morbides n'aboutisse qu'à des conceptions fantastiques au point de vue du moins des résultats pratiques. La chimie a aussi essayé cette œuvre. Elle a analysé à sa manière la composition de la matière organique; fluides et solides, sains et malades, ont passé par ses réactifs. Qu'a-t-elle trouvé dans le sang, la bile, l'urine, le cerveau, le foie, les muscles, le tissu cellulaire, etc.? Ce qu'elle trouve partout, hydrogène, oxygène, carbone, azote, fer, phosphore, terre, eau, etc. Nous voilà bien avancés et bien instruits sur la composition d'un nerf ou d'une membrane. La chimie cherche la composition, la micrographie la structure intime. Son réactif est la lumière passant par le microscope. Elle y a soumis tous les solides et les fluides? Qu'y a-t-elle vu? Jusqu'ici, qu'on sache, peu de chose : j'entends rien de fixe, de certain, de déterminable; tout se résout pour elle dans les liquides en globules, dans les solides en cellules, et cellules et globules ou granules. Qu'est-il résulté en fait des études sans nombre faites par les micrographes modernes sur l'anatomie normale et pathologique? Quelles notions positives en a-t-on, qui puissent fournir par leur évidence une base sûre à une théorie physiologique ou médicale et surtout à la pratique? Il y en a peut-être quelques-unes; mais nous voudrions qu'on les indiquât? Que n'ont pas dit sur la structure des nerfs et du cerveau les microscopistes allemands? Comment commencent-ils, comment se terminent-ils? Sont-ils creux, sont-ils pleins? Sont-ils ronds ou prismatiques, ou de toute autre forme? Autant d'observateurs, autant de réponses. On vient de voir par la discussion actuelle à quoi a abouti l'application du microscope, après dix ans d'études de dix explorateurs, nous apprendre la plus importante des productions morbides, le cancer : l'invention d'une cellule qui vient à peu près de s'évanouir et qui, en la supposant réelle, serait, théoriquement, d'une très-médiocre importance, et pratiquement d'une nullité nulle. *Ab uno disce omnes.*

Voilà, en partie, ce qu'on a dit ici ou voulu dire sur le microscope. Ce n'est pas lui faire tort que de circonscrire son usage légitime à une certaine nature d'objets. Dans la sphère de son domaine propre, qui n'est en définitive que celui de l'œil, il produira des merveilles et accroîtra chaque jour le trésor de la science; mais s'il poursuit une fin plus ou moins chimérique, s'il prétend voir l'invisible, sonder l'insondable, il n'aboutira qu'à des déterminations arbitraires, instables, ténébreuses, qu'aucune théorie ne pourra systématiser, aucune pratique utiliser. Il prendra son rang dans l'histoire de

supprime, on trouve la vessie très-distendue et pleine d'urine; sa muqueuse était pâle. Le canal rachidien ayant été ouvert, la dure-mère, l'arachnoïde et la pie-mère sont parfaitement saines. La moelle épinière elle-même ne présente rien de bien particulier; elle est dure, très-consistante et offre une coupe bien polie d'un blanc rénitent. Les troisième et quatrième paires sacrées présentent l'anomalie suivante :

« Les deux nerfs du côté gauche aboutissaient, après un détour d'environ 12 centimètres, dans une tumeur blanchâtre, de la forme d'une poire, longue de 2,5, large de 1 centimètre, épaisse, au milieu, d'un tiers de centimètre. Il n'y avait point de prolongation de ces deux troncs nerveux.

» La tumeur du côté droit, formée sur la terminaison de ces deux nerfs, n'avait que le tiers en grandeur de celle qui vient d'être décrite, et les deux nerfs, avant d'entrer dans ce nœud, avaient de petits renflements circulaires Il restait même de ce côté deux nerfs plus minces que les troncs qui faisaient corps avec la tumeur.

» La tumeur principale était enveloppée d'une gaîne fibreuse qui semblait être une prolongation de la dure-mère rachidienne. Au-dessous d'elle, il y avait des filets d'une membrane très-fine qui joignait les parties sous-jacentes l'une à l'autre ; restait une masse ressemblant, selon toute apparence, au troisième ganglion cervical. Composées des troncs mêmes, qui étaient comme parsemés et croisés d'autres fibres d'une teinte légèrement rosée, ces fibres formaient au milieu un seul tronc; ces deux substances s'unissaient très-intimement vers le cul-de-sac de la tumeur.

» La tumeur, plus petite, se composait aussi d'une enveloppe fibreuse, de deux troncs nerveux et d'une masse en apparence fibreuse d'une teinte rosée. En outre, il y avait à la surface plus élevée des mamelons très-petits, mous, blancs. »

L'auteur donne ensuite l'analyse microscopique de ces tumeurs, de laquelle il résulte que les fibres primitives y étaient écartées par un grand nombre de cellules ayant presque les caractères des cellules *ganglieuses*. Enfin il ajoute que, ni à l'œil, ni au microscope, il n'a pu trouver aucun changement dans les autres nerfs moteurs du corps. Le crâne n'a pu être ouvert. (Gaz. Méd., 1843.)

Plusieurs des signes observés pendant la vie donnent lieu de penser qu'on aurait trouvé quelque altération dans le cerveau ; mais il n'en est pas moins vrai qu'il existait chez cet homme une maladie des troisièmes et quatrièmes paires sacrées qui, à elle seule, aurait pu produire les désordres observés du côté du rectum et de la vessie.

Sœmmering signale comme cause de paralysie vésicale la compression exercée par les ossifications qu'on rencontre assez souvent chez les vieillards sur les vertèbres lombaires et sacrées, et autour des nerfs qui en sortent (Ouv. cité, p. 75). Sans nier qu'il en puisse être quelquefois ainsi, je ferai remarquer d'abord que c'est plutôt au niveau du corps des vertèbres qu'on observe ces incrustations qu'autour des trous de conjugaison ; ensuite, qu'il serait difficile qu'une paralysie semblable pût se produire sans affecter en même temps le rectum et les membres inférieurs dont les nerfs proviennent des mêmes sources. Or combien de fois ne rencontre-t-on pas chez les vieillards de ces prétendues paralysies de la vessie, sans affaiblissement anormal des organes voisins, et que, pour cette raison, on a nommées paralysies essentielles!

(La fin au prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

MÉMOIRE SUR L'ACIDE GALLIQUE ET SUR SES PROPRIÉTÉS MÉDICALES DANS LES DIATHÈSES HÉMORRHAGIQUES ET DANS LES MALADIES CARACTÉRISÉES PAR UNE ATONIE DE LA FIBRE ORGANIQUE OU UNE SÉCRÉTION EXCESSIVE ; par le docteur William Bayes, médecin du dispensaire de Brighton. (Lu à la Société médico-chirurgicale de Brighton et de Sussex.)

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

III. — La troisième division exige quelque petite distinction dans le choix des cas auxquels s'applique la méthode du traitement astringent. Il est évident que si, dans quelques cas, une sécrétion excessive est en elle-même un acte maladif; dans d'autres, c'est un effort curatif de la nature pour rejeter quelque poison ou matière peccante entraînés dans le torrent de la circulation. Nous avons des exemples du premier cas dans le pyrosis, et du deuxième dans les transpirations du rhumatisme, dans la diarrhée qui précède l'érysipèle et quelques autres désordres, et qui ont un caractère critique dans quelques fièvres. En rejetant tous ces cas comme n'étant pas propres à l'administration de l'acide gallique, il en reste encore un grand nombre dans lesquels des sécrétions excessives sont le résultat de débilité ou d'un état généralement relâché de leurs organes naturels ou des capillaires des parties qui contribuent à leur excrétion. Dans ces cas, il n'y a certainement pas de remède qui agisse plus agréablement et plus admirablement que l'acide gallique, en donnant, comme il le fait, du ton et de la vigueur, sans la plus petite tendance à produire une excitation fébrile (1).

Dans le *pyrosis*, lorsque cette affection n'est pas accompagnée d'une ulcération étendue ou d'une maladie organique maligne de l'estomac, ou d'une maladie du foie, un avantage très-marqué suivra l'emploi de ce remède. Dans ce cas, non-seulement l'acide gallique arrête la sécrétion avec une certitude et une rapidité que je n'ai jamais vues à la suite de l'administration de tout autre remède, mais il donne du ton à l'estomac, augmente l'appétit et (ce à quoi j'étais loin de m'attendre la première fois que je l'employai) dans beaucoup de cas il détruit la constipation. Je ne puis me rendre compte de cet effet qu'en supposant que l'état d'atonie et de relâchement de l'estomac qui favorise le pyrosis se continue le long du canal alimentaire, la constipation, dans ces cas, provenant du manque de puissance des fibres musculaires de l'intestin pour expulser les matières fécales. L'acide gallique remédie à ce défaut de tonicité.

Les cas de pyrosis qui sont tombés sous mon observation depuis que

(1) « Les membranes muqueuses sont principalement le siége de ces phlegmasies atoniques avec persistance de sécrétions anormales et plus abondantes : un modificateur qui viendrait corroborer ces tissus relâchés et y rétablir la tonicité qu'a fini par vaincre la répétition d'un *molimen* sanguin extra-physiologique, un tel modificateur suffirait à la guérison. » (Trousseau et Pidoux, t. I, p. 148.) C'est l'office que viennent remplir les toniques-astringents parmi lesquels figure l'acide gallique.

---

l'esprit humain à la suite des pseudo-sciences des temps passés, l'alchimie, l'astrologie judiciaire, dont il suit, sans le savoir, la fausse méthode et la mauvaise logique.

Il est possible que les motifs de notre critique des recherches histologiques et anatomo-pathologiques des micrographes ne paraissent pas suffisants; il se peut encore que nous n'ayons pas réussi à les faire comprendre, ce qui serait, sans doute, de notre faute; il y en a peut-être aussi d'autres et meilleurs. Quoi qu'il en soit, nous espérons en avoir assez dit pour prouver que si notre opinion sur ce point est fausse, elle n'est pas du moins irréfléchie.

Il y aurait enfin une concession qu'il ne nous répugnerait nullement de faire, au besoin, aux micrographes, aux microphiles, et à la micrographie, ce serait de dire : que l'on ne parle que du passé et du présent, réservant toujours l'avenir ; que bien que la microscopie n'ait, dans ses applications au cancer et autres questions analogues, rien fait de bon, elle pourra faire mieux plus tard ; qu'il n'y a aucun genre de connaissance complétement stérile ; qu'un fait, quelque insignifiant qu'il paraisse, finit toujours par trouver sa place dans la science, que ce sont des pierres détachées d'un édifice que d'autres mains élèveront un jour, etc., etc.

Si ces généralités peuvent calmer quelques susceptibilités respectables, nous les leur offrons volontiers. Elles sont peu compromettantes et peuvent d'ailleurs servir à l'occasion.

L. Peisse.

— Par décret en date du 2 décembre courant, M. Filhol, docteur en médecine, docteur ès sciences physiques, chargé du cours de chimie à la Faculté des sciences de Toulouse, est nommé professeur de chimie à ladite Faculté, en remplacement de M. Boisgiraud, admis à la retraite.

— On lit dans le Moniteur du 3 décembre :

« M. Michel Lévy, inspecteur-directeur du service de santé de l'armée d'Orient, vient de rentrer à Constantinople après avoir terminé son inspection en Crimée. Les diverses ambulances de l'armée, si fortement constituées par lui, ont été de nouveau l'objet de son attention particulière; il a constaté que, sous le feu de l'ennemi, comme au milieu des épidémies les plus meurtrières, le courage et le dévouement des médecins militaires ne faiblissent jamais.

» Grâce à sa profonde intelligence des besoins du soldat malade et à la science de l'hygiène qu'il possède au plus haut degré, les hôpitaux de Constantinople présentent une installation salubre et les ressources médicales les plus étendues. En présence de ces heureux résultats, on comprend que la distinction éclatante dont M. Lévy vient d'être honoré par S. M. l'empereur des Français était un acte de justice. »

— La séance de rentrée des Facultés de Toulouse a eu lieu le 16 novembre avec une solennité inusitée, sous la présidence de M. Laferrière, inspecteur général de l'Université, administrateur de l'Académie de Toulouse.

Le nombre des inscriptions à l'École de médecine de cette ville s'élève à 159.

j'ai adopté le traitement par l'acide gallique ont été très-peu nombreux. Je crois que c'est une forme de maladie peu fréquente à Brighton. Sur 954 malades que j'ai eu à soigner au dispensaire durant les douze derniers mois, il s'en est trouvé 8 seulement qui ont présenté cette affection : c'étaient toutes des femmes. J'ai pris des notes sur 5 de ces cas.

Le premier était une femme de 25 ans, non mariée; elle souffrait depuis huit mois de pyrosis et de constipation obstinée; pendant ce temps, on avait employé à peu près tous les remèdes réputés avoir quelque valeur. Elle fut complétement guérie en deux jours. Pendant trois semaines, je continuai l'usage de l'acide gallique et lui donnai quelques doses d'huile de ricin. Je l'ai vue depuis, et quoique quelques mois se soient écoulés depuis, elle est restée parfaitement guérie.

Le deuxième cas était une femme de 49 ans. Le pyrosis cessa après la deuxième dose du médicament. La malade cessa le traitement une semaine après, et eut un léger retour le matin suivant. J'administrai de nouveau le médicament en pilules pendant trois semaines. Elle est restée parfaitement bien depuis.

Dans le troisième cas, le médicament fut également efficace.

Dans le quatrième, qui était une femme mariée de 35 ans, qui souffrait de cette maladie depuis neuf mois, les symptomes alarmants diminuèrent considérablement le quatrième jour et cessèrent entièrement le huitième.

Dans le cinquième cas, chez une femme de 45 ans, l'affection disparut tout à fait dès la première dose.

Dans un seul cas seulement, j'ai vu ce médicament ne pas réussir, et je donne encore mes soins à la malade; elle est âgée de 49 ans et est, je le crains, atteinte d'une affection maligne en même temps que d'une maladie organique du foie. Les cinq premiers cas se ressemblaient tous par le relâchement des fibres musculaires du corps et l'aspect pâle des surfaces muqueuses.

Dans les cas de diarrhée et de dyssenterie, après avoir enlevé toute matière irritante par un doux apéritif, j'ai vu la maladie et la tonicité normale de la membrane intestinale, facilement rétablies par des doses modérées d'acide gallique administrées toutes les deux ou quatre heures, avec une cuillerée à café d'huile de ricin tous les matins.

Il y a une classe de phthisiques pour lesquels l'acide gallique est presque un bienfait inestimable (1), je veux dire ceux chez lesquels l'expectoration est fréquemment teinte de sang et chez lesquels, dès que la santé semble s'améliorer un peu et se fortifier, il survient une légère hémoptysie qui détruit cette amélioration. Je traite dans ce moment plusieurs cas semblables chez lesquels l'amélioration marche lentement et d'une manière certaine, sous l'administration de 5 grains d'acide gallique pris trois fois par jour, en même temps que l'huile de foie de morue et autres médicaments. Je donne mes soins à un de ces malades depuis douze mois. La première fois que je le vis, il était presque réduit à la dernière extrémité par une hémoptysie constante et une expectoration profuse; il souffrait tellement de la dyspnée qu'il était incapable de se livrer à sa profession de peintre; depuis que je le traite, il a eu trois vomiques; maintenant sa santé s'améliore. Depuis dix mois, il a pu reprendre ses occupations et les a continuées pendant tout l'hiver; il peut monter, gravir une montagne sans beaucoup de fatigue; tant qu'il continue l'huile de foie de morue et l'acide gallique, il va bien; s'il abandonne ce dernier, son hémoptysie revient; s'il discontinue l'autre médicament, il devient faible et languissant.

L'acide gallique, allié à l'huile de foie de morue, a encore un autre avantage, c'est de donner à l'estomac la faculté de supporter cette dernière sans nausée.

Un autre grand avantage pour les phthisiques, résultant de l'emploi de l'acide gallique, c'est le ton qu'il donne à l'estomac, en modérant un appétit désordonné et en relevant les forces digestives. L'estomac est souvent très-dilaté dans cette affection, et ses parois dans un état de relâchement et d'atonie ; de là l'avantage dont je viens de parler.

Dans les sueurs nocturnes et dans la diarrhée qui caractérisent certaines périodes de la phthisie, ce médicament, quoique de la plus grande utilité, exige qu'on distingue bien nettement son emploi. On doit commencer par de petites doses, qu'on augmente avec soin, car la toux s'aggrave matériellement si les sécrétions sont supprimées trop rapidement; mais si les doses sont augmentées graduellement, j'ai trouvé que non-seulement les sueurs étaient modérées, mais encore que la respiration devient plus facile, l'expectoration cause moins d'effort et la digestion s'améliore beaucoup. La raison de cette amélioration apparait aisément si nous nous rappelons l'action de l'acide gallique, sa solubilité et sa pénétration dans le sang. Il resserre, il contracte les vaisseaux capillaires et l'appareil glandulaire du canal alimentaire. Il resserre leurs parois et diminue leur calibre général. Il donne le même pouvoir de contraction aux tissus élastiques et musculaires des poumons, et les rend capables d'expulser les mucosités ou le pus accumulés; il produit le même effet sur la peau, en lui donnant le pouvoir de réprimer l'exsudation débilitante qui a lieu à sa surface.

Il est évident, lorsqu'on considère les preuves variées des vertus de ce remède, que, pour obtenir un résultat avantageux dans la phthisie, on doit l'amener graduellement à agir sur les sécrétions, et qu'on doit éviter avec le plus grand soin de produire une impression trop soudaine.

Dans la bronchite chronique, il faut prendre la même précaution en arrêtant l'expectoration profonde; mais je ne connais pas de médicament qui s'administre plus facilement que l'acide gallique, ni aucun aussi bien calculé, pour arrêter d'une manière permanente les sécrétions morbides, rétablir la tonicité des tuyaux bronchiques et la membrane qui les revêt. J'observerai par parenthèse que j'ai toujours trouvé qu'en touchant les amygdales et la luette avec un pinceau trempé dans une solution de nitrate d'argent (5 à 10 grains dans une once) le soir et le matin, aide considérablement à soulager la toux, soit dans la phthisie, soit dans la bronchite; la dose que j'ai administrée dans ces cas a été de 5 à 10 grains trois fois par jour.

Dans le *diabète*, on peut espérer quelque avantage de l'acide gallique; je n'ai pas eu une occasion d'essayer ce remède dans cette maladie; cependant je pense que le cas suivant donne quelque espoir que, s'il est continué avec persévérance, la maladie peut être arrêtée dans quelques cas par son usage.

Obs. — Henri H..., âgé de 55 ans, laboureur, grand et bien constitué, cependant amaigri, ne pouvait donner l'histoire bien nette de sa maladie. Depuis quelques mois il ne se sentait pas bien; il avait souffert de douleurs rhumatismales depuis des années. Une fois il eut le scorbut, il avait remarqué que depuis deux mois il urinait beaucoup, et que pendant la nuit, il rendait environ 8 pintes d'urine; il n'avait pas remarqué quelle quantité il rendait pendant le jour, mais c'était à peu près la même quantité. Il avait une grande soif et éprouvait une douleur dans les lombes, qui semblait lier à un état de souffrance dans l'abdomen. Il n'y avait pas de sensibilité à la pression soit dans l'abdomen, soit dans les lombes. La langue était brune dans le centre, ses bords découpés portaient l'empreinte des dents. Les selles étaient régulières et l'appétit bon. Pouls à 75, mou et compressible. Le poids spécifique de l'urine était de 1040; bouillie avec la liqueur de potasse, elle prenait la couleur de vin de Porto.

Je lui ordonnai 5 grains d'acide gallique toutes les trois heures.

Le 6, il rendit 12 pintes en vingt-quatre heures.

Le 7, 14 pintes en vingt-quatre heures; j'augmentai la dose d'acide gallique: un drachme en vingt-quatre heures.

Le 8, 11 pintes et demie en vingt-quatre heures; soif moindre; poids spécifique de l'urine 1040.

Le 9, 10 pintes et demie; soif moins vive.

Le 10, 10 pintes et demie; poids spécifique 1040.

Le 11, 10 pintes.

Le 12, 11 pintes.

Le 13, 14 pintes. Il avait mangé quelques pommes.

Le 14, 12 pintes. J'augmentai la dose d'acide gallique: un drachme et demi en vingt-quatre heures.

Le 15, 10 pintes.

Le 16, 9 pintes.

Le malade s'en retourna dans son pays et revint à Brigton le 20; la quantité d'urine rendue était encore moindre; il se sentait mieux, disait-il, plus fort et moins altéré.

Le 21, 7 pintes seulement, poids spécifique 1037.

Le 22, 6 pintes. Henri H... se sentant beaucoup mieux voulut, malgré mon désir de le retenir, s'en aller, et je l'ai perdu de vue depuis cette époque. J'aurais continué à augmenter la dose d'acide gallique si j'avais pu le surveiller de près; son pouls était encore plein; il avait gagné en énergie et il n'é-

(1) L'action des toniques astringents, soit dans la phthisie, soit dans ses accidents et complications, est encore peu connue; voici toutefois quelques essais qui viennent confirmer les assertions de l'auteur : M. Charvet (de Grenoble) a employé avec avantage le tanin (associé à l'opium) pour combattre les sueurs qui fatiguent tant les phthisiques. — MM. Trousseau et Pidoux, en administrant l'extrait de cachou aux phthisiques à la dose de 1 à 5 ou 6 grammes par jour, ont obtenu des résultats assez curieux : la toux, la fièvre et l'expectoration ont été notablement diminuées; la diarrhée a cédé moins généralement, et l'abondance des sueurs n'a été que peu modifiée. (*Ibid.*, t. 1, p. 102.) — M. Cararra est allé plus loin : non-seulement il dit avoir guéri des catarrhes pulmonaires chroniques avec le tanin; mais il croit à l'utilité du tanin dans la phthisie; il ne serait pas étonné de penser avoir amené à convalescence un jeune homme atteint de phthisie tuberculeuse. (Galtier, Matière médicale, 1839, t. 1, p. 200.) — On sait que l'acide gallique a des propriétés analogues à celles du cachou et surtout du tanin. (Note du trad.)

prouvait aucun symptôme désagréable à la tête. Je ne pense pas qu'il fût complétement sous l'influence de l'acide, et sans cela je ne pouvais pas encore compter sur la guérison.

IV. Depuis que j'ai eu connaissance du mémoire du docteur Scott Alison, j'ai fait un emploi assez étendu de l'acide gallique dans des cas de rachitis et de *tabes mesenterica*. J'ai trouvé invariablement que les sécrétions se régularisaient sous son emploi, qu'elles perdaient leur odeur désagréable et leur apparence maladive, tandis que les muscles relâchés perdaient leur flaccidité pour devenir fermes. Des enfants qui ne pouvaient marcher, quoique âgés de 2 à 3 ans, ont repris leur gaieté et leur vivacité, et ont été capables de marcher et de bien se soutenir. Dans ces cas le médicament agit certainement comme tonique et comme la meilleure forme de tonique, par ses vertus astringentes; car il contracte les vaisseaux relâchés, qui sont la cause de l'épuisement constant de l'organisme; il permet au sang de se reconstituer; il arrête la déperdition des particules nutritives et les dirige des canaux d'excrétion dans leurs voies naturelles de nutrition, donnant en même temps de la fermeté et du ton aux tissus musculaires et élastiques.

Je ne connais pas d'autres moyens sur lesquels nous puissions plus compter pour produire l'amélioration rapide qui suit son emploi judicieux dans les cas de rachitis et de tabès; non-seulement la santé générale s'améliore rapidement, mais je confirme pleinement l'observation faite par le docteur Alisson de la perte du caractère maladif des excrétions et de leur odeur désagréable, de la diminution de l'appétit lorsqu'il est excessif et de son augmentation lorsqu'il fait défaut; les couleurs se reproduisent plus rapidement même que lorsqu'on administre le fer (1).

La perspiration acide cesse, la chair devient ferme, l'enfant recherche les jeux et l'exercice, tandis qu'auparavant il était indifferent et dégoûté. J'ai employé l'acide gallique, dans ces cas et dans d'autres, de préférence à l'acide tanique, par les raisons mentionnées dans la première partie de ce travail.

Il y a une autre classe d'invalides, ou plutôt une autre classe de personnes, sur la constitution particulière desquelles l'acide gallique devient presque inestimable comme correctif: je veux dire les gens qu'on désigne souvent trop vite comme pléthoriques, qui sont gros et florissants, mais dont le pouls est faible et le système musculaire relâché. Le froid les rend bleus, la chaleur leur occasionne des transpirations profuses; ils paraissent oppressés, mous et incapables de faire un exercice violent. Ce sont des cas non pas de pléthore, mais de congestion passive, les vaisseaux sanguins participant de l'état généralement relâché et atonique du corps cèdent occasionnellement, et une apoplexie ou une hémoptysie survient à la suite d'un exercice modéré ou trop fort. La rapidité avec laquelle la santé générale de ces malades s'améliore par l'effet de l'acide gallique est surprenante: la vigueur renaît dans chaque fibre, les tissus relâchés se raffermissent et prennent du ton, la congestion apparente disparaît, l'engorgement des vaisseaux capillaires se dissipe et la couleur générale de la santé renaît; le pouls devient plus plein et plus fort.

V. — Dans la cinquième division, hémorrhoïdes, blessures, etc., les effets de l'usage interne de l'acide tanique et de ses préparations sont bien connus. Lorsque des hémorrhagies graves sont le résultat de blessures légères, etc., comme cela arrive quelquefois chez les personnes qui ont une diathèse hémorrhagique, l'administration intérieure de l'acide gallique sera d'un grand secours pour arrêter l'écoulement du sang. Il est probable que dans quelques affections de la peau et dans le cas de veines variqueuses, l'acide gallique (2) est utile.

(1) L'action reconstituante des toniques astringents sur les qualités du sang et leurs propriétés antiputrides ont été mises en évidence par une expérience intéressante faite à l'école vétérinaire de Lyon. On fit prendre de grandes doses d'écorce de chêne à des chevaux et à des chèvres; un cheval, qui en avait absorbé 10 kilogr. en un mois, avait à l'autopsie le sang plus rouge, plus visqueux, plus consistant. Ajoutons qu'il resta mort deux mois sans donner de signe de putréfaction; or en sait que même en hiver, pourvu toutefois qu'il ne gèle pas, les chevaux se putréfient en assez peu de temps. (NOTE DU TRAD.)

(2) L'acide gallique, qu'on s'occupe d'utiliser en médecine dans nombre de maladies, existe abondamment dans la nature; il est largement répandu dans le règne végétal; ainsi on le rencontre dans le tanin, la noix de galle, la poudre de tan, l'écorce de chêne, le cachou, le ratanhia, le bistorte, la monésia (Trousseau et Pidoux); dans le marrube blanc, l'écorce de grenadier, les roses de Provins, la racine de fraisier, le sumac, le simarouba, le houblon, le piment, le café, la sauge (Milne Edwards et Vavasseur), etc., etc. Le BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE nous apprend (t. II, 1832) que l'acide gallique se trouve en abondance dans la résine de noix d'acajou, et, selon M. Avecquin (de Saint-Domingue) (*ibid.*, t. I, p. 37), dans la graine de mango, etc. (NOTE DU TRAD.)

En terminant, je désire établir le fait que, dans les cas d'hémorrhagies graves, l'acide gallique doit être administré sans crainte et jusqu'à saturation complète du système.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

I. ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Les numéros du premier trimestre de 1854 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Discours historique pathologique et études expérimentales sur les urines*; par M. Morelli. 2° *Sur la syphilisation*; par M. Sella. 3° *De la paralysie générale progressive des non aliénés*; par M. Scareuzio. 4° *De la vraie structure des vésicules spermatiques de l'homme*; par M. Barbieri. 5° *Cure radicale des anévrismes avec l'injection d'acétate de fer*; par M. Lussana. 6° *Rapport au sujet des expériences sur le mécanisme de la vision dans l'œil humain, faites par M. Villadini*; par M. Cagnoni. 7° *Du psoïtis étudié anatomiquement*; par M. Sangalli.

TUMEUR ANÉVRISMALE GUÉRIE PAR L'INJECTION D'ACÉTATE DE FER; par M. LUSSANA.

Le diagnostic est toujours le point le plus délicat d'une observation, et celui par lequel souvent elle pèche. C'est ainsi qu'il ne nous paraît pas bien démontré que l'auteur, dans le cas actuel, ait eu affaire à un *anévrisme de l'artère maxillaire externe*; nous croyons au contraire qu'il a rencontré une de ces tumeurs sanguines assez communes à la face, qu'on nomme *nævus*. Quoi qu'il en soit, l'observation est intéressante, et, notre réserve faite, nous nous empressons de la donner au lecteur. Nous rappellerons seulement que M. Pétrequin, le premier dès 1846, a traité et guéri de ces tumeurs par la méthode des injections coagulantes. Le liquide employé était l'acide citrique. (Voy. sa CLINIQUE CHIRURGICALE, 1850, p. 74.)

Voici l'observation de M. Lussana.

OBS. — M. Gelmi, jeune fille de 22 ans, a, depuis un temps qu'elle ne se rappelle pas, une tumeur molle, fluctuante et égale dans l'épaisseur de la joue gauche, entre la commissure de la bouche et l'angle de la mâchoire; la forme en est ovoïde, la grosseur celle d'une noix. Une ponction exploratrice avait donné lieu à un fort jet de sang rutilant.

Au mois de janvier dernier, armé d'une lancette aiguë, je pratiquai dans la tumeur, par sa partie correspondante à la cavité buccale, une ponction de 3 millimètres environ; il s'en échappa aussitôt un jet de sang rutilant. Mais je plongeai subitement par cette ouverture, dans l'intérieur de la tumeur, l'extrémité de la canule d'une seringue de verre qui était chargée d'acétate ferrique. J'en poussai 8 ou 10 gouttes environ, et après avoir retiré la seringue, je tins mon doigt appliqué sur la piqûre pendant moins d'une minute. Il n'y eut plus aucun écoulement de sang. La tumeur, de fluctuante et molle qu'elle était auparavant, se fit, en moins d'une minute, solide et dure; elle était devenue un peu plus grosse.

Aucun phénomène inflammatoire ne se manifesta. Le gonflement diminua peu à peu, et la tumeur, dure et indolente, se réduisit au volume d'une petite aveline.

II. BOLLETTINO DELLE SCIENZE MEDICHE, DI BOLOGNA.

Les livraisons de novembre et décembre 1853, et celles de janvier, février et mars 1854, renferment les travaux originaux suivants : 1° *Observations cliniques sur l'épilepsie et effets physiologiques de l'usage de l'atropine*; par M. Grandi. 2° *Description anatomique et considérations pathologiques sur trois importantes préparations données au cabinet d'anatomie pathologique de la Société médico-chirurgicale de Bologne*; par M. Sarti Pistochi. (La *première* est un anévrisme vrai de l'aorte ascendante, dont la rupture amena une syncope mortelle. La *deuxième* est l'arrêt de développement, l'atrophie d'un embryon par altération placentaire, pièce recueillie chez une dame qui, après avoir éprouvé pendant deux mois tous les symptômes d'une grossesse, avait cru, les deux mois suivants, être atteinte d'hystérie. La *troisième* est un œsophage frappé de squirre, chez un individu mort dans le dernier degré du marasme, à la suite d'une apepsie dont la cause est restée obscure pendant la vie. L'auteur de cet intéressant mémoire démontre clairement l'importance et le prix de ces préparations, non-seulement au point de vue anatomique, mais encore sous celui de la médecine théorico-pratique. Il réfute victorieusement l'erreur de ceux qui, dans le vaste champ des recherches anatomiques du siége et de la cause des maladies, vont criant qu'on ne peut rien recueillir qu'une grossière

curiosité, un pédant et stérile matérialisme.) 3° *Singulière guérison d'aphonie*; par M. Galamini. 4° *Sur la prétendue décomposition du calomelas par le moyen des groseilles*; par M. Gassoni. 5° *Rectification historique relativement à la méthode par mortification dans le traitement des fistules à l'anus*; par M. Taruffi. 6° *Les aiguilles et porte-lacs dont se sert le professeur Rizzoli pour la ligature des artères dans les cas d'anévrisme ou de plaie*. 7° *De l'électro-puncture et du perchlorure de fer appliqués à la cure des varices*; par M. Torri. 8° *Hypertrophie générale extraordinaire du cœur et dilatation anévrismatique de la crosse de l'aorte*; par M. Bellazzi. 9° *Un cas de métastase laiteuse, avec quelques considérations sur les métastases humorales*; par M. Bacchi. 10° *Observations statistiques tirées du manicome de Sainte-Ursule de Bologne, en dix ans, de 1842 à 1851*; par M. Piana. 11° *Histoire d'une hydropisie ascite et anasarque essentielle*; par M. Guerra.

EFFETS PHYSIOLOGIQUES DE L'ATROPINE; par M. GRANDI.

C'est à des épileptiques que M. Grandi a administré l'atropine, et il en a obtenu des succès. La dose a été graduellement portée, chez une femme atteinte de cette maladie, depuis 1/16 de grain jusqu'à 1 grain et 2/3 (3 milligr, à 10 centigr.); puis elle a été ramenée, par une progression décroissante, à 1/8 de grain (6 milligr.).

Voici les phénomènes dans leur ordre de substance et d'apparition, tels que M. Grandi les a notés.

1° *Sécheresse de la bouche et du gosier.* — D'abord le phénomène semble purement nerveux; mais ensuite ces parties deviennent sèches, et il y a diminution de la sécrétion salivaire.

2° *Dysphagie.* — La difficulté de la déglutition suit de près la sécheresse de la bouche. Ce n'est qu'après de longs efforts des muscles du cou et du pharynx que le malade peut avaler quelque chose.

3° *Paroles embarrassées et quasi-paralysie de la langue.* — Après plusieurs jours d'action de l'atropine, il se manifeste une lenteur, un embarras dans l'articulation des mots que MM. Bouchardat et Stuart ont notés parmi les principaux effets de cette solanée.

4° *Mydriase ou dilatation et immobilité subséquente de la pupille.* — Un des premiers et constants phénomènes de l'atropine est la dilatation énorme des pupilles. Elle est aussi le dernier et le plus lent à disparaître, car on la rencontre encore généralement huit jours et plus après la suspension du remède.

5° *Obscurcissement de la vue.* — Les objets semblent d'abord s'envelopper d'une vapeur blanche, les contours ne sont plus distincts, ni les personnes reconnaissables. Impossible de lire, de coudre, etc. Suivant la dose, cet état peut aller jusqu'à la cécité presque complète.

6° *Torpeur et tremblements paralytiques.* — A mesure que les doses de l'atropine augmentent, les membres, et spécialement les inférieurs, bien que dirigés par l'empire de la volonté, s'engourdissent. Si la dose est trop forte, la conscience se perd et les mouvements des muscles deviennent automatiques et convulsifs.

7° *Confusion intellectuelle.* — D'abord c'est une langueur et une lenteur de l'intelligence; les idées et les réponses sont tardives, peu justes, indifférentes. Ensuite il y a vertige et confusion comme dans l'ivresse.

8° *Hallucinations de l'ouïe et de la vue.* — Ce sont des perceptions de bruit, de tintement, de souffle; des visions de personnes connues, mais d'un aspect étrange et défiguré; des fantômes extraordinaires et gigantesques; des bourdonnements de nombreux insectes noirs, etc.

9° *Délire ou stupeur.* — Toutes les fois qu'on prend une dose d'atropine plus grande que celle à laquelle on vient d'être accoutumé, le délire ne manque presque jamais, et il y succède de l'assoupissement. Le délire peut être gai, étrange, ridicule; il peut être loquace, avec oubli et insouciance de tout ce qui entoure le malade, avec transport de l'imagination vers des objets éloignés ou imaginaires, et avec des actions, des mouvements et des discours incohérents.

PINCE ENTÉROTOME DE DUPUYTREN POUR OPÉRER LA FISTULE A L'ANUS; par M. TARUFFI.

Les moyens connus de pratiquer l'opération de la fistule à l'anus ne répondaient pas jusqu'ici à tous les besoins de la pratique. En effet, quand la fistule dépassait la hauteur du doigt, le chirurgien, dit M. Taruffi, se trouvait dans l'alternative ou d'abandonner la fistule à elle-même, ou de tenter la ligature qui ensuite ne pouvait être supportée, ou de s'exposer, par l'incision, à une hémorrhagie qui devenait insurmontable. Je ne parle pas de l'ouverture du péritoine qui, dans un cas de cette nature où la fistule était très-élevée, eut lieu sous le bistouri du professeur Roux, sans toutefois amener d'accident. C'est dans ces cas difficiles que M. Senna employa pour la première fois la pince entérotome de Dupuytren avec le plus grand succès. Son observation fut publiée en 1845, dans la GAZETTE MÉDICALE DE MILAN. Plus tard, Rizzoli, en Italie, obtint plusieurs succès par cette méthode, dans laquelle il modifia seulement la pince de Dupuytren; et en France, M. Gerdy publia, dans la REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS (année 1853), deux observations où la même méthode est appliquée sous le nom de méthode *par pincement*. M. Taruffi réclame, en faveur de ses compatriotes, la priorité. Quoi qu'il en soit, voici l'observation de M. Senna, publiée en 1845.

OBS. — Un conscrit, fils du gardien des prisons de Maleguano, contracta un vaste abcès à l'anus pendant qu'il était à l'armée; il ne voulut pas être opéré; l'abcès s'étant ouvert spontanément, après quelques mois, il retourna dans sa famille.

L'ouverture fistulaire correspondait au côté externe de l'anus et un peu au delà du sphincter à droite. La sonde ordinaire, introduite dans sa totalité, on ne peut vérifier la sortie du pus par l'orifice rectal. On se décide pour l'incision et on l'étend jusqu'où peut arriver le bout du doigt à la rencontre de l'extrémité du bistouri recourbé; on traite le malade à l'ordinaire pendant un bon mois; mais le pus surpasse de beaucoup la quantité que peut donner la surface incisée. La fistule soudée de nouveau, le doigt ne peut arriver à toucher le sommet de l'instrument explorateur; celui-ci s'élevait à la profondeur d'environ 6 pouces. Je pensai à la ligature mais elle ne me sembla pas praticable.

Le malade ayant un frère à Pavie, je le décidai à s'y faire transporter. Il fut soumis à l'examen d'un illustre opérateur, qui le traita dans sa salle pendant quelques semaines, mais celui-ci fut contraint de persuader au patient qu'il n'y avait pas d'autre opération à lui faire, et il lui conseilla de se fier au temps. Il retourna dans sa famille, et c'est alors que je me souvins de la pince ondulée de Dupuytren, inventée pour la guérison de l'anus anormal, suite de hernie étranglée, etc. Le malade se décida à cette opération. Qu'on prenne garde que le sphincter avait déjà été incisé; c'est pourquoi les branches de la pince devaient seulement agir sur la partie lisse et égale des membranes intestinales. Une des branches de l'ancienne pince modifiée pour le cas fut introduite dans le trajet fistuleux et l'autre par le rectum; on les joignit et on tourna la vis du manche pour les fermer; le patient la conserva deux jours sans peine en appliquant sur la partie des fomentations froides; l'instrument étant tombé sans hémorrhagie, une simple médication pendant quatre ou cinq semaines compléta la cure; et maintenant le sujet vit bien portant.

III. IL FILIATRE SEBEZIO.

Les numéros du premier trimestre de 1854 renferment les travaux originaux suivants: 1° *Statistique médicale de l'hôpital de la Paix*; par M. Del Gindice. 2° *Fièvre périodique compliquée d'un calcul rénal*; par M. de Santis. 3° *Procédé de Dupuytren modifié pour la chute du rectum*; par M. Posta. 4° *Sur l'antimoniate de quinine*; par M. Agostinacchio. (L'auteur du mémoire apporte le tribut de sa pratique pour confirmer les résultats obtenus par M. la Camera, et dont il a été parlé dans un autre article (voy. GAZ. MÉD., 1854, p. 271). Il résume son opinion en disant que l'antimoniate de quinine mérite d'être préféré à tous les autres sels quiniques dans les cas où les fièvres périodiques endémiques sont associées à des affections concomitantes, qu'il faut résoudre en même temps qu'on cherche à combattre l'accès.) 5° *Maladies régnantes à Monte-Cassin*; par M. Zarlenga.

CHUTE DU RECTUM GUÉRIE PAR LE PROCÉDÉ DE DUPUYTREN MODIFIÉ; par M. POSTA.

Au lieu d'exciser les plis rayonnés de l'anus dans toutes les directions, comme le fait Dupuytren, le chirurgien italien n'enlève que les plis latéraux et supérieurs, et respecte ceux qui correspondent à la base du périnée, dans la crainte de produire un abcès de cette région. Nous croyons cette crainte un peu exagérée; nous citons néanmoins l'observation.

OBS. — Un religieux de 24 ans, tempérament lymphatico-sanguin, habituellement constipé, souffre depuis quatre ans environ d'une chute du rectum.

Vers le milieu de novembre 1853 où l'auteur examina ce malade, l'intestin rectum en totalité était en prolapsus de manière à former un cône assez grand, très-allongé, ayant la base entre les fesses et son sommet pendant au dehors, livide et desséché.

La muqueuse rectale, qui se présentait tout entière à nu, offrait deux excoriations.

Mon premier soin, dit l'auteur, fut de traiter les excoriations et l'espèce de dessèchement sus-mentionné.

Matin et soir, une pommade faite avec les semences froides soulageait beaucoup le malade, et à peine le rectum était-il rentré qu'on y appliquait un tampon imbibé d'une solution de quinquina, acide sulfurique et miel rosat.

Tous les matins on donnait à l'intérieur 8 grammes d'huile de ricin avec le sirop de gomme arabique. Un bandage en T maintenait l'appareil.

Pendant vingt-quatre jours, cette médication unie à la réduction produisit quelque amélioration dans la muqueuse rectale; cependant le prolapsus restait le même comme à l'époque de sa formation. Persuadé que la chirurgie est le seul moyen de guérir le malade, M. Posta se décida à l'opérer par l'excision des plis rayonnés de l'anus, selon le procédé de Dupuytren. Le malade placé sur le ventre, au bord de son lit et faisant effort comme pour aller à la selle, le chirurgien excisa six plis anaux à l'aide de ciseaux courbes sur le plat. Il faut noter que les excisions furent pratiquées à 1 pouce de la ligne du raphé et qu'elles furent toujours faites sur les parties latérales et supérieures de l'orifice anal, afin d'éviter des dégâts à la base de la région périnéale. Ensuite on rapprocha les fesses avec de longues bandelettes de sparadrap; de la charpie, deux compresses et un bandage en T complétèrent l'appareil.

Le premier jour l'écoulement du sang fut peu considérable, et nul le second et le troisième; le quatrième les excisions étaient cicatrisées à l'exception d'une seule qui était en suppuration.

Les jours suivants on donna quelques laxatifs. L'intestin rectum se présenta d'un demi-pouce environ à l'orifice anal et rentra subitement dès que le malade se mit debout. Pendant quarante jours, le sujet apporta beaucoup de soin à son régime, et aujourd'hui il va à la selle comme s'il n'eût jamais souffert de cette maladie.

IV. IL RACCOGLITORE MEDICO DI FANO.

Les numéros du premier trimestre de 1854 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Lettre à M. Torelli;* par M. Agostini. (Il s'agit des fièvres intermittentes contre lesquelles l'auteur a employé un nouveau médicament avec succès. La décoction de châtaigne lui a donné un certain nombre de guérisons dont il fait le résumé.) 2° *Histoire d'un abcès à l'avant-bras gauche se terminant par l'apparition dans l'urine de matière puriforme;* par M. Guerra. 3° *Histoire d'une ligature de l'artère humérale faite avec succès;* par M. Emiliani. (Elle fut pratiquée pour une blessure artérielle de l'avant-bras.) 4° *Nouveaux et nombreux faits à l'appui de la plus grande efficacité du baume de copahu et du poivre de cubèbe associés pour la cure abortive de la blennorrhagie, surtout quand on y joint l'usage direct des injections;* par M. Rossini. 5° *Examen critique des mémoires de MM. Mazzutini et Peruzzi relatifs à l'extirpation de la parotide squirreuse;* par M. Madruzza. 6° *Sur le traitement de l'anthrax;* par M. Bartoli. 7° *Sur la cataracte;* par M. Peruzzi. 8° *Consultation médicale;* par M. Ferrari. 9° *D'une tumeur érectile qui intéressait presque tout l'avant-bras gauche, traitée par le chlorure de zinc;* par M. Busi. 10° *Nouvelles études sur les topographies médico-civiles;* par M. Ridaud.

ABCÈS DE L'AVANT-BRAS TERMINÉ PAR L'APPARITION DANS L'URINE DE MATIÈRE PURIFORME; par M. GUERRA.

La question des métastases humorales est encore aujourd'hui une des plus obscures de la médecine. Il va sans dire que sous le règne du solidisme elles étaient complétement rejetées des cadres nosologiques. Aujourd'hui que l'éclectisme a pénétré dans les sciences médicales comme partout, il est intéressant d'accueillir et d'examiner des faits qui semblent sortir des lois ordinaires et du cadre de nos connaissances acquises; et à ce point de vue, le fait que nous allons rapporter et qui soulève la question des métastases humorales mérite toute notre attention.

OBS. — Un charcutier, occupé à je ne sais quel travail de son métier, fut frappé par un fragment d'os là où l'indicateur de la main gauche s'articule à la portion correspondante du métacarpe. La plaie donna quelque temps beaucoup de sang qui enfin s'arrêta après qu'on eut répandu sur la plaie de la poudre de tabac. Deux jours après, sans cause connue, la plaie devint gonflée et douloureuse; la tuméfaction et la douleur se propagèrent à la main et à l'avant-bras. Le malade fit des fomentations émollientes qui n'amenèrent aucun résultat.

Le chirurgien appelé reconnut l'existence d'un phlegmon : large application de sangsues, repos, cataplasmes, diète sévère, purgatifs et boissons abondantes. Malgré ce traitement énergique, il se forma un vaste abcès. Le chirurgien, décidé à l'ouvrir, attendait seulement qu'il fût arrivé à une parfaite maturité et que la suppuration fût bien fermée. Or il arriva qu'étant allé un matin voir son malade, il trouva le volumineux abcès considérablement diminué et réduit à bien peu de chose; en même temps on lui fit voir deux vases de nuit presque pleins d'urine mêlée à une matière blanc obscur, de densité albumineuse et tout à fait semblable au pus. Le malade disait qu'il avait eu cette abondante excrétion dans l'après-midi et la nuit précédente, et qu'elle avait été précédée par un sentiment indescriptible, mais profond, de malaise général et d'augmentation dans la fièvre.

Le chirurgien ouvrit avec le bistouri le petit sac purulent qui restait et eut le plaisir de voir le malade, en très-peu de temps, parfaitement guéri.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 4 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

— M. MARSHAL-HALL adresse à l'Académie un mémoire consacré à différencier les paralysies en spinales et cérébrales.

— M. ANCELON envoie une note sur le choléra. Ce médecin y exprime l'opinion que le choléra est non contagieux sur le vivant et très-apte à se transmettre par des déjections et même par les cadavres.

M. BELLARD envoie une note qui a pour but de rattacher le choléra à l'absence de l'ozone dans l'air.

— M. LONGET annonce à l'Académie une série de recherches sur la digestion. Récemment il a constaté par des expériences nombreuses que le sperme jouit de la propriété d'émulsionner les graisses, de les dédoubler très-nettement, et que la présence de l'acide est très facile à constater.

— M. JULES GUÉRIN écrit à l'Académie de vouloir bien le comprendre parmi les candidats à la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie.

— M. J. CLOQUET écrit une lettre dans le même but, et annonce à l'Académie qu'il lui remettra la liste de ses travaux.

Ces deux lettres sont renvoyées à la section de médecine et de chirurgie.

— M. FREMY, dans la séance du 27 novembre, a lu un travail étendu sur la composition chimique des os et de divers produits tégumentaires.

— M. CHATIN lit un mémoire sur l'anatomie comparée végétale.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 5 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre transmet :

1° Un modèle de ceinture électrique de M. Breton;

2° Un rapport de M. Boursier sur l'épidémie de choléra et de dyssenterie de Senlis;

3° Un rapport du docteur Giraud sur l'épidémie cholérique de Flayosc (Var);

4° Une recette et des échantillons d'un liniment lactifuge de M. Séguin, pharmacien à Cavaillon.

— M. COMMAIL, médecin à Douéra (Algérie), adresse une note complémentaire de son travail sur l'*atractylis gummifera* de Linné. (Comm. : MM. Adelon, Caventou et Chatin.)

— M. MATHIEU soumet à l'Académie son trocart à poinçon mobile.

— M. LEROY-D'ÉTIOLLES offre de livrer à l'Académie les documents qu'il possède sur le cancer.

— M. HOURSOLLE envoie l'état des vaccinations pratiquées à Bayonne.

— M. BAYARD, de Cirey (Haute-Marne), écrit à l'Académie pour démontrer que la dégénérescence du virus vaccin est une supposition gratuite.

— M. MARTIN envoie la description d'un nouvel appareil pour le transport et le traitement des blessés affectés de fracture des membres inférieurs.

— M. MARCHANT (de Charenton) écrit pour faire savoir que le croup diffère du faux croup par les fausses membranes.

— M. DOIN (de Bourges) adresse un mémoire où il expose une nouvelle doctrine physiologique du choléra.

M. DANYAU présente, au nom de la famille Roux, le premier volume des œuvres de Roux, intitulé : QUARANTE ANS DE PRATIQUE CHIRURGICALE.

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Bailly, membre correspondant.

EAUX MINÉRALES.

M. HENRY lit un rapport sur les eaux minérales sulfureuses de Villefranche (Aveyron); sur l'eau ferrugineuse naturelle de Sentein (Ariége); et sur trois sources de Propiac (Drôme).

M. le rapporteur conclut, au nom de la commission, à ce que l'exploitation en soit autorisée.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le cancer.

La parole est à M. Bouillaud.

DE L'HÉRÉDITÉ DU CANCER.

M. AMUSSAT demande la parole pour une rectification.

D'après le discours de M. Ferrus, dit l'orateur, on serait porté à croire que

j'ai trouvé des cancers héréditaires là où lui-même n'a pu en découvrir. Ce n'est pas là une pensée que j'aie entendu vous insinuer. J'ai étudié l'hérédité à la grande école de Récamier, et c'est là que j'ai acquis la conviction que je vous exprimai. Dans les hôpitaux et hospices, il est très-difficile d'obtenir des renseignements de quelque valeur. Du reste, M. Ferrus lui-même a reconnu cette difficulté dans son article du Dictionnaire.

Hier je fus à la Salpêtrière : je m'adressai à deux malades cancérées du sein. L'une de ces femmes très-âgées ne m'a rien fourni du tout; l'autre m'a présenté une particularité digne de fixer votre attention. Le bulletin concordait avec le dire de la femme : parents non cancéreux. Mais son *grand père* est mort d'un cancer de la face, qu'elle a hérité, ajouta-t-elle. Les antécédents doivent toujours remonter au delà du père, parce que les affections héréditaires sautent souvent sur une génération.

Je pense donc que le cancer sera trouvé héréditaire dans l'immense majorité des cas où l'on remontera aux sources. Mais à côté de cette triste conviction, j'en ai une bien consolante : je crois fermement à la curabilité du cancer.

DU CANCER ET DU DIAGNOSTIC DE L'ÉCOLE ORGANIQUE.

M. Bouillaud : Messieurs, cette discussion à son début était bien plus simple qu'elle ne l'est en ce moment. Mais la lutte une fois engagée, le feu a pris sur toute la ligne. Il s'agit aujourd'hui surtout d'une question de philosophie médicale. La loi de Bichat, citée et défendue par M. Robert, a été attaquée ici et en dehors de cette enceinte. On a enfin attaqué les principes de l'école organique ou organicienne elle-même.

J'espère prouver que, dans une vaste limite, la loi de Bichat est vraie. Je me propose cependant aussi de parler du microscope et de la lumière qu'il peut jeter sur le diagnostic du cancer. Il y a fort longtemps que je suis ami du microscope, et je l'ai écrit dans mes livres.

Je reviens à la fameuse loi de Bichat : elle a été bien exposée par M. Robert. Cette loi établit qu'entre les lésions cadavériques et les symptômes observés sur le vivant, il existe un rapport tel, une relation si constante qu'on peut en quelque sorte prévoir les unes par les autres. Cette loi a été vivement attaquée par M. Malgaigne, un des preux de nos tournois académiques. M. Malgaigne a dit qu'elle était fausse; que c'était une loi d'amphithéâtre; que Bichat, l'anatomo-pathologiste, n'était pas en droit de la poser. D'abord, messieurs, ce n'est pas une loi d'amphithéâtre; elle contient deux termes : elle traite des lésions et des symptômes; et si l'étude des altérations cadavériques se fait à l'amphithéâtre, celle des phénomènes morbides ne peut se faire que dans les cliniques. C'est donc une loi d'observation.

On a adressé à l'école de Paris le reproche d'être antivitaliste. Je vais montrer, en remontant à ses maîtres, à ses fondateurs, quel esprit animait ses aïeux.

Qu'on lise un seul des beaux discours que Morgagni place en tête de ses lettres! Et Haller qui appelait la physiologie *anatome animata* : voilà le véritable fondateur de l'école anatomo-physiologique. Et Corvisart qui dit en tête de ses œuvres : « Ce serait une grande erreur de penser que l'anatomie suffit pour attendre le but du diagnostic. Le médecin qui ne lierait pas les deux ordres de connaissances anatomiques et physiologiques serait un prosecteur industrieux et patient, etc. Combien de faux diagnostics sont portés chaque jour par ceux qui n'ont cultivé que l'anatomie. Ce qui manque à nos confrères, ajoute Corvisart, c'est la notion de physiologie. » Et Pinel, qui revenait de l'école de Barthez, achever son éducation à Paris : N'est-ce pas lui qui a localisé les fièvres essentielles.

Mais le véritable fondateur, c'est Bichat qui représentait cette double tendance. Ce] qu'il n'a pas trouvé, il a prédit qu'on le trouverait. Enfin Laennec, qui combattait l'école physiologique, était-il autre chose qu'un anatomiste? Certes une grande fraternité scientifique unit ces deux hommes; car voyez Broussais, le créateur de l'école physiologique, il parle souvent le langage de Bichat; on croirait parfois lire une copie.

Parlerai-je de Dupuytren, de Richerand? Mais tous deux tenaient également compte des troubles fonctionnels. Et parmi les vivants, celui qui représente si fortement l'école organicienne, M. Rostan, a-t-il jamais dit que l'étude du cadavre suffisait au médecin ?

Au lieu de diviser la science en études organiques et en études fonctionnelles, notre école les a réunies; de là une anatomie pathologique vivante.

La médecine organicienne ne nie pas les altérations des humeurs, les localisations générales dans un système de tissus, elle ne nie pas les maladies dynamiques telles que les névroses.

Vous voyez en quoi consiste le diagnostic : déterminer par des signes, de quelque ordre qu'ils soient, physiques, chimiques, dynamiques, quel est l'organe malade, comment il est affecté. Généralement la relation entre les lésions cadavériques et les phénomènes morbides est si étroite et si certaine qu'on peut directement prévoir les unes par les autres.

Si la cellule cancéreuse indiquait aussi sûrement la réalité du cancer que les fausses membranes et le pus dénotent une inflammation, le microscope aurait fait faire un grand pas à la pathologie.

J'entre à présent dans le cœur de la question, et je commence par le diagnostic du cancer. Ici je me trouve en contact avec trois académiciens dont les opinions, à quelques nuances près, sont les miennes sur beaucoup de points.

Je trouve d'abord M. Robert, qui a fait un siége en règle et qui n'a rien changé à ses dispositions premières. Il dit nettement que, pour reconnaître la nature cancéreuse d'une tumeur, il faut l'intervention du microscope; que le cancer doit être défini, non d'après ses caractères extérieurs, mais bien d'après la présence d'un élément qui lui est propre et qu'on y trouve constamment : la cellule cancéreuse.

Puis vient M. Malgaigne, qui rejette la loi de Bichat défendue par M. Robert, qui ne veut pas que l'identité du produit morbide entraîne l'identité de la maladie, et qui, avançant, va beaucoup plus loin que M. Robert. Pour lui, le diagnostic — ce mot me semble ici mal appliqué — le diagnostic scientifique est impossible sans l'intervention du microscope. On ne saurait être plus ultra-micrographe. Quant à la distinction établie par M. Malgaigne entre le diagnostic scientifique et celui qu'il appelle pratique, je la considère comme malheureuse. Le diagnostic doit toujours être essentiellement pratique, son seul but étant de diriger le praticien.

Mais cette cellule est-elle pathognomonique du cancer? Les micrographes qui professent cette croyance ont rencontré en M. Velpeau un terrible adversaire. Son second discours a été un discours *cellulicide!* Si une chose me confond, c'est qu'il n'ait pas été suivi de cris de désespoir dans le camp des micrographes. En cherchant à résumer l'argumentation redoutable de M. Velpeau, il m'est arrivé de presque tout transcrire.....

M. Velpeau a examiné les cellules épithéliales de M. Robert, les fibro-plastiques de M. Larrey, et en tacticien consommé, il a battu ses adversaires avec leur propre arme. Qu'est devenue la cellule? Elle a été détruite, mise à néant : M. Velpeau a démontré que tumeurs épithéliales, fibro-plastiques, cancéreuses, possédaient au même titre, quoique à des degrés peut-être divers, la propriété de récidiver sur place, de repulluler au loin, d'entraîner la cachexie.

Donc, les efforts des micrographes ont abouti, à quoi? A rien. Tel a été le résultat du discours de M. Velpeau.

Après cette écrasante philippique, je me disais que, dans le camp des micrographes, si l'on ne récitait pas la prière des agonisants, au moins y était-on fort consterné. Point. C'est un *Te Deum* que l'on y entonne. On va chantant : La cellule a vaincu! Le microscope triomphe! Ces cris de victoire m'ont singulièrement surpris, et j'estime qu'il faut être armé d'un microscope de la plus haute puissance pour découvrir dans le discours de M. Velpeau le moindre motif à une pareille joie!.... M. Velpeau est ami du progrès, il n'en veut pas au microscope, mais aux micrographes; l'exorde et la péroraison de son discours — et pour faire ses discours il s'y prend comme le sage Ulysse — renferment des choses fort agréables pour le microscope. M. Velpeau est médecin, et il sait enduire de miel les bords du vase quand il s'agit de faire avaler un breuvage amer. Mais que les micrographes ne s'y trompent pas : tant qu'on n'aura pas répondu à ce discours de M. Velpeau, tous les efforts que les micrographes ont faits jusqu'ici dans cette question seront perdus, et comme non avenus.

Enfin, vint le discours de M. Delafond, qui vous offre le pour et le contre de la question. La première partie de son discours est terrible; la seconde est plus faible.

Quel sera le résultat de cette grande bataille microscopique? Le voici :

Lorsqu'on a recours au microscope sur le cadavre ou après une ponction exploratrice, ce n'est jamais qu'un diagnostic cadavérique que l'on peut faire. Cependant s'il était démontré qu'il y eût dans le cancer un élément constant et qui ne se rencontre dans aucune autre production pathologique ou normale, ce diagnostic cadavérique aurait encore une valeur immense. Mais cet élément constant existe-t-il? Son existence est-elle même bien probable? Je crois, pour ma part, que rien n'est plus rare qu'une tumeur formée d'un seul tissu; qu'il en est des tumeurs comme des organes, et qu'elles renferment dans leur structure complexe plusieurs éléments distincts.

J'engage les micrographes à redoubler de soin et de persévérance. Je les engage surtout à *se discipliner*. Il a été dit qu'un royaume entre soi divisé périra! Qu'ils y réfléchissent. Il est aisé de voir qu'ils se combattent entre eux, qu'ils éprouvent ce dont les dieux et les dévots, nous assure-t-on, ne sont pas toujours exempts. *Tantane animis.... cœlestibus?* Qu'ils fassent taire ces petites jalousies de métier, il y va de l'intérêt de la cause commune.

Quant au microscope, je ne mets pas en doute un seul instant qu'il ne donne toujours et partout le même résultat. Jamais, je l'affirme, le microscope ne s'est trompé, mais les micrographes ne sont pas infaillibles. Comment le microscope se tromperait-il? Est-ce qu'il pense, juge, apprécie? est-ce qu'il voit même? Non, il grossit les objets, voilà tout; il les grossit à Vienne comme à Berlin, à Alfort comme à Paris. N'accusons donc pas le microscope des fautes des micrographes. Ce n'est donc pas chose facile de bien juger, de bien apprécier, de bien interpréter. S'il suffisait d'acheter un microscope pour cela, je crois que personne n'hésiterait à en faire la dépense. Ce qui est autrement difficile à manier que le microscope, c'est l'esprit qui s'en sert. J'ai assisté à des observations micrographiques; toutes les personnes qui y participaient voyaient le même objet et en faisaient le même dessin. Les erreurs et les dissidences ne peuvent donc venir que d'une seule source, de ce qu'on a observé des objets différents, croyant avoir affaire à une même substance. Je ne puis admettre, en dehors de cela, que des micrographes exercés soient en désaccord sur un résultat d'observations aussi simples.

J'arrive à la question de curabilité du cancer, et je m'empresse de rendre hommage à M. Velpeau et à M. Amussat, qui ont développé un système heureux, consolant.

En terminant, M. Bouillaud propose à l'Académie de nommer une commission chargée d'examiner des tumeurs cancéreuses, soit elle-même, soit avec le concours de micrographes expérimentés, aussi souvent que cela sera nécessaire. Peut-être arriverons-nous ainsi à trouver cette sorte de pierre philosophale qui est en ce moment l'objet de tant de recherches.

M. Velpeau : Je ne demande pas mieux.

M. Rostan : L'Académie a, en quelque sorte, pressenti les conclusions de l'honorable orateur. La question actuellement débattue formera l'objet de l'un des prix de l'Académie.

M. le Président annonce que la séance annuelle aura lieu le 12 décembre.

L'Académie se constitue en comité secret.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

Quinologie. — Des quinquinas et des questions qui, dans l'état présent de la science et du commerce, s'y rattachent avec le plus d'actualité; par MM. A. Delondre et A. Bouchardat.

Traité thérapeutique du quinquina et de ses préparations; par M. P. Briquet.

Dans les sciences naturelles, tous les faits nouveaux doivent être accueillis avec intérêt, lorsqu'ils ont été observés par un esprit droit et consciencieux. Les découvertes les plus minimes en apparence donnent lieu souvent aux résultats les plus importants, quand elles sont coordonnées avec soin, de manière à pouvoir en déduire des conséquences rigoureuses. En effet, l'étude d'un sujet, même très-limité, est quelquefois si vaste et présente tant de difficultés, qu'on ne saurait raisonnablement espérer la voir mener à bonne fin par un seul, et que ce n'est pas trop des efforts réunis de nombreux savants pour en venir à bout. Grâce à ces efforts réitérés, les découvertes, d'abord en germe et comme inaperçues, grandissent peu à peu et, fécondées par de nouvelles observations, conduisent à des résultats presque toujours inattendus.

Ces considérations s'appliquent surtout à l'étude de ces végétaux intéressants par leurs applications à la médecine ou aux divers usages de la vie. On est loin de connaître aujourd'hui l'origine de tant de substances médicinales ou économiques que le commerce nous transmet. Toutefois de grands pas ont été faits dans cette voie et doivent faire bien augurer de ce qui reste à faire. D'ailleurs l'origine de ces substances n'est pas toujours ce qu'il y a de plus utile à connaître: l'étude de leurs propriétés présente, il faut l'avouer, au praticien un bien plus grand intérêt.

Étudier les différentes variétés ou sortes commerciales de ces substances, constater par l'analyse chimique leur richesse en principes actifs, déduire des données de l'analyse jointes à celles de l'expérience le degré plus ou moins prononcé des propriétés que l'on recherche, décrire avec soin et souvent même minutieusement les caractères extérieurs qui correspondent à ces différents degrés et qui permettent de déduire de l'aspect la connaissance des propriétés: tel est le but à atteindre dans ce cas.

Parmi ces substances, il en est peu qui occupent dans la matière médicale un rang plus distingué que le quinquina, cette précieuse écorce à laquelle on n'a pas jusqu'à présent trouvé de succédanés, tandis que l'on en possède pour la plupart des autres produits exotiques. Nous devons donc, à ce titre, signaler d'une manière toute spéciale les deux ouvrages indiqués en tête de cet article.

La Quinologie de MM. Delondre et Bouchardat est, comme les auteurs ont soin de nous en prévenir, un travail essentiellement pratique; « il a pour but de compléter ce qui, dans les nombreux ouvrages publiés sur l'histoire des quinquinas, laissait à désirer sous le rapport de l'étendue ou de l'exactitude des détails, tout en rendant justice aux savants auteurs de ces ouvrages, et notamment à M. Weddell, qui a fourni tant de précieux documents pour cette histoire. » Ici les écorces sont présentées sous le nom de leur provenance et avec leur valeur en alcaloïdes, constatée par l'analyse chimique.

Connue sans doute des Indiens longtemps avant la conquête du Pérou par les Espagnols, ce ne fut guère qu'en 1639 que l'écorce de quinquina fixa l'attention des Européens établis en Amérique. On sait comment, après divers essais, cette écorce fut mise en vogue par la comtesse de Cinchon; de là le nom d'*écorce de la comtesse*, qu'elle porta longtemps, et celui de *cinchona*, donné au genre par Linné. Un siècle environ se passa avant que son usage se répandît en Europe. En 1738, la Condamine, qui avait observé l'arbre dans son pays natal, en donna la première description complète, quelques années après que Torti eût fait connaître ses propriétés. Don Miguel de Sanesteban le découvrit en 1755 au nord de l'Équateur, aux environs de Papayan, et en communiqua des échantillons à Mutis. Celui-ci, à qui il était réservé de faire connaître les trésors botaniques de la Nouvelle-Grenade, et que Linné appelle le *prince des phytologues américains*, découvrit le quinquina dans des contrées où on n'en soupçonnait pas l'existence. Il avait réuni sur cet arbre de nombreux matériaux perdus pour la plupart dans les guerres de l'indépendance. Zéa, son élève et son continuateur, mentionne, en 1800, *sept espèces véritables*, découvertes par Mutis, avec *beaucoup d'autres variétés qui sont officinales*.

Ruiz et Pavon, dans leur Quinologie (1732—1801), ont jeté quelque jour sur l'histoire de cette précieuse rubiacée. S'ils ont contredit Zéa, cela vient de ce qu'ils ne connaissaient que les quinquinas du Pérou, et Zéa (écrivant sur les documents de Mutis) que ceux de la Nouvelle-Grenade. « Ce conflit est vraiment regrettable, car, par la comparaison des feuilles et des écorces, ils auraient évité un pareil malentendu, sous le rapport botanique et médical, et ils auraient éclairé la science au lieu d'y répandre de l'obscurité par leur division. »

« Les raisons avancées par Ruiz et Pavon pour justifier la préférence à donner aux quinquinas de Loxa et de Huanuer sur ceux de la Nouvelle-Grenade reposent sur l'expérience de cent soixante ans; et précisément ce sont les mêmes quinquinas que l'on exclut aujourd'hui, non pas seulement parce qu'ils sont moins riches en alcaloïde, *mais parce qu'ils sont en grande partie à base de cinchonine.* »

En 1807, MM. de Humboldt et Bonpland ont parcouru le pays des quinquinas, et étudié ces remarquables productions. Ils ont été en rapport avec Mutis, qui leur a communiqué ses collections et ses dessins.

Berger a aussi visité ce pays en 1822, peu de temps après que Laubert eut publié des travaux remarquables sur le quinquina. Ce dernier a fait connaître (bien que Vitet en eût parlé pour la première fois en 1789) le *quinquina calisaya* ou quinquina jaune. Il était à cette époque le plus employé en pharmacie, soit à cause de son prix quatre fois moindre, soit à cause de sa plus grande richesse en alcaloïde. Aujourd'hui encore le quinquina calisaya a presque complétement chassé de la matière médicale le quinquina gris ou de Loxa, et pourtant une proportion inverse s'est établie dans les prix, car c'est le calisaya qui est maintenant trois ou quatre fois plus cher que l'autre.

Enfin, pour abréger ces détails historiques, nous dirons qu'en 1847 MM. Delondre et Weddell se rencontrent par hasard dans les montagnes de Santa-Anna, marchant au même but, à l'insu de l'un de l'autre. Nous pensons qu'il ne sera pas sans intérêt de mettre sous les yeux de nos lecteurs quelques passages d'un épisode du voyage de M. Delondre.

« Nous nous mîmes en route le 7 août, et après deux jours nous quittâmes les vallées pour passer à travers les neiges de la Cordillère, que l'on m'a dit être à une élévation de plus de 5,000 mètres au-dessus du niveau de la mer. Nous avons eu un temps affreux et une route plus affreuse encore avant de gagner la douce température qui nous permit de nous sécher et de nous réchauffer dans une belle forêt tropicale. Dès ce moment jusqu'au 12, ce ne fut plus qu'une charmante promenade pour arriver à Etcharate, propriété d'un des amis de Romanville. Le lendemain nous partîmes pour la forêt près de Cocabambilla, et là nous prîmes pour guide un Indien qui nous frayait un chemin en abattant les branches d'arbres et les lianes qui gênaient notre passage.

» Après une course des plus fatigantes, à travers mille obstacles et exposés à une pluie fine qui eut bientôt traversé nos vêtements, nous entendîmes le retentissement des coups de hache de l'Indien qui était arrivé au haut de la montagne bien avant nous, car nous étions exténués.

» Mais les coups de hache, qui étaient le signal de notre conquête, nous rendirent les forces comme par enchantement, et nous fûmes bientôt auprès de ce magnifique et grand arbre que je voyais pour la première fois, et qui était depuis longtemps le sujet de mes rêves. Je restai en extase devant ses belles écorces argentées, ses larges feuilles d'un vert chatoyant, et ses fleurs d'un parfum si doux, qui rappellent un peu celles du lilas.

» L'arbre n'est pas tombé tout de suite, il est resté comme suspendu au milieu des lianes et des arbres de toute espèce dont il était entouré, et qu'il a fallu abattre à une certaine distance pour que notre conquête si désirée pût s'étendre sur la terre et nous permettre de l'admirer à notre aise, de couper des écorces du tronc et des branches et de mâcher les feuilles, les fleurs et les fruits, pour y chercher à des degrés différents l'amertume des écorces.

» En descendant de la montagne, je ne pus m'empêcher de déplorer l'indifférence avec laquelle l'Indien portait ses coups de hache à une certaine élévation du sol, pour n'avoir pas la peine de se courber. Il

en est de même dans toutes les forêts de l'Amérique du Sud; ils abandonnent aussi le tronc à la naissance des branches, et l'on peut calculer que, généralement, on ne récolte pas la moitié des écorces que chaque arbre pourrait produire.

» Après quelques jours de nouvelles courses dans les forêts voisines nous nous occupâmes de notre retour.... »

MM. Delondre et Bouchardat donnent ensuite la description des quinquinas, en suivant la chaîne des Andes, depuis la Bolivie jusqu'à la Nouvelle-Grenade. Cette description est faite avec beaucoup de soin et accompagnée de magnifiques planches coloriées représentant un très-grand nombre d'échantillons. Sans s'astreindre à une classification botanique, les auteurs décrivent d'abord les meilleurs quinquinas, puis ceux de qualité inférieure, enfin les faux quinquinas. Ces deux dernières catégories étaient intéressantes à connaître, afin qu'on pût éviter, soit dans l'exploitation, soit dans le commerce, de les confondre avec les vrais quinquinas. On comprend que cette partie, toute descriptive, ne peut être analysée ici.

Dans les conclusions pratiques qui terminent l'ouvrage, MM. Delondre et Bouchardat espèrent avoir démontré que l'alcaloïde qui forme en grande partie la base des quinquinas préférés pendant un siècle et demi, est la *cinchonine*, que M. Delondre isole avec soin maintenant de la quinine.

« L'emploi général que l'on fait aujourd'hui des quinquinas riches à la fois en quinine et en cinchonine rend très-désirable la recherche d'un moyen pratique qui, en respectant les habitudes prises, permette d'utiliser la cinchonine. C'est, en effet, le seul moyen efficace de maintenir la quinine à un prix modéré. Il est de toute évidence qu'il n'y a pas de succédané qui puisse être comparé à la cinchonine.

» Pour arriver à faire employer à la fois ces deux alcaloïdes, deux moyens principaux sont indispensables: 1° adopter l'action physiologique du sulfate de quinine comme unité; fixer le rapport qui existe entre cette unité et les préparations de cinchonine, pour ramener les préparations complexes à l'unité quinique, en faisant varier d'après l'analyse les proportions des matières employées; 2° réformer, d'après ces principes, quelques-unes des préparations de quinquina du Codex.»

Si l'ouvrage de MM. Delondre et Bouchardat n'est pas le dernier mot dans la question des quinquinas, il marquera du moins un grand pas fait dans l'histoire de ces intéressantes substances; il aura rectifié et complété les ouvrages précédemment écrits sur le même sujet, et leurs descriptions serviront de base et de point de comparaison aux découvertes ultérieures.

La plupart des auteurs qui ont écrit sur les quinquinas se sont plaints de la méthode déplorable mise en usage pour l'exploitation des forêts de ces arbres précieux. MM. Delondre et Bouchardat reproduisent ces plaintes avec d'autant plus de raison qu'on a malheureusement reconnu aujourd'hui l'impossibilité à peu près complète de naturaliser ces végétaux dans d'autres régions. Les Indiens qui exploitent ces arbres les coupent, comme nous l'avons vu, à une certaine hauteur, ce qui, outre le grave inconvénient de laisser perdre une partie des écorces, rend difficile la reproduction des rejets; aucun soin n'est pris d'ailleurs pour maintenir ces forêts en bon état. Aujourd'hui que l'exploitation forestière, au lieu de se borner, comme autrefois, à l'abatage pur et simple des arbres, est soumise à des règles sûres, nous ne voyons pas pourquoi on n'appliquerait pas ces règles aux quinquinas. N'avons-nous pas en Europe des arbres que l'on exploite, sinon exclusivement, du moins en grande partie, pour leur écorce? Tel est, par exemple, le chêne. On sait aujourd'hui quelles sont les conditions de sol, d'âge, d'exposition, de végétation, de culture, etc., qui permettent d'obtenir les écorces les plus abondantes et les plus riches en tannin. On sait aussi quels sont les soins à prendre pour remédier au dépérissement des souches et assurer la perpétuité des taillis. Il est probable qu'une méthode, sinon identique, du moins analogue, peut être appliquée aux quinquinas, et que, lorsque la culture marchera de pair avec l'exploitation, on obtiendra des produits supérieurs en quantité et en qualité. Mais qu'on se hâte: car, avec la continuation du système vicieux actuel, les forêts de *cinchona* seraient bientôt réduites à un tel degré de dépeuplement, qu'il faudrait ensuite de grands travaux et de grands frais pour les rétablir.

La partie matérielle de cet ouvrage est en tout point digne d'éloges. De très-belles planches coloriées reproduisent, avec une élégante fidélité, les diverses sortes de quinquinas et les écorces que l'on confond quelquefois avec eux. Ces dessins, et les descriptions exactes et consciencieuses qui les accompagnent suppléent à la vue des objets et permettent d'acquérir une connaissance suffisante de la matière. Au bas de chaque échantillon figuré est indiquée sa richesse en sulfate de quinine ou de cinchonine, déterminée par les analyses de M. Delondre.

Les auteurs ont eu l'heureuse idée de joindre à leurs planches la carte de la distribution géographique des quinquinas et le tableau physique de la végétation des Andes, par M. de Humboldt. Ces deux documents ne peuvent qu'ajouter à l'intérêt scientifique d'un livre déjà si remarquable à tant de titres.

— L'ouvrage de M. le docteur Briquet a pour titre: Traité thérapeutique du quinquina et de ses préparations. Ce titre indique parfaitement le but et la portée de ce livre, qui est bien en effet un traité complet, tant physiologique que thérapeutique, sur l'action de l'écorce du Pérou et de ses préparations, administrées à toutes les doses. Après avoir rappelé, dans son Introduction, la controverse qui a eu lieu sur l'emploi du quinquina, d'abord à doses ordinaires, et plus tard à doses élevées, l'auteur divise son travail en quatre parties.

La première est consacrée à l'étude de l'action du quinquina sur l'économie en général, puis successivement sur la circulation du sang, le nombre des battements et la force du pouls, et le sang lui-même; sur l'encéphale et ses dépendances; sur les organes de la respiration et de la digestion, la rate et le foie, les organes génito-urinaires; enfin, sur la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Tous ces grands appareils de la vie sont traités dans autant de chapitres particuliers, où l'auteur discute, avec une érudition remarquable, les opinions des anciens, et expose les nombreuses observations et expériences qu'il a en occasion de faire à ce sujet. Des conclusions habilement déduites permettent de résumer les faits nombreux qui tendent à jeter un jour nouveau sur un des sujets les plus intéressants de la physiologie et de la thérapeutique.

Dans la seconde partie, M. Briquet examine le mode d'action et le mode d'élimination des sels provenant du quinquina, ainsi que les circonstances qui modifient l'action de ces sels. Ces circonstances sont l'âge, le sexe, la stature et la force, les évacuations sanguines, les excitants, les sédatifs, etc.

L'objet de la troisième partie est la détermination du mode général d'action du quinquina, dans les maladies intermittentes en général, sur le miasme paludéen, sur l'état organopathique concomitant, etc. La manière d'agir du quinquina sur le système nerveux est comparée à celle des principaux fébrifuges, et on en déduit les règles de la médication de cette substance dans les fièvres intermittentes.

Enfin, la quatrième partie comprend l'étude de la valeur relative des préparations diverses du quinquina, parmi lesquelles nous citerons surtout la quinine brute, la cinchonine, la quinine pure et ses différents sels (bisulfate et sulfate bibasique, chlorhydrate, azotate, carbonate, etc.), les sels de cinchonine, la quinoïdine, enfin l'extrait mou et l'extrait sec de quinquina.

L'étude des doses auxquelles on administre le quinquina forme une question importante, et qui est traitée d'une manière digne du reste de l'ouvrage. M. le docteur Briquet rappelle à ce sujet les opinions des auteurs anciens et modernes, les inconvénients présumés des doses élevées; il expose ensuite les expériences destinées à constater les doses toxiques chez les animaux et les faits observés sur l'homme. A cette étude se rattache celle du moment où l'on doit donner le quinquina, de la manière de l'administrer, des médications adjuvantes ou correctives de cette substance, enfin, du temps pendant lequel on doit en continuer l'usage. L'auteur termine en discutant la valeur relative des diverses formes sous lesquelles on l'administre.

En un mot, cet ouvrage est, d'après les expressions de M. Briquet, un traité dans lequel tout ce qui a rapport au quinquina et à ses préparations a été expérimenté, analysé, réglé d'une manière aussi précise que le peuvent être la théorie de physique la plus accréditée et l'opération chirurgicale la mieux réglée. Ce livre justifie la confiance qu'a son auteur d'avoir substitué, dans la thérapeutique des maladies intermittentes, une marche rationnelle aux tâtonnements aveugles de l'empirisme, et d'avoir fourni aux médecins un guide, véritable fil d'Ariane, destiné à les conduire à travers les difficultés d'un traitement dans lequel ont régné jusqu'à présent tant d'arbitraire et tant d'obscurité.

A. Dupuis.

VARIÉTÉS.

— M. le docteur Rayer, membre de l'Institut, médecin ordinaire de l'empereur, est nommé commandeur de la Légion d'honneur.

— M. le docteur Chavanne est nommé chef de clinique externe (création nouvelle) à l'École préparatoire de médecine de Lyon.

— Par décret impérial, daté du 6 décembre, l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Nancy est réorganisée de la manière suivante :

L'enseignement comprendra : 1° anatomie et physiologie ; 2° pathologie externe et médecine opératoire ; 3° clinique externe ; 4° pathologie interne ; 5° clinique interne ; 6° accouchemeots, maladies des femmes et des enfaots ; 7° matière médicale et thérapeutique, 8° pharmacie et toxicologie.

Ces chaires sont confiées à huit professeurs titulaires.

Le nombre des professeurs adjoints de ladite école est fixé à trois, qui seront attachés : à la chaire de clinique externe ; à la chaire de clinique interne ; à la chaire d'anatomie et physiologie.

Le nombre des professeurs suppléants est de quatre, qui seront attachés : aux chaires de médecine proprement dite ; aux chaires de chirurgie et d'acconchement ; à la chaire d'anatomie et physiologie ; aux chaires de matière médicale, thérapeutique, pharmacie et toxicologie.

Il est également attaché à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Nancy ; un chef des travanx anatomiques ; nn prosecteur ; un préparateur de pharmacie et toxicologie.

Il ne sera pourvu définitivement aux diverses fonctioos instituées par le présent décret, qu'an fur et à mesure que la ville de Nancy aura assuré, par un vote dn conseil municipal, les fonds nécessaires.

Sont nommés à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Nancy :

Professeurs titulaires des chaires snivantes, savoir :

Anatomie et physiologie : M. Léon Parisot.
Clinique exteroe : M. Edmood Simonin.
Clinique interne : M. Victor Parisot.
Accouchements, maladies des femmes et des enfants : M. Roussel.
Matière médicale et thérapeutique : M. Laurens.
Pharmacie et notioos de toxicologie : M. Blondlot.

Sont nommés professeurs adjoints chargés des cours snivants, savoir :

Pathologie externe et médecine opératoirc : M. Béchet.
Pathologie interne : M. Demange.

Sont nommés :

Professeur suppléant : M. Grandjean.
Chef des travaux anatomiques : M. Poincarré.

M. Edmond Simonio, professeur de clinique externe, est nommé directeur de l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Nancy.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 6 décembre 1854 :

M. Victor Parisot, professenr de clinique interne à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Nancy, est nommé officier de l'instroction publique.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, en date du 30 novembre 1854 :

M. Godron, professeur d'histoire naturelle à la Facnlté des sciences de Nancy, est nommé doyen de ladite Faculté.

— Par arrêté impérial en date dn 2 décembre 1854 :

M. Pasteur, docteur ès sciences, professeur de chimie à la Faculté de Lille, est nommé doyen de ladite Faculté.

— M. Dussault, chirurgien ordinaire de troisième classe, vient d'être nommé chirurgien entretenn de troisième classe, exceptionnellement, en récompense de sa belle conduite pendant qu'il était détaché de *la Ville-de-Paris* dans les batteries de la marine à terre au siége de Sébastopol.

— MM. Guérin, chirurgien de deuxième classe de *l'Eurydice*, et La Garde, chirurgien de 2e classe de *l'Obligado*, ont été nommés chevaliers de l'ordre de la Légioo d'honoeur.

— M. Lacaze du Thiers, docteur en médecine, docteur ès sciences naturelles, ancien préparateur d'histoire naturelle à la Faculté des sciences de Paris, vient d'être nommé professeur d'histoire naturelle à la Faculté des sciences de Lille. (Faculté nouvelle.)

— Le concours pour l'agrégation, à la Faculté de médecine de Montpellier, a commencé le 20 novembre. Tous les caodidats inscrits ont répondu à l'appel de leurs noms. MM. les docteurs Cavalier, Farrat, Girbal et Ronzier-Joly ayaot déclaré concourir pour la section de médecine, le jury de cette section s'est immédiatement constitué et a élu M. Fuster pour son président.

Le sujet de la composition écrite était la questioo suivante : *Du cœur au point de vue anatomique, physiologique et clinique*. MM. Rouzier-Joly et Girbal ont eu à traiter pour la leçon, après trois heures de préparation, *de l'hémoptisie ;* MM. Farrat et Cavalier, de l'*apoplexie*.

MOUVEMENT DU CHOLÉRA DANS PARIS ET DANS LES COMMUNES RURALES.

	Décembre...	1	2	3	4	5	6	7
Admissions aux hôpitaux.......		3	1	1	1	5	3	0
Cas déclarés à l'intérieur.......		0	3	1	1	2	3	4
Totaux.......		3	4	2	2	7	6	10
Décès :	Dans les hôpitaux civils..	3	6	2	0	3	2	3
	— militaires..	0	0	1	0	0	1	1
	A domicile : 1er arrond...	0	0	0	0	0	0	0
	2e —	0	0	0	0	0	1	0
	3e —	0	0	1	0	0	0	1
	4e —	0	0	0	0	0	0	0
	5e —	0	0	0	0	0	2	0
	6e —	0	0	1	0	0	0	0
	7e —	0	0	0	0	0	0	0
	8e —	0	0	0	0	0	0	0
	9e —	0	0	0	0	0	0	0
	10e —	0	0	0	0	0	0	0
	11e —	0	0	0	1	0	0	0
	12e —	0	0	0	0	0	1	1
	Communes rurales.....	0	0	0	0	0	0	2

RÉCAPITULATION DES DÉCÈS CHOLÉRIQUES :

	1	2	3	4	5	6	7
Dans les hôpitaux civils et militaires.	3	6	3	0	3	3	4
A domicile et dans les comm. rurales.	0	0	2	1	0	4	4
Totaux généraux des décès...	3	6	5	1	3	7	8

RÉCAPITULATION DEPUIS LA RECRUDESCENCE JUSQU'AU 7 DÉCEMBRE.

Admissions dans les hôpitaux civils..	4,695	6,813
Cas déclarés à l'intérieur.......	2,118	
Décès dans les hôpitaux civils....	3,537	11,371
— — militaires..	630	
— à domicile..........	4,738	
— dans les communes rurales.	2,466	

— Voici, d'après M. de Humboldt, le tableau comparatif des hauteurs et de la température de la Crimée :

LIEUX.	Latitude.	Longitude de Paris.	Hauteur en toises.	Chaleur moyenne de l'année.	Température de l'hiver.	du printemps.	de l'été.	de l'automne.	Années d'observation.
Sébastopol......	44°,36′	31°,12′	25	11°,7′	+2°,1′	11°,5′	21°,9′	12°,0′	10
				53°,0′	35°,8′	52°,7′	71°,4′	53°,6′	
Odessa........	46°,29′	28°,24′	3	8°,1′	—2°,5′	7°,6′	21°,1′	10°,4′	8
				48°,4′	27°,5′	45°,7′	70°,0′	50°,7′	
Nicolaïef.......	46°,58′	29°,39′	—	9°,5′	—3°,4′	9°,6′	21°,8′	10°,0′	15
				48°,7′	25°,9′	49°,3′	71°,2′	50°,0′	
Simféropol......	44°,57′	31°,46′	130	9°,4′	+0°,5′	9°,2′	19°,5′	8°,1′	14
				49°,3′	32°,9′	48°,6′	67°,1′	46°,6′	
Londres........	51°,31′	2°,26′	—	9°,1′	+3°,1′	8°,0′	15°,5′	9°,6′	78
				48°,4′	37°,6′	46°,4′	59°,9′	49°,3′	
Berlin.........	52°,31′	11°,3′	20	9°,0′	—0°,5′	8°,0′	18°,3′	9°,4′	24
				48°,2′	31°,1′	47°,5′	64°,9′	48°,9′	
Paris.........	48°,50′	0	3	10°,8′	+3°,3′	10°,4′	18°,1′	11°,2′	38
				51°,4′	37°,9′	50°,7′	64°,6′	52°,2′	

Les nombres supérieurs, en degrés du thermomètre centigrade.
Les nombres inférieurs, en degrés du thermomètre Fahrenheit.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

SÉANCE ANNUELLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — LECTURE DE M. FRÉD. DUBOIS, SECRÉTAIRE PERPÉTUEL. — RAPPORT DE M. GIBERT, SECRÉTAIRE ANNUEL, SUR LES PRIX.

Quatre *éloges* en une seule fois! On est tenté de dire comme Brid'oison, à propos des deux pères de Figaro : C'est trop pour la coutume. Est-ce que les orateurs officiels voudraient, par hasard, introduire l'usage de procéder ainsi par fournées? L'an dernier, à la Faculté, M. Bouchardat avait fait une première tentative dans cette voie en mettant bout à bout deux panégyriques, celui d'Achille Richard et celui d'Hippolyte Royer-Collard. Ces discours géminés furent trouvés un peu longs, malgré l'allure vive et accélérée du débit. On pouvait donc être sérieusement alarmé à la vue d'un programme annonçant que ce chiffre allait être porté, par une progression géométrique, de deux à quatre, par l'honorable secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine.

Mais, empressons-nous de le dire, cette alarme bien naturelle n'a pas été justifiée. La lecture de M. F. Dubois n'a pas paru dépasser la longueur usuelle, quoiqu'elle ait duré plus longtemps. Nous consignons d'autant plus volontiers cette remarque que les occasions de la faire sont rares. Il semblerait donc, qu'à tout prendre, cette méthode de groupement est plutôt un progrès qu'une aggravation dans le système de l'éloge académique. Obligeant l'écrivain à mettre plus de choses dans le même nombre de mots, elle lui fait une loi de la concision et de la brièveté; elle écourte les digressions de simple remplissage oratoire, supprime les ornements de rhétorique plaqués, et ferme l'écluse au tiède et insipide courant de la phraséologie. L'orateur, ainsi pressé, va droit à son but, d'un pas gymnastique, suivant le précepte classique trop oublié *festinat ad eventum*. Un autre avantage de cette manière de procéder est d'introduire dans le discours des coupures qui en rompent la monotone uniformité, et réveillent à propos l'attention languissante en faisant apparaître tout à coup une nouvelle perspective. Ces points d'intersection font l'effet agréable de ces paliers que la prévoyance secourable de l'architecte ménage de distance en distance dans l'escalier d'une maison, pour déguiser la longueur et diminuer la fatigue de la montée.

Au point de vue littéraire et scientifique, l'examen comparatif des travaux, des écrits de plusieurs hommes peut offrir beaucoup d'intérêt, surtout lorsque, comme c'était ici le cas, ces hommes se trouvent naturellement rapprochés par une carrière professionnelle et par une spécialité d'études communes. Les quatre académiciens dont M. F. Dubois a fait l'histoire étaient tous des médecins-accoucheurs.

C'est probablement cette considération qui a déterminé M. F. Dubois à les grouper; et comme d'ailleurs aucun de ces estimables praticiens n'était, sous le rapport de la science ou du talent, une de ces individualités éminentes qui n'admettent pas de partage dans l'hommage officiel que leur décerne la compagnie, il a pu espérer compenser par la quantité ce qui pouvait manquer du côté de la qualité. Cet expédient n'est pas à mépriser. Les secrétaires perpétuels d'académies, médicales ou autres, peuvent avoir de temps en temps l'occasion d'en user, car, soit dit *con buona pace*, un académicien n'est pas nécessairement un grand homme parce qu'il lui arrive de mourir. Quelques-uns seulement peuvent prétendre à la distinction monumentale d'un cénotaphe; aux autres, un petit cippe et une courte inscription suffisent.

L'orateur distingué qui s'était chargé de marquer par ces modestes pierres commémoratives la place qu'occupèrent dans la profession, dans la science, dans l'Académie et dans le monde, les noms de Desormeaux, de Capuron, du second Bandelocque et de Deneux, ne s'est attaché que secondairement à l'appréciation de la part qu'ont pu avoir ces quatre praticiens contemporains dans les progrès, ou du moins dans la marche de l'obstétrique. A la vérité, il avait pour excuse le peu d'originalité et d'importance réelle de leurs travaux; quoi qu'il en soit, il a comparé, rapproché ou opposé les caractères plutôt que les esprits, les personnes plus que les travaux, la vie morale et sociale plutôt que la vie scientifique. Cette étude a aussi son prix. Il l'a faite en peintre habile, en observateur judicieux, en moraliste intelligent et honnête. Il a su varier avec art les contours et les couleurs, suivant les divers aspects de la physionomie de ses personnages; glissant avec adresse sur les côtés faibles ou scabreux et marquant de touches plus fortes les bons endroits. Il a réussi à tenir en éveil la curiosité, à soutenir l'intérêt, et à justifier par le succès l'entreprise audacieuse d'administrer à un auditoire la dose inouïe de quatre Éloges pris *coup sur coup*.

Ce n'est pas qu'il n'y eût à corriger et même à effacer, selon notre goût du moins, bien des traits dans les peintures de M. F. Dubois. Il a lui-même l'esprit trop juste, et par conséquent trop modeste, pour ne pas le sentir, et au besoin même le reconnaître. Mais nous ne sommes pas aujourd'hui en humeur critique, et ne savons que louer.

Parmi les portraits présentés par M. F. Dubois, le plus soigné et le mieux réussi est celui de Capuron. C'était aussi la plus originale et la plus vivante des quatre figures. Certains détails nous reportaient au temps de notre jeunesse. Nous aussi, nous avons été assis sur les mêmes bancs que cet étudiant de quatre-vingt-dixième année; nous aussi nous avons connu cette fameuse redingote que *personne ne se souvenait d'avoir vue neuve*. Le bon et honnête Capuron! Avec quelle ingénue et confiante curiosité il écoutait les paroles et suivait la pratique de quiconque, dans un établissement public ou privé, était chargé d'un enseignement sur une branche quelconque des sciences médicales! Il a été l'auditeur et l'élève de trois générations de professeurs, d'agrégés, de tout médecin ou chirurgien qui a fait quelque part un cours sur quelque chose. Avec quel respect religieux notamment, il assistait, le chapeau sur la tête cependant — car ce chapeau, non moins vénérable par son antiquité que la redingote, ne quittait jamais son chef — à la clinique de Dupuytren! et avec quel air de naïve satisfaction il inclinait la tête, en signe d'assentiment, lorsque l'autocrate se tournant vers lui, après l'achèvement d'une opération ou à propos d'une assertion dogmatique qu'il venait d'émettre, lui disait, sur un ton de gravité ironique que le bon vieillard n'avait garde de remarquer : *N'est-ce pas, monsieur le professeur?* Capuron est allé à l'école toute sa vie. Cette soif insatiable d'instruction était un des traits les plus saillants de son caractère. Qu'apprenait-il, qu'avait-il retenu dans le cours de cette interminable scolarité? Hélas! rien. Ce qui lui entrait par une oreille sortait, comme on dit, par l'autre. Il avait à la fois la curiosité et l'instabilité de goûts et de mémoire de l'enfant. C'est par la même manie qu'il empruntait de

---

FEUILLETON.

ÉLOGES DE MM. DESORMEAUX, CAPURON, DENEUX ET BAUDELOCQUE.

Discours lu par M. DUBOIS, secrétaire perpétuel, dans la séance annuelle du 12 décembre 1854.

Messieurs,

Il y a bientôt dix ans que, prenant pour la première fois la parole devant vous, et faisant allusion aux brillants éloges de mon prédécesseur, je disais que si l'Académie avait des applaudissements pour cette parole éloquente quand elle venait lui retracer les succès et les triomphes des grandes réputations médicales, elle n'en accueillerait pas avec moins de bienveillance et de faveur une voix plus humble qui viendrait lui rappeler quelques-unes de ces existences simples, modestes et utiles qui, pour s'être écoulées un peu plus dans l'ombre, n'en méritent pas moins ses regrets, ses sympathies et ses hommages.

Telle est encore aujourd'hui, messieurs, ma persuasion; aujourd'hui que tant de vides se sont ouverts parmi nous, que tant d'hommes distingués ont disparu de cette enceinte; voyez ce lugubre cortége qui commence par Corvisart et qui ne s'arrêtera pas à M. Duval, quels flots pressés, quelle foule de savants, de laborieux praticiens dont il serait à jamais regrettable de taire les vertus, les talents et les nombreux services!

Mais si je ne puis, dans mes discours, élever à chacun d'eux de plus dignes monuments, je veux du moins en choisir quelques-uns, les réunir comme ils l'étaient jadis dans nos sections, et esquisser pieusement leurs traits dans de simples et courtes notices.

Ainsi cette fois, messieurs, je vais mettre sous vos yeux quatre praticiens qui se sont fait connaître à des titres différents, bien que sortis de la même école, formés sous les mêmes maîtres et voués tous les quatre à l'art secourable des accouchements.

Sur le premier plan vous verrez un savant modeste et consciencieux, qui sut se concilier l'estime et l'attachement de ses confrères autant par l'aménité de son caractère que par la fermeté de ses principes, le studieux, le sage, le placide Desormeaux, l'un des types les plus purs de la probité médicale, qui cachait sous une froide enveloppe le cœur le plus chaud et le plus aimant; enlevé à la science par une mort aussi soudaine qu'imprévue, mais dont les écrits seront toujours consultés avec fruit.

Vous y remarquerez ensuite le classique, j'allais dire le scolastique Capuron, qui laissait tellement ignorer ses bienfaits que sa mort seule a pu nous les révéler; Capuron, qui vécut toujours sur les bancs de l'École, au milieu des élèves et comme un élève; debout comme un vieux chêne au milieu de ces jeunes générations; suivant comme au jour de sa jeunesse tous les exercices de nos écoles; simple, frugal, vivant de peu; *vêtu au mois de juin comme au mois de janvier*, et menant encore, à plus de 80 ans, la vie d'un aspirant à l'internat. Tel était Capuron, se privant de toutes les aises de la vie, qu'on savait riche, qu'on croyait, comme tant d'autres vieillards, occupé à thésauriser pour quelques collatéraux, et qui ne thésaurisait que pour les pauvres.

Vous y verrez en troisième lieu un des plus rares exemples de dévouement, de constance et de fidélité au malheur : le bon, l'honnête, le désintéressé Deneux. Né dans les rangs les plus obscurs de la société, longtemps simple praticien dans une ville de province, M. Deneux devient l'objet des plus hautes faveurs; il est honoré de la confiance de grands personnages, comblé de distinctions, mais il n'en reste pas moins plein d'indépendance et de loyauté, et conserve jusque dans le palais des rois la rude franchise de ses compatriotes.

Enfin, et sur un dernier plan, vous trouverez un homme jeune encore, livré à une vaste pratique, après avoir fait ses preuves dans de brillants concours, praticien éclairé, sage et circonspect, joignant à ses fonctions d'accoucheur celles de médecin des enfants; auteur d'ouvrages estimés, qui jamais ne fit étalage de sa parenté avec le plus savant et le plus habile accoucheur des

toutes mains des livres qu'il oubliait invariablement de lire et de rendre, et qu'il s'était formé ainsi une bibliothèque toute en volumes dépareillés. Cette disposition était une anomalie intellectuelle. Le désir de l'instruction n'est pas moins contre nature au déclin de la vie que l'incuriosité et la paresse d'esprit au commencement. Le jeune homme doit apprendre, le vieillard doit oublier. L'un est aussi profitable que l'autre.

Qui aurait dit que sous ces apparences de faiblesse intellectuelle, puérile, sous ces dehors d'un caractère étroit, égoïste et sordide, veillait, dans une sphère supérieure à celle de la science, une raison droite et ferme, une fixité de vues inébranlable, et battait un cœur tendre, noble et grand! Qui aurait dit que ce vieillard, dont les habitudes mesquines, les privations volontaires, l'isolement absolu, semblaient réaliser le type de l'avare, était l'homme à la main ouverte, quand il s'agissait de secourir l'infortune? De son vivant nul ne l'a su, pas même les pauvres auxquels il donnait tout son superflu, et tout ce qu'il possédait était pour lui un superflu. Il a fallu que la mort ouvrît son testament pour que cette nature douce, aimante et généreuse fût connue. Ce sont d'ordinaire les vices du cœur, les actions basses, les penchants mauvais, les côtés odieux ou méprisables du caractère, qui soigneusement cachés ou dissimulés pendant la vie, se révèlent sur la tombe. Capuron, au contraire, n'a laissé voir de lui aux hommes, pendant une vie presque séculaire, que des dehors qui ne pouvaient lui valoir ni leur estime ni leur sympathie. Il gardait dans son cœur l'amour du bien et ne le répandait qu'en secret, non par des paroles, mais par des œuvres. C'est la mort qui sous cette assez laide enveloppe a fait trouver un joyau.

Avant que M. Fréd. Dubois prît la parole, le secrétaire annuel, M. Gibert, avait lu un rapport sur les prix décernés par l'Académie. Il est d'usage, — usage fort inconvenant, — de ne pas écouter ces sortes de communications. Ce sont pourtant là les affaires sérieuses de l'Académie. C'est par les prix qu'elle propose, autant que par ses conférences, que la savante compagnie manifeste son influence scientifique. Il est donc regrettable qu'un travail ordonné par elle et destiné à faire connaître au public médical quels sont les travaux couronnés et les motifs des jugements, n'ait à ses yeux pas plus d'importance et n'obtienne, du moins, pas plus d'attention qu'un simple procès-verbal. Il serait à souhaiter qu'on fît cette proclamation de prix avec un peu plus de solennité. Quelle autorité peut avoir au dehors l'approbation de l'Académie, lorsqu'elle-même paraît se soucier si peu de savoir sur quoi et à qui elle l'a donné. Je veux que dans les bureaux et dans les réunions particulières on se soit suffisamment éclairé à cet égard. Cela ne suffit pas. Il faut que l'exposé raisonné des motifs des décisions soit public, aussi bien que la proclamation des noms des lauréats. Or tout cela se fait, en définitive, comme à huis clos, puisque rien n'est écouté ni par conséquent entendu.

Le rapport de M. Gibert, dont il a été impossible d'entendre deux phrases de suite, méritait, à tous égards, un autre accueil. C'est un morceau d'analyse et de critique non moins distingué par la pertinence et la finesse des aperçus que par la forme littéraire. Nous regrettons de ne pouvoir en dire ici, faute d'espace, que ces quelques mots; on le lira, du reste, dans le compte rendu de la séance.

L. Peisse.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE.

MÉMOIRE SUR LA PARALYSIE ET SUR L'INERTIE DE LA VESSIE; par le docteur L. Aug. Mercier.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

DEUXIÈME PARTIE.

Il y a longtemps déjà que j'ai été conduit à dire qu'on était tombé dans une grave erreur en attribuant à une paralysie de ce genre les rétentions d'urine qu'on observe si communément chez les vieillards, et cette assertion a soulevé de nombreuses critiques. Comment prétendre, m'a-t-on répondu, que la vessie ne puisse s'affaiblir au milieu de l'affaiblissement général de tous les organes? On n'a pas suffisamment fait attention que je suis allé moi-même au devant de l'objection : « Je ne voudrais pas, ai-je écrit, que de tout ce que je viens de dire on tirât la conséquence que l'âge, sans l'intervention de quelques changements organiques, ne puisse affaiblir la vessie. Tout ce que je prétends, c'est que cet affaiblissement lui seul ne pourrait amener de grands changements dans l'excrétion urinaire, parce que les puissances expulsive et rétentive s'affaiblissant en même temps, elles doivent continuer de se faire équilibre. » (Rech. sur les mal. des org. urin. des hommes agés, p. 115; année 1840.)

On m'a répondu alors en comparant la vessie des vieillards à leur rectum qui se laisse distendre par les matières fécales sans pouvoir réagir sur elles, au point qu'on est parfois obligé de débarrasser l'intestin avec une curette (Gaz. des hôp., 1844, p. 477). Mais cette comparaison n'est pas d'une exactitude parfaite.

Avant d'établir une telle analogie entre ces organes, on aurait dû se demander s'il y en avait une entre les matières sur lesquelles ils agissent, et on aurait vu immédiatement que si l'urine conserve à tous les âges la même fluidité, les fèces varient singulièrement en consistance. Les vieillards en général ne se meuvent que très-peu; ils restent la plupart du temps assis ou même couchés; ils négligent d'aller à la selle aussi souvent qu'il le faudrait : toutes raisons qui font que leurs matières acquièrent plus de compacité. Qu'on le remarque bien, cet état fonctionnel de l'intestin n'appartient pas exclusivement à la vieillesse : qu'un adulte se trouve dans les mêmes conditions, on verra les mêmes phéomènes se produire. Peut-être aussi devrais-je ajouter que les sécrétions qui lubréfient le canal intestinal sont moins abondantes dans un âge avancé.

Et, malgré ces différences de conditions, quelles différences dans les résultats! La rétention complète des matières fécales est aussi rare que celle de l'urine est fréquente. Ce qui prouve d'ailleurs que, dans la plupart des cas, la difficulté de l'excrétion alvine ne dépend pas d'une paralysie du rectum, c'est qu'on trouve presque toujours alors la couche musculaire de cet intestin hypertrophiée. Or, je ne sache pas qu'il soit si commun de voir s'hypertrophier un organe ou un membre frappé de paralysie.

Cette idée de paralysie essentielle de la vessie ne serait d'ailleurs applicable qu'aux cas où l'urine s'écoule en certaine quantité; car com-

---

temps modernes, mais qui, par ses talents, sa probité et ses lumières, s'est montré digne de porter le grand nom de Baudelocque.

— Le premier que je viens de nommer, Marie-Alexandre Desormeaux, naquit à Paris le 5 mai 1778. Son père, son aïeul et son bisaïeul avaient exercé la médecine avec distinction. De remarquables succès obtenus dans l'art des accouchements avaient même ouvert à son père les portes de cette célèbre Académie royale de chirurgie, qui nous a laissé de si grands et de si durables souvenirs.

Le jeune Desormeaux était un charmant enfant, d'une timidité excessive. Placé au collége d'Harcourt, on le voyait dans les heures de récréation fuir les jeux bruyants et tumultueux de ses camarades, et ne chercher d'autres plaisirs que ceux que pouvaient lui donner la variété de ses études.

La douceur de son caractère, la candeur de sa physionomie et l'instabilité apparente de ses goûts l'avaient fait surnommer l'*enfant;* mais cet enfant, qu'on croyait aussi frivole qu'indolent, finissait par remporter presque tous les prix à la fin de l'année. Si l'on veut me permettre cette comparaison, je dirai que, tout en paraissant s'arrêter çà et là et s'écarter follement de la route, comme le lièvre insouciant du fabuliste, il s'avançait en réalité avec une sage et prudente lenteur. Tel a été, du reste, le trait distinctif de son caractère, et nous le verrons tout à l'heure dans des luttes plus sérieuses, engager d'abord le combat avec défiance, hésitation et timidité, puis s'attaquer à des athlètes éprouvés, les fatiguer par la constance de ses efforts, et remporter enfin une palme méritée.

La suppression de l'Université, en 1792, avait arrêté brusquement ses études, heureusement très-avancées; mais comme rien ne peut supprimer dans le monde les maladies ni éteindre le désir d'y remédier, s'il n'y avait plus de Facultés ni d'Académies de médecine, il y avait toujours des hôpitaux et de grands maîtres qui enseignaient au lit des malades la pratique de la médecine.

Ce fut sous Desault, Manoury, Giraud et Boyer que Desormeaux fit ses premières études en anatomie et en chirurgie. Sa direction était prise : c'était l'art chirurgical qu'il voulait cultiver de préférence. Mais le 4 mai 1798, la veille du vingtième anniversaire de sa naissance, il eut la douleur de perdre subitement le meilleur des pères, de sorte que le voilà tout à coup chef d'une famille à peu près sans fortune, et qui désormais ne pouvait compter que sur lui. Malgré sa extrême jeunesse, il va suffire à tout. La mort avait surpris son père au milieu d'un cours d'accouchement qu'il faisait aux élèves; le fils annonce que ce cours ne sera pas interrompu. Il a, dit-il, les cahiers de son père; le même enseignement sera continué. Et de fait, cet enseignement se poursuit, et avec le plus grand succès; car il avait mieux que les cahiers de son père : il avait une instruction solide, un sens naturellement droit et une excellente méthode.

Mais à peine a-t-il ainsi rétabli ses affaires, qu'une autre calamité vint fondre sur lui. La conscription, qui n'épargnait personne, l'enlève à sa famille, et il est incorporé dans un régiment de l'armée du Rhin.

Arrivé à Strasbourg, il trouva, heureusement pour lui, quelques-uns de ses anciens maîtres : Lombard, Lacournère, Percy, chirurgiens en chef, qui reconnurent notre jeune professeur d'accouchement sous l'habit d'un simple soldat, et qui se hâtèrent d'obtenir pour lui un congé. Desormeaux en profita pour revenir à Paris, où il se fit nommer chirurgien de troisième classe. Heureux d'avoir quitté le mousquet, il fit la campagne d'Italie comme chirurgien militaire, et c'est en cette qualité qu'il assista à la bataille de Marengo.

La paix de Lunéville lui permit de quitter enfin définitivement le service militaire et de s'établir pour toujours à Paris.

Il rentrait donc dans sa famille. Mais il était loin d'y trouver cette aisance si désirable pour le perfectionnement de ses études; c'était de son propre travail qu'il devait tout attendre. Nommé aide d'anatomie par la voie du concours et déjà réputé fort habile, il n'en fut pas moins obligé, pour suffire à ses besoins, de donner des leçons de langues anciennes et de mathématiques.

On sait que Cabanis avait fondé un prix qui conférait gratuitement le titre de docteur aux lauréats. Grâce à cette généreuse institution, M. Desormeaux put obtenir sans frais le grade de docteur en médecine, et il soutint à cette occasion une dissertation très-remarquable sur la doctrine de *l'accouchement par les pieds.* C'est quelque chose sans doute pour un jeune homme que d'être pourvu d'un diplôme en beau parchemin; mais si ce diplôme donne le droit de traiter des malades, il ne donne pas de malades. Ajoutez que tel qui a excellé dans ses études, qui a

ment pourrait-on lui attribuer les rétentions qui, pendant nombre d'années, restent complètes? Est-il possible d'admettre que la distension de la vessie, si forte qu'on la suppose, ne puisse produire ce que ferait sa contraction, c'est-à-dire vaincre la résistance de son col? Nous avons vu que, dans les paralysies nerveuses, la rétention ne tarde ordinairement pas à faire place au regorgement et même à l'incontinence

Le raisonnement seul conduit à rechercher une autre cause à la plupart des rétentions d'urine qu'on observe chez les vieillards; car la plupart arrivent graduellement à devenir complètes, à moins que des complications n'emportent auparavant les malades, et, une fois complètes, il est excessivement rare qu'elles cessent spontanément de l'être.

M. Civiale explique la plupart des cas de ce genre par l'atrophie des parois de la vessie (MAL. DES ORG. GEN.-URIN., 1re éd., t. III, p. 223; 2e éd., t. III, p. 242 et 274). Mais quiconque s'est livré tant soit peu aux recherches anatomiques rangera cette opinion au nombre des mille et une erreurs qui encombrent la science. La vérité est que, chez ces sortes de malades, on rencontre constamment les parois vésicales épaissies. Je ne me rappelle qu'un seul cas où elles m'ont paru plus minces que d'habitude; le malade avait été tout à coup pris de rétention d'urine, et avait succombé en très-peu de temps. Je trouvai la vessie distendue, ses parois d'une minceur qui me frappa, et néanmoins la rétention était produite par une cause un peu plus matérielle qu'une simple atonie de ses parois: il y avait sur le bord postérieur de son col une tumeur du volume d'une cerise. Je me demande même aujourd'hui, car j'ai observé ce fait en 1834, si cette minceur des parois vésicales n'était pas plus apparente que réelle, si elle ne résultait pas simplement de la distension survenue brusquement, sans dysurie, et partant sans hypertrophie antécédentes, par le fait de l'abaissement subit de la tumeur sur l'orifice interne de l'urètre. Du reste, en admettant même que cette minceur existât réellement, le nombre des autopsies que j'ai pratiquées est tel que je me crois en droit de regarder ce fait comme une exception excessivement rare,

J'ai déjà posé cette objection à M. Civiale; mais lui, sans avoir l'air de me répondre, s'est élevé de toute sa hauteur contre les auteurs qui nient l'atonie vésicale (ouv. cité, 2e éd., t. III, p. 274). Mais est-ce que j'ai jamais nié l'*atonie*? *Atonie* et *atrophie* sont choses bien différentes; j'ai toujours admis l'atonie de la vessie; mais, aujourd'hui encore, je refuse de l'expliquer par l'atrophie des parois.

Oui, bien qu'il soit si rare de trouver la vessie atrophiée, bien qu'on la rencontre au contraire presque toujours hypertrophiée, il n'en est pas moins vrai qu'on la trouve souvent privée de force, ne se vidant que lentement et imparfaitement, même lorsque la sonde livre à l'urine une issue facile. Mais doit-on nécessairement en conclure que ce défaut de contractilité est la cause première de la dysurie que ces malades éprouvent? Nullement. Dès 1836 j'attribuais cette dysurie à une hypertrophie partielle ou irrégulière de la prostate (BULL. DE LA SOC. ANAT., p. 21), et en 1839 je faisais voir que la faiblesse de la vessie qu'on observe souvent alors, loin d'être essentielle, comme on le croyait encore assez généralement à cette époque, n'est au contraire que consécutive et résulte de la distension prolongée de ses parois (ARCH. DE MED., juin 1839). En 1840, je suis revenu nombre de fois sur cette idée: je faisais voir comment cette faiblesse peut coïncider et coïncide presque toujours avec une plus grande épaisseur des parois vésicales. Enfin, en 1844, j'ai donné de ces faits une explication que M. Civiale reproduit presque textuellement dans sa dernière édition (1).

Ainsi je n'ai jamais prétendu, quoi qu'on en ait dit, que la vessie ne puisse perdre de sa contractilité, indépendamment d'une affection du système nerveux; seulement je crois avoir assigné à cette perte sa véritable origine en faisant voir qu'elle est consécutive à la gêne prolongée apportée par un obstacle matériel au cours de l'urine. C'est pour cette raison que je lui ai donné le nom d'*inertie*, pour la distinguer de la véritable paralysie dépendant d'une affection du système ner-

(1) En 1844, dans mes RECHERCHES SUR LES VALVULES DU COL DE LA VESSIE, j'ai dit, p. 135: « Lorsque la vessie lutte contre un obstacle, elle finit le plus souvent par se fatiguer comme se fatigue tout muscle tendu au delà de certaines bornes. » P. 137, j'ajoutais: « Dans les cas mêmes où, par suite d'obstacles au cours de l'urine, la contractilité vésicale a fini par s'amoindrir, il est rare que la couche charnue n'ait pas augmenté plus ou moins d'épaisseur. »

Voici ce que, dans son édition de 1851, t. III, p. 274, M. Civiale dit à propos de la *stagnation d'urine avec hypertrophie des parois vésicales*: « Les cas qui s'y rapportent, et *qui ne sont pas aussi rares que pourrait le faire supposer le* SILENCE *des auteurs*, ont fourni à ceux qui nient l'*atonie* vésicale des preuves à leurs yeux irréfutables. (Ici la reproduction, sans me citer, de quelques phrases extraites de la p. 112 de mes RECH. SUR LES MAL. DES ORG. URIN. DES HOMMES AGÉS.) C'est par ces arguments et autres de même nature qu'il serait inutile de reproduire, qu'on a été conduit à penser qu'il y a erreur de croire à l'inertie de la vessie dans les cas où elle est hypertrophiée. Mais il eût suffi, pour éviter l'objection, de se rappeler une distinction importante. Dans les cas dont il est ici question, l'atonie de la vessie et la stagnation de l'urine qui en est la conséquence, *succèdent toujours à la rétention* Cette dernière a existé d'abord pendant longtemps, la vessie a lutté contre l'obstacle au cours de l'urine, mais elle a fini par se fatiguer... »

M. Civiale tout le premier eût dû faire une distinction importante, c'est que, dans le passage qu'il critique, je ne combats que l'atonie *primitive* des auteurs; car, deux pages plus loin, j'admets de la manière la plus explicite une inertie *consécutive*; mais, tout en me copiant, il a eu l'art de paraître me donner une leçon. Je dis qu'il m'a copié, car en 1842, dans le chapitre correspondant de la première édition (t. III, p. 223), il disait tout simplement: « C'est principalement sous l'influence d'un travail inflammatoire de ses parois qu'il arrive à la vessie de perdre sa faculté contractile. » Pas un mot de la rétention d'urine comme cause d'inertie vésicale. Et ce rôle de l'inflammation elle-même, ne l'avais-je pas positivement établi deux ans auparavant, p. 257 de mes RECH. SUR LES MAL. URIN. DES HOMMES AGÉS, publiées en 1840? « N'oublions pas, disais-je, que l'inflammation, l'induration et la désorganisation de la tunique charnue peuvent anéantir sa contractilité. »

Nous venons de voir que M. Civiale attribue aujourd'hui, comme moi, l'hypertrophie à une dysurie antécédente; mais la preuve que cette thèse était loin de son esprit en 1842, la voici. Après avoir dit, en commençant le chapitre en question (1re éd., t. III, p. 223), que l'*atonie* de la vessie dépend de son *atrophie*, il ajoute: « Mais il y a d'autres circonstances dans lesquelles les parois vésicales sont hypertrophiées, même à un haut degré, quoique la contractilité soit si faible que l'urine n'étant expulsée qu'incomplétement avec lenteur, l'organe acquiert parfois des dimensions énormes. *De cette seule cause* peut résulter une rétention d'urine précédée de stagnation. » Ainsi, en 1842, l'hypertrophie, *à elle seule*, était cause de rétention; en 1851, elle n'en est que l'effet. Il n'est pas besoin de dire que cette première théorie a été supprimée dans la seconde édition.

---

mérité les applaudissements de ses maîtres, ne se sent nullement propre à trouver des clients; et M. Desormeaux était précisément de ce nombre. Aussi en attendant des temps meilleurs, il s'estima heureux d'entrer dans une famille, au fond de la Bretagne, pour y faire une éducation particulière, puis un peu plus tard dans les environs de Paris, où il vécut encore dans une profonde retraite, tout entier à ses études classiques, épris surtout de la langue grecque, et s'occupant, pour ne pas quitter tout à fait la médecine, de traduire en français les aphorismes d'Hippocrate.

Loin de regretter plus tard d'avoir eu à passer par ce temps d'épreuves, M. Desormeaux se plaisait à y reporter ses souvenirs; il aimait à se rappeler les belles années de sa jeunesse, cette paix profonde, ce calme, ce silence au sein duquel il avait recommencé toutes ses études. Jours heureux! doctes loisirs si bien en harmonie avec son caractère un peu rêveur et mélancolique, mais qui devaient bientôt faire place à une vie plus active!

Quelque honorable, en effet, et quelque douce que pût être pour ce studieux jeune homme une position semblable, elle n'était que provisoire. M. Desormeaux sentait lui-même qu'il devait se proposer un autre avenir; mais peut-être n'aurait-il rien fait pour le préparer si une amitié délicate ne l'avait fait pour lui et à son insu. Ce fut une grande surprise et une grande joie pour M. Desormeaux lorsque son ami le docteur Horeau vint lui annoncer que, grâce au bon vouloir de Corvisart, premier médecin de l'empereur, il allait se démettre de ses fonctions de chirurgien de *madame mère*, et que c'était lui, Desormeaux, qui devait être nommé à cette place.

Je le répète, ce fut un vrai bonheur pour M. Desormeaux, qui rentrait ainsi dans l'exercice de sa profession sans avoir à craindre les ennuis, les soucis et tous les dégoûts qu'il faut surmonter pour se former une clientèle.

M. Desormeaux était dans cette situation assez prospère, lorsqu'en 1810 la mort de Baudelocque laissa vacante à la Faculté de médecine de Paris la chaire d'accouchement.

M. Desormeaux avait commencé quelques démarches. Dès qu'il sut que l'Université allait mettre cette place au concours, il les discontinua et se fit inscrire au nombre des concurrents.

Cette lutte a laissé de grands souvenirs dans l'école de Paris. La veille des épreuves, M. Desormeaux, se défiant comme toujours de ses propres forces, voulait se retirer du concours. Ses parents, ses amis, et surtout le bon Lacournère, dont il avait épousé la fille, firent si bien qu'ils l'empêchèrent de se désister. Jeune et modeste, timide et réservé, il allait avoir à se mesurer avec des hommes éprouvés par de longs travaux et habitués aux luttes de la parole. Mais s'il n'avait rien de ce qui peut impressionner les masses, il avait ce qui peut entraîner les esprits sensés et sérieux: une instruction profonde et variée, un jugement droit et exquis, un esprit juste et distingué. Aussi une fois entré dans la lice, on le vit peu à peu grandir dans l'opinion, se concilier la faveur publique et conquérir enfin une supériorité décidée. Sans sortir de son calme habituel, et sans se départir des formes les plus polies, il sut plus d'une fois déconcerter ses adversaires par la justesse et l'à-propos de ses citations, par la netteté et la vigueur de sa logique.

Percy avait été chargé de rendre compte des épreuves. Interprète éloquent de ses collègues, il montra dans un tableau animé et fidèle avec quelle modestie, et en même temps avec quel talent M. Desormeaux avait fini par l'emporter sur tous ses compétiteurs; il ne faisait du reste que rendre l'impression générale, lorsque, empruntant à la littérature de l'époque ses couleurs les plus vives et les plus pittoresques, il disait:

« Tel on voyait jadis, dans de nobles tournois, un poursuivant d'armes jeune et inconnu se » faire modestement ouvrir la barrière, essayer avec prudence sa valeur, et arracher ensuite la » victoire aux anciens chevaliers qui avaient semblé dédaigner sa jeunesse et son inexpérience, » tel nous avons vu un concurrent, le moins âgé de tous, et jusque-là le plus négligé par la » renommée, se mêler, timide et circonspect, parmi ses adversaires aguerris par l'usage et par les » années; n'être d'abord à leurs yeux qu'un athlète novice cherchant à s'exercer, puis gagner » chaque jour sur eux du terrain et finir par leur enlever la palme et les suffrages. C'est ainsi » que M. Desormeaux a succédé au plus savant et au plus habile homme qu'ait jamais obtenu » l'art obstétrique. »

Ce triomphe cependant si longtemps disputé et si loyalement obtenu ne mit pas M. Desormeaux à l'abri des attaques les plus odieuses. On osa insinuer que, s'il avait été préféré à ses compétiteurs, c'était grâce à l'intervention toute-puissante de *madame mère*, calomnie insigne et qui était d'ailleurs démentie par les faits. La mère de l'empereur était restée tellement étrangère à la nomination de Desormeaux que ce fut seulement à son retour du château de Pont qu'elle en

veux. Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai dit précédemment des causes qui ont induit en erreur les praticiens les plus recommandables (voir mes RECH. SUR LES MAL. URIN. DES HOMMES AGÉS, p. 107 et suiv.); j'expose de suite le véritable rôle que joue cette inertie. Elle va nous donner la clef d'un certain nombre de phénomènes peu compris jusqu'à présent.

De même qu'un accroissement de l'énergie de la vessie rend souvent moins sensibles les effets d'un obstacle au cours de l'urine, de même l'inertie de cet organe peut faire croire à un obstacle plus prononcé qu'il n'est réellement. En effet, supposons que la prostate s'engorge et que la saillie qui en résulte gêne tout simplement la miction, la vessie luttera d'abord, et de cette lutte résultera pour elle un surcroît de nutrition et de force qui feront que l'urine sera expulsée aussi complétement et avec autant de rapidité que dans l'état normal. Mais, l'obstacle continuant de s'accroître, la difficulté augmentera, la saillie sera même souvent d'autant plus fortement entraînée contre l'orifice que la vessie chassera plus énergiquement son contenu; ce qui nécessitera, pour qu'elle se vide entièrement, plus de temps que ne dure habituellement la contraction vésicale, ce qui fera en définitive que l'urine ne sera chassée qu'en partie. La vessie n'aura donc jamais ce temps de repos que lui donne une évacuation complète, et ses parois, ne revenant jamais complétement sur elles-mêmes, perdront peu à peu de leur ressort; peut-être même subiront-elles une altération dans leur structure intime, par le fait d'une nutrition opérée dans des circonstances si anormales.

Il viendra enfin un temps où, l'obstacle augmentant de plus en plus et la vessie réagissant de moins en moins, la rétention sera complète.

On comprend pourquoi, dans les cas qui sont les plus ordinaires, on trouve en même temps hypertrophie et inertie des parois vésicales.

D'autres fois l'obstacle, pour une raison quelconque, interceptera subitement le cours de l'urine, qui jusqu'alors se faisait encore assez librement, et la vessie, si elle n'est pas débarrassée à temps, se distendra outre mesure, distension qui anéantira tout à coup son reste de contractilité. On comprend que si, faute d'un traitement approprié, cet état dure un certain temps, il en résultera une inertie permanente et une rétention durable, lors même qu'on ramènerait l'obstacle à son état antérieur.

Quelle qu'ait été la marche de la maladie, on voit que la rétention provient alors de deux éléments : de l'existence d'un obstacle d'abord, et ensuite d'une inertie de la vessie; d'où résultent diverses conséquences que je vais exposer.

1° On comprend que dans les cas où la rétention n'est devenue complète que parce que la vessie a perdu de sa contractilité, il suffit de rétablir cette contractilité sans rien changer à l'obstacle, pour rétablir jusqu'à un certain point le cours de l'urine. C'est ainsi qu'on doit expliquer certaines guérisons opérées, dit-on, par des moyens qui n'avaient d'autre effet que de stimuler les contractions de la vessie, tels que diurétiques, cantharides, seigle ergoté, noix vomique, strychnine, électricité, injections froides ou excitantes, cathétérisme pratiqué régulièrement de manière à donner à la vessie ce repos qui lui est nécessaire pour réparer ses forces. Je citérais également ici les sondes en permanence; mais souvent elles agissent encore d'une autre manière, elles peuvent affaisser, ulcérer l'obstacle.

Lorsqu'on aura, par un ou plusieurs de ces moyens, amélioré le cours de l'urine, beaucoup croiront le malade guéri; mais, pour peu qu'on y réfléchisse, on comprendra que le mal n'a été que pallié, et que, l'obstacle restant toujours, il menacera toujours de reproduire les mêmes effets.

Bien plus, si la résistance qu'il oppose au cours de l'urine est déjà considérable, il pourra arriver, ce dont j'avais déjà prévenu dès 1839 (ARCH. DE MÉD., *loc. cit.*), que ces moyens seront nuisibles, et d'autant plus qu'ils produiront mieux l'effet qu'on en attend, c'est-à-dire qu'ils réveilleront plus fortement la vessie impuissante à vaincre la résistance : des accidents inflammatoires surgiront ou prendront plus d'intensité, s'ils existaient déjà.

2° Un effet inverse du précédent pourra se produire. Le plus souvent, quand on a fait disparaître l'obstacle, la vessie reprend peu à peu, soit spontanément, soit par l'intervention de l'art, sa contractilité et ses fonctions; mais il n'en est pas toujours ainsi. Dans quelques cas, la rétention persiste à divers degrés, par cela seul que l'inertie vésicale survit à l'obstacle qui lui a donné naissance et résiste au traitement employé contre elle.

Cette inertie de la vessie ne se produit pas chez tous les malades affectés d'obstacles au cours de l'urine; il en est chez lesquels elle survient beaucoup plus tôt que chez d'autres, ou chez lesquels elle est plus rebelle. Il faut donc admettre des dispositions individuelles.

On voit, par ce qui précède, qu'il y a déjà longtemps que ce sujet a fixé mon attention d'une manière toute particulière. Malgré cela, je n'ai jamais rencontré que quatre cas dans lesquels la faiblesse de la vessie ne s'expliquât pas de la manière la plus satisfaisante par une affection du système nerveux ou par un obstacle au cours de l'urine. Eh bien! l'un de ces cas, que j'ai observé il y a cinq ou six ans, vient de se révéler quant à sa nature : c'était le premier symptôme appréciable d'une paralysie générale aujourd'hui très-avancée. En redoublant mes questions, j'ai appris de la femme de ce malade, qui, à l'époque où je le vis pour la première fois, faisait des courses énormes, qu'il avait déjà, depuis douze ou quinze ans, un tremblement de la main sitôt qu'il voulait écrire. Je suis convaincu que beaucoup de faits de ce genre ont été rangés à tort dans la catégorie des affections paralytiques qu'on a attribuées à une maladie des voies urinaires, c'est-à-dire qu'on a méconnu les premiers symptômes et qu'on a pris l'effet pour la cause (1).

Quant aux trois autres malades, doivent-ils être considérés comme des exemples incontestables d'inertie primitive et essentielle de la vessie? Eh bien, non; car, chez deux au moins, il y avait inflammation chronique des parties profondes de l'urètre. Or, dans ces cas, le jeu naturel du sphincter ne pourrait-il avoir été dérangé? Ne se pourrait-il pas, qu'à une époque antérieure, ses contractions se fussent trouvées trop fortes pour que celles de la vessie leur fissent équilibre, et que celles-ci eussent perdu pour toujours, ou du moins pour longtemps, une partie plus ou moins grande de leur énergie? J'ai même fait une

(1) Un jeune médecin distingué, M. Landry, doit publier un certain nombre de faits de ce genre.

eut connaissance, et elle manifesta quelque mécontentement de ce que son jeune chirurgien était entré en ce concours sans lui en demander son agrément.

Quoi qu'il en soit, M. Desormeaux, une fois nommé professeur, pouvait se livrer entièrement à ses goûts studieux; il était de ces hommes qui, placés entre les exigences d'une clientèle lucrative et les devoirs du professorat, ne s'attachent qu'à ceux-ci au détriment des autres; leurs propres intérêts en souffrent, mais l'enseignement y gagne et la science aussi. Loin donc de faire comme tant d'autres, de regarder sa place de professeur comme un brillant anneau qu'un hasard de concours lui aurait placé au doigt et qui fixant les yeux du monde n'en aurait donné que plus d'essor à sa clientèle, M. Desormeaux se voua exclusivement aux intérêts du corps qui venait de se l'agréger, et ce dévouement fut si bien apprécié qu'à la mort du professeur Sue ses collègues s'empressèrent de lui donner une nouvelle marque d'estime et de confiance en le nommant à une place qui était alors assez importante, celle de trésorier de la Faculté; peu de temps après, il fut désigné pour faire partie du jury chargé de l'examen des officiers de santé et des sages-femmes.

Dans cette haute et belle position, M. Desormeaux devait regarder son sort et celui de sa famille comme définitivement assuré; mais qui peut se dire à l'abri de tout événement? La Faculté n'était pas un corps politique, ses professeurs étaient réputés inamovibles, mais elle avait des tendances libérales que le parti réactionnaire cherchait à dénaturer; aussi, à l'occasion de quelques désordres intérieurs qu'on aurait pu facilement réprimer, on se hâta de sévir, non contre les élèves qui s'étaient mutinés, mais contre les professeurs les plus illustres, et M. Desormeaux faillit être compris parmi ceux qui furent éliminés; l'homme le plus modéré, le plus pacifique qui fût au monde était dénoncé comme un homme dangereux pour l'État et comme ennemi du gouvernement! On recula néanmoins devant l'odieux d'une destitution, et M. Desormeaux fut conservé.

Mais cet événement lui inspira de sérieuses réflexions; il comprit que sa place de professeur ne pouvait lui assurer à lui et à sa famille une pleine et entière sécurité, que dès lors il devait faire quelque violence à ses goûts et agrandir le cercle de sa clientèle.

Professeur d'accouchement à la Faculté de médecine de Paris, successeur de Chaussier comme médecin en chef de la Maternité, membre de l'Académie de médecine et auteur d'écrits estimés sur l'obstétrique, il était suffisamment désigné à la confiance publique, et parfaitement en mesure de la justifier par une expérience consommée et un talent de premier ordre : il n'eut donc qu'à sortir un peu de son indolence pour devenir un des praticiens les plus occupés de Paris.

Mais il semble qu'une divinité jalouse et malfaisante attend pour frapper quelques hommes d'élite le moment où, entrés dans la plénitude de leur talent, il ne leur reste plus qu'à en recueillir les fruits. Un long et brillant avenir semblait réservé à M. Desormeaux; sa santé, bien qu'un peu délicate, n'était rien moins qu'altérée : c'est à peine s'il avait parlé d'une douleur qu'il ressentait depuis quelques jours dans le côté gauche de la poitrine, lorsque le 29 avril 1830, vers neuf heures du matin, à peine monté en cabriolet et à quelques pas de chez lui, son domestique l'entendit crier : « Ah ! mon Dieu ! je me trouve mal..., je ne sais ce que j'ai..., » et il n'était plus. L'instantanéité des accidents portait à croire qu'il venait de succomber à une rupture du cœur.

M. Desormeaux a laissé un beau nom dans la science des accouchements. Il était aimé et chéri de tous ceux qui l'approchaient, et il le méritait par la sûreté de ses affections, l'inaltérable égalité de son humeur et les grâces de son esprit; il ne méritait pas moins d'être estimé par la noblesse de ses sentiments, la délicatesse de sa conscience et l'inflexible droiture de son caractère.

M. Desormeaux a peu écrit; c'était surtout un homme de pensée; il n'a publié aucun de ces grands ouvrages *ex professo* dits complets par lesquels débutent aujourd'hui tant de jeunes accoucheurs. Vieilli dans la pratique de son art, mûri par l'expérience, M. Desormeaux s'est borné à publier quelques articles, mais exquis et irréprochables; ce sont ceux qu'il fit insérer dans le *Dictionnaire de médecine*, et qui tous sont relatifs à l'art des accouchements. Ils portent la marque de son excellent esprit; écrits avec une rare correction, sans trop de détails ni de ces citations qu'il est si facile d'accumuler dans des travaux faits en collaboration et destinés à remplir des colonnes; rien d'important n'y est omis; ce sont autant de monographies qui inculquent aux élèves les vrais principes de l'art, et que plus tard le praticien peut consulter avec fruit lorsque, se trouvant en face de quelque grande difficulté, il veut savoir la conduite à tenir. Mais il m'aurait suffi, messieurs, pour faire un éloge complet de chacun de ces articles, de vous rappeler que notre collègue M. P. Dubois, après les avoir tous revus et complétés par une seconde édition du *Dictionnaire*, s'est empressé d'associer son nom à celui de M. Desormeaux.

remarque assez importante au point de vue qui nous occupe, c'est qu'aucun de ceux chez lesquels j'ai observé cette inertie sans cause matérielle évidente, n'avait encore acquis cet âge avancé qui, au dire des auteurs, nous en offre des exemples journaliers.

Et d'ailleurs, si l'inertie essentielle de la vessie est si commune, les auteurs qui la décrivent nous en offriront sans doute de nombreux et d'incontestables exemples? Nullement. Consultons M. Civiale qui, dans ces derniers temps, s'est constitué le champion de cette sorte d'atonie, il nous parlera d'abord d'une demoiselle russe dont la vessie, s'élevant au-dessus de l'ombilic, avait été prise pour toute autre chose, et il nous dira que « l'état de cette demoiselle dépendait primitivement d'une névralgie de l'urètre et du col vésical qui avait produit dans l'excrétion de l'urine un trouble à la suite duquel étaient survenues d'abord l'atonie, puis la paralysie du corps de la vessie. » (Ouv. cité, 2e éd., t. III, p. 245.) Or, qu'il s'agisse réellement d'une névralgie, ou que ce soit, comme je le suppose, une de ces inflammations chroniques de la région profonde de l'urètre qui amènent si fréquemment les valvules musculaires du col de la vessie, toujours est-il qu'une contraction trop grande de cet orifice a précédé l'inertie vésicale. Plus loin, M. Civiale nous dit que, dans la plupart des cas, il ne faut pas mettre de sonde à demeure, parce que l'irritabilité de l'urètre et du col vésical pourrait être telle, que la présence de la sonde donnât lieu à des accidents (*Ibid.*, p. 255), et deux exemples viennent à l'appui. Dans le même chapitre, il est question d'un octogénaire que divers praticiens n'avaient pu sonder. L'auteur pénétra sans peine, il l'affirme; mais le malade ne parvint jamais à vider sa vessie sans sonde. (*Ibid.*, p. 258.) Sont-ce là des preuves d'une atonie simple et primitive de la vessie, et n'arrive-t-il pas tous les jours que des engorgements de la prostate n'opposent aucun obstacle au passage de la sonde? M. Civiale cite encore un octogénaire épuisé dont la vessie avait, dit-il, perdu tout son pouvoir expulsif. On lui mit une sonde à demeure et la santé se rétablit. Il ne nous dit pas si la miction se rétablit également, ce qui m'autorise à en douter; mais en aurait-il été ainsi que ce ne serait pas une preuve; j'ai dit plus haut comment les sondes agissent en pareil cas. L'observation suivante a pour sujet un prêtre anglais qui avait des difficultés d'uriner, et, comme on convient qu'il avait un léger engorgement de la prostate, je ne vois pas pourquoi une atonie essentielle de la vessie est absolument nécessaire pour expliquer la dysurie. (*Ibid.*, p. 259.)

Voilà les seules observations à l'aide desquelles M. Civiale tranche une question qu'il sait très-controversée! Il est tellement ancré sur ses idées, que les faits les plus saillants ne peuvent lui inspirer le moindre doute. Ainsi il remarque que « *souvent* le malade qui urinait *aisément* entre la sonde et le canal, ne peut plus le faire quand on la lui a enlevée. » (*Ibid.*, p. 261.) Les cas de ce genre sont communs en effet : un autre se demanderait si c'est bien une preuve d'inertie vésicale que de ne pouvoir uriner par l'urètre que lorsqu'une sonde le traverse, c'est-à-dire lorsqu'il existe un obstacle de plus, et si les phénomènes observés ne tiennent pas plutôt à ce qu'il y a au col de la vessie une saillie qui est soulevée par la sonde quand celle-ci est dans le canal, et qui s'abaisse sur l'orifice interne de l'urètre quand l'instrument est retiré. Mais périsse la logique plutôt qu'une idée de certains auteurs!

Si maintenant nous recherchons ce qui a pu induire les praticiens en erreur, nous trouverons que ce sont presque toujours des affections de la prostate et du col de la vessie, parce que ces affections ne rétrécissant pas le canal, la plupart même produisant un effet contraire et n'agissant que par la déviation qu'elles lui impriment, la sonde peut pénétrer, et pénètre souvent avec la plus grande facilité.

Les tumeurs prostatiques sont dans ce cas; mais, en raison même de leur saillie, elles ne pouvaient échapper aux recherches : il suffisait d'ouvrir la vessie par sa paroi antérieure pour les voir. Aussi tous les anatomistes et chirurgiens du siècle passé et du commencement de celui-ci en ont-il parlé. Je citerai particulièrement Morgagni, Hunter, Desault, E. Home, Boyer, etc. Mais il est une forme d'hypertrophie prostatique plus difficile à reconnaître, je veux parler des valvules. Celles-ci exigent qu'on ouvre l'urètre, et encore faut-il quelques précautions. D'abord il est nécessaire d'avoir une idée bien exacte, bien précise de ce qu'est la forme de la partie profonde de l'urètre à l'état normal pour bien juger de ses déformations. Ensuite, si celles-ci ne sont pas très-marquées, il faut prendre garde de les effacer ou de les amoindrir. Ainsi lorsqu'on a divisé la prostate sur sa face pubienne et qu'on écarte ses lobes latéraux, le bord postérieur du col de la vessie perd en saillie antero-postérieure ce qu'il gagne en étendue transversale, et on se fait moins facilement idée qu'il puisse recouvrir le bord antérieur et fermer l'orifice à la manière d'une soupape. Quelques mots avaient déjà été dits au sujet de ces valvules, avant moi, notamment par E. Home; mais personne, je puis l'affirmer, n'en avait signalé la fréquence et l'importance.

Ces valvules se rencontrent presque exclusivement chez les vieillards; mais j'en ai décrit une seconde espèce qui peut se rencontrer à tous les âges, qui sont toutefois aussi fréquentes dans la jeunesse et l'âge mûr que les premières le sont dans la vieillesse : ce sont les valvules musculaires (1). J'ai expliqué, dans la première partie de ce mémoire, comment se ferme le col de la vessie; il me suffira, pour être compris actuellement, de dire que les valvules dont il s'agit résultent d'une contracture exagérée ou même d'une rétraction permanente des fibres musculaires qui produisent cette occlusion.

Quand il y a rétraction, la valvule est, pour peu qu'on y mette d'attention, facile à reconnaître sur le cadavre; mais il n'en est pas toujours de même quand l'affection n'est encore qu'au premier degré, c'est-à-dire à l'état de contracture, parce que celle-ci cesse après la mort. Ce sont alors les explorations faites pendant la vie qui nous éclairent, explorations que j'ai décrites très au long dans mes RECHERCHES SUR LES VALVULES DU COL DE LA VESSIE.

Il est évident que, dans tous ces cas, il faut commencer par attaquer l'obstacle, comme je l'ai déjà fait si souvent avec succès et sans même exposer le malade à ces chances fâcheuses que laissent après elles certaines opérations bien moins utiles. Très-souvent alors l'inertie vésicale disparaît graduellement et quelquefois même très-vite. Si elle persiste, il faut diriger contre elle les différents moyens dont j'ai fait plus haut l'énumération; mais déjà l'on doit craindre qu'elle ne résiste et

(1) Quand une valvule musculaire se rencontre chez un homme avancé en âge, il est rare que le début des accidents ne remonte pas déjà à une époque éloignée, c'est-à-dire à l'âge où se manifestent le plus souvent les irritations urétrales, qui sont la cause ordinaire de cette affection.

Quant aux leçons orales de M. Desormeaux, elles étaient pleines, nourries et sensées; mais son débit était lent, froid et monotone. Dans nos discussions académiques, M. Desormeaux était un peu plus animé, et parfois il mêlait à de fines remarques une ironie toute socratique qui concordait avec sa physionomie calme et spirituelle.

Le nom de M. Desormeaux, devenu une gloire séculaire dans nos écoles, continuera, nous l'espérons, grâce à son fils, d'être un des ornements de la chirurgie française; c'est une succession courageusement acceptée qui ne dépérira pas. (Applaudissements.)

— Maintenant, messieurs, j'ai à vous parler d'un praticien né longtemps avant M. Desormeaux, mais qui, lui ayant survécu pendant de longues années, ne devait venir qu'après lui sous ma plume.

C'est en 1767, le 10 mai, que naquit Joseph Capuron, dans la petite ville de Laroque-Saint-Sernin, département du Gers. Un vicaire du voisinage avait commencé son éducation et l'avait mis en état d'aller à Auch faire d'excellentes humanités. Celles-ci terminées, le jeune Capuron hésitait entre la carrière de l'enseignement et l'état ecclésiastique; le monde n'avait aucun attrait pour lui; le suprême bonheur de ce pieux jeune homme eût été de s'ensevelir dans une abbaye de bénédictins située non loin de la ville d'Auch. En attendant que l'âge le lui permît, il alla à Toulouse se livrer à de nouvelles études sous la direction des oratoriens, et bientôt il fut admis en qualité de professeur dans le collége de cette ville. Il y enseignait la philosophie et les mathématiques, lorsque la révolution, en supprimant cette institution, le força de se réfugier dans le département des Landes, où il se chargea d'une éducation particulière.

Quelques années après, vers 1796, il alla à Bordeaux, et pour occuper ses loisirs, il se mit à suivre les cours de l'école d'instruction médicale. Le matin, il fréquentait les hôpitaux; dans la journée, il assistait à quelques conférences tenues par les professeurs, et dans l'intervalle il donnait des leçons de mathématiques. Ces leçons n'étaient pas richement rétribuées; mais comme il avait peu de besoins, elles lui assuraient largement des moyens d'existence : aussi, confiant dans cette ressource, il disait qu'avec ses mathématiques il aurait pu, comme un compagnon, faire son tour de France. Il se contenta de venir directement à Paris en 1797. Il y vécut d'abord comme il avait fait à Bordeaux, au moyen de ses leçons de mathématiques; puis il fut admis comme professeur à l'institution nationale des Colonies.

Pendant toute sa vie, M. Capuron a été un homme d'école : apprendre pour enseigner, tel a été toujours son but. Aussi, à peine s'était-il fait recevoir docteur en 1802, qu'il songea à faire pour la médecine ce qu'il avait fait pour les mathématiques, c'est-à-dire à instituer des cours. Il racontait lui-même que, dans les premiers temps, il avait fait marcher de front ces deux genres d'enseignement, ne voulant renoncer à ses leçons de mathématiques que quand il pourrait pleinement les remplacer par des leçons d'anatomie. L'école de Paris, avec son enseignement officiel et son enseignement libre, a été pour M. Capuron comme un vaste collége dans lequel d'élève il est devenu sous-maître, puis maître et maître distingué, sans se placer tout à fait au premier rang. On peut même dire que c'est ce désir de savoir uniquement pour enseigner qui a porté M. Capuron à prendre définitivement l'art des accouchements pour en faire ce qu'on appellerait aujourd'hui sa *spécialité*.

Cet art, en effet, envisagé, non pas au point de vue de la physiologie générale, mais au point de vue de l'enseignement élémentaire, devait tout à fait rentrer dans les idées de M. Capuron. Les autres branches de la médecine pouvaient lui paraître entourées d'obscurités; mais la science des accouchements, que les travaux de Levret et de Smellie avait portée à un si haut degré de certitude, pouvait être considérée par lui comme une science toute faite, et dès lors elle était de nature à satisfaire un esprit qui n'aimait, en toute espèce d'études, que ce qui est positif, arrêté, admis comme incontestable. Il fallait, en effet, à M. Capuron, des règles, des principes fixes auxquels il pût se rattacher. Or une science qui, grâce à Baudelocque, avait pu être formulée en une sorte de catéchisme par demandes et par réponses, lui allait à merveille; c'était comme une continuation de ses mathématiques élémentaires; il y trouvait des calculs à établir, des poids à déterminer, des mesures à prendre et des mouvements à suivre : c'était là des notions qui séduisaient M. Capuron, et sur lesquelles il aimait à s'arrêter; aussi était-ce avec une sorte de prédilection qu'il revenait sans cesse sur l'art de reconnaître les dimensions du bassin, sur les rapports des diamètres de cette cavité avec ceux de la tête du fœtus, et sur toute cette mécanique vivante de la parturition.

On conçoit que M. Capuron devait tenir fortement aux opinions qu'il avait une fois adoptées, et

qu'il ne se soit produit dans la couche contractile de la vessie quelque altération irremédiable.

Ma conclusion finale, c'est qu'il ne faut pas trop attendre. Malheureusement les préjugés relatifs à l'influence de l'âge sont encore tellement vivaces, non-seulement dans l'esprit des malades, mais même dans celui de la plupart des médecins, que je n'espère pas les voir disparaître de sitôt.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

RÉFLEXIONS A PROPOS DU MÉMOIRE DE M. FORGET SUR LA NON-IDENTITÉ DU TYPHUS ET DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE; par M. PROSPER MEYNIER, D. M. P.

Monsieur,

J'ai lu avec une extrême attention le dernier mémoire de M. le professeur Forget : PREUVES CLINIQUES DE LA NON-IDENTITÉ DU TYPHUS ET DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE. Il m'a suggéré une foule de réflexions sur un sujet qui m'a toujours vivement intéressé. Pour mon instruction particulière, et plus encore pour celle de vos nombreux lecteurs, je profiterai, si vous le voulez bien, de votre obligeance éprouvée, afin de provoquer quelques explications de la part du zélé professeur. Il ne les refusera pas, je l'espère de son amour pour la science et la vérité. Je tâcherai d'être court, et de n'abuser ni de votre patience ni de la sienne. Cependant que de choses j'aurais à demander!

I. — « Il est certaines maladies, en trop petit nombre, qui, subissant l'empire de la science et de la civilisation, tendent à disparaître complétement, etc... (1). »

Lesquelles?

On conviendra que l'occasion n'est pas heureusement choisie pour dire cela! Que savons-nous relativement à la nature, à la prophylaxie, à la thérapeutique de la fièvre typhoïde? Et puis, c'est justement à propos d'une épidémie de typhus, développée au sein d'une des grandes villes de France, que ce passage est écrit. Enfin, dans quel temps? Alors que choléra, suette, dyssenterie, etc., nous assiégent!

II. — Si j'ai bien compris M. Forget, le typhus diffère de la fièvre typhoïde en ce qu'il n'offre, lui, essentiellement que l'état dit typhoïde; tandis qu'elle a, de plus, l'entérite folliculeuse universellement connue.

III. — Il s'ensuivrait que la fièvre typhoïde doit être plus grave que le typhus, puisque celui-ci n'est que 1, et que l'autre est 2. Or chacun sait le contraire.

IV. — Mais, dira-t-on, dans le typhus, il y a, outre l'état typhique, des localisations diverses. Soit : — pas toujours. — Et c'est précisément la forme *siderante*, laquelle ne donne pas aux localisations le temps de se produire, qui est la plus grave (2).

V. — On pourrait en dire autant de la forme la plus promptement mortelle de la fièvre typhoïde (1). Si mes souvenirs ne me trompent pas, il existe de tels exemples. Au surplus, je m'en rapporterai, là-dessus, au savant professeur, dont je n'ai ni l'érudition ni les nombreuses ressources bibliographiques ou autres, fournies par sa haute position.

VI. — L'état typhoïde se retrouve dans beaucoup d'autres maladies que les deux affections désignées jusqu'ici. M. Forget les dénombre lui-même : « Le *typhus fever* des Anglais, les fièvres graves paludéennes des pays chauds, l'infection purulente,... certaines phlegmasies plus ou moins latentes, certaines tuberculisations aiguës... (2) » Si cela est, que reste-t-il pour caractériser le typhus qui peut exister avec des localisations variées, ou même sans celles-ci?

VII. — Ce raisonnement s'applique également à la fièvre typhoïde. Mais, au moins, restera-t-il à celle-ci l'éruption intestinale?

Voyons pourtant.

Cette éruption ne se trouve-t-elle pas dans d'autres maladies?

« Depuis longtemps nous divisons les lésions folliculeuses en deux groupes distincts : l'un formé par les lésions que nous appelons rudimentaires, BANALES, *qui se rencontrent dans une foule d'affections très-diverses*, et qui paraissent dépourvues de gravité : ce sont la psorenteutérie, les plaques pointillées et les plaques réticulées, *altérations dont quelques observateurs contestent même le caractère morbide*. L'autre groupe est constitué par les lésions que nous appelons caractéristiques, spéciales à la fièvre typhoïde, constituant l'entérite folliculeuse proprement dite : ce sont les plaques gaufrées, les plaques fongueuses (pustuleuses), les plaques gangréneuses et les plaques ulcéreuses. *Ce groupe de lésions graves et manifestement morbides peut exister comme complication, comme accident*, DANS D'AUTRES MALADIES QUE LA FIÈVRE TYPHOÏDE, *telles que la scarlatine, le choléra, le typhus lui-même;* MAIS TOUJOURS EST-IL QUE, SANS CES LÉSIONS, IL N'EXISTE POINT DE FIÈVRE TYPHOÏDE VRAIE (3). »

C'est ce qu'il faudrait démontrer, et non affirmer purement et simplement, *ex cathedrâ!*

Cela avoué, que restera-t-il pour la fièvre typhoïde?

VIII. — Il restera peut-être au moins la spécificité de sa cause, une intoxication particulière, *sui generis?*

« Bon nombre de localisations morbides (les lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde) peuvent les produire sous l'influence de deux genres de causes très-différentes : causes *locales*, externes, directes, physiques; causes *générales*, internes, indirectes, constitutionnelles, organiques. Ainsi, l'érysipèle, le phlegmon, la gangrène, la pneumonie, la péritonite, etc., se produisent de ces deux manières. Or (qu'on nous pardonne cette monstrueuse hérésie) il est à peu près avéré pour nous que l'entérite folliculeuse est soumise également à cette double loi : sans parler de ces fièvres typhoïdes faisant explosion à la suite d'un écart de régime, et de ces autres, assez peu rares, qui débutent par un simple embarras gastro-intestinal, sans fièvres et sans symptômes typhoïdes, *je n'en veux pour preuve que*

(1) Premier article de M. Forget. (GAZ. MÉD., 1854, p. 644, col. 11.)
(2) Forget, mém. cité. (GAZ. MÉD., 1854, p. 704, 1re col., 2e alinéa.)

(1) *Ibid.*
(2) *Ibid.*, p. 703.
(3) *Ibid.*, p. 703, col. 1.

---

que les arguments ne lui manquaient pas pour les défendre; ses idées étaient trop fixes, trop arrêtées, et sur tous les points, pour qu'il pût consentir à faire la moindre concession. Ainsi, dans deux grandes discussions académiques, on le vit maintenir jusqu'au bout, et sans que rien pût le faire dévier, les idées qu'il avait d'abord émises : dans la première, il s'agissait de l'accouchement avec issue du bras; il maintint avec force les bons principes, s'élevant avec raison contre une pratique barbare qu'on devait s'étonner de voir reproduite de nos jours; dans la seconde, comme il s'agissait d'une innovation dans la pratique des accouchements, de l'emploi du seigle ergoté, il céda peut-être trop facilement à une prévention irréfléchie contre toute espèce de nouveauté.

M. Capuron a composé un assez grand nombre d'ouvrages; mais il semble que ses livres, de même que sa parole, étaient tellement destinés aux écoles qu'ils ne devaient pas en franchir les murs. Faits pour les élèves, ses écrits ne pouvaient pas avoir d'autre destination; c'étaient comme des livres de collége, dont l'usage cesse en passant d'une classe dans une autre. Son COURS THÉORIQUE ET PRATIQUE DES ACCOUCHEMENTS n'était d'ailleurs qu'une reproduction de ses leçons; son TRAITÉ DES MALADIES DES FEMMES et son TRAITÉ DES MALADIES DES ENFANTS en étaient comme des appendices obligés; mais un livre classique par excellence a été son LEXIQUE, ou NOUVEAU DICTIONNAIRE DES TERMES DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DES SCIENCES ACCESSOIRES; deux traités écrits en latin étaient en outre sortis de sa plume, non pas à la manière de Sydenham, de Franck et de Baglivi, pour parler à l'Europe savante, mais pour un besoin particulier de l'école de Paris.

On sait que, lors du rétablissement des Facultés en France, on avait cherché, autant que le permettait l'état de la société, à revenir aux réglements et statuts de l'ancienne université, mais vu ce qu'on appelait le malheur du temps, on avait dû se borner à n'exiger l'emploi du latin que pour la dernière épreuve, et encore avait-on concédé qu'à des questions faites en latin, les récipiendaires pouvaient répondre en français : trois ou quatre érudits seulement, Halle, Lallement, Desormaux et Desgenettes, se plaisaient à émerveiller l'auditoire par l'abondance et la facilité avec laquelle ils s'exprimaient dans la langue des Romains. Plus récemment enfin, et comme dernier vestige des épreuves de l'ancienne Faculté, on n'avait plus demandé aux élèves qu'une simple composition en langue latine. Or M. Capuron, qui comprenait son époque, savait parfaitement que la plupart des élèves seraient bien aises d'arriver avec leur thème tout fait, et c'est pour eux qu'il avait publié ses NOVA MEDICINÆ ELEMENTA, et ses METHODICA CHIRURGIÆ INSTITUTA.

M. Capuron avait paru avec distinction dans quelques concours, et notamment dans celui de 1811, où fut disputée la chaire de Baudelocque; n'ayant pas été nommé, il resta pendant de longues années encore professeur particulier d'accouchement, et son zèle, loin de se ralentir, semblait augmenter à mesure qu'il vieillissait.

Lorsque la Faculté, réorganisée sur un nouveau plan, en 1823, crut devoir s'entourer d'un corps d'agrégés, véritable pépinière de professeurs, elle comprit dans une nomination première quelques praticiens émérites, au nombre desquels se trouvait M. Capuron. Ce fut une grande satisfaction pour lui d'endosser au moins la modeste robe d'agrégé, et comme il ne sortait pas de l'école, c'était chose curieuse de le voir tantôt interroger les élèves comme un de leurs maîtres, et tantôt aller s'asseoir sur les mêmes bancs comme un de leurs égaux.

Il passa ainsi sa vie tout entière dans le pays latin, n'ayant d'autre horizon que les bâtiments de l'école et les deux grands hôpitaux du quartier, l'Hôtel-Dieu et la Charité. Pendant de longues années on l'avait vu suivre très-exactement les visites de Dupuytren à l'Hôtel-Dieu, puis celles de M. Bouillaud à la Charité; il dominait de son front chenu toutes ces jeunes têtes au lit des malades, leur disputant la meilleure place, comme l'aurait fait un élève désireux de s'instruire. Un peu auparavant on l'avait vu, sectateur obstiné des doctrines de Broussais, s'asseoir au premier rang de ses auditeurs, ravi de pouvoir se rattacher à ce qu'il appelait une médecine *exacte*. Que de générations, messieurs, ont passé dans nos amphithéâtres qui se sont ainsi coudoyées avec ce zélé vieillard! Jamais élève n'a vécu plus durement que lui; son intérieur était aussi sévère, aussi pauvre que la cellule d'un moine; une poussière épaisse couvrait ses quelques livres et tout son mobilier; un vieux bureau couvert de manuscrits; quelques chaises de paille et quelques tablettes de sapin, c'était à peu près tout l'ameublement de son cabinet; je ne sais si jamais un peu de feu a égayé ce sombre réduit. L'usage des voitures lui était complétement étranger; on le voyait dès le matin, en plein hiver, courir aux cliniques, le visage rougi par le froid et couvert d'une simple redingote que personne ne se souvenait d'avoir vue neuve.

» *l'entérite folliculeuse tuberculeuse où le tubercule fait l'office de cause* » *directe, de corps étranger, d'épine de Van Helmont* (1).

» Mais, en admettant que toute entérite folliculeuse soit l'expression » d'une cause, d'une intoxication générale, *on comprend que plusieurs* » *causes d'intoxication puissent les produire;* le miasme du typhus en » serait une, le miasme de la scarlatine en serait une autre, le miasme » du choléra une autre. *Quoi qu'il en soit de la théorie, ce sont, là, des* » *faits*, etc., etc. (2). »

Pauvre entité fièvre typhoïde, que te reste-t-il? — Zéro!

IX. — Si le typhus tue d'autant plus vite qu'il a eu moins le temps de produire des localisations; s'il en est quelquefois de même dans la fièvre typhoïde; si les localisations varient tant, en nature et en intensité, dans ces deux maladies; si toutes les altérations de tissus, données comme caractéristiques de la fièvre typhoïde, peuvent se rencontrer dans des maladies autres que celle-ci, quel est, en définitive, le rôle de l'anatomie pathologique?

X. — Nous n'avons pas à chercher, dans le traitement du typhus et de la fièvre typhoïde, les lumières que nous ont refusées la symptomatologie et l'anatomie pathologique; car c'est dans la thérapeutique de ces maladies que règne la plus grande confusion. Brisons donc là-dessus. Mais on nous permettra une remarque essentielle: c'est que les partisans les plus zélés des saignées dans la fièvre typhoïde n'osent plus parler aussi hardiment de ce moyen, proclamé jadis héroïque. Eux aussi, cédant à la *réaction*, ne font guère mention des émissions sanguines qu'avec des précautions oratoires fort éloignées du ton tranchant d'autrefois Ils se donnent bien une fiche de consolation en décochant, par-ci par-là, un trait satirique contre les purgatifs, les toniques, la médecine de *casse-cou* (*sic*). Qu'est-il donc advenu depuis le temps où l'on prétendait juguler la fièvre typhoïde par la formule des saignées coup sur coup? (O Guy-Patin, ô Botalli, vous étiez volés!) Où est le réformateur à la parole puissante, où est le génie à la plume éloquente, qui a renversé l'édifice proclamé éternel? Hélas! depuis Broussais, le monde médical n'a pas revu de colosse. Et pourtant, c'en est fait du système *sanguinaire*. C'est que, ici encore, il s'est trouvé quelqu'un qui a eu plus d'esprit que Voltaire. Ce quelqu'un, on le sait, c'est tout le monde. Si l'antiphlogose eût donné des résultats préférables, quelle puissance eût pu la terrasser ainsi? Évidemment, c'est l'expérience, juge en dernier ressort de toutes les théories; c'est l'expérience qui a converti tous les praticiens.

Ici, je dois rendre un éclatant hommage à un prodige d'adresse. Qu'est-ce, en effet, dit-on, que l'expectation, sinon le traitement antiphlogistique, *moins la saignée?*

A merveille! Mais les saignées, en plus ou en moins, dans le traitement de la fièvre typhoïde, c'est une chose énorme, c'est vraiment tout.

On ne saigne donc plus à présent, et l'on fait bien. On fait bien autre chose encore: on en est venu à nourrir les malades, depuis le commencement de la fièvre jusqu'à la fin. Je le faisais, moi, depuis longtemps déjà, quand je les publiai, en janvier 1843, dans le JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES. Comme tous les médecins, en France, j'ignorais alors que le docteur Graves (de Dublin) fit la même chose, et le professât. C'est ce grand praticien qui, depuis, a voulu qu'on mît sur sa tombe, pour toute épitaphe: « *Il a nourri la fièvre.* » Pour cela, et pour la proscription de la saignée, dans la fièvre typhoïde; pour je ne sais quelles autres énormités encore, je fus tancé par la GAZETTE MÉDICALE elle-même. Eh bien! qui a raison aujourd'hui? Que M. Forget s'entende, s'il le peut, avec un autre honorable professeur, M. Lehert (de Zurich). Il est véritablement piquant de trouver dans le même numéro de votre excellente feuille, après le quatrième article du professeur de Strasbourg, les lignes suivantes de son savant collègue suisse:

« Mais, quant au régime, nous ne suivons pas la pratique habituelle, » et nous ne mettons presque jamais les malades à la diète absolue. » DÈS LE DÉBUT, nous faisons prendre, le matin et le soir, 3 à 400 grammes » de lait et une soupe dans le milieu du jour. Lorsque, vers la fin de » la seconde semaine, la langue se nettoie et que l'appétit devient » meilleur, nous augmentons peu à peu la quantité des aliments, tout » en les donnant en même temps d'une qualité plus nourrissante. Nous » attribuons à cette méthode le fait frappant que nous ne voyons » guère, à Zurich, les malades atteints de fièvre typhoïde maigrir autant que nous l'avions observé antérieurement soit à Paris, soit dans » notre pratique dans le canton de Vaud. Nous n'observons guère ici » non plus les suites funestes des écarts de régime dans la convalescence; les perforations intestinales sont également rares. « (GAZ. MÉD., 1854, p. 723.)

On répondra peut-être à cela que les Suisses sont plus gros mangeurs que les Français. Mais les Français de M. Forget sont des Français *de Strasbourg*.

(1) Il y a quelque vingt ans que j'adressai, à la GAZETTE MÉDICALE, un travail où je disais ceci: « Je n'ai pas ouvert un cadavre de phthisique, en 1828, » au Gros-Caillou, dans le service de M. Gasc, sans y trouver l'entérite folli» culeuse. » On crut, alors, que je m'étais trompé. Voyez cependant ce que dit ici l'éminent professeur dans une matière qu'il a si particulièrement étudiée!

(2) *Ibid*, p. 703, col. 11.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

(Suite et fin.)

V. GAZZETTA MEDICA ITALIANA (LOMBARDIA).

Les numéros du premier trimestre de 1854 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *Sur la pellagre;* par M. Lussana. 2° *Considérations physiologiques et thérapeutiques sur un cas de diabète sucré;* par M. Montegazza. 3° *Métrorrhagie par insertion cervico-placentaire; emploi du pessaire compressif; mort de la mère et du fœtus;* par M. Barbieri. 4° *Causes de stérilité remédiables chez les femelles des mammifères domestiques;* par M. Elletti. 5° *Tableau et histoire des opérations faites dans la division chirurgicale de l'hôpital*

Tels ont été, messieurs, les seuls plaisirs de M. Capuron. Quant aux rares honneurs qu'il obtint, ils étaient venus en quelque sorte le chercher. Nommé en 1823 membre de cette Académie, ce n'est qu'en 1852, à l'âge de 65 ans, qu'il fut décoré du ruban de la Légion d'honneur.

Doué d'une santé vigoureuse; exempt de toute espèce d'infirmité, M. Capuron avait atteint sa quatre-vingt-troisième année, lorsque, le 2 avril 1850, un mardi, en séance de l'Académie, nous le vîmes tout à coup pâlir et fléchir la tête; il avait presque entièrement perdu connaissance; ses voisins s'empressèrent de le soutenir et de le transporter dans une pièce attenant à celle des séances. Comme on ne l'avait jamais vu malade et que lui-même avait été peu ému de cet accident, on ne pouvait croire à quelque chose de sérieux; mais la nuit suivante il se plaignit d'une vive douleur au pied gauche; c'était une gangrène sénile qui se déclarait, maladie au-dessus des ressources de l'art, et à laquelle il succomba, après vingt jours de souffrances, le 23 avril 1850.

J'ai dit, messieurs, qu'ayant toujours vécu dans le célibat et loin du monde, n'ayant aucune relation connue, ne recevant personne, M. Capuron passait pour avoir acquis une grande fortune; mais tout se réduisait à de simples conjectures. Quel était le chiffre de cette fortune? En quoi pouvait-elle consister? Quelles seraient, à cet égard, ses dispositions? C'était là ce qu'on ignorait complétement; on savait seulement qu'il se refusait tout à lui-même, et on concluait qu'il devait tout refuser aux autres. Étrange erreur! qui prenait sa source dans une profonde modestie et dans une charité au-dessus de tout éloge; son âme, à la fois compatissante et stoïque, mettait autant de soins à cacher ses bienfaits que d'autres en mettent à les publier. C'était pour cela qu'il avait muré sa vie. Que lui importait cette vaine gloire de passer aux yeux des gens du monde pour un généreux bienfaiteur! Ce qu'il recherchait, ce qui lui suffisait, c'était l'intime satisfaction d'avoir soulagé des infortunes; c'était là le seul contentement auquel il aspirait, et tout cela se passait entre Dieu et sa conscience. L'ouverture de son testament vint tout révéler.

Disons d'abord que, tout en se montrant l'ami des pauvres, il était resté bon parent. Depuis de longues années, il avait fait donation à sa famille de la maison paternelle, se réservant seulement un lit et une petite chambre pour l'abriter quand il irait dans le pays.

Quant à ses dernières dispositions, en voici le sommaire:

— A sa famille 148,000 fr.

— Aux hospices de la Charité de Paris, d'Auch et de Condom, 12,000 fr. à partager par tiers entre ces établissements.

— Aux missions étrangères de France, pour la propagation de la foi, 40,000 fr.

— A la Société de Saint-Vincent-de-Paul pour les familles indigentes, 20,000 fr.

— Aux pauvres de la paroisse de Saint-Sernin, lieu de sa naissance, 1,200 fr. de rente.

— Aux pauvres de Castera-Verduzan, dont il avait inspecté les eaux, 600 fr. de rente.

— Aux pauvres de la paroisse d'Aigueteinte, près de Condom, 400 fr. de rente.

— Aux pauvres de la paroisse de Saint-Sulpice, à Paris, 1,200 fr.

— Au séminaire d'Auch, 1,000 fr. de rente pour entretenir à Paris un jeune prêtre du diocèse, auquel ce secours serait nécessaire pour suivre les hautes études ecclésiastiques pendant trois ans, à l'expiration desquels ce jeune prêtre serait remplacé par un autre jouissant des mêmes avantages, et ainsi pour d'autres, de trois ans en trois ans, à perpétuité.

— A la commune de Saint-Puy, 2,000 fr. de rente, dont 1,000 fr. pour la fondation d'un prix de vertu à décerner chaque année au jeune homme ou à la jeune fille qui se seront distingués par leur bonne conduite jusqu'à l'âge de vingt et un ans, et 1,000 fr. pour la fondation d'un prix d'agriculture à décerner chaque année aux deux cultivateurs, propriétaires ou bordiers qui auront le mieux travaillé la terre.

— A l'Académie de médecine, 1,000 fr. de rente pour la fondation perpétuelle d'un prix dont elle déterminera elle-même le programme et les conditions.

— Et enfin, 2,000 fr. de rente à la bonne gouvernante qui avait entouré de soins sa vieillesse.

Voilà, messieurs, quel était le mot de cette énigme inexplicable de la vie de M. Capuron: c'était pour arriver à ces munificences qu'il s'était imposé de perpétuelles privations!

Quelle sagesse! quel bon sens a présidé à toutes ces dispositions! rien n'a été oublié, tout a été prévu par cet homme de bien. Si un peu d'orgueil nous était permis en parlant d'un collègue si modeste, si profondément et si sagement religieux, nous dirions que nous nous sentons fiers et glorieux d'avoir compté dans nos rangs un homme qui sut être tout à la fois le Montyon du

Majeur de Lodi pendant 1852; par M. Tansini. 6° *Nouvelle méthode de traitement de la fistule salivaire*; par M. Rodolfi. 7° *Histoire d'une cirrhose du foie, suivie de quelques considérations*; par M. Ferrario. 8° *Observation sur le cas d'endocardite très-aiguë rapporté par M. Vambianchi*; par M. Volta. 9° *Recherches expérimentales sur l'action physiologique de la strychnine*; par M. Montegazza. 10° *Pensées sur la condition pathologique de la folie*; par M. Clerici. 11° *Le nerf de la septième paire; sa paralysie; deux observations et réflexions anatomo-pathologiques*; par M. Crosio. 12° *Lettres sur l'orthopédie*; par M. Pétroli. 13° *De l'action hémostatique des sels à base de peroxyde de fer, et en particulier de l'acétate de peroxyde de fer*; par M. Ruspini. 14° *Réponse aux observations de M. Volta sur le cas d'endocardite très-aiguë, etc.*; par M. Vambianchi. 15° *Sur la hernie cérébrale antérieure et postérieure*; par M. Vannoni. 16° *De la chorée électrique*; par M. Morganti. 17° *Cure radicale de l'anévrisme avec l'injection d'acétate ferrique*; par M. Lussana. 18° *Sur la présence de l'iode et du brome dans quelques eaux minérales*; par M. Pini. 19° *Cas d'apoplexie pulmonaire avec hémorrhagie chez un cheval*; par M. Paravicini. 20° *Considérations sur la morve du cheval et sur la pulmonie du bœuf, et projet de précautions préservatives*; par M. Andréis. 21° *Atrésie totale du vagin*; par M. Sacchetti. 22° *Tumeur anévrismale guérie avec l'acétate de fer*; par M. Pavesi. 23° *Étude d'un phénomène observé chez une chlorotique*; par M. Manetti. (Il s'agit de taches rousses d'oxyde de fer existant sur la peau de la malade et sur du linge imprégné de son sang.)

TRAITEMENT DE LA FISTULE SALIVAIRE; par M. RODOLFI.

M. Rodolfi a imaginé, non une nouvelle méthode, mais un nouveau procédé pour la cure de la fistule salivaire, qui mérite, par sa simplicité et le succès dont il a été couronné, de prendre place dans la thérapeutique et d'être tenté avant tout autre.

Obs. — Un homme de 28 ans, robuste, fut opéré en juillet 1853 pour un kyste placé sur le milieu du trajet du canal de Sténon gauche. Trois jours après l'opération, il sortit de la plaie une tumeur aqueuse qu'on reconnut de nature salivaire.

On essaya la compression méthodique au moyen de petits coussins appliqués sur la fistule et maintenus par un chevestre. Il en résulta à la région parotidienne de la douleur et une tumeur grosse comme un œuf de poule, douloureuse au toucher, dure et rouge. Ce moyen fut abandonné et remplacé par la suture entortillée faite avec une aiguille d'argent. Le quatrième jour la salive sortait par les trous faits par l'aiguille. Un troisième moyen fut mis en usage : il consistait en un ressort d'acier qui maintenait réunies les lèvres de la plaie. Le malade ne put le supporter.

On songea dès lors au collodion. Deux gouttes de collodion ayant été appliquées sur la fistule, il resta après l'évaporation de l'éther une sorte de peau artificielle que détermine cette préparation chimique. La propriété adhésive du collodion opéra sous nos yeux le rapprochement des bords de la fistule, et on ne vit plus couler aucune goutte de liquide.

Le jour suivant on superposa une seconde couche de la même substance pour s'assurer de plus en plus de la guérison, et au bout de huit jours on eut la satisfaction de voir cet individu parfaitement guéri.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR L'ACTION PHYSIOLOGIQUE DE LA STRYCHNINE; par M. MONTEGAZZA.

L'insuffisance apparente de l'absorption des vaisseaux pour expliquer le rapide transport des poisons sur les centres nerveux devait faire naître la pensée que les nerfs, impressionnés d'une manière particulière et profonde par les matières vénéneuses, transmettaient à leurs centres une secousse qui anéantissait l'innervation et détruisait la vie. C'est ce qu'après plusieurs physiologistes, M. Montegazza a tenté de prouver expérimentalement; mais il est arrivé à un résultat tout opposé. Voici une de ses expériences, qui montrera et sa manière de procéder et le résultat obtenu : .

Exp. — Sur un jeune chien de taille moyenne, on prépare un gros rameau nerveux du plexus sciatique, et après l'avoir isolé des tissus environnants, on le coupe vers l'extrémité périphérique, et on le plonge dans une solution concentrée d'acétate de strychnine, la longueur de 8 à 10 lignes, pendant dix minutes. Ce temps écoulé, on coupe le nerf, afin de ne point transporter le poison dans les lambeaux de la plaie, et on laisse le chien en liberté. Il est étourdi et dans l'étonnement; ensuite il présente de forts tremblements, spécialement dans les membres postérieurs, au point d'offrir pendant quelques instants le caractère de légères convulsions.

Ainsi il est évident que les nerfs ne peuvent transmettre par eux-mêmes l'action du poison aux centres nerveux. Les légères convulsions de la fin tiennent à l'absorption d'une petite quantité de la substance vénéneuse par la capillarité et l'endosmose.

M. Montegazza voulut du moins déterminer d'une manière précise la part que les nerfs prennent à l'empoisonnement. Il est arrivé par ses expériences à cette conclusion : que la moelle épinière, impressionnée par la strychnine, est la cause unique, essentielle de l'empoisonnement et produit le tétanos en confiant aux nerfs des courants morbides. Les nerfs ne font que transmettre une innervation pathologique; mais la présence en eux du poison n'est pas nécessaire à la production du tétanos.

CURE D'UN ANÉVRISME PAR L'ACÉTATE DE FER; par M. PAVESI.

Voici un nouveau cas de guérison d'anévrisme par l'injection d'acétate de fer : il est vrai que la tumeur était située dans une région où le traitement est facile, à cause de la position superficielle de l'artère et à cause du plan résistant qui est au-dessous.

Obs. — Jeune homme de 16 ans, ayant une tumeur au sourcil gauche, vers l'angle externe, sur le trajet de l'artère temporale. Elle est élastique, légèrement pulsatile, avec les tissus externes sains et la couleur naturelle de la peau. Diamètre vertical, 4 centim.; transversal, 5. Exploration avec un trocart fin qui donne un jet de sang rutilant.

A l'aide de la seringue de Charrière, on injecte quatorze gouttes de liquide; la tumeur est entièrement solidifiée.

Un mois et demi environ après l'opération, la tumeur bien solide avait à peine le sixième de son volume primitif.

VI. GAZZETTA MEDICA ITALIANA (TOSCANA).

Les numéros du premier trimestre de 1854, renferment les travaux

---

pauvre citadin et du pauvre villageois, le Montyon du courageux missionnaire qui va prêcher la foi sur des plages lointaines, du jeune prêtre qui vient demander à la science d'éclairer sa raison et d'orner son esprit, du cultivateur intelligent qui par ses rudes travaux double la richesse du pays, et enfin du médecin studieux dont les savantes recherches reculent les bornes d'un art conservateur !?! (Applaudissements redoublés.)

— Mais dans le cours de cette même année 1767, qui avait vu naître M. Capuron au pied des Pyrénées, à l'autre extrémité de la France, dans un village de Picardie déjà illustre par la naissance de Baudelocque, à Heilly, naissait un autre enfant qui devait aussi être un de nos collègues, et qui, le 25 août, recevait les noms de Louis-Charles Deneux.

La mère de cet enfant était cousine germaine du célèbre accoucheur. Son père exerçait dans le village la profession peu lucrative de tailleur. Aussi le jeune Deneux ne put recevoir chez ses parents qu'une éducation très-incomplète, et encore grâce à l'amitié d'un oncle maternel, Jean-Baptiste Baudelocque.

C'est sans autre préparation qu'il fut envoyé à Paris, et, reçu dans la maison de son illustre parent, il y suivit des cours de chirurgie et d'accouchement de 1782 à 1789. Il ne paraît pas que Baudelocque ait distingué son jeune cousin dans la foule des élèves qui suivaient ses cours, ni qu'il ait rien fait pour le retenir à Paris, car celui-ci finit par retourner dans sa province, où il se fit recevoir maître en chirurgie.

Soit timidité, soit conscience de sa faiblesse, M. Deneux alla s'établir dans un village de Picardie nommé Vignacourt; mais il y trouva un concurrent redoutable dans la personne d'un chirurgien qui ne savait pas même signer son nom, ce qui ne l'empêchait pas d'être appelé de toutes parts, de sorte que, de son propre aveu, M. Deneux en une année ne vit pas quatre malades. La place n'était pas tenable; aussi dès le commencement des guerres de la révolution, il abandonna cette ingrate position pour entrer en qualité de chirurgien aide-major dans le 3e bataillon des volontaires de la Somme, puis en 1794, il passa comme chirurgien-major dans la 24e demi-brigade d'infanterie.

Ce n'était point là encore cependant sa vocation; car dès 1795, il quitta le service et alla s'établir, non plus dans le village de Vignacourt, où il aurait peut-être retrouvé la concurrence de l'ignorant frater, mais dans une petite ville du voisinage nommée Albert. Il n'y réussit pas encore merveilleusement, mais il y fit un mariage qui, tout humble qu'il était, lui préparait un avenir auquel n'aurait osé aspirer le plus ambitieux médecin de campagne.

La jeune personne qu'il épousa était fille d'une dame de confiance attachée à la maison du duc de Choiseul-Gouffier, ancien ambassadeur à Constantinople, célèbre dans les lettres par son *Voyage en Grèce*. A partir de ce moment, le patronage de cette noble famille fut acquis à M. Deneux. Il vint s'établir dans l'ancienne capitale de la Picardie, et il arriva rapidement à toutes les places dont on peut disposer dans une ville de province. Il fut successivement, de 1798 à 1810, chirurgien adjoint du dépôt de mendicité, chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Charles, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, professeur d'anatomie et de physiologie à l'École d'instruction médicale, et enfin chirurgien en chef de la maison de justice. Il faut dire que dans ces dernières fonctions il marqua son passage par un acte de philanthropie fort louable, en obtenant que dans la maison d'arrêt les prévenus fussent séparés des condamnés.

Le titre de docteur étant destiné à remplacer celui de maître en chirurgie, et conférant à ceux qui en étaient pourvus le droit d'exercer la médecine dans toute l'étendue du territoire français, M. Deneux était venu à Paris en 1804 remplir les formalités nécessaires pour l'obtention de ce grade, et à cette occasion, il avait soutenu une thèse *Sur les ruptures de la matrice*.

Tout devait faire croire que M. Deneux se trouvait enfin satisfait de la position, d'ailleurs fort honorable, qu'il s'était faite à Amiens; il n'en fut rien cependant. A peu de temps de là, en 1810, à l'âge de quarante-trois ans, il ne craignit pas de quitter cette bonne ville de province, où il exerçait de si nombreux emplois, pour venir fixer sa résidence à Paris. C'était beaucoup hasarder; on va voir qu'il n'eut point à s'en repentir.

Une fois sur ce grand théâtre, M. Deneux se livra exclusivement, et avec de remarquables succès, à la pratique des accouchements. Baudelocque venait de mourir; il laissait une grande succession, que des hommes éminents durent se partager. Nous avons vu que sa chaire d'accouchement à la Faculté ayant été mise au concours, ce fut M. Desormeaux qui l'obtint après de longues et difficiles épreuves, et qui devint ainsi son successeur dans l'enseignement. Baudelocque était en outre chirurgien en chef accoucheur à la Maternité. Son successeur dans cette maison fut Antoine Dubois. On sait enfin que ce fut encore Dubois qui succéda à Baudelocque

originaux suivants : 1° *Sur l'étiologie de la glucosurie*; par M. Bufalini. 2° *Convulsions tétaniques durant l'époque de l'allaitement dans cinq couches qu'eut une même femme*; par M. Barbieri. 3° *Histoire d'angine de poitrine*; par M. Gamberioi. 4° *Épanchement pleurétique à gauche dissipé par métastase purulente à l'appareil urinaire*; par M. Luciani. 5° *Réponse à l'analyse critique de son discours sur les constitutions épidémiques*; par M. Pensa. 6° *Cas de spermatorrhée, spécial par la cause, remarquable par le traitement*; par M. Lepri. 7° *Nouvelle méthode de traitement de la fistule salivaire*; par M. Rodolli. (Faisant double emploi; déjà analysé plus haut.) 8° *Des fièvres dites à marche dissolvante*; par M. Bellini. 9° *Maladie mercurielle*; par M. Luciani. (Il s'agit d'un homme travaillant dans une mine de mercure, qui mourut avec tous les phénomènes de l'infection hydrargyrique. A l'autopsie on trouva de la *matière cancéreuse* partout (*materia cancerosa, cellule cancerose*), dans les os de la tête et de la face, sur les faces antérieure et postérieure du cœur. sous le péritoine, dans les glandes mésentériques, dans le foie, dans la plupart des os du squelette. Si l'observation microscopique est exacte, est-ce une coïncidence, est-ce un effet du mercure ?) 10° *Considérations physiologiques et thérapeutiques sur un cas de diabète sucré*; par M. Montegazza. 11° *Nouvelles études sur les topographies médico-civiles*; par M. Rinaud. 12° *Sur l'expulsion par les selles d'une longue épingle introduite dans l'estomac par déglutition*; par M. Scalvanti. 13° *Sur la composition de la chair musculaire de divers vertébrés*; par M. Capezzuoli. 14° *Cure radicale de l'anévrisme avec l'injection de l'acétate de fer*; par M. Lussana. (Déjà analysé plus haut et faisant double emploi.) 15° *Tétanos traumatique*; par M. Torraclii. 16° *Observation sur la maladie bleue*; par M. Lussiani. 17° *Constitution épidémique de la commune d'Arcidosso en l'année 1853*; par M. Scopetani. 18° *Cure d'un pied varoéquin*; par M. Faotozzi. 19° *De l'éclampsie qui se montre à la fin de la grossesse et dans le part*; par M. Balocchi. 20° *Sur un nouveau tube condensateur de l'acide carbonique*; par M. Stefanelli.

ÉPANCHEMENT PLEURÉTIQUE DISSIPÉ PAR MÉTASTASE PURULENTE A L'APPAREIL URINAIRE; par M. LUCIANI.

Dans un précédent article, nous avons déjà cité un exemple de métastase purulente à l'appareil urinaire; nous pensons intéresser nos lecteurs, dans un temps où ces formes morbides sont encore en France à l'état de doute ou de négation, en rapportant un nouveau fait aussi clair et aussi complet que possible.

OBS. — Jeune homme de 23 ans, malade depuis un mois et demi d'une douleur diffuse à toute la circonférence du thorax, avec toux, dyspnée et fièvre. On avait fait deux saignées et une application de sangsues au côté gauche.

Entré à l'hôpital le 26 août 1853, il présente les symptômes suivants : respiration laborieuse, fréquente et courte. Au côté gauche, c'est à peine si on voit un mouvement respiratoire dans la région sous-clavière, pendant que dans le côté droit les mouvements sont très-manifestes et très grandes inspirations provoquent une forte douleur pongitive sous le sein gauche. Le décubitus est possible sur le côté affecté, et quand il tente de se retourner sur le côté sain, il sent, dit-il, que tout se meurt en dedans, et que la respiration lui manque. Toux sèche et parfois fréquente; douleur pongitive.

La percussion ne donne aucune résonnance à gauche; elle en donne à droite; absence du bruit respiratoire dans le côté malade, dans presque toute son étendue, il est faible dans la région sous-clavière et postérieurement le long de la colonne vertébrale, près de la racine du poumon, dans un court espace. En ce point on entend manifestement l'égophonie. Voussure plus grande des côtes à gauche et léger œdème de la peau; face pâle, œil triste; langue sèche et rouge, soif continue, peau aride. (Sangsues à l'anus, vésicatoire au côté gauche du thorax, acétate de potasse.)

Le jour suivant, respiration moins laborieuse ; les urines sont claires, sans aucun sédiment. (Kermès, scille.)

Les choses allèrent sans grand résultat pendant trois jours avec cette méthode, lorsque le 31 août, des douleurs vagues se firent sentir dans l'abdomen, surtout à la région lombaire et à la région hypogastrique, et peu après le malade commença à émettre de l'urine trouble et lactescente en quantité. Les déjections alvines devinrent séreuses et abondantes. Cependant la respiration devenait plus libre, et à la percussion le thorax donnait une résonnance jusqu'à la septième côte. Le souffle respiratoire était léger, mais plus marqué et plus étendu tant en arrière qu'en avant ; l'égophonie était manifeste au-dessus de la septième côte.

Les urines devinrent toujours plus troubles le 2 septembre, et déposèrent beaucoup de flocons albumineux et de pus.

Pendant cinq jours, les urines continuèrent à couler ainsi, puis redevinrent naturelles comme auparavant, et le 7 septembre, après quatorze jours de traitement, le malade quittait l'hôpital guéri.

L'urine purulente de ce malade, remise au professeur de chimie M. Cappezzuoli, donna à l'analyse les résultats suivants :

Cette urine, trouble, avec dépôt abondant au fond du vase, a une réaction franchement acide. Filtrée sur du papier, elle passe assez claire et transparente. Exposée à l'action d'une chaleur convenable, elle se trouble manifestement et dépose des flocons. Elle se comporte de même par l'action de l'acide nitrique, mais non de l'acide acétique. Traitée enfin par l'oxyde hydraté de cuivre et la potasse caustique, elle prend d'une manière intense la couleur violette.

La matière qui se trouvait en dépôt dans l'urine montrait, à l'examen, une coloration blanchâtre, et était insoluble dans les acides chlorhydrique et acétique. De l'examen microscopique fait par le professeur d'anatomie pathologique, il résulte qu'elle contenait manifestement des globules de pus.

On conclut de tout cela que l'urine de ce malade contenait du pus et de l'albumine, laquelle accompagne toujours la matière purulente.

VII. GAZZETTA MEDICA ITALIANA (STATI SARDI).

Les numéros du premier trimestre de 1854 renferment les travaux originaux suivants : 1° *Une dernière note sur les deux filles réunies*. 2° *Observations cliniques*; par M. Borelli. 3° *Examen chimique comparatif de la salive et du liquide de la grenouillette*; par le même. 4° *Un cas d'hydrophobie avec type d'intermittence*; par M. Santoli. 5° *Des principales indications curatives dans l'épilepsie*; par M. Delasiauve. 6° *Observations sur l'utilité des préparations mercurielles dans le traitement du croup*; par M. Levrat-Perroton. 7° *Fait historique de maladie cutanée*; par M. Ardissone. 8° *De l'extrait aqueux de belladone substitué au seigle ergoté*; par M. Somà. 9° *Sur la rupture de l'ankylose angulaire du genou*; par M. Albertetti. 10° *Hydrophobie observée dans le cours d'une pleuro-pneumonie grave*; par M. Ardissone. 11° *Applications du collodion dans l'arthrite*; par M. Tibaldi. 12° *Tétanos traumatique*; par M. Torracchi.

---

dans la confiance de l'empereur, et qui fut nommé accoucheur de l'impératrice Marie-Louise.

Quant à la clientèle de l'illustre professeur, M. Deneux put en recueillir d'importants débris : mais, tout en obtenant la considération et l'estime dues à un bon et excellent praticien, notre collègue ne pouvait avoir la prétention de placer son nom à côté de celui de Baudelocque.

Ce n'est, d'ailleurs, qu'à une époque assez avancée de sa carrière que M. Deneux livra à la publicité les résultats de ses observations. Ses premières publications ne remontent pas au delà de 1813. C'est dans le cours de cette année qu'il fit paraître ses RECHERCHES SUR LA HERNIE DE L'OVAIRE, maladie souvent méconnue, et sur laquelle on ne possédait que peu d'observations; M. Deneux, en les réunissant et en leur en adjoignant d'autres qui lui étaient propres, composa un excellent mémoire.

Cinq ans après, en 1818, M. Deneux publia ses CONSIDÉRATIONS SUR LES PROPRIÉTÉS DE L'UTÉRUS, travail peu remarqué, mais qui renfermait des remarques très-judicieuses.

L'année suivante, M. Deneux fit insérer dans le JOURNAL GÉNÉRAL DE MÉDECINE des observations sur les hémorrhagies utérines et sur la terminaison des grossesses intra-utérines. L'histoire des hémorragies occultes de l'utérus était restée enveloppée de beaucoup d'obscurité, M. Deneux sut indiquer avec une rare sagacité, et beaucoup mieux qu'on ne l'avait fait avant lui, le siége et la nature des épanchements qui se font dans l'épaisseur, ou mieux dans l'intervalle des membranes de l'œuf.

En 1820, il fit paraître dans le même journal quelques remarques sur la SORTIE DU CORDON OMBILICAL PENDANT L'ENFANTEMENT, et en 1823 des RECHERCHES TRÈS-CURIEUSES SUR LES CAUSES DE L'ACCOUCHEMENT SPONTANÉ APRÈS LA MORT; mais le meilleur travail sorti de sa plume est incontestablement celui dans lequel il a fait une histoire tout à fait neuve de certains *trombus*, ou tumeurs sanguines, mentionnées par Levret, et depuis négligées par presque tous les auteurs.

Ces diverses publications présentaient certainement un haut degré d'intérêt et d'utilité; elles décelaient dans M. Deneux un bon esprit d'observation et un sens tout à fait pratique; elles auraient suffi pour maintenir son nom en un rang honorable dans la légion d'ailleurs si estimable et utile des bons praticiens de Paris, et peut-être se serait-il trouvé satisfait de voir vieillir son ambition dans ces paisibles honneurs si des circonstances un peu moins liées à la science n'étaient venues contribuer pour une si large part à une bien autre élévation.

La restauration avait succédé à l'empire; beaucoup de grandes familles étaient rentrées en France. On sait comment la réputation d'un accoucheur peut tout à coup se propager et grandir dans le monde; rien n'égale la reconnaissance et le dévouement des femmes pour le praticien exercé et prudent qui, dans ces longues heures d'anxiété et de souffrances, est venu leur prodiguer les secours de son art; le bonheur d'être mères redouble leur sollicitude et leur bienveillance naturelle, M. Deneux, essentiellement bon et serviable, avait ainsi trouvé de chaleureuses et puissantes recommandations, et sa position allait s'élever bien au delà sans doute de ses propres espérances.

Jusque-là, en effet, dans les familles souveraines, lorsqu'il s'était agi de faire choix d'un accoucheur, on avait naturellement jeté les yeux sur des hommes que désignait une grande célébrité. Sous la restauration les choses ne se passèrent pas tout à fait de cette manière; la famille royale préféra pour la duchesse de Berry le praticien d'ailleurs prudent et habile que recommandait le noble faubourg, et M. Deneux fut nommé.

Le début de M. Deneux dans ses hautes et délicates fonctions ne fut pas heureux; le premier enfant de la duchesse de Berry ne vint au monde qu'après un travail de vingt-quatre heures, et il avait cessé de vivre. On ne pouvait en imputer la faute à M. Deneux ; sa conduite avait été sage et prudente ; la confiance du duc de Berry en fut néanmoins un moment ébranlée; on agita la question d'établir un conseil médical, qui au besoin viendrait en aide à l'accoucheur. M. Deneux protesta avec une louable fermeté contre un pareil outrage; il déclara que ce serait le mettre en tutelle et finit par dire que si cette insulte lui était faite il se retirerait. On n'insista pas davantage; un second accouchement, heureux de tout point, vint d'ailleurs rassurer les esprits; c'était une fille, qui fut plus tard désignée sous le nom de *Mademoiselle*.

Mais en 1820, le duc de Berry ayant succombé sous le fer d'un assassin, la naissance d'un troisième enfant, qui cette fois fut un fils, vint mettre le comble à la fortune de M. Deneux; il fut accablé d'honneurs, de distinctions et de places. Nommé coup sur coup chevalier de l'ordre royal de Saint-Michel, médecin en chef adjoint de la maison d'accouchement, chevalier de la Légion d'honneur et de Constantin des Deux-Siciles, il fut compris dans les premières nominations des

EXTRAIT AQUEUX DE BELLADONE SUBSTITUÉ AU SEIGLE ERGOTÉ POUR L'USAGE OBSTÉTRICAL ; par M. SOMA.

Il n'est pas de praticien, depuis Chaussier, qui n'ait eu occasion de constater les bons effets de l'application locale de l'extrait de belladone sur le col utérin pour en obtenir la dilatation dans les cas de rigidité.

Ce n'est pas ainsi que M. Somà administre l'extrait de belladone, et ce n'est pas un effet en quelque sorte passif qu'il en attend. Il le donne à l'intérieur à la dose de 40 centigrammes dans une potion de 150 grammes de liquide, par cuillerée toutes les dix minutes environ ; il excite par ce moyen les contractions trop languissantes de l'utérus, et il obtient une prompte dilatation du col. Ainsi c'est en réveillant, à la manière du seigle ergoté, les contractions utérines, et non en paralysant les fibres du col, qu'il en obtient la dilatation.

Trois observations rapportées par M. Somà témoignent de l'efficacité et de la promptitude de la belladone à produire le résultat demandé, aussi bien que de son innocuité. Un des enfants, cependant, venu au monde faible et peu développé, n'a vécu que quelques jours. La tolérance de la mère pour la belladone est très-remarquable dans ces cas.

C'est à l'expérience clinique à juger si l'usage interne de la belladone est préférable à l'emploi local de cette substance pour obtenir une plus prompte dilatation du col utérin. C'est une question d'autant plus importante à résoudre que, depuis la mémorable discussion qui a eu lieu à l'Académie de médecine de Paris sur le seigle ergoté, les praticiens prudents ont à peu près renoncé à se servir de cet agent pour produire un tel effet, et que la belladone pourrait peut-être le remplacer avec avantage dans des cas déterminés.

VIII. CORRISPONDENZA SCIENTIFICA IN ROMA.

Les numéros du premier trimestre de 1854 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Action de la foudre sur l'homme*; par M. Silenzi. 2° *Notes sur les semences du cédron*; par MM. Viale et Latini. 3° *Sur l'efficacité singulière du tartre émétique dans la cure de beaucoup de maladies*; par M. Derossi. 4° *Sur la composition anatomique du limaçon de l'oreille*; par M. Galli. 5° *Hypertrophie de la rate, produite par une phlogose lente et suivie de tumeur métastatique dans les espaces intermusculaires sous l'aisselle droite*; par M. Silenzi. 6° *Un cas très-rare d'extase et de catalepsie symptomatique d'une fièvre quarte*; par M. Derossi. 7° *Sur l'ammoniaque dans la respiration*; par MM. Viale et Latini. 8° *Considérations sur l'étiologie mortide de la foudre*; par M. Silenzi. 9° *Entéroraphie pratiquée par la méthode de Jobert modifiée par Rizzoli*; par M. Brancadoro.

DOUBLE LAME DANS LA STRUCTURE ANATOMIQUE DU LIMAÇON OU COCHLÉE ; par M. GALLI.

Tous les auteurs d'anatomie, et en particulier les auteurs classiques, s'accordent à dire que la lame qui forme les parois du limaçon, et qu'on nomme la lame des contours, est osseuse et compacte; ils ajoutent qu'il n'existe pas de limaçon membraneux.

Depuis longtemps M. Galli a reconnu, dans ses investigations anatomiques, et aujourd'hui il démontre qu'en préparant le cochlée avec le soin nécessaire, on la trouve composée de deux lames bien distinctes entre elles : l'une externe et compacte, et formée de la même substance osseuse que les canaux demi-circulaires ; l'autre interne, très-fine, est de consistance vitrée.

Il apparaît clairement que ces deux lames sont bien distinctes entre elles, alors que, pour les séparer, on incise la surface externe osseuse de la cochlée dans la direction du sillon spiral qui en marque les deux tours et demi de spire, puisqu'en ce point on rencontre un petit espace triangulaire formé par la réunion ou superposition des spires de la lame vitrée et la face interne de la lame osseuse superposée. En outre, la susdite lame interne ou vitrée, au commencement de la cochlée où est sculptée la fenêtre ronde, ou rampe du tympan, se réfléchit supérieurement hors de la lame compacte ou osseuse, de manière que la lame interne forme une petite lèvre qui s'enroule par-dessus et apparaît d'autant plus clairement qu'on aura ôté avec plus de précision toute la lame osseuse superposée qui l'entoure. Cette lame interne ou vitrée est très-adhérente à la lame osseuse, à la base et au sommet du limaçon.

Le modeste auteur de cette découverte anatomique trouve dans Caldani et Veslingius des passages qui se rapportent à l'existence de cette lame qu'il a nommée *vitrée*.

AMMONIAQUE DANS LA RESPIRATION; par MM. VIALE et LATINI.

Depuis que Lavoisier a découvert le véritable phénomène de la respiration et qu'il l'a comparée à une combustion, il est deux points sur lesquels les auteurs n'ont jamais varié. Ce sont : 1° l'absorption d'une partie de l'oxygène atmosphérique; 2° l'exhalation de gaz acide carbonique et de vapeur d'eau. La même entente est loin de régner relativement à l'azote. Depuis les travaux de Tréviranus et ceux de Collard de Martigny, beaucoup d'expérimentateurs admettent que, pendant l'acte de la respiration, de l'azote était exhalé par les poumons. MM. Viale et Latini n'ont pu croire que ce gaz était exhalé à l'état de pureté, mais bien à l'état d'ammoniaque, ce qu'ils ont entrepris de démontrer.

En effet, après s'être mis à l'abri de toute erreur, en s'assurant que l'air et l'eau dont ils se servaient ne contenaient point d'ammoniaque, ils constatèrent facilement la présence de l'ammoniaque dans l'air expiré. Ils trouvèrent que cette exhalation se fait à l'état de sous-carbonate d'ammoniaque; que par conséquent le poumon n'émet point de gaz acide carbonique pur.

Ainsi l'azote, signalé par les chimistes comme un produit de la respiration, n'est que de l'ammoniaque. Cette ammoniaque serait en partie la source de celle qui se trouve dans l'air et qui, dissoute par la pluie, retombe sur la surface de la terre pour la féconder. Ces habiles chimistes ont calculé qu'un homme sain exhale par les poumons, en vingt-quatre heures, 0,76 centigrammes d'ammoniaque; ce qui fait, pour l'année, 278 grammes, et pour une ville telle que Rome, de 160,000 habitants, un poids de 44,560 kilogram. d'ammoniaque. Ces recherches deviennent plus intéressantes encore par le rôle que Liebig attribue à l'ammoniaque en physiologie végétale.

---

membres titulaires de l'Académie de médecine, et un peu plus tard il fut promu au professorat dans la Faculté de médecine de Paris.

Bien que nommé professeur grâce à l'ordonnance de 1823, M. Deneux n'avait pris la place de personne à la Faculté ; on avait créé pour lui une chaire de clinique d'accouchement ; mais je suis obligé de dire que pendant les huit années de son professorat aucun service ne fut organisé, et qu'il ne fit acte de professeur qu'en assistant aux examens.

Jusqu'ici, messieurs, vous l'avez peut-être remarqué, c'est à peine si cette notice consacrée à M. Deneux a pris les formes d'un éloge académique : c'est qu'il est des hommes qui ne peuvent être complètement appréciés et jugés que quand sont venus les jours d'épreuves ; tout en comblant M. Deneux de ses faveurs, tout en le soutenant en quelque sorte par la main, la fortune semblait avoir oublié de lui donner ces qualités heureuses et brillantes qui mettent de niveau avec toute espèce de bonheur; mais maintenant que je vais le suivre dans les rudes sentiers de l'adversité, ce sera pour moi une vraie satisfaction d'avoir à montrer en lui une belle âme et un noble cœur, d'avoir à dire quelles furent l'étendue et la constance de son dévouement pour ceux à qui il devait tout.

A peu de temps de là, ses protecteurs étaient tombés; le vent des révolutions les avait de nouveau rejetés sur la terre d'exil; la duchesse de Berry, arrêtée en Vendée, avait été conduite dans la citadelle de Blaye; une note insérée au MONITEUR avait annoncé qu'elle était enceinte. M. Deneux en eut à peine connaissance qu'il demanda au gouvernement la faveur d'aller s'enfermer avec elle dans sa prison. C'était lui, disait-il, qui, en d'autres temps et dans le palais des rois lui avait donné ses soins, c'était donc à lui de lui prêter les secours de son ministère dans ces jours d'abandon, de malheur et de trahison. La demande de M. Deneux ayant été accueillie, il lui fut permis d'aller partager la captivité de la princesse.

Sa première entrevue avec la prisonnière eut quelque chose de touchant : la duchesse de Berry était couchée, pâle, amaigrie par de longs jours de solitude, d'ennui et de souffrances. M. Deneux, introduit près d'elle, ne put trouver une parole; il se jeta au pied du lit et couvrit de larmes la main de la princesse, puis, et pendant toute la durée de son emprisonnement il lui prodigua des soins de chaque jour et avec la plus vive sollicitude.

Quand la princesse fut rétablie de toutes ses souffrances et mise en liberté, M. Deneux ne crut pas sa mission terminée; il accompagna Marie-Caroline jusqu'à Palerme d'abord, puis jusqu'à Naples. Ce voyage, déjà très-onéreux et très-pénible pour Deneux, faillit se terminer pour lui d'une manière funeste; dans les environs de Rome, il fut horriblement maltraité et complètement dévalisé par une troupe de bandits, et ce fâcheux événement ne devait pas être le dernier : la comtesse de Luchesi Palli allait mettre le dévouement de son accoucheur à de nouvelles épreuves.

A peu de temps de là, en effet, et au milieu d'un hiver rigoureux, M. Deneux fut mandé au fond de l'Allemagne pour donner de nouveau ses soins à la princesse; malgré son grand âge et l'affaiblissement de sa santé, il n'hésita pas un seul moment. Je suis un vieux serviteur de la famille, disait-il, je veux remplir mon devoir. Il se mit donc en route malgré la rigueur de la saison ; à son retour, et avant d'avoir atteint la France, sa voiture versa dans un ravin escarpé et profond; il en sortit couvert de contusions et avec deux côtes fracturées! Enfin, tout entier encore à cette touchante religion des souvenirs, il voulait aller une troisième fois en Allemagne, à l'âge de près de quatre-vingts ans, prêter de nouveau son ministère à sa noble cliente; c'est à grand'peine s'il céda aux supplications de Mme Deneux et de ses amis.

Tant de dévouement, tant d'abnégation ne l'avaient pas enrichi; une modeste pension de 12,000 fr., voilà tout ce que lui avaient valu ses longs services; aussi, quand l'âge ne lui permit plus d'exercer sa profession, il fut obligé de vendre une partie de sa bibliothèque et d'aller vivre au fond d'une province dans le voisinage de quelques vieux amis. Un de nos collègues, son parent et son ami le plus dévoué, allait souvent le visiter; ce fut lui qui lui ferma les yeux dans la petite ville de Nogent-le-Rotrou, le 28 déc. 1846; ce parent, cet ami qui avait trouvé au commencement de sa carrière un asile dans la maison de M. Deneux, c'est celui dont il me reste à parler : M. Baudelocque, ancien médecin de l'hospice des Enfants.

— C'est encore en Picardie, dans un petit village des environs d'Amiens, nommé Haille, que naquit César-Auguste Baudelocque, le 9 décembre 1795.

Son père était cousin germain du grand accoucheur; c'était un notaire de campagne, d'une forte et impétueuse nature, plus occupé de ses plaisirs que de l'avenir de ses enfants ; sa mère, Marie-Louise Denisart, était proche parente du jurisconsulte Denisart, connu par d'estimables travaux.

ENTEROGRAPHIE PAR LA MÉTHODE DE JOBERT MODIFIÉE PAR RIZZOLI ; par M. BRANCADORO.

La simplicité de la suture employée, non moins que le succès de l'opération, recommande cette méthode.

OBS. — Un vigneron de 22 ans, reçoit, dans une rixe, en novembre 1853, un coup de couteau à lame large dans le ventre : plaie transversale d'un pouce et demi dans la ligne blanche au-dessous de l'ombilic ; sortie de l'épiploon et d'une bonne partie de l'iléon. Après avoir lavé les parties sorties, on trouva une plaie d'un pouce appartenant à une anse de l'iléon et tenant une direction longitudinale. On y pratiqua la suture suivante, qui est celle de Jobert modifiée par Rizzoli. On fait un nœud à une des extrémités du fil, qu'on introduit libre dans la cavité intestinale vers un angle de la plaie. Ensuite, après avoir renversé en dedans et rapproché l'une de l'autre les deux lèvres de la plaie elle-même, on coud la seule tunique séreuse par la suture à points passés : on coupe le fil au niveau de l'intestin, et en retirant le dernier point, on a soin que l'autre extrémité du fil aussi reste libre dans la cavité intestinale.

La plaie extérieure fut réunie par première intention.

Le fil de la plaie intestinale passa par les selles.

Un mois après l'opération, le malade se levait et ne tarda pas à retourner à ses travaux.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

ADDITION A LA SÉANCE DU 4 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. COMBE.

ACTION DU FLUIDE SÉMINAL SUR LES CORPS GRAS NEUTRES.

M. LONGET annonce à l'Académie un travail dans lequel sont consignés les résultats de ses recherches concernant l'action de divers liquides de l'économie animale sur les matières grasses. Voici un extrait sommaire de la partie de ce travail qui se rapporte au *fluide séminal* étudié sous ce point de vue.

1° Si l'on mélange avec le fluide séminal une matière grasse neutre (de l'huile d'olive par exemple), et si on les agite ensemble, le mélange se transforme aussitôt en un liquide semblable à du lait ; il se fait une émulsion. Celle-ci est tellement parfaite que jusqu'au moment même de la putréfaction (avec une température de + 15° à + 20°), le liquide blanc et crémeux ne change pas du tout d'apparence, et qu'il n'y a par le repos aucune séparation entre la matière grasse et le fluide séminal.

2° Lorsqu'un pareil mélange a été maintenu au bain-marie entre + 35° à + 40°, pendant quatorze à seize heures, on constate que, sous l'influence du liquide séminal, la graisse n'est pas seulement divisée, émulsionnée, mais qu'elle est, en outre, modifiée chimiquement ; car la matière grasse neutre et le fluide séminal alcalin forment, au moment de leur mélange, un liquide blanc laiteux à réaction alcaline, tandis qu'après le laps de temps indiqué, le même liquide présente une réaction sensiblement acide.

Si, parmi les fluides animaux, le fluide séminal n'est pas le seul à produire la saponification des graisses, c'est-à-dire leur décomposition en glycérine et en acide gras, je n'hésite pas à affirmer que du moins il est celui qui possède ce pouvoir au plus haut degré. Je ne sache pas que cette propriété intéressante, que je rattache à certaines conditions de l'acte générateur, ait été signalée jusqu'à présent par d'autres observateurs.

SUR LA PHYSIOLOGIE DES PARALYSIES.

M. MARSHALL HALL s'exprime ainsi :

La physiologie des paralysies est encore à faire. Puisqu'il y a deux principaux centres nerveux, le cerveau et la moelle épinière, il doit y avoir deux ordres spéciaux de paralysies : le premier où l'influence du cerveau, le second où l'influence de la moelle épinière est anéantie ou interceptée.

J'appelle *paralysie cérébrale* la paralysie dans laquelle l'influence du cerveau est interceptée, et *paralysie spinale* la paralysie dans laquelle l'influence de la moelle épinière est interceptée. Cela ne veut pas dire qu'il y a maladie du cerveau ou de la moelle épinière dans ces cas respectivement, mais bien que l'influence de ces organes est, par quelque cause ou maladie que ce soit, annulée par rapport aux muscles des membres paralysés. L'hémiplégie produit ordinairement une paralysie cérébrale, mais aussi, dans les cas très-forts, une paralysie spinale : tandis qu'une maladie limitée à un petit espace de la moelle épinière dorsale produit une paralysie cérébrale des membres inférieurs, l'influence de la partie de la moelle située en dessous du point malade continuant à s'exercer. De même une destruction d'une longueur considérable de la moelle épinière ou anéantissement des fonctions de nerfs spinaux produit une paralysie spinale.

Une paralysie cérébrale est donc une paralysie où les muscles sont privés de l'influence du cerveau ; une paralysie spinale, une paralysie où les muscles sont privés de l'influence de la moelle épinière.

L'hémiplégie de la face est une paralysie cérébrale ; la paralysie du nerf facial est une paralysie spinale. Or voici les caractères de ces deux espèces de paralysies :

Dans la paralysie cérébrale, l'influence de la volonté est seule interrompue. Il n'y a plus dans ces paralysies, lorsqu'elles sont complètes, de mouvements volontaires : il reste toutes les fonctions de la moelle allongée ou de la moelle épinière ; de sorte qu'il y a dans ces différents cas :

1° Mouvements par émotion ;
2° Mouvements liés au bâillement, à la toux, etc. ;
3° Mouvements diastoliques ;
4° Contractions toniques symétriques de la main ;
5° Augmentation comparative de l'irritabilité hallérienne ;
6° Augmentation comparative de l'action de la strychnine

Dans les paralysies spinales, il n'y a rien de tout cela, et l'irritabilité hallérienne est comparativement moindre.

Je reviens sur le cas de l'hémiplégie. Ordinairement il y a, quelque temps après l'attaque, un certain degré d'amélioration ; il y a un peu de retour de la puissance volontaire. Il y a aussi existence des phénomènes que j'ai mentionnés ; mais, dans des cas plus rares, il n'y a pas d'amélioration ; ces phénomènes ne se montrent point où ils sont moins apparents. Alors la main et le bras ne sont pas affectés de contraction tonique, et l'irritabilité hallérienne n'est pas comparativement augmentée. On dirait que c'est une exception à la règle que je viens de poser. Il me paraît, au contraire, que le choc de l'accès a été assez fort pour détruire pour ainsi dire les puissances nerveuses du système spinal. Ainsi, lorsqu'on divise les centres nerveux entre le cerveau et la moelle allongée dans la grenouille, on suspend la puissance nerveuse, de manière à anéantir les mouvements diastoliques. Un choc plus fort les anéantirait complétement, comme le fait un coup de foudre. L'attaque d'hémiplégie produit le même effet absolument ; et dans le cas où il y a amélioration, c'est un exemple de paralysie cérébrale avec phénomènes spinaux ; mais dans le cas où cette amélioration ne se montre pas, il n'y a pas de ces phénomènes, et tout en étant une maladie du cerveau, c'est bien par l'intermédiaire du choc une paralysie spinale : l'irritabilité en reste épuisée ; les mains restent flasques et immobiles.

Tous ces phénomènes, à une exception près, sont des objets de pure observation, à l'exception de l'irritabilité. Pour mettre à l'épreuve cette fonction

---

Le jeune Auguste Baudelocque, bien que d'un caractère vif et emporté, montra dès ses premières années un goût très-prononcé pour l'étude ; son père lui-même en fut frappé et pensa qu'on pouvait en faire un savant. On commença par le confier au curé du village, qui lui apprit un peu de latin ; puis on le fit entrer dans une bonne institution où il fit d'excellentes études, et en 1810 on l'envoya à Amiens à l'école dite d'Instruction médicale.

Le nom que portait M. Baudelocque n'a pas été étranger au choix de sa carrière ; mais pour rallumer cette gloire de famille, il ne fallait rien moins qu'un héritier plein de zèle et d'ardeur comme l'était ce jeune homme. Auguste Baudelocque sentait en lui ces nobles désirs. l'École de médecine d'Amiens l'avait tout au plus initié au grand art qu'il voulait cultiver ; c'était à Paris seulement qu'il pouvait faire des études sérieuses. Il savait qu'un de ses parents y exerçait l'art des accouchements, que ce parent avait été accueilli dans sa jeunesse par le premier des Baudelocque. Sans en savoir davantage, il se mit en route, bien convaincu que ce parent s'empresserait de payer, à présentation d'un autre Baudelocque, cette vieille dette de reconnaissance. Les faits prouvèrent qu'il ne s'était point trompé. Ce parent, je viens de le dire, était M. Deneux ; il reçut le jeune Baudelocque à bras ouverts, le fit demeurer chez lui et pourvut à tous ses besoins.

C'était vers la fin de l'empire ; la guerre n'était plus pour nous qu'une suite de désastres ; heureux ceux qui, ayant fait quelques études médicales, pouvaient prévenir la conscription et entrer dans les armées en qualité de chirurgiens militaires ! C'est ce que fit M. Baudelocque ; il entra comme sous-aide dans un bataillon d'artillerie et fut dirigé sur Dresde. Mais ce bataillon ayant été coupé du reste de l'armée et fait prisonnier, M. Baudelocque fut emmené jusqu'au fond de la Hongrie, et c'est de là qu'il dut revenir en 1814, quand la paix fut rétablie. Doué d'une forte constitution et désireux de revoir son pays natal, il fit cette longue route à pied, le sac sur le dos. Il racontait que le dernier jour, ayant encore 20 lieues à faire, il les fit tout d'une traite ; et ce fut les yeux pleins de larmes qu'il aperçut enfin le clocher de son village et le toit de la maison paternelle.

Après quelques jours passés dans sa famille, M. Baudelocque dut revenir à Paris. M. Deneux, toujours disposé à lui être utile, lui avait de nouveau ouvert sa maison ; mais M. Baudelocque sut bientôt se suffire à lui-même. En 1818, il concourut pour l'internat ; nommé l'un des premiers, il se trouva attaché aux hôpitaux jusqu'à sa réception au doctorat, c'est-à-dire jusqu'en 1822.

Si, à cette époque, M. Baudelocque n'avait suivi que ses goûts, il n'aurait pas quitté Cullerier l'ancien, qui avait pour lui la plus vive amitié, et peut-être se serait-il consacré aux études que comporte l'hôpital du Midi ; mais, je l'ai déjà dit, M. Baudelocque portait un beau nom, il avait dans sa famille une noblesse qui l'obligeait, ce fut vers l'hôpital de la Maternité qu'il dut se diriger de préférence.

Le savant Chaussier avait cessé de remplir les fonctions de médecin en chef de cet établissement ; M. Deneux en était le médecin adjoint. M. Baudelocque, admis comme interne dans cette maison, put y acquérir des connaissances essentiellement pratiques dans cette science des accouchements qui désormais allait remplir presque toute sa vie. Cependant, comme tout s'enchaîne et tout se lie dans la nature, nous allons voir que cette étude de l'art obstétrical devait conduire M. Baudelocque à d'autres études non moins pleines d'intérêt et fécondes aussi en résultats pratiques.

La vie des femmes, a dit le plus ancien et le plus vénéré des médecins, n'est trop souvent qu'une longue maladie. Par cela, en effet, que la femme porte dans son sein, et pendant de longs mois, le produit de la conception, des changements profonds se sont accomplis en elle, et dès lors elle est exposée à toutes sortes de dangers ; puis, quand sont venues ces heures si désirées et en même temps si redoutées d'une prochaine délivrance, que de hasards, que de périls n'a-t-elle pas à courir au milieu de toutes ses angoisses et de toutes ses souffrances ! Sans doute il est d'ineffables compensations dans ces cruels moments ; tout est oublié dès que la mère entend le premier cri du nouveau-né ; mais de combien de maux n'est-elle pas encore menacée après l'enfantement, et quand tout semble enfin lui promettre une entière sécurité ! Le médecin dont nous nous occupons a su exposer avec un vrai talent toutes les parties de ce sombre tableau, et montrer au prix de quelles souffrances la femme doit trop souvent acheter le bonheur d'être mère.

M. Baudelocque n'était encore qu'interne dans les hôpitaux lorsqu'un programme de prix appela son attention sur un premier ordre des graves accidents qui peuvent se déclarer soit pendant le cours de la grossesse, soit pendant le travail de l'enfantement, soit après les couches ; je veux parler de ces attaques instantanées et effrayantes qui sont quelquefois annoncées par un cri perçant et douloureux, et qu'on appelle *convulsions*.

Quelle peut être la cause de ces scènes émouvantes ? D'où vient qu'un être si faible, si délicat, peut suffire à d'aussi formidables efforts ? C'est là ce qu'on ne saurait pénétrer ; mais M. Baudelocque a parfaitement établi que si la prédisposition à ces attaques se trouve dans la grossesse

de la fibre musculaire, j'ai fait et j'ai répété avec les plus grandes précautions, à des intervalles variés, des expériences ove l'influence galvanique.

Je me suis servi, dans ces épreuves, d'un courant purement galvanique, des plus légers et des plus simples, provenant de la machine de Smikshank; j'ai mis les mains paralysées et non paralysées, par exemple, dans le même bassin d'eau pure et les pieds dans un autre, et j'ai bien observé lesquels étaient affectés par le moindre degré du galvanisme. Or dans les membres affectés de paralysie cérébrale, c'est toujours le membre paralytique qui est le plus contractile par le galvanisme, et dans les cas de paralysie spinale, ce sont toujours les membres non paralytiques qui en sont les plus susceptibles.

J'ai tiré de ces expériences plusieurs conclusions qui me paraissent du plus haut intérêt pour le physiologiste et pour le médecin.

1° Il paraît que le cerveau, par ses actes de volition, tend à épuiser l'irritabilité des muscles;

2° Que la moelle épinière, au contraire, est la source de cette même irritabilité;

3° Que le courant galvanique peut servir de *diagnostic* entre les cas de paralysies cérébrales, et ceux de paralysies spinales.

A l'appui de ces conclusions viennent les phénomènes que j'ai déjà énumérés, c'est-à-dire les effets de l'émotion, des bâillements; les mouvements diastoliques; les contractions toniques symétriques; l'effet de la strychnine, lorsque ce médicament est administré, etc.

Outre les paralysies cérébrales et spinales, il y a des affections nerveuses qui se lient avec la moelle allongée et les nerfs pneumogastriques, que je me propose de traiter à une autre occasion. Il restera encore à étudier les maladies du système ganglionnaire.

Restent enfin des paralysies bien obscures: les paralysies *cum agitatione cum spasmo*; les paralysies *e plumbo*; *e rheumatismo*; *ex hysteria*; *e dentitione*, etc. Il faut bien du travail pour se faire des idées bien nettes et bien exactes de toutes ces maladies: les émotions, l'irritation de la moelle épinière, l'action du poison, l'influence de la douleur, la soustraction de la volonté, l'effet du choc, tout y est à étudier.

— M. Mialhe envoie, au nom de M. Peter Moller, pharmacien à Christiania, un flacon d'huile de foie de morue, préparée dans les pêcheries de Nordland avec les foies des poissons frais et par une méthode qui est dégagée de toute opération chimique.

— M. Guillon écrit à M. le secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences:

J'ai présenté, dit-il, pour le concours Montyon de cette année mes procédés et mes travaux, qui ont pour but de faire rejeter de la pratique chirurgicale cette grave et douloureuse opération de la boutonnière qu'on désigne maintenant sous le nom d'*urétrotomie périnéale*. On y a recours beaucoup trop légèrement pour ces rétrécissements de l'urètre que certains chirurgiens considèrent comme infranchissables et comme non dilatables, parce qu'ils ne peuvent les franchir et les dilater avec les instruments généralement employés dans ces sortes de cas. L'occasion m'ayant été offerte de démontrer sur un malade affecté de rétrécissements non dilatables, j'ai prouvé, l'instrument à la main, qu'on peut très-facilement, ainsi qu'il le désirait, éviter cette opération, d'abord, en franchissant et en dilatant les coarctations urétrales avec des bougies en baleine, puis en attaquant ces strictures par ma méthode de stricturotomie intra-urétrale, aujourd'hui acquise à la science.

La méthode de stricturotomie que je dois employer est celle que j'ai eu l'honneur de soumettre, avec les instruments qu'elle nécessite, à l'examen de l'Académie des sciences, en 1838. Elle consiste à diviser, par des incisions multiples, les tissus indurés qui constituent les rétrécissements fibreux; puis, à l'aide de corps dilatants à écarter les lèvres des petites plaies, et à comprimer excentriquement les parties divisées de manière à faire disparaître complétement les coarctations. Mes bougies élastiques, dont l'extrémité conique se termine par un renflement olivaire, décrites dans le COMPTE RENDU DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE (années 1831 et 1832), aujourd'hui généralement adoptées, sont toujours celles que je préfère dans ce cas.

Je vous prie, monsieur le secrétaire perpétuel, de faire renvoyer au concours Montyon de l'année prochaine les travaux que j'ai eu l'honneur de vous adresser en mars dernier pour le concours Montyon de cette année.

Cet ajournement me permettra de réunir et de publier un assez bon nombre de faits qui prouveront péremptoirement: 1° qu'au moyen de bougies en baleine à renflements successifs et à extrémité filiforme, on franchit et on dilate toujours très-rapidement les rétrécissements considérés comme non dilatables, surtout lorsqu'une bougie, quelque mince qu'elle soit, les a déjà traversés; 2° qu'à l'aide de ces mêmes bougies, on franchit ordinairement avec facilité les rétrécissements réstés infranchissables avec les autres bougies généralement employées dans ces états pathologiques de l'urètre; 3° qu'au moyen de bougies en baleine convenablement confectionnées et de ma méthode de stricturotomie intra-urétrale, aujourd'hui adoptée dans la pratique chirurgicale, on évitera toujours, ou presque toujours, cette grave et douloureuse opération de la boutonnière, opération que les Desault, les Chopart, les Boyer, les Dubois, les Dupuytren avaient proscrite de notre chirurgie française; 4° enfin, que cette urétrotomie périnéale doit être abandonnée de nouveau.

— M. Bayard adresse une note sur une question dont il a déjà fait l'objet de diverses communications: l'influence que peut avoir la vaccine sur le développement ultérieur de certaines maladies chez les individus vaccinés. La nouvelle note a pour titre: DU CHOLÉRA ET DE LA SUETTE D'APRÈS LES AUTEURS DU DIX-HUITIÈME SIÈCLE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 12 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

RAPPORT GÉNÉRAL SUR LES PRIX.

M. Gibert, secrétaire annuel, lit, au nom d'une commission composée de MM. Guéneau de Mussy, Roche, Guibourt, Bouvier, et Gibert, rapporteur, le rapport suivant:

Vous ne l'ignorez pas, messieurs, les savants se sont arrogé le droit d'être ennuyeux! Forcé d'*user* de ce privilége, puisque j'ai à vous offrir le résumé des travaux de plusieurs savants, je mettrai tous mes soins à ne pas *en abuser*. Ce rapide aperçu sera donc aussi succinct que possible; veuillez avoir quelque indulgence pour l'aridité de la tâche qui m'est imposée.

I. — Prix de l'Académie.

« *De l'huile de foie de morue considérée comme agent thérapeutique.* »

L'huile de poisson, employée par les anciens comme un topique utile dans les affections dartreuses, ne commença pourtant à être connue des médecins modernes (en premier lieu comme remède antirhumatismal) que dans la seconde moitié du siècle dernier; encore faut-il remarquer que cette connaissance resta longtemps bornée aux médecins du nord de l'Europe et des régions rhénanes.

Ce fut seulement dans les vingt premières années du siècle actuel que les mêmes médecins, et notamment les Hollandais et les Allemands, firent l'application de ce remède au rachitisme et aux scrofules.

En 1822 parut le premier essai clinique sur l'action thérapeutique de l'huile de foie de morue, publié par le docteur Schenk (de Berlin).

Douze ans plus tard, un médecin français, le professeur Stœber (de Strasbourg), s'efforça d'appeler sur ce précieux médicament l'attention de ses compatriotes.

elle-même, il faut en attribuer la cause occasionnelle au trop-plein des vaisseaux sanguins ou à un état de pléthore, et de là des indications faciles à remplir.

Mais si les convulsions constituent un ordre d'accidents des plus redoutables, il en est un autre moins effrayant en apparence, mais plus grave en réalité, et dont M. Baudelocque s'est également occupé.

Le sang, en effet, source de toute vie, peut s'échapper du sein de la mère à flots intarissables, ou bien il peut s'amasser en elle et former de mortels épanchements, constituant ainsi ce qu'on nomme des *hémorrhagies*, qui tantôt sont internes et tantôt externes.

M. Baudelocque ne s'est occupé que des premières, et c'est avec une admirable sagacité qu'il en a déterminé la nature, indiqué les causes et assigné le traitement. C'était le second ouvrage sorti de sa plume; mais il ne devait pas s'en tenir là.

Après avoir échappé aux *convulsions* et aux *hémorrhagies* au sortir du travail le plus facile et le plus heureux, la femme peut être prise tout à coup d'une fièvre qu'on a nommée *puerpérale*.

Cette fièvre avait été mal étudiée.

L'école de Bichat, de Pinel, et même de Broussais, tout en nous faisant mieux connaître qu'on ne l'avait fait jusque-là les inflammations des membranes séreuses, nous avait entraînés dans un solidisme trop exclusif, et c'est surtout l'histoire de la péritonite puerpérale qui devait en fournir les preuves.

M. Baudelocque une fois entré dans la maison d'accouchement, et témoin d'une épidémie meurtrière, fut frappé d'étonnement quand il vit les salles se remplir tout à coup de femmes moribondes, lui qui croyait que la péritonite chez les femmes en couches ne devait pas présenter plus de dangers que les autres phlegmasies des membranes séreuses; il voyait les nouvelles accouchées périr en quelques heures! C'est alors qu'il commença à comprendre qu'il devait y avoir autre chose qu'une simple inflammation abdominale, et que ces morts foudroyantes devaient être rapportées à une altération essentielle et profonde *des humeurs*. Une étude plus approfondie le confirma dans cette opinion, et c'est en vue de ces principes qu'il composa son excellent TRAITÉ DE LA PÉRITONITE PUERPÉRALE.

M. Baudelocque venait ainsi de mettre la dernière main à ses travaux sur les maladies que les femmes peuvent éprouver avant, pendant et après l'accouchement. On peut dire qu'il avait fait l'histoire pathologique tout entière de la femme. Qu'y a-t-il en effet de sérieux, de grave, de véritablement important à connaître en dehors de ces trois ordres de maladies: les convulsions, les hémorrhagies et les inflammations ainsi comprises? Mais les belles recherches de M. Baudelocque ne devaient point encore s'arrêter là. De 1818 à 1830, sa vie tout entière avait été consacrée à l'étude des maladies des femmes. A partir de ce moment, un nouveau champ de recherches va lui être ouvert. Nommé médecin de l'hôpital des Enfants, il va aborder des études non moins importantes et pleines d'intérêt encore, celles qui sont relatives aux maladies des enfants.

Parmi ces maladies, il en est une qu'Alibert appelait une infirmité aussi honteuse que dégoûtante, qui rend l'homme un objet de rebut pour ses semblables, qui lui fait redouter l'union conjugale, qui se transmet à ses descendants, qui frappe l'enfant dans le sein de sa mère, et transforme les plus belles années de sa vie en une longue série de peines et de douleurs.

C'est la maladie *scrofuleuse*, fléau des populations, plaie hideuse du genre humain, qui semblait en d'autres temps ne pouvoir être conjurée que par l'intervention divine, et que les rois de France, au moment de leur sacre, croyaient avoir le don de guérir par l'attouchement ou l'imposition des mains; tradition antique et longtemps vénérée, qui passait d'âge en âge, et à laquelle le roi Charles X crut devoir lui-même se conformer, moins sans doute dans l'espoir de guérir ces malheureux que d'alléger leur infortune par d'abondantes libéralités.

Quand M. Baudelocque entreprit de s'occuper de la maladie scrofuleuse, il ne trouva qu'incertitude et confusion dans les auteurs. Son histoire était un véritable chaos. C'était en vain que l'Académie royale de chirurgie avait appelé en 1750, l'attention des praticiens sur ce sujet, qu'elle avait couronné les mémoires de Bordeu et de Faure, et qu'elle les avait fait insérer dans le recueil de ses prix; la même incertitude continuait de régner sur les causes, la nature et le traitement de cette maladie.

Et cependant toutes les nations s'en étaient préoccupées. En Allemagne, Hufeland, en Angleterre, Gibbs, de Quincy, de Morlay, en avaient fait l'objet d'études spéciales. En France, Boyer, Delpech, Alibert, n'avaient eu garde de l'omettre. Cette affection n'en était pas moins restée, comme au temps de Celse, une de ces maladies qui portent la lassitude et le découragement dans l'âme des médecins,

Quæ vel præcipuè medicos fatigare solent.

Pendant plusieurs années encore, si l'on excepte quelques faits publiés à Paris par un chirurgien, M. Caron du Villards, et quelques vagues indications fournies par le docteur Bretonneau (de Tours), ce ne fut guère que dans les contrées voisines de l'Allemagne et de la Belgique que l'usage du remède devint populaire.

Mais, depuis lors, cette popularité s'est accrue et répandue de proche en proche, et aujourd'hui la vogue acquise à l'huile de foie de morue, en France et en Angleterre, égale au moins celle qu'elle n'a cessé d'avoir en Allemagne depuis les premiers essais cliniques des médecins allemands et hollandais, essais dont la date scientifique, comme nous l'avons indiqué plus haut, ne remonte guère au delà d'une trentaine d'années.

De nos jours, presque toutes les maladies chroniques qui tendent à produire un état cachectique sont combattues avec plus ou moins de succès par l'huile de foie de morue. Nous-même, nous en faisons un usage journalier dans nos salles de l'hôpital Saint-Louis.

Aussi de nombreux et intéressants travaux nous sont-ils parvenus sur un sujet si bien étudié, et nous n'avons eu, pour décerner le prix, que l'embarras du choix. Toutefois, c'est à l'unanimité que ce choix s'est fixé sur le mémoire n° 2, portant cette épigraphe : « *Duo sunt præcipui medicinæ cardines ratio et observatio!* » (Baglivi.)

Ce travail nous a paru devoir être mis en première ligne, comme le plus complet, le plus judicieux, rédigé avec le plus de méthode, contenant le plus grand nombre d'observations personnelles et portant au plus haut degré le cachet de l'observation clinique et de l'utilité pratique.

Il a pour auteur le docteur Tauflieb (de Barr), auquel un prix de 1,000 fr. a été décerné.

En outre, une mention honorable a été accordée à chacun des deux mémoires suivants :

1° Le n° 7, portant pour épigraphe cette citation de Bacon : « *Apis veræ ratio media est quæ materiam ex floribus agri elicit*, etc. »

L'auteur, M. Georges Muller (de Mulhouse), conclut de ses recherches que l'huile de foie de morue jouit d'une efficacité qui paraît démontrée dans les trois groupes pathologiques suivants : *rachitisme, scrofules, phthisie pulmonaire.* On trouve, entre autres observations remarquables dans ce mémoire, plusieurs exemples de guérison de *tumeurs blanches* par l'huile de foie de morue.

2° Le n° 4, avec cette épigraphe qui indique tout d'abord l'opinion de l'auteur, M. le docteur Fréd. Dubois (de Tournai), sur la valeur du remède : « *Anchora sacra pauperum.* »

La partie thérapeutique seule de cet intéressant et volumineux travail comprend près de 300 pages. L'auteur croit pouvoir, d'après sa propre expérience, assigner à l'huile de foie de morue contre le rachitisme une valeur thérapeutique égale à celle du mercure contre la syphilis et du quinquina contre la fièvre intermittente.

Le résultat du concours actuel et l'expérience que nous avons acquise nous-même depuis plus de dix ans que nous avons, tant à l'hôpital Saint-Louis qu'en ville, administré l'huile de foie de morue et à l'intérieur et en onctions sur la peau, nous permettent d'établir un certain nombre de principes thérapeutiques qui paraissent avérés, savoir :

1° Que l'huile de foie de morue est un médicament analeptique et fortifiant, très-utile dans la diathèse strumeuse et ses diverses manifestations, le rachitisme, le rhumatisme chronique, les maladies chroniques de la peau, l'ophthalmie chronique et diverses cachexies.

N'omettons pas, toutefois, deux remarques suggérées par certaines observations rapportées dans le mémoire qui a remporté le prix.

La première (qui est d'ailleurs proclamée aussi par l'auteur de ce mémoire), c'est que l'influence du médicament sur la diathèse lymphatique ou scrofuleuse est moins une action neutralisante ou *spécifique* proprement dite qu'une action dynamique générale qui s'exerce par l'extrémité des organes de la nutrition, d'abord sur l'économie tout entière et consécutivement sur les lésions locales engendrées et entretenues par la diathèse strumeuse. N'est-ce pas ainsi d'ailleurs que la nature elle-même, sous l'influence de bonnes conditions hygiéniques et du travail de la puberté, par exemple, guérit quelquefois les affections scrofuleuses sans l'intervention d'aucun médicament? N'est-ce pas ainsi qu'agit encore la méthode *hydrothérapique*, dont le docteur Gillebert d'Hercourt (de Lyon) nous a démontré les bons effets dans la même maladie?

Une seconde remarque, qui découle jusqu'à un certain point de la précédente, et dont ne paraissent pas avoir tenu compte les auteurs, c'est que certaines guérisons, qui coïncident avec le développement de la puberté et l'influence de bonnes conditions hygiéniques, sont plutôt dues à ces conditions qu'au remède concurremment employé.

Il en est de même pour certaines névroses ou névralgies, la sciatique, par exemple, dans lesquelles on a cru devoir attribuer la guérison à l'emploi de l'huile de foie de morue. Les cas assez nombreux de guérison spontanée ou sous l'influence de procédés insignifiants ou ridicules de ces sortes d'affections doivent rendre le praticien très-réservé dans ses jugements.

2° Les succédanés récemment proposés par divers pharmaciens, partant de cette idée fausse que l'iode ou le phosphore étaient les principes véritablement actifs de l'huile de foie de morue, peuvent être considérés comme des remèdes dont le praticien trouvera l'emploi dans certains cas, mais non comme des médicaments destinés à remplacer l'huile de foie de morue. Sans doute, d'autres huiles animales peuvent être utilisées dans les cas où l'on a conseillé l'huile de foie de morue, mais celle-ci est généralement regardée comme beaucoup préférable. Il paraît naturel d'attribuer cette efficacité aux principes gras animalisés et biliaires qu'elle contient.

3° A part les huiles épurées artificiellement que l'on a cherché à introduire dans le commerce et qui sont presque entièrement privées des principes résinoïdes et biliaires provenant du foie des poissons, toutes les variétés de l'huile de foie de morue peuvent être employées avec succès, bien qu'il y ait des cas où l'huile brune (plus âcre et plus stimulante) doive être préférée à l'huile jaune ou blonde (plus facile à administrer), et réciproquement.

Dans nos hôpitaux, c'est généralement l'huile brune qui est mise à la disposition des médecins.

4° Enfin, les doses exagérées que n'ont pas craint de prescrire quelques praticiens paraissent peu rationnelles. Les doses modérées, telles que celles de deux, trois à six ou même huit cuillerées par jour au plus, c'est-à-dire 30, 60 à 100 ou 120 grammes au plus, doivent être regardées comme suffisantes.

II. — Prix Portal.

L'anatomie pathologique *des cicatrices* des différents tissus, telle était la question mise au concours. Trois mémoires ont été adressés à l'Académie et soumis à l'examen d'une commission composée de MM. Laugier, Bégin, Jobert, Robert, et Larrey, rapporteur.

Le mémoire n° 1, portant pour épigraphe cette proposition qui en résume la pensée fondamentale: « *Les tissus se réparent, ils ne se reproduisent pas tels qu'ils étaient,* » a été jugé digne du prix.

Vous n'en serez point étonné quand vous connaîtrez le nom de l'auteur, M. le docteur Hutin, chirurgien en chef des Invalides, auquel la compagnie doit un grand nombre de communications intéressantes.

L'épigraphe que nous avons citée a été empruntée à Fabre, qui, il y a près d'un siècle, réfutait, au sein de l'Académie de chirurgie, l'ancienne théorie de la *régénération des chairs.*

Une médaille de 500 fr. a en outre été accordée au mémoire n° 3, dont l'auteur, M. le docteur Rouis (Jean-Louis), médecin militaire à Toulon, a résumé, ainsi qu'il suit, les points principaux de la question :

A. La cicatrisation des tissus s'opère suivant trois modes différents :

1° Reproduction proprement dite;

A M. Baudelocque était réservé le mérite de porter en quelque sorte la lumière au milieu de ces ténèbres.

Chaque école, chaque médecin avait sa théorie sur les causes de la maladie scrofuleuse. Celui-ci prétendait qu'elle était dans les familles un funeste héritage transmis de génération en génération; cet autre n'y voyait qu'une exagération du tempérament lymphatique; celui-là n'invoquait que la contagion; cet autre s'en prenait aux aliments ou boissons; tel autre, enfin, aux influences atmosphériques. M. Baudelocque, après avoir mûrement examiné toutes les opinions de ses devanciers, et après en avoir reconnu le peu de fondement, crut devoir revenir aux faits.

Ses recherches furent longues, pénibles, minutieuses; d'abord vagues et incertaines, puis de plus en plus directes et positives; enfin il arriva à constater, et d'une manière irréfragable, que les conditions indispensables à la production des affections scrofuleuses consistent essentiellement et uniquement dans la respiration d'un air altéré et vicié par le défaut de renouvellement. C'était une vue lumineuse dont les conséquences sur la thérapeutique étaient immenses.

En dévoilant ainsi les véritables causes de la maladie scrofuleuse et en prouvant que ces causes peuvent être écartées, M. Baudelocque avait rendu un véritable service à la société. C'est, du reste, une justice que lui ont rendue les étrangers eux-mêmes. Lorsque le parlement anglais crut devoir nommer une commission à l'effet de s'enquérir des causes qui entretiennent tant de maladies dans les grandes villes, un des médecins les plus distingués de Londres, le docteur Toynbee, interrogé par elle sur les maladies les plus fréquentes et sur leurs causes, répondit que c'était les maladies scrofuleuses, et que leurs causes avaient été parfaitement indiquées par un médecin français, M. le docteur Baudelocque. M. Toynbee ne s'en tint pas à cette déclaration; il crut devoir féliciter directement et publiquement Baudelocque de sa découverte, et il lui adressa les paroles suivantes : « Permettez-moi, monsieur, de vous dire qu'en publiant votre ouvrage sur la » maladie scrofuleuse, vous avez rendu un service infini à l'espèce humaine, et que ce sera tou- » jours avec bonheur que je vous citerai comme un de ses bienfaiteurs. »

Tout ce que je viens de dire, messieurs, me dispense d'insister pour prouver que M. Baudelocque était un praticien sagace et judicieux; c'était aussi un expérimentateur humain et prudent, et un thérapeutiste habile. Sa grande maxime était que, dans les maladies des enfants, il faut savoir attendre et gagner du temps. Sa pratique à l'hôpital était remarquablement heureuse; c'était dans son service que se trouvait toujours la plus faible mortalité.

M. Baudelocque s'était essayé dans l'enseignement. Nommé agrégé par la voie du concours, il devait naturellement aspirer à une chaire de professeur; mais avec un excellent fonds et de grandes connaissances, il eut peu de succès dans l'enseignement privé, il n'était pas assez maître de sa parole, il ne savait ni se contenir ni se modérer; et de même à l'Académie de médecine, où il avait été nommé dès 1823, il ne prenait que rarement la parole, et toujours avec une véhémence qui l'empêchait d'aller au delà de quelques phrases. Cette nature un peu colérique coïncidait chez lui avec une constitution où prédominait surtout le système sanguin, constitution évidemment apoplectique qu'il tenait de son père, mort hémiplégique dans un âge peu avancé. M. Baudelocque en convenait lui-même, mais il ne prenait aucune mesure pour en prévenir les suites. Il écoutait volontiers les représentations de ses amis, il en sentait toute la force; mais, soit insouciance, soit conviction que tout serait inutile, il ne voulut rien changer à ses habitudes.

Les faits malheureusement ne tardèrent pas à justifier ces appréhensions; à peine âgé de quarante-huit ans, en novembre 1843, il éprouva une première attaque d'apoplexie au milieu d'une consultation médicale et au moment où, une objection peu obligeante lui ayant été faite, il se préparait à répondre avec sa vivacité ordinaire. Il se sentit tout à coup arrêté par un excessif embarras de la parole, et en même temps il y eut hémiplégie faciale avec faiblesse dans le bras et dans la jambe gauches. Quelques émissions sanguines et un régime sévère l'avaient ramené à un état satisfaisant; mais ayant repris ses anciennes habitudes, il éprouva bientôt une seconde attaque, et cette fois avec cécité presque complète. Après quelques mois il y eut une amélioration marquée; mais, sur ces entrefaites, notre malheureux confrère en vint à se persuader deux choses qui l'amenèrent à l'état le plus triste qui se puisse imaginer.

A tort ou à raison, il avait l'intime et déplorable conviction que s'il laissait arriver dans ses yeux le moindre rayon de lumière il perdrait immédiatement connaissance, et que s'il se plaçait dans une position horizontale il serait pris d'une suffocation mortelle. Dès lors il se condamna à vivre dans une pièce dont les volets exactement fermés interceptaient toute lumière, et à demeurer perpétuellement assis sur un fauteuil, les bras constamment élevés et soutenus par une espèce de balustrade.

Quand j'allais visiter notre infortuné collègue, c'était sa voix qui me guidait au milieu de ces ténèbres; il restait ainsi habillé nuit et jour, ne voulant pas même que dans cette profonde obscurité on le débarrassât des lunettes qu'une excessive myopie l'avait toujours obligé de porter.

2° Formation d'un tissu plastique (inodulaire);
3° Transformation par atrophie.

B. La reproduction est possible dans les tissus cellulaire, séreux, fibreux, osseux et nerveux de l'ordre le plus secondaire.

C. La formation d'un nouveau tissu inodulaire s'applique aux autres tissus: élastique, dartoïde, cutané, cartilagineux, glanduleux, musculaire, cérébral, médullaire et nerveux des troncs on du premier ordre.

D. Toutes les cicatrices présentent de l'analogie ou de la ressemblance entre elles, à savoir: une texture feutrée, une vascularité peu prononcée, une rétractilité considérable, une élasticité très-grande, une cohérence intime, une composition chimique gélatiniforme.

III. — Prix Capuron.

« *De l'albuminurie puerpérale et de ses rapports avec l'éclampsie;* » tel était le sujet du prix auquel ont concouru quatre mémoires soumis à l'examen d'une commission composée de MM. Paul Dubois, Rayer, Cazeaux, Depaul, et Danyan, rapporteur.

Trois mémoires ont été jugés dignes de récompense, savoir: le n° 4, dont l'auteur est M. Blot (de Paris), qui a obtenu une mention honorable, et les n°s 1 et 3, entre lesquels le prix a été partagé. L'auteur du n° 1 est M. Bach (de Strasbourg); l'auteur du n° 2 est M. Imbert-Goubeyre (de Clermont-Ferrand).

Le savant rapport de notre éminent collègue M. Danyau n'est pas susceptible d'analyse; peut-être toutefois nous sera-t-il permis d'y signaler le rôle considérable qu'on y fait jouer au microscope. Peu s'en faut que l'honorable rapporteur ne proclame l'application de cet instrument comme destinée à élucider plus ou moins prochainement tous les mystères de l'*albuminurie*. Hélas! ce n'est pas d'aujourd'hui que se produit la prétention de découvrir la vérité dans les *atomes*. Prenons garde, en exagérant la portée du microscope, d'arriver à justifier cette épigramme récemment appliquée à certaines illusions microscopiques par un écrivain dont s'honore la presse médicale: NUGÆ DIFFICILES! Efforçons-nous plutôt de restreindre dans les limites du diagnostic matériel ce complément utile de l'investigation anatomique. Je me hâte d'ailleurs de rendre justice au savant rapporteur. S'il se fait quelque illusion pour l'avenir, il porte du moins un jugement très-modeste sur le présent, comme le prouve le résumé suivant qui termine son remarquable travail:

« Et maintenant, messieurs, pouvons-nous dire que de tous ces travaux la lumière ait jailli et que toutes les obscurités soient dissipées? Non, sans doute...

» Existe-t-il bien décidément deux sortes d'éclampsie, l'une liée à une altération matérielle des reins développée sous l'influence d'une intoxication du sang et qui constituerait le mal de Bright puerpéral, l'autre étrangère à une lésion rénale et aux modifications de l'urine et du sang qui en sont la conséquence....?

» L'albuminurie, considérée jusqu'à ce jour comme le symptôme en quelque sorte obligé de la maladie de Bright, peut-elle être absente, et cependant la maladie de Bright exister avec tous ses symptômes et ses altérations rénales caractéristiques?

» Enfin si c'est à une altération du sang qu'il faut attribuer les accidents nerveux convulsifs ou autres qui apparaissent dans le cours de cette maladie et font partie de son appareil symptomatologique, quelle est cette altération? Tient-elle à l'introduction dans le sang de principes urineux toxiques? Est-elle due à une simple désalbumination du sang? *Ces questions sont en ce moment plutôt posées que résolues....* »

IV. — Prix Civrieux.

On devait s'attendre à quelques travaux intéressants sur la question mise au concours:

« *De l'influence des affections morales sur le développement des maladies du cœur.* »

Tout le monde, en effet, n'a-t-il pas été à même d'apprécier cette influence portée au point, tantôt de suspendre complétement les battements du cœur et de déterminer la mort subite ou du moins la syncope, tantôt, au contraire, d'accélérer et de troubler les contractions de l'organe jusqu'à produire les palpitations, la suffocation, la rupture même du cœur?

Pourtant ces espérances ont été déçues. Un seul mémoire est parvenu à l'Académie, et a été soumis à l'examen d'une commission composée de MM. Chomel, Rostan, Bouillaud, Bricheteau, et Bequin, rapporteur.

Dans ce mémoire, l'auteur a particulièrement traité au point de vue dogmatique une question générale qu'il a posée en ces termes: « De l'irritation du nerf pneumo-gastrique comme cause génératrice des maladies des poumons, de l'estomac et du cœur. » Et sur cette hypothèse il a construit une sorte de théorie anatomico-physiologique de l'influence du moral sur le physique de l'homme.

La commission a décidé que le prix ne serait point donné cette année et que la question serait retirée du concours.

V. — Prix Lefèvre.

« *De la mélancolie.* » Des distinctions nouvelles ont porté la lumière dans certains troubles de l'intelligence confondus à une époque antérieure sous le titre de *mélancolie* ou *maladie noire*. On pourrait bien à la rigueur dire d'une manière générale que la tristesse est le caractère prédominant de l'*aliénation mentale*. Qu'on visite, en effet, un établissement d'aliénés: tous se plaignent, tous désirent sortir de la position où ils se trouvent...., et si l'on excepte ceux qui présentent ce délire ambitieux, précurseur assuré de la *paralysie générale*, si l'on excepte quelques maniaques dans la période d'excitation, c'est le spectacle de la douleur, de la tristesse, de la crainte, de l'affaissement ou de la fureur qu'offrent en général ces asiles de toutes les ruines morales.

Il y a néanmoins une lésion de l'intelligence qui a pour caractère constant et prédominant la tristesse et la tendance à la stupeur, et cette lésion bien distinguée aujourd'hui de la *monomanie* et de l'*hypochondrie* avec lesquelles elle a été longtemps confondue, est à proprement parler ce qu'on doit entendre par *mélancolie*. On s'éloigne ainsi, il est vrai, jusqu'à un certain point, du langage usuel et vulgaire; on perd un peu de vue les attributs du tempérament dit *mélancolique* si bien décrit par les anciens...; mais on gagne en précision et en clarté ce qu'on est obligé de sacrifier en généralités aux rigueurs d'une classification doctrinale.

Le savant rapporteur, M. Baillarger, s'est efforcé de préciser et de définir ces distinctions modernes. Les développements qu'il a donnés à sa théorie, l'examen détaillé auquel il s'est livré avant de porter un jugement sur les mémoires envoyés au concours, enfin la remise tardive qui nous a été faite de son volumineux rapport nous empêchent de vous tracer de cet intéressant travail l'analyse même la plus sommaire.

Le traitement de l'aliénation mentale est, comme on sait, la partie faible de son histoire. La mélancolie, en particulier, offre peu de prise à l'art de guérir. La même dissidence d'ailleurs se retrouve parmi les auteurs sur le choix ou la combinaison des médications médicamenteuses, hygiéniques et morales, dans la mélancolie, ainsi que dans les autres désordres intellectuels. Nous pensons toutefois, avec l'honorable rapporteur, qu'il y a quelque exagération dans l'assertion de l'un des partisans du traitement exclusivement moral, qui proclame que pour entreprendre avec succès la guérison des mélancoliques, il faut être tour à tour littérateur, poëte, savant, philosophe, jurisconsulte, théologien et politique!

Quoi qu'il en soit, le concours actuel a fourni de bons matériaux à la science. Huit mémoires, dont plusieurs recommandables à divers titres, ont été soumis à l'examen d'une commission dont M. Baillarger est le rapporteur.

Ce long supplice me rappelait involontairement ces paroles du poëte:

....*Sedet æternumque sedebit!*

Et comme avec sa forte volonté il était d'une constitution athlétique, ce fut pendant de longs mois qu'il résista à cet étrange genre de vie.

Ses parents, dans l'espoir d'alléger ses souffrances, l'avaient ramené aux lieux où s'était écoulée son enfance, dans le village de Boves, près d'Amiens. C'est là, au sommet d'une montagne, près des ruines d'un vieux château et à deux pas du cimetière, que s'est douloureusement achevée cette existence le 20 mai 1851.

— Ici se pourrait terminer, messieurs, ce que j'avais à vous dire sur chacun de ces estimables collègues; mais peut-être ne sera-t-il pas sans intérêt de les placer une dernière fois en regard les uns des autres, de voir quelles analogies et quels contrastes offraient leurs caractères, en quoi ils pouvaient se rapprocher et en quoi ils différaient.

MM. Desormeaux et Baudelocque, enlevés tous les deux à la science par une mort prématurée, s'étaient également fait remarquer par une saine érudition et une sage pratique. Préparés tous les deux par une bonne éducation, fortifiés par de longues études, on les avait vus briller dans de mémorables concours et plus tard contribuer par leurs recherches et par leurs écrits à l'avancement de la science. Mais l'un était aussi calme, aussi froid que l'autre était bouillant et passionné; il suffisait de les voir pour comprendre à quel point ils différaient.

M. Desormeaux, avec sa physionomie douce et reposée, son front pâle et pensif, son œil bien limpide, toujours serein, ses mouvements compassés et gracieux, se plaisait à étendre en longues et savantes périodes tous les sujets qu'il avait à traiter sans que rien pût l'émouvoir ou le distraire.

M. Baudelocque, avec son œil de feu, son épaisse et noire chevelure, son visage coloré, son cou bref, sa parole vive et précipitée, jetait avec une sorte de fougue ses brusques allocutions; de sorte que l'un avait en excès ce qui manquait à l'autre, et qu'ils auraient pu se compléter mutuellement. Si, en effet, M. Baudelocque avait pu emprunter à M. Desormeaux un peu de sa modération et de sa froideur, il aurait su fournir un long et fructueux enseignement; et de même pour M. Desormeaux, si M. Baudelocque avait pu lui communiquer un peu de son ardeur et de sa vivacité, sans cesser d'être sage et méthodique, il aurait pu réveiller et soutenir l'attention de son auditoire de la Faculté.

Quant à ces deux grands vieillards, que nous avons vus si longtemps parmi nous, MM. Capuron et Deneux, ce n'est guère que pour signaler entre eux des dissemblances que nous pourrons les rapprocher; tous les deux étaient pleins de franchise, de loyauté et d'honneur; mais autant l'un aimait à cacher sa vie, à se tenir éloigné du monde et de ses pompes, autant l'autre aimait à se montrer et à rechercher la société des grands; nous avons vu le premier dans un modeste logement, au milieu de quelques vieux livres qu'il feuilletait continuellement; nous aurions pu contempler le second dans de somptueux appartements, au milieu d'une riche bibliothèque, qu'il consultait fort peu.

Après quelques essais peu remarqués d'enseignement particulier, M. Deneux arrive au professorat et ne professe plus; M. Capuron, après de longues années d'enseignement particulier, recommence une vie d'études, de labeur et de privations. Le premier, après la chute de ses protecteurs, se retire, et, comme un vieux royaliste, il se condamne à un repos qui n'était pas sans dignité, puis il meurt dans un état de pénurie qui atteste son désintéressement; le second, toujours debout, toujours au travail, ennemi jusqu'à son dernier moment de la vie commode, meurt après une longue carrière, et laisse une fortune qui, par son emploi, fera bénir son nom.

On croirait, en vérité, que l'un n'avait demandé à la fortune que les apparences de la gloire et de la richesse, tandis que l'autre, foulant aux pieds ce vain luxe et cette gloire fragile, n'a cherché son bonheur que dans l'intimité de sa conscience et dans l'accomplissement de ses devoirs!

Étranges contrastes! que tous les deux semblent avoir voulu continuer jusque dans les souvenirs qu'ils nous ont laissés.

L'image de l'un figure dans cette salle; il est encore revêtu de la toge professorale, et couvert de décorations, comme pour maintenir sa place parmi les grandes illustrations de la médecine et de la chirurgie.

Une simple lithographie, voilà tout ce qui nous resterait du second, si son nom, gravé sur une table de marbre, n'était là pour nous rappeler que par son legs il a pris place au nombre des bienfaiteurs de l'Académie. (Applaudissements unanimes et prolongés.)

Le prix n'a point été décerné; mais la somme de 3,000 fr. qui lui était allouée a été partagéeen récompenses aux quatre mémoires placés dans l'ordre suivant : n° 2, M. Félix Harreaux (de Grouville); n° 5, M. Michéa; n° 6, M. Schnepf, médecin interne à Sainte-Barbe, et n° 7, M. Poterin du Motel.

VI. — Prix Nadau.

Ce prix, destiné par son fondateur à encourager les efforts faits pour populariser parmi les classes ouvrières les principes d'une bonne hygiène, ne doit être donné que cette fois seulement. Le concours d'ailleurs a été brillant et instructif; dix-huit mémoires ont été adressés à l'Académie et soumis à l'examen d'une commission dont M. Londe est rapporteur.

Le prix principal a été décerné à M. Tessereau, auteur d'un cours d'hygiène professé depuis plusieurs années aux ouvriers de Paris. En outre, une seconde récompense et plusieurs mentions honorables ont été accordées aux auteurs de plusieurs autres mémoires recommandables à divers titres, mais qui ne remplissaient pas aussi complétement que le premier les conditions du programme tracé par l'Académie.

VII. — Prix et médailles de la vaccine et des épidémies.

Enfin, messieurs, des prix et médailles, décernés comme de coutume aux médecins-vaccinateurs et aux médecins des épidémies complètent cette série de travaux et de récompenses académiques dont l'influence devient de plus en plus marquée sur les progrès généraux de l'art de guérir. Nous ferons remarquer notamment, à l'occasion du rapport de notre collègue, M. Gaultier de Claubry, sur les mémoires adressés à l'autorité par les médecins des épidémies, que ces travaux ont acquis un développement et une importance toute nouvelle depuis que quelques encouragements ont été donnés aux efforts de ces laborieux et utiles observateurs. Pour cette année, en particulier, à l'occasion d'épidémies de fièvre typhoïde, plusieurs d'entre eux ont pu recueillir des documents propres à faire rejeter dans la classe des hypothèses les plus vaines et les moins fondées, cette bizarre explication inventée par quelques statisticiens de nos jours pour rendre compte de la fréquence actuelle de cette classe de maladies *supposée* nouvelle, fréquence attribuée par eux à la suppression de la variole dans l'enfance par la vaccine. Comme l'avaient déjà fait avant lui nos honorables collègues MM. Bousquet et Roche, dans leurs rapports académiques, M. Gaultier de Claubry n'a pas laissé échapper l'occasion de prouver le danger et la futilité d'une pareille supposition.

Hélas! c'est la triste condition de la raison humaine! La liberté lui a été laissée de pousser l'usage jusqu'à l'abus! Aussi le prince des orateurs romains, qui était en même temps le raisonneur le plus sage et le plus judicieux de son époque (deux conditions qui sont loin de se trouver toujours réunies dans la même personne), a-t-il pu dire avec justice : qu'il n'y avait rien de si absurde qui n'eût été dit par quelque philosophe : « *Nihil tam absurdum quod non dictum sit ab aliquo philosopho.* » (Cicéron.)

PRIX DÉCERNÉS.

L'Académie a arrêté :

1° Qu'un premier prix de 2,000 fr. sera accordé à M. le docteur Tessereau, médecin à Paris, auteur du mémoire n° 13.

Et qu'un second prix de 1,000 fr. sera accordé à M. le docteur Lachaise, auteur du mémoire n° 10.

2° Que des mentions honorables seront accordées à MM. Duclos et Bonteillier, auteurs du mémoire n° 4; à M. Ebrard, auteur du mémoire n° 17; à M. Descieux, auteur du mémoire n° 9; à M. Bourdet, auteur du mémoire n° 1, et à M. Reinvilliers, auteur du mémoire n° 16.

L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture et du commerce a bien voulu accorder (pour le service de 1852) :

1° Un prix de 1,500 fr. partagé entre les trois médecins dont les noms suivent :

M. Benoit, officier de santé à Grenolle, pour le grand nombre de ses vaccinations.

M. Vizerie, docteur en médecine à Bergerac, recommandé d'une manière toute particulière par M. le préfet de la Dordogne, témoin de son zèle soutenu à répandre la vaccine.

M. Laboulbène, interne lauréat des hôpitaux de Paris, pour ses recherches sur la vaccine en général, et en particulier pour son mémoire sur les analogies des fièvres éruptives à leur début.

2° Quatre médailles d'or à :

M. Boutet, secrétaire de l'Association médico-chirurgicale de Chartres, pour avoir provoqué des recherches qui ont fait trouver du cow-pox.

M. Merland, secrétaire du comité de vaccine de Napoléon-Vendée, pour l'intérêt de ses rapports sur l'état de la vaccine dans le département, et les soins qu'il met à les rédiger.

M. Lalagarde, docteur-médecin à Albi (Tarn), pour son mémoire sur la vaccine, et l'instrument qu'il a imaginé pour faciliter l'ascension du vaccin dans les tubes capillaires.

M. Thouvenin, docteur-médecin à Lille (Nord), secrétaire du comité de vaccine, pour ses propres travaux sur la vaccine, et pour l'impulsion qu'il a su communiquer aux médecins en correspondance avec le comité.

3° Cent médailles d'argent aux vaccinateurs qui se sont fait remarquer, les uns par le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par des mémoires et des observations qu'ils ont transmis à l'Académie.

1° Des médailles d'argent à :

M. Penant, de Vervins (Aisne), pour son rapport sur une épidémie d'angine couenneuse.

M. Lecadre, du Havre (Seine-Inférieure), pour ses rapports sur deux épidémies de variole.

M. Pagès, d'Alais (Gard), pour son rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde.

M. de Schacken, de Château-Salins (Meurthe), pour ses rapports sur deux épidémies de fièvre typhoïde.

M. Jacquez, de Lure (Haute-Saône), pour son rapport sur une épidémie de variole.

2° Des médailles de bronze à :

M. Piffard, de Brignoles (Var) ; épidémie de fièvre typhoïde.

M. Guillot, de Villefranche (Rhône) ; épidémie de variole.

M. Heulard d'Arcy, de Clamecy (Nièvre) ; épidémie de fièvre typhoïde.

M. Lespian, aide-major au 57e de ligne ; épidémie d'angine couenneuse à Avignon.

M. Viard, de Semur (Côte-d'Or) ; épidémie de fièvre typhoïde.

Le rapport sur le service des eaux minérales étant ajourné, il n'y a pas lieu à décerner des médailles cette année.

PRIX PROPOSÉS POUR 1855.

Prix de l'Académie. — Déterminer par des faits précis le degré d'influence que les changements de lieux, tels que l'émigration dans des pays chauds et les voyages sur mer, exercent sur la marche de la tuberculisation pulmonaire.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par M. le baron Portal. — Du goître endémique; étiologie, anatomie pathologique, prophylaxie; rapports avec le crétinisme.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux. — De la catalepsie.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — *Question relative à l'art des accouchements.* — Des morts subites dans l'état puerpéral.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Question relative aux eaux minérales. — Déterminer par l'observation médicale l'action physiologique et thérapeutique des eaux minérales *alcalines*, et préciser nettement les cas de leur application.

Ce prix sera de la valeur de 1,500 fr.

Prix fondé par M. le docteur Itard. — Ce prix, qui est triennal, sera décerné à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée.

Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il sera de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

Ce prix sera de la valeur de 3,700 f.

PRIX PROPOSÉS POUR 1856.

Prix de l'Académie. — Faire l'histoire des applications du *microscope* à l'étude de l'anatomie pathologique, au diagnostic et au traitement des maladies; signaler les services que cet instrument peut avoir rendus à la médecine, faire pressentir ceux qu'il peut rendre encore, et prémunir contre les erreurs auxquelles il pourrait entraîner.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par M. le baron Portal. — De l'anatomie pathologique des kystes.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux — Établir par des faits les différences qui existent entre la névralgie et la névrite.

Ce prix sera de la valeur de 2,000 fr.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — De la saignée dans la grossesse.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par M. le marquis d'Argenteuil. — Ce prix, qui est sexennal, sera décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urètre pendant cette troisième période (1850 à 1856), ou subsidiairement à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces six ans au traitement des autres maladies des voies urinaires.

La valeur de ce prix sera de 12,000 fr.

PRIX PROPOSÉS POUR 1857.

Prix fondé par M. le docteur Lefèvre. — De la mélancolie.

Ce prix, qui est triennal, sera de la valeur de 1,800 fr.

Les mémoires pour les prix à décerner en 1855 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mars.

N. B. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement, sera, par ce seul fait, exclu du concours. (Décision de l'Académie, du 1er sept. 1838.)

Les concurrents aux prix fondés par MM. Itard et d'Argenteuil sont seuls exceptés de ces dispositions.

— M. Fr. Dubois, secrétaire perpétuel, lit les Éloges de MM. Desormeaux, Capuron, Deneux et Baudelocque. (Voir plus haut.)

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS D'AOUT 1854; par M. AL. PORCHAT, secrétaire.

(Suite et fin.)

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

II. — PATHOLOGIE.

2° RECHERCHES SUR LA NATURE DU RÉTRÉCISSEMENT SYPHILITIQUE DU RECTUM; par M. le docteur GOSSELIN.

Les lésions qui caractérisent le rétrécissement syphilitique du rectum siégent, les unes à la portion sphinctérienne et les autres à la portion ampullaire du rectum.

Dans la portion sphinctérienne, on trouve des ulcérations, des condylômes et des cicatrices d'ulcères. Cette portion sphinctérienne est limitée en haut par un cercle fibreux que l'on peut constater surtout pendant la vie; c'est à 2 ou 3 centim. de l'anus que le rectum est le plus rétréci. Dans la portion ampullaire, il n'y a pas de rétrécissement proprement dit, peut être seulement un peu d'inextensibilité des parois. Mais il y a là une surface rouge, injectée, sécrétant du pus, et où il semble qu'il y ait perte de substance de la membrane muqueuse. Cette surface est limitée en haut par un bourrelet dentelé.

La membrane muqueuse est détruite partiellement en certains endroits, et entièrement dans d'autres. M. Robin n'y a pas trouvé de glandes; l'épithélium cylindrique manque aussi.

Cette lésion de la partie du rectum qui est au-dessus du rétrécissement est une complication grave : les malades rendent du pus et dépérissent, souvent très-rapidement.

Le rétrécissement du rectum reconnaît ordinairement une origine syphilitique, des chancres de l'anus et de la vulve; mais il est cependant produit, de même que la lésion qui siége au-dessus de lui, par une inflammation de voisinage, qui est toute locale; le pus, qui est sécrété par la surface malade, n'est pas inoculable; le traitement mercuriel ne peut rien contre cet accident, qui n'est pas le fait de la diathèse syphilitique. Quelques-unes des malades qui ont été observées avaient eu des chancres seulement, et pas de syphilis constitutionnelle.

Dans la séance du 5 août, M. Gosselin met sous les yeux de la Société deux pièces avec des dessins relatifs à l'histoire du rétrécissement syphilitique du rectum.

3° COLORATION BLEUE DES URINES CHEZ LES CHOLÉRIQUES; par M. le docteur GUBLER.

M. le docteur Gubler a constaté, dans les urines des malades qui sont dans la période algide du choléra, une coloration bleue déterminée par l'acide nitrique. On sait que ce réactif produit dans les urines des cholériques un précipité d'albumine; mais on n'avait pas vu qu'un moment après la formation du précipité, une coloration bleuâtre se manifestait vers le fond du vase. Cette coloration augmente en intensité, et finit par arriver au bleu indigo. La coloration bleue apparaît mieux lorsqu'on emploie l'acide nitrique impur, contenant de l'acide hypoazotique, que lorsqu'on emploie l'acide nitrique pur.

La matière colorante dont on constate la présence dans les urines des cholériques n'offre jamais aucune nuance verte. Les urines sur lesquelles on a expérimenté étaient généralement pâles. La coloration bleue, une fois déterminée, persiste pendant quelques moments, puis elle disparaît.

Le fait que la coloration bleue ne persiste pas, et cet autre fait que l'acide nitrique impur est plus propre que l'acide pur à produire la réaction, établissent une analogie entre la matière colorante reconnue par M. Gubler et la matière colorante de la bile. M. Cl. Bernard ne pense pas que la pâleur des urines soit un signe qui s'oppose à ce qu'on admette dans ce liquide la présence de la matière colorante de la bile. Dans une décoction de foie filtrée et décolorée par le charbon, l'acide nitrique produit les mêmes réactions qu'elle détermine dans les urines colorées des ictériques. M. Gubler est porté à croire que la matière colorante de la bile ne passe pas toujours tout entière dans les urines. Il serait possible que chez les cholériques l'élément qui se colore en vert ne fût pas éliminé par les urines, tandis que l'élément qui se colore en bleu serait éliminé et entraîné dans la sécrétion urinaire. (Séance du 17 août.)

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE SEPTEMBRE 1854; par M. AL. PORCHAT, secrétaire.

I. — ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

1° OBSERVATIONS RELATIVES A LA MENSTRUATION; par M. GODARD, interne des hôpitaux.

M. Godard, interne à l'hôpital du Midi, présente à la Société de biologie les organes génitaux de deux jeunes filles.

La première est morte du choléra à l'âge de 16 ans, étant encore vierge, pendant que ses règles apparaissaient pour la première fois.

La seconde, âgée de 19 ans, a succombé à la fièvre scarlatine, quinze jours après avoir eu ses règles. Ces deux pièces pathologiques, avec une note renfermant les antécédents des deux malades, ont été offertes à l'auteur de cette communication par M. Genouville, externe dans le service de M. le professeur Trousseau.

M. Godard met sous les yeux de la Société deux dessins reproduisant à l'état frais ces pièces pathologiques.

OBS. I. — Marie Constant, âgée de 16 ans, sans profession, est entrée le 3 août 1854 dans le service de M. le professeur Trousseau. Cette malade se trouve dans la dernière période du choléra, présentant un état typhoïde. Elle n'a jamais été réglée. Trois jours après son admission dans la salle Saint-Bernard, n° 24, on remarque qu'elle perd du sang par le vagin comme une femme qui est réglée faiblement. Les jours suivants jusqu'au 22 août quelques gouttes de sang tachent sa chemise. Le 22, le flux menstruel est plus abondant, ainsi que le 23 et le 24, jour de sa mort, qui a lieu à sept heures du soir.

On s'aperçoit alors que le sang avait traversé le drap et sali le matelas.

A l'autopsie, M. Genouville trouve dans l'intestin grêle un peu de psorentérie. Il constate, en examinant les organes génitaux, que l'hymen est parfaitement intact. Le doigt peut à grand'peine pénétrer dans le vagin.

M. Godard, examinant attentivement cette pièce, a pu étudier l'état du vagin, de l'utérus et de ses annexes pendant la période menstruelle, les règles se présentant pour la première fois chez une fille vierge.

VAGIN. — Le vagin présente une série de plis transversaux très-marqués. La coloration de la muqueuse est d'un rouge brun dans les points non couverts par le sang.

UTÉRUS. — De nombreux vaisseaux gorgés de sang rampent entre le péritoine et l'utérus, ainsi que dans l'épaisseur des ligaments larges. La matrice présente extérieurement la forme d'un carré un peu allongé. Elle est molle, dépressible; la pression fait percevoir une fluctuation évidente. L'orifice du museau de tanche est parfaitement circulaire; il laisse échapper un caillot sanguin.

Extérieurement, l'utérus offre les dimensions suivantes :

Diamètre vertical, 4 centim. et demi.

Diamètre transversal du bas-fond, 3 centim.

Cet organe est ouvert par sa face antérieure.

L'épaisseur de sa paroi antérieure est de 5 millimètres.

La coupe de la matrice présente une coloration rouge des plus marquées, bien différente de l'aspect blanc mat que cet organe présente d'ordinaire.

Un caillot moulé sur la cavité utérine la remplit complétement. Par sa partie inférieure, il se continue avec le sang coagulé que renferme le vagin. Ce caillot est dense et résistant. M. Godard le soulève et constate qu'il est séparé de la paroi de la matrice par un liquide rougeâtre qui semble être formé de mucus et de sang. Enfin, sur la paroi utérine, il trouve du mucus légèrement teint en rouge qui recouvre la muqueuse fortement injectée. Alors il peut voir la différence qui existe entre la coloration de l'utérus et celle du vagin. La première est d'un rouge éclatant. La seconde est d'un rouge bleuâtre; cette teinte en haut se continue jusqu'à la moitié inférieure du col.

Au microscope, il constate que le liquide qui entoure le caillot est formé de globules sanguins en grand nombre, de globules de mucus et de quelques lamelles d'épithélium cylindrique et de transition.

LIGAMENTS LARGES. — Les ligaments larges contiennent des vaisseaux sanguins très-nombreux.

Les corps de Rosenmuller sont très-apparents de chaque côté. Ils se continuent avec de petits appendices kystiformes.

Les deux trompes n'adhèrent aux ovaires que par leurs ligaments. Fortement injectées, elles sont inégales en longueur et en capacité. Ainsi la trompe gauche a 11 centim. de longueur depuis l'utérus jusqu'à la dernière frange. Mesurée de la même manière, la trompe droite a 13 centim. Sa capacité est plus grande que celle du côté opposé. Même inégalité du côté de l'ovaire et des ligaments qui l'unissent à l'utérus.

L'ovaire gauche présente une longueur de 2 centim.

L'ovaire droit mesuré de la même manière a 3 centim.

Ces deux organes sont allongés et effilés. On ne voit aucune vésicule de Graaf, faisant saillie à leur surface qui est lisse. Seulement dans quelques points, on remarque de petites taches bleuâtres, sur lesquelles par la pression on sent qu'il y a un peu de liquide.

Sur la face antérieure de l'ovaire droit, une de ces taches est plus marquée. Dans ce point la tunique péritonéale et la tunique albuginée ayant été enlevées avec le scalpel, M. Godard rencontre une vésicule de la grosseur d'une petite cerise qui présente les dimensions suivantes :

Diamètre longitudinal. 11 millim.

Diamètre transversal. . 8 —

A sa surface, on voit ramper de nombreux vaisseaux qui semblent rayonner d'un centre, qui correspondrait à la partie la plus superficielle de la vésicule; celle-ci ayant été soumise à l'examen microscopique, on trouve que le liquide est constitué par des lamelles d'épithélium pavimenteux réunies entre elles de manière à former des lambeaux de fausses membranes, puis par un grand nombre de petits corpuscules arrondis, de volume différent.

En ouvrant la vésicule, beaucoup de liquide a été perdu. L'œuf a été cherché sans succès.

L'auteur de cette communication résume cette observation en disant : que l'utérus et ses annexes étaient fortement congestionnés; que la matrice renfermait un caillot se continuant avec le sang coagulé contenu dans le vagin; que la coloration des deux organes différait notablement; que les annexes de

l'utérus étaient plus développés à droite qu'à gauche; que les ovaires parfaitement libres étaient lisses et qu'à leur surface aucune vésicule du Graaf ne faisait une saillie notable.

Le développement d'une vésicule de Graaf dans le stroma de l'ovaire chez une jeune fille de 16 ans, coïncidant avec une hémorrhagie utérine, fait supposer à M. Godard que cet écoulement sanguin constitue les règles dont l'établissement était peut-être entravé par la maladie.

Et s'il était permis, ajoute M. Godard, de tirer des conclusions d'un fait unique (1), ne pourrait-on pas dire que lors de la première menstruation l'écoulement sanguin peut précéder longtemps la rupture de la vésicule ovarienne, et même bien plus peut-être constituer presqu'à lui seul le phénomène menstruel?

La vésicule se développant il est vrai, mais s'arrêtant à une certaine période de son accroissement. Depuis dix-huit jours, en effet, cette jeune fille avait perdu un peu de sang, et cependant la vésicule de Graaf *volumineuse*, non-seulement ne paraissait pas prête à se rompre, mais encore ne faisait pas saillie à la surface de l'ovaire.

Cette conclusion, qui peut paraître hasardée, s'accorde assez avec un fait observé par M. Coste. Le professeur du collége de France ayant eu à examiner les ovaires d'une jeune fille vierge, morte quinze jours après ses règles, trouva bien à côté des vésicules de Graaf fort développées des traces de corps jaunes ou de capsules rompues; mais ces corps jaunes, dit-il, étaient évidemment trop anciens pour qu'on pût raisonnablement les rapporter à la dernière menstruation. La vésicule de Graaf avait avorté ou s'était arrêtée dans son développement.

Obs. II. — Marie Nicolas, âgée de 19 ans, morte de la scarlatine dans le service de M. le professeur Trousseau, quinze jours après avoir eu ses règles.

Le vagin n'offre rien de spécial. L'utérus volumineux semble constitué par deux moitiés inégales. Le côté droit est bien plus développé que le côté gauche. Il en est de même de ses annexes. L'axe de la matrice offre une courbure à concavité dirigée à droite; il y a ainsi latéro-flexion. Dans ses deux tiers supérieurs, la cavité utérine contient du sang. L'ovaire gauche, qui a un diamètre vertical de 2 centim. et horizontal de 4 centim., se fixe à son ligament par son bord inférieur. Il est parfaitement lisse; sur sa face postérieure, on voit une tache ecchymotique qui paraît correspondre à la vésicule qui doit se rompre lors de la première époque menstruelle. L'ovaire droit, qui a un diamètre vertical de 17 millim. et horizontal de 4 centim. et demi, est fixé à son ligament par son extrémité interne. Il est lisse; sur sa face postérieure on voit une tache ecchymotique qui présente à son centre un trou de 2 millim. de diamètre, parfaitement arrondi et semblable à celui que ferait un emporte-pièce. Cet orifice est oblitéré par une fausse membrane jaunâtre; celle-ci ayant été enlevée, un liquide rosé s'échappe du corps jaune qui, insufflé, présente la forme d'un petit mamelon percé à son centre.

Par une dissection attentive, M. Godard a constaté que la perte de substance de la tunique fibreuse de l'ovaire ne correspondait pas à celle du péritoine. La séreuse décollée présentait un orifice d'un diamètre moindre. Le corps jaune disséqué offrait les dimensions suivantes :

Diamètre vertical . . . 10 millim.
Diamètre longitudinal. 13 —

M. Godard rappelle qu'il ne soumet cette pièce à l'examen de la Société que pour montrer les ovaires, dans lesquels, depuis trois ans au moins, l'évolution des vésicules de Graaf a dû avoir lieu, et qui cependant sont parfaitement lisses et ne présentent qu'une seule cicatrice qui correspond aux règles qui ont eu lieu quinze jours avant la mort.

(1) M. Godard ne croit pas que jusqu'ici aucun anatomiste ait fait connaître l'état des organes génitaux d'une jeune fille vierge, morte au moment où ses règles coulaient pour la première fois.

BIBLIOGRAPHIE.

Du choléra-morbus en 1845, 1846, 1847, avec deux cartes indiquant sa marche pendant ces trois années, suivi de l'histoire du choléra épidémique à Constantinople en 1848, et d'un plan du Bosphore; par M. le docteur Verrollot, médecin de l'hôpital français à Constantinople.

L'histoire des épidémies les plus graves et les plus meurtrières laisse tant de choses à désirer, au point de vue purement historique et descriptif, dans les pays les plus civilisés de l'Europe, dans notre France par exemple, qu'il ne faut point s'étonner si les renseignements qu'on peut se procurer à ce sujet des autres parties du globe manquent tout à fait de précision et de clarté. Il est bien autrement difficile de suivre le développement et la marche des épidémies dans les parties occidentales de l'Asie, où il ne faut plus compter sur une administration qui n'a jamais existé, et sur des observateurs en petit nombre, peu connus, et dont les récits sont souvent empreints d'exagération. C'est avec des obstacles semblables que le docteur Verrollot a eu à lutter pour suivre la marche du choléra en 1845, 46, 47, depuis les régions qu'arrosent l'Indus au sud, le Sihour et le Djihour (fleuves qui se jettent dans le lac Aral); au nord, jusqu'à l'immense bassin du Dniéper et jusqu'aux sources de la Néva. Cela comprend une étendue de près de 50 degrés de longitude et de 40 de latitude, dont la moitié se compose de régions à peines connues, parcourues seulement par les caravanes qui de l'Asie centrale se rendent en Arabie ou vers la mer Caspienne et la mer Noire. L'autre moitié comprenant l'Anatolie et la plus grande partie de la Russie d'Europe, plus peuplée, mieux connue, n'est cependant que très-indirectement en relation avec l'Europe occidentale. Le gouvernement russe, comme le gouvernement turc, n'a jamais rien fait pour faciliter l'échange des communications entre les pays et les grands centres de civilisation; il a élevé de tout temps des barrières de plusieurs espèces, et les renseignements statistiques surtout ont été l'objet d'une véritable prohibition. Indépendamment de ces obstacles il y a ceux qui dépendent de la langue du pays. La difficulté de se procurer les documents est encore accrue par celle de les interpréter, surtout quand les idiomes nous sont aussi étrangers que les idiomes turcs, arméniens, russes.

En 1830, une mission du gouvernement anglais permit à un certain nombre de médecins de mérite d'étudier le développement du choléra dans le sud-est de la Russie. Cette mission, après quelque temps d'études et de voyages, emporta en Angleterre un certain nombre de documents russes, qui furent traduits et imprimés à cette époque dans un supplément au Journal médical et chirurgical d'Édimbourg. Cette source de renseignements sur la première épidémie de choléra est peu connue, peu recherchée et difficile à se procurer, d'autant plus que le *supplément* manque dans quelques-unes des collections du Journal d'Édimbourg.

Il serait intéressant de comparer la marche du choléra en 1830 et 31, extraite ainsi des documents officiels avec celle que M. Verrollot a figurée pour les années 1845, 46, 47, et dont il a puisé les éléments aux sources les plus authentiques. La position de ce médecin distingué à Constantinople, et ses relations dans ce pays lui ont permis de noter, pour ainsi dire jour par jour, l'invasion de la maladie aux confins de la Perse et de la Turquie, dans l'empire turc lui-même et en Russie. L'œuvre dont nous parlons est, on le voit, un de ces livres qui figurent nécessairement dans la science parce qu'ils fournissent des renseignements historiques et chronologiques qu'on ne saurait trouver ailleurs. Comme tous les ouvrages de cette sorte, le livre de M. Verrollot est très-rare; c'est à peine s'il en existe quelques exemplaires à Paris, dans des bibliothèques particulières et dans une ou deux bibliothèques publiques. Il est composé d'articles publiés à l'époque dans le Journal français de Constantinople, et je ne pense pas qu'on le trouve dans le commerce. Cela est d'autant plus à regretter aujourd'hui que les nouvelles invasions du choléra, reportant l'attention sur tout ce qui concerne la marche de ces épidémies, on aurait pu puiser dans ce traité, en toute confiance, les faits dont il abonde sur les premiers progrès du fléau de 1849.

Je n'ai malheureusement point ici à mettre sous les yeux des lecteurs de la Gazette la carte indispensable pour suivre le mouvement épidémique de Chikarpour et Kandahar (mai 1845), de Caboul (juin 1845), de Samarkande et de Bockara (septembre et novembre 1845), à Hérat (juillet 1845), à Méched (février 1846), à Astrabad, sur la mer Caspienne (mai 1846), à Tchvaril (juin), à Kashin (juillet), à Rethel (juillet), à Zengan (août 46). Ces trois dernières villes appartiennent encore aux régions du littoral de la mer Caspienne, ainsi que Tébris (septembre 46), Lankoran, Salian, Bakou (novembre), Schamakh et Derbend (décembre 1846). La même année 1846 vit le fléau envahir successivement toutes les contrées comprises entre la mer Caspienne et le golfe Persique : Koum et Kachan (juillet), Hispahan et Chiras (août), Bagdad (septembre), Basra, Souleymanieh et Kerkouk (octobre), Médine de la Mecque (novembre). — En 1847, on trouve le choléra en allant du sud au nord, à Kerbela, sur l'Euphrate, à Meched-Ali, Meched-Hussein et Anna (août et septembre), à Diarbekir (novembre), à Mouch (septembre), à Erzeroum (août), à Trébisonde et Kerasoun (septembre), à Redout-Kale (août). Mais, dès les premiers mois de cette année, l'épidémie avait fait des progrès bien plus considérables au nord qu'au sud du Caucase. On la trouve dans la chaîne du Caucase, en avril, à Nouka; en mai, à Tiflis et à Cisliar; en juin, à Modosk, à Pratigorsk, à Georgievsk. En juillet, époque du développement des chaleurs, elle envahit tout le pays des Kosacks de la mer Noire, des Kosacks du Don et des Kalmouks nomades, c'est-à-dire cet immense territoire parcouru par les grandes vallées du Don et du Volga inférieurs, région qui, d'après les savantes recherches de M. Hommaire de Hell, était primitivement recouverte par les eaux

réunies de la mer Noire et de la mer Caspienne. — En août, la maladie continuant ses progrès, prend quelques villes du littoral de la mer d'Azof, Kertch; elle s'étend de là principalement au nord jusqu'aux environs de Moscou, à Marioupol, Paulograd, Slaviansk, Koupiansk, Voronez, Lisposk. En septembre, elle atteint Moscou au nord, Kiew à l'ouest, Théodosie et Simphéropol au sud. En octobre, elle est à Novogorod et Nidji-Novogorod au nord, à Ketchisa, Sevira, Olgopol à l'ouest, aux monts Ourals, à Kasan et à Orenbourg à l'est, à Constantinople au sud.

On voit, d'après ce simple aperçu, quelle différence il faut établir entre la marche comparativement lente et les invasions rares du choléra dans l'Anatolie et la Syrie, et l'immense parcours de cette épidémie au nord. Une différence analogue peut être établie entre la marche du fléau au nord de Moscou et le développement extraordinaire qu'il prit tout à coup dans les derniers mois de 1847, et qui le porta jusqu'en Angleterre et dans le département du Nord. — Il y a là des manières d'être différentes de la cause morbide, qui tiennent ou bien à des modifications survenues dans son essence, ou bien à des conditions différentes des agents extérieurs nécessaires à sa manifestation. Les modifications des causes morbides, considérées abstraitement, peuvent bien exister dans certaines circonstances, mais elles sont, si elles existent, plus rares qu'on ne le pense. Elles ne peuvent être, du reste, invoquées pour expliquer les inégalités que l'on constate dans la marche du choléra pour une même épidémie, partie d'un même centre et aux mêmes époques. Force est donc de chercher dans les conditions extérieures les causes de ces différents effets. Parmi les circonstances extérieures les plus saillantes sont: 1° les communications qui existent entre les différentes localités, leur nombre, leur espèce, leur rapidité; 2° l'élément population, au point de vue de sa densité et de son mode d'agglomération; 3° l'état physique du sol. Je ne parle pas de la température, qui est le plus important et le seul bien déterminé des éléments météorologiques qui ont quelque action sur les causes morbides. Les trois premières conditions que nous avons citées suffisent à expliquer les divergences dans la marche du choléra, qui font que cette affection, comme toutes les autres épidémies, du reste, quand elle se répand autour d'un centre, rayonne d'une manière trop inégale. Supposez des conditions partout identiques, le rayonnement se ferait partout dans le même temps à des distances égales du point de départ. Or combien cela ne varie-t-il pas pour le choléra?

Quand on a dit: Les épidémies cholériques se portent du sud-est au nord-ouest, on a exprimé un fait brut qui avait besoin d'être interprété et vérifié avant de servir à caractériser une manière d'être de la cause cholérique. Les épidémies cholériques, comme toutes les épidémies probablement, sont susceptibles de se propager dans tous les sens. Si elles semblent se porter de préférence dans telle ou telle direction, c'est ou bien qu'elles n'ont pas un grand pouvoir d'extension, ou bien qu'elles rencontrent des obstacles à leurs manifestations dans une direction plutôt que dans une autre. Voilà ce qui existe pour la fièvre jaune, pour la peste, pour le choléra. Il reste à comparer à ces grands phénomènes ce qui se passe pour les épidémies d'une moindre puissance d'extension, d'un moindre développement, d'une moindre importance. Là encore on trouve des faits analogues sur une échelle moins grande.

En somme, pour être rigoureux, il faudrait dire: Les épidémies cholériques, en 1831 et 1847, ont cheminé principalement du sud-est au nord-ouest, en Europe, ce qui n'a point empêché le fléau de se porter dans toutes les directions autour d'un même point de départ. En Asie, la marche de ces épidémies a toujours été au moins aussi rapide à l'est et au sud qu'à l'ouest et au nord. En Amérique, le fléau s'est porté dans presque toutes les directions possibles, en s'irradiant autour des premiers points de développement, situés toujours sur la mer, conformément aux lois de l'importation dans les centres commerciaux les plus importants. Dans le sud de l'Europe, en Espagne, en Provence, en Italie, dans l'Algérie, la maladie a suivi une marche tout à fait opposée à celle qu'ont voulu lui fixer les épidémologistes. Ces faits montrent ainsi que la direction assignée au développement épidémique du choléra n'est vraie que pour une partie de l'Europe. Cette marche prétendue caractéristique constitue donc une exception aux lois générales du développement du choléra. C'est un des mille cas particuliers dans lesquels le fléau, par suite des influences combinées des communications, de la répartition de la population et de certaines conditions physiques du sol, ne s'étend pas dans cette direction ou s'y étend très-lentement, tandis qu'au contraire il fait des progrès menaçants dans un sens tout à fait opposé.

S'il nous a paru nécessaire de poser ici les questions du développement et de la marche du choléra, c'est que généralement cette marche est mal comprise ou plutôt mal interprétée. Du moment qu'on suppose que le choléra se propage dans une direction fixée à l'avance, et que ce mode de propagation dépend du pouvoir progressif de la cause épidémique elle-même, il n'y a pas lieu de rechercher quelles sont les causes des déviations, des anomalies que les épidémies cholériques présentent dans leur marche. La cause du choléra nous étant tout à fait inconnue, et cette cause étant supposée douée de la singulière propriété de se porter du sud-est au nord-ouest, toutes les exceptions ont constitué des anomalies sur lesquelles on ne s'est pas arrêté, ou bien que l'on a expliquées quelquefois de façon assez singulière, comme lorsqu'on a dit en 1834, 35, 36 et 37, en voyant la maladie progresser sur les côtes de la Méditerranée, de l'ouest à l'est, que le choléra revenait sur ses pas; comme si la maladie, après un certain parcours, rentrait dans son berceau, au nid qui l'avait fait éclore.

Cette grossière interprétation est à ranger à côté de la supposition si gratuitement et si généralement répandue que le choléra provient des marais du delta du Gange. Quand on veut aller à la source de certaines erreurs qui se perpétuent dans la science et qu'on répète sans raison quelconque, on est étonné de la facilité avec laquelle l'esprit humain accepte souvent les idées les plus singulières, parce qu'elles plaisent à certains systèmes. — Les marais du Gange sont tout aussi innocents du fléau cholérique que ceux du Volga, du Dniéper, du Danube, que l'embouchure de la Seine et de la Tamise. Dans la première invasion cholérique, c'est à 5 ou 600 lieues de l'embouchure du Gange, et dans la seconde, c'est à plus de 1,500 lieues que le choléra a fait sa première apparition. S'il s'est montré ensuite à Calcutta et aux environs, ce n'est que consécutivement et au moins cinq ou six mois après l'invasion primitive.

Il faut donc revenir sur ces questions de point de départ et de la marche du choléra. Jusqu'ici elles n'ont été traitées d'une manière sérieuse que par quelques écrivains dont les ouvrages sont peu répandus et peu connus. Le travail du docteur Verrollot est de ce nombre. L'auteur, étudiant la marche du choléra en 1845, 46, 47, a consigné dans son traité tous les faits relatifs au développement de cette maladie dans la Russie méridionale, sur les côtes de la mer Noire et à Constantinople. Les questions que soulèvent ces faits sont trop nombreuses pour être traitées ici. Nous y reviendrons dans une autre partie de la Gazette, au sujet de l'épidémie cholérique de 1854, dont nous avons indiqué l'origine et sur laquelle nous avons à donner des éclaircissements de différentes sortes. On n'aurait pas une appréciation complète si nous n'ajoutions que l'Histoire du choléra épidémique a Constantinople en 1848, qui forme la deuxième partie du livre de M. Verrollot, contient, à part les données relatives au choléra, les renseignements les plus importants sur la climatologie, la géographie et la pathologie du Bosphore, renseignements dont l'importance a plus que doublé depuis que les intérêts et les armées de l'Europe occidentale ont à Constantinople leur point de départ, leur centre de ralliement et leur perspective dans l'avenir.

Tholozan.

VARIÉTÉS.

— Les journaux de la Martinique publient les détails qui suivent sur une nouvelle substance susceptible de remplacer le quinquina dans le traitement de la fièvre:

« M. le docteur Amic, médecin en chef de la colonie, informé qu'il existait à Saint-Martin un arbre dont l'écorce amère avait des vertus identiques à celles du quinquina, s'est ingénié à se procurer des fragments de cet arbre, et lorsqu'il en a été détenteur, de concert avec son gendre, M. Chapuis, médecin en second de l'hôpital maritime de Saint-Pierre, il s'est livré à des expérimentations qui ont été couronnées d'un plein succès. Administré en tisane ou en thé à des malades dont la fièvre était des plus tenaces et s'était montrée réfractaire à tous les médicaments, l'écorce de l'arbre fébrifuge de Saint-Martin a amené promptement la guérison. Traitée comme alcali végétal par les soins d'un de messieurs les pharmaciens de l'hôpital maritime, elle a donné une substance qui avait toutes les vertus du sulfate de quinine.

» Ces faits, portés à la connaissance de M. le gouverneur, ont appelé son attention, et il vient d'envoyer à Saint-Martin M. le docteur Chapuis et M. Girardias, pharmacien de la marine, pour étudier l'arbre si précieux qui peut créer une concurrence au quinquina. »

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

LE LEGS BRÉANT.

La discussion sur le cancer a mis la GAZETTE MÉDICALE en retard avec beaucoup de questions. Celles qui méritaient qu'on s'y arrêtât auront néanmoins leur tour. Commençons cette revue rétrospective par un sujet tout à fait à l'ordre du jour.

Le legs Bréant a été de la part de la section de médecine et de chirurgie l'objet d'un rapport explicatif. Le testateur, un peu savant, mais tout à fait étranger à la médecine, avait accompagné son legs d'une espèce de programme qui pouvait, dans les limites de sa volonté, ou plutôt de son sentiment, donner lieu à d'utiles commentaires. C'est ce qu'a eu sans doute en vue la commission de l'Institut. Son rapport devait en quelque façon être la formule légale, mais véritablement scientifique, des volontés du testateur. Élaguer du programme de M. Bréant ce qui pouvait nuire à l'indication précise de son but, et y ajouter ce qui pouvait le faire atteindre avec le plus d'éclat pour le testateur et le plus d'avantage pour la science et l'humanité, telles étaient, suivant nous, les deux conditions qui devaient inspirer la commission de l'Académie. Il y avait, on est forcé d'en convenir, dans cette interprétation, à respecter surtout les intentions du testateur, à n'user du droit de commentaire que jusqu'où il en avait lui-même tracé la limite. Cette mission, vu l'importance tout exceptionnelle du prix, et, ajoutons aussi, la difficulté du sujet, était aussi périlleuse que délicate. La commission l'a-t-elle remplie à la satisfaction de tous les intérêts? Son rapport est-il le commentaire le plus élevé, le plus clair de la pensée du testateur, en même temps que l'expression la plus large des pouvoirs qu'il lui a conférés? On conçoit toute la réserve que commande un tel examen. S'il est du devoir de la presse d'intervenir dans une question qui touche à des intérêts si nombreux et si élevés, elle comprend aussi ce qu'elle doit aux juges, ou plutôt aux législateurs chargés de fixer le sens et la lettre de ce point de droit scientifique. Nous nous efforcerons de satisfaire à ces deux conditions.

Il faut distinguer dans l'expression du legs Bréant deux choses : l'énoncé général de la pensée, du but du testateur, et les développements à l'aide desquels il a espéré rendre son but plus facile à atteindre. Sa pensée la plus générale est celle-ci : « J'institue et donne un prix de » 100,000 fr. à celui qui aura trouvé le *moyen de guérir* du choléra » asiatique, ou qui aura *découvert les causes de ce terrible fléau* (1). » Guérir ou prévenir le choléra, c'est-à-dire empêcher qu'on ne meure du choléra lorsqu'il exerce son influence, telle a été la pensée, le sentiment de M. Bréant. Les développements dans lesquels il est entré sur les modifications ou altérations de l'air comme causes possibles de maladies épidémiques, sur la présence dans l'atmosphère d'animalcules comme causes du choléra en particulier, ainsi que les directions qu'il a semblé donner, dans cette voie de recherches, de préférence à toute autre, ne sont que des accessoires de sa pensée. Le testateur ajoute : « L'Institut sera juge souverain des conditions accessoires et » d'aptitude à imposer aux concurrents et des sujets à proposer en con- » cours, mais seulement dans les limites que je viens de poser. Je lui » confie ma *pensée*, convaincu que les lumières de ses membres assu- » reront la pleine exécution de mon *intention*. »

(1) On trouvera, sous le titre VARIÉTÉS, l'énoncé textuel et complet du legs de M. Bréant.

Telles sont les conditions principales, accessoires et restrictives du prix institué par M. Bréant. Dans la prévision que le prix principal ne sera pas décerné de suite, le testateur indique que les intérêts du capital seront donnés « à la personne qui aura fait avancer la science sur » la question du choléra ou de toute autre maladie épidémique, » et il ajoute à cette condition principale et générale du prix provisoire un développement analogue à celui qu'il avait donné à la condition du prix principal. Préoccupé de l'idée que le choléra est produit par une altération de l'air ou la présence d'animalcules, il ajoute à l'énoncé ci-dessus ce membre de phrase : « *Soit* en donnant de meilleures ana- » lyses de l'air, en y démontrant un élément morbide, *soit* en trou- » vant un procédé propre à connaître et à étudier les animalcules, etc. »

Il convenait donc de distinguer dans les deux cas le but du testateur des moyens présumés par lui propres à faire atteindre ce but. Guérir ou prévenir le choléra, dévoiler quelques-unes de ses conditions de manifestation, telle est sa pensée générale, dégagée de toute préoccupation ou préjugé scientifique : rechercher et peut-être trouver dans les altérations de l'air et dans les animalcules qu'il peut renfermer la cause du fléau, telles sont les indications données comme exposé des motifs, ou plutôt telles sont les espérances du testateur.

La commission de l'Institut s'est-elle bien pénétrée de cette distinction entre le but et les moyens? A-t-elle fait la part assez large à l'un en acceptant les autres jusqu'où ils pouvaient et devaient être acceptés? Ou bien, préoccupée de la crainte d'outre-passer son mandat, ne s'est-elle pas renfermée un peu trop dans le cercle tracé accessoirement par les préjugés scientifiques du testateur? Quelque regret que nous éprouvions de nous trouver en désaccord avec les commentateurs éminents de la pensée de M. Bréant, nous craignons qu'ils n'aient en effet donné plus d'importance à l'accessoire qu'au principal. Nous le répétons, le but véritable ou supposé tel du testateur a été de provoquer la découverte du moyen de *guérir* ou de *prévenir* le choléra, ou d'*éclairer* d'une manière quelconque son développement. En indiquant les analyses de l'air, la découverte possible d'animalcules dans l'atmosphère, il a indiqué une des voies où il croyait utile d'engager les concurrents, mais il n'a pas eu et il n'a pu avoir l'idée de limiter à cet ordre de recherches la possibilité de la découverte qu'il voulait provoquer et récompenser. Et, en effet, l'Institut déclarerait-il inapte à concourir un moyen de vaincre ou de prévenir le choléra qui n'aurait rien de commun avec l'analyse de l'air ou la présence des animalcules? Il faut espérer que non. La commission aurait donc bien fait peut-être de donner au programme de M. Bréant l'interprétation la plus large, c'est-à-dire celle qui ressort de la distinction que nous avons faite entre l'énoncé de la pensée principale et les développements accessoires du legs; elle s'est tue complétement à cet endroit. A défaut de déclaration explicite, elle aurait pu dans l'énoncé des conditions précises du concours, prouver qu'elle entend donner au sentiment du testateur toute la portée qui peut le mieux le rendre profitable au savant, à la science

FEUILLETON.

CHRONIQUE MEDICALE.

Discours de rentrée des Facultés de médecine de Montpellier et de Strasbourg, de l'École préparatoire de Lyon. — Séances annuelles de diverses sociétés médicales. — De l'esprit public dans la science et la profession. — Un médecin fortune. — Mésaventures politiques du corps médical de Madrid. — Candidatures médico-chirurgicales à l'Académie des sciences. — Le prix Bréant. — Renouvellement du bureau de l'Académie impériale de médecine. — Un A pour un E; nouvelle découverte microscopique.

C'est une louable coutume de nos principaux corps enseignants et académiques, d'ouvrir la nouvelle année scolaire par une séance solennelle, dans laquelle l'institution tout entière agit et parle, en quelque sorte, en personne, et pose dans sa toge magistrale devant le public. Il est seulement regrettable que ces solennités, qui pourraient et devraient avoir une haute importance scientifique, se réduisent trop souvent, surtout depuis les envahissements de l'Éloge, à des exhibitions d'une littérature banale, sans caractère doctrinal ou critique et sans couleur locale. Sans contester le mérite purement littéraire de tel ou tel des morceaux d'éloquence, débités dans ces dernières années, à ces occasions, dans les institutions médicales de Paris, on peut bien dire, sans faire tort aux auteurs, qu'ils n'étaient ni assez, ni précisément des discours de circonstance. Ces réflexions nous sont venues de nouveau en mémoire, lorsque, dans l'avant-dernière séance de l'Académie, nous avons entendu la remarquable disquisition historico-critique de M. Bouillaud sur l'École de Paris. Quel beau texte, nous disions-nous, pour un discours de rentrée de la Faculté, et quel dommage que M. Bouillaud n'ait pas songé à le prononcer là, du haut de la chaire professorale, au lieu de le glisser sans opportunité bien évidente dans une discussion sur le cancer!

Quoi qu'il en soit, il nous est agréable de voir que, sur ce point au moins, les autres grandes institutions publiques d'enseignement scientifique et médical du pays ne se modèlent pas sur celles de Paris. Montpellier et Strasbourg, ont inauguré la réouverture des études par des discours appropriés au but de la réunion. L'état et la marche de l'enseignement local, des points généraux de doctrine, de didactique et d'histoire scientifique en ont fourni la matière. Il n'y a été question que des affaires de la Faculté, de la science et de la profession. C'est ce qu'il fallait pour intéresser utilement les élèves, les maîtres et le public lettré qui formait là comme ici le complément de l'auditoire. Les nombreux orateurs ont fait tous merveille; les journaux locaux l'attestent, et, sur leur seul témoignage, nous l'affirmerions nous-même sous serment.

A Montpellier, la séance de rentrée réunissait les trois Facultés, de médecine, des sciences et des lettres, formant le corps universitaire de la noble et savante cité, et l'École supérieure de pharmacie. La médecine, qui si long-

et à l'humanité. Nous craignons que la rédaction de son programme ne fasse croire le contraire. Voyez en effet. Le testateur avait dit : « Je » donne le prix à celui qui trouvera le *moyen de guérir le choléra.* » Le programme de la commission porte : « Pour remporter le prix, il » faudra *trouver une médication* qui guérisse le choléra. » Le testateur avait dit : « ou bien à celui qui aura *découvert* les causes de ce terri- » ble fléau. » Le programme porte : « ou indiquer d'une manière in- » contestable les causes du choléra asiatique, de façon qu'en *amenant* » *la suppression de ces causes,* ON FASSE CESSER L'ÉPIDÉMIE. » Le pro- gramme ajoute, il est vrai : « ou enfin découvrir une prophylaxie cer- » taine et aussi évidente que l'est, par exemple, celle de la vaccine » pour la variole. »

Peut-on s'empêcher de reconnaître, dans la lettre du programme de la commission, une pensée plus restrictive même que celle du légataire. Il ne demandait rien que la découverte du *moyen* de guérir ; la commission veut, elle, une *médication* ; le premier se contentait de la *découverte des causes*, la seconde veut : qu'en amenant la suppression de ces causes on *fasse cesser* l'épidémie. Ou bien encore elle veut la découverte d'une autre *vaccine* contre le choléra. Ces vœux, ces conditions sont extrêmement louables en eux-mêmes ; mais sont-ils possibles à réaliser dans les termes indiqués par la commission, et sont-ils vraiment conformes à la pensée de M. Bréant. Nous ne le pensons pas. Tel qu'il avait été indiqué par le testateur, le but était déjà difficile à atteindre ; tel qu'il a été perfectionné, qu'on nous passe l'expression, par la commission, il nous paraît tout simplement impossible à aborder. C'est le résultat opposé qu'on aurait espéré que la commission eût voulu obtenir.

Ce qu'on vient de dire sur le programme du prix principal, on pourrait le répéter pour le prix accessoire. Le testateur donnait ce prix « à » la personne qui aura fait *avancer la science sur la question du cho-* » *léra* ou de *toute autre maladie épidémique*..... » Le programme de la commission porte que, pour obtenir ce prix, il faudra, « par des » procédés rigoureux, avoir démontré dans l'atmosphère l'existence » de matières pouvant jouer un rôle dans la production ou la propaga- » tion des maladies épidémiques. » Le testateur, il est vrai, après l'énoncé général : *avoir fait avancer la science*, avait ajouté : « *soit* en » donnant de meilleures analyses, *soit*..... » Mais il n'avait pas ajouté que si, par d'autres voies, on parvenait à éclairer l'étiologie du choléra d'une manière non moins certaine, on serait exclu du concours. C'est cependant à quoi conclut la rédaction du programme de la commission. Il faut espérer néanmoins que si le cas se présente, si, en dehors des voies indiquées par M. Bréant, voies encore rendues plus difficiles et plus spéciales par la commission, quelqu'un signale le moyen de guérir ou de prévenir le choléra, ou d'éclairer son développement, on ne lui fera pas un crime d'avoir découvert la vérité ailleurs et autrement qu'en s'inspirant des préjugés scientifiques, mais probablement stériles, du testateur.

JULES GUÉRIN.

PATHOLOGIE INTERNE.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LE CHOLÉRA-MORBUS ÉPIDÉMIQUE ; par J.-B.-G. BARBIER.

Nous venons soumettre à l'attention des médecins quelques réflexions sur l'étude du choléra-morbus épidémique. Cette singulière maladie appelle nos recherches sur divers points : 1° sa cause, que nous croyons être une production atmosphérique qui aurait la propriété d'attaquer l'espèce humaine ; 2° l'action de cette cause sur le sang, sur les centres nerveux, sur les organes digestifs de l'homme ; 3° la condition où se trouve la force vitale ou biogénique pendant que l'organisation humaine est sous l'influence de la cause cholérifère ; 4° le pouvoir de la thérapeutique sur le choléra épidémique.

CAUSE DU CHOLERA ÉPIDÉMIQUE. — La cause du choléra épidémique réside évidemment dans l'enveloppe aérienne qui entoure notre globe. Nous ignorons l'essence de cette cause. Nous jugeons de son existence par ses étonnants effets sur l'homme. Cette cause paraît être une de ces créations mystérieuses qui se forment dans les espaces atmosphériques, et qui échappent à nos instruments de physique, à nos investigations.

La cause cholérifère apparaît à des intervalles assez éloignés. Nous arrive-t-elle toute formée de régions lointaines ? Résulte-t-elle de combinaisons secrètes, spontanées, que des circonstances inconnues détermineraient entre les principes si variés qui se rencontrent dans l'océan atmosphérique ? Ce produit morbifique est-il susceptible de s'étendre, de s'accroître, de se reproduire pendant un certain temps ?

Toujours l'air atmosphérique est le véhicule des germes cholérigénes. Il s'établit même dans l'atmosphère des courants de ces germes qui traversent des distances considérables. Dans ces courants, les germes cholérifères paraissent dirigés par une force qui leur est propre. Tantôt ils occupent des régions élevées de l'atmosphère. Ils passent au-dessus de villes, de contrées qui ne ressentent rien de leur malfaisance ; tantôt ils s'abaissent sur le sol, et les villes, les pays qui se trouvent sur leur passage sont ravagés par la maladie. L'invasion du choléra, les anomalies qui accompagnent sa propagation, autorisent ces suppositions. Des pays maltraités au milieu de contrées que le choléra semble épargner ; des endroits qui restent sains, et qui sont entourés de pays où la maladie sévit avec fureur.......

La matière des germes cholérifères prendrait rang parmi les fluides impondérables. Elle ne serait pas soumise à la loi de la pesanteur.

L'intensité, la violence d'une épidémie cholérique dans un pays, s'expliqueraient par l'abondance des germes cholérigènes dans l'air que l'on y respire. Ces germes seraient plus rares, ils auraient moins d'activité dans les endroits où l'épidémie se montrerait plus douce, où elle ferait peu de victimes.

La durée de l'épidémie tiendrait à l'existence continuée, à la reproduction permanente de la cause cholérifère dans l'air d'une contrée. Cette épidémie cesserait aussitôt que cette cause disparaîtrait, aussitôt que l'atmosphère reprendrait sa pureté.

La présence des germes cholérigénes dans l'air atmosphérique donne à ce dernier un pouvoir sur l'homme, qui doit être ici signalé. L'air

---

temps régna seule dans la moderne Cos, voit maintenant des chaires nouvelles s'élever auprès de la sienne, mais elle se flatte, non sans quelque raison, qu'elles ne sont là que pour lui servir de cortége. Elle tient toujours un peu les autres sciences à distance. En d'autres temps et d'autres lieux, la théologie regardait toutes les connaissances humaines comprises sous le titre commun de philosophie, comme ses très-humbles servantes, *philosophia theologiæ ancilla*. La médecine, moins hautaine, se contente, à Montpellier, de les considérer comme ses tributaires. Il ne paraît pas, cependant, qu'elles acceptent complétement ce rôle, car, dans la séance où elles étaient toutes représentées, elles ont toutes pris la parole sur le pied de l'égalité. Le nouveau recteur, M. Donné, à qui une instruction variée et des travaux dans diverses branches des sciences physiques et médicales donnaient une sorte d'autorité pour parler sur toutes, semble même avoir eu pour but, dans son intéressant discours, de patroner officiellement ces prétentions, égalitaires qu'il supposait évidemment devoir être mal venues dans le lieu où il se trouvait. Il a fait entendre, assez explicitement pour que ses observations eussent le sens d'un avertissement et même d'une critique, que le temps des études purement spéculatives et de l'enseignement verbal était passé, et qu'il fallait que l'école de Montpellier prît au sérieux ses collections anatomiques, ses laboratoires de physique et de chimie, et ses amphithéâtres. Il a insisté sur la nécessité, pour la science de ce pays, d'abandonner ce qu'il a appelé sa vieille *manière*. Ces insinuations n'ont pas dû sonner bien agréablement aux oreilles médicales qui étaient sans doute en majorité dans l'assemblée. L'an passé, M. Ph. Bérard, inspecteur général de l'Université, avait déjà fait une mercuriale du même genre. Il paraîtrait que l'ancienne manière tient bon et qu'il faudra bien du temps pour y introniser la nouvelle. Cette résistance de l'esprit local a, du reste, un fondement. C'est dans ce vieux style, qu'on voudrait lui faire abandonner, que l'École de Montpellier a produit l'œuvre scientifique qui fait sa gloire ; c'est dans ce goût qu'ont pensé, écrit et travaillé ses grands maîtres, morts et vivants. Elle a donc jusqu'à un certain point le droit de se défier des conseilleurs qui viennent lui dire qu'elle fera mieux en faisant autrement ; et à tout prendre, il serait fâcheux que ces conseils prévalussent. Montpellier modernisé perdrait sa haute autorité critique, autorité légitime et utile, que son esprit immuable oppose au courant souvent désordonné des idées nouvelles. Sa physionomie noble et calme s'altérerait par l'emprunt de mœurs étrangères, et l'espèce de métempsycose qu'on l'engage à expérimenter ne serait que sa belle mort.

Après M. Donné, les diverses Facultés ont pris la parole par l'organe de leurs chefs, les doyens : M. E. Bérard, pour la Faculté de médecine, M. Dunal, pour celle des sciences, M. Siguy et M. Mondot, pour celle des lettres, M. Duportal, pour l'École supérieure de pharmacie. Nous regrettons de n'avoir pu lire encore ces discours, celui surtout de M. Mondot, le professeur de philosophie à la Faculté des lettres, qui a plaidé contre Bacon la cause d'Aristote et d'Hippocrate, à l'endroit de l'invention de la *méthode inductive*.

On voit que cette séance de Montpellier a été bien remplie, et qu'elle a dû offrir le plus grand intérêt par la variété des questions qui y ont été traitées, et surtout par l'intervention de l'esprit de parti scientifique qui y a été toujours tenu en éveil.

Il n'en pouvait être, à beaucoup près, de même à Strasbourg. Là il n'y a

possède, dans les pays où règne une épidémie cholérique, une influence accidentelle, transitoire, qui se constate facilement. Toutes les personnes qui habitent ces pays se plaignent de ne pas jouir de leur santé habituelle. Elles éprouvent des sentiments plus ou moins prononcés de malaise, de faiblesse, de fatigue. Elles ressentent des douleurs vagues; elles sont plus sensibles au froid. Elles ont des digestions difficiles, imparfaites, des flatuosités intestinales, des coliques, etc. On voit clairement que c'est sur l'appareil nerveux et sur l'appareil digestif que se porte la puissance insolite que l'atmosphère exerce alors sur toutes les organisations humaines. Dans une épidémie cholérique, il est des temps où le nombre des malades augmente, où la maladie se montre plus sévère. Alors l'action atmosphérique dont nous parlons devient plus apparente; ses effets se prononcent davantage. Cette cause n'exerce-t-elle pas sur quelques espèces d'animaux des impressions dont les produits auraient jusqu'ici échappé à l'observation? Certaines espèces végétales ne sont-elles pas soumises à ce pouvoir atmosphérique, n'éprouvent-elles pas alors un état de maladie?

Les principes cholérigènes que recèle l'atmosphère ne pénètrent probablement qu'en petite quantité dans le corps des personnes sur lesquelles se produisent les symptômes toujours légers, à peine morbides, que nous venons d'exposer. La force vitale qui anime leur organisation, résiste aux atteintes de la cause cholérifère; elle ne laisse pas se former les lésions qui sont alors imminentes; elle maintient l'ordre dans les fonctions conservatrices de la vie. Si les principes cholérigènes s'introduisent dans le corps humain avec une certaine abondance, ils produisent une intoxication générale. Leur action morbifique domine l'autorité de la force biogénique. Celle-ci ne peut empêcher les altérations que ces principes impriment au sang, ni arrêter les mutations d'état qu'ils font éprouver aux centres médullaires et aux plexus ganglionnaires : la maladie se développe avec une intensité effrayante. Ces principes semblent saturer l'organisation, quand surviennent ces choléras foudroyants qui enlèvent les malades en quelques heures.

Dirons-nous que les personnes qui vivent dans une ville où règne une épidémie cholérique, toujours sous la menace de la cause qui produit cette maladie, en sont ordinairement atteintes, dès qu'elles font un excès? Des aliments de mauvaise qualité, une indigestion, un refroidissement du corps, des boissons froides quand le corps est échauffé, etc., peuvent alors déterminer une attaque soudaine de la maladie.

L'expérience démontre qu'une nourriture insuffisante, qu'une constitution affaiblie, prédisposent le corps de l'homme au développement des germes cholérifères, que le voisinage des rivières, des fleuves, le rapprochement des habitations, des rues sales et étroites, des maisons humides, mal aérées, mal éclairées, une grande agglomération d'hommes, etc., etc., donnent à ces germes une plus grande activité.

Un point bien important dans l'étude du choléra épidémique, c'est de reconnaître que cette maladie procède d'une cause spécifique. On peut penser que cette cause a des qualités fixées, des facultés arrêtées. Introduite dans un corps humain, elle provoque les mêmes lésions pathologiques, elle suscite les mêmes phénomènes morbides, elle fait naître une maladie toujours identique. Le développement des symptômes du choléra suit un ordre constant, une marche réglée. Si, sur certains malades, quelques-uns de ces symptômes sont plus fortement exprimés, c'est que les lésions d'où ils procèdent ont, chez ces malades, plus d'étendue, plus d'activité.

La question de la contagion du choléra épidémique est difficile à résoudre. Il est des cas où les malades paraissent avoir reçu le germe de la maladie des personnes avec lesquelles ils communiquaient; mais la cause atmosphérique est toujours là. Une maladie épidémique ne peut-elle pas devenir contagieuse dans des circonstances données?

Action de la cause cholérigène sur l'organisation humaine. — C'est en pénétrant dans le corps de l'homme, en se mettant en contact immédiat avec ses parties fluides et solides que les germes cholérigènes se développent, qu'ils manifestent leur existence. Le sang en reçoit les premières impressions. Dans le choléra épidémique, ce liquide éprouve une modification bien reconnue. Sa densité, ses qualités, sa nature plastique ne sont plus les mêmes. L'examen physique, l'analyse chimique, le microscope, les recherches cadavériques s'accordent pour démontrer que le sang des cholériques a éprouvé un changement d'état, qu'il a perdu sa constitution normale.

C'est un sang ainsi modifié que tous les tissus organisés reçoivent des artères. On conçoit le trouble que l'arrivée de ce sang doit apporter dans la disposition intime de ces tissus. Mais, de plus, ce sang recèle des principes morbifiques qu'il met en contact avec les organes dans lesquels il pénètre. Cette double cause nous explique bien, et la marche rapide du choléra, et la gravité des accidents qui caractérisent cette maladie.

Suivez, chez un cholérique, l'évolution des phénomènes morbides, vous reconnaîtrez que toutes les pièces de l'organisation perdent successivement leur aptitude normale; vous verrez que l'action de tous les instruments de la vie se trouble, se pervertit. Les actes essentiels à l'existence, circulation du sang, régénération de ce fluide dans les poumons, calorification, etc., se font mal ou cessent leur exercice. La force biogénique qui les dirigeait, qui les faisait concourir à une fin commune, le maintien de l'intégrité de l'organisation, est dominée par la cause pathogénique. Tous les mouvements organiques sont viciés, désordonnés. Une perturbation, une dépravation de toutes les fonctions, semblent conduire à une fin inévitable.

Il est remarquable que les germes cholérigènes ne paraissent pas avoir, après leur introduction dans le corps de l'homme, un temps assigné d'incubation, comme les germes de plusieurs maladies dues aussi à une cause spécifique, la variole, par exemple.

Les parties de l'organisation humaine sur lesquelles se manifeste d'abord l'action de la cause génératrice du choléra sont l'appareil de l'innervation et l'appareil de la digestion. Les centres médullaires, les plexus ganglionnaires, ont senti les impressions de cette cause; ils ont éprouvé un changement d'état, l'innervation a pris un caractère morbide, lorsque les malades se plaignent d'éprouver un sentiment profond de malaise, de faiblesse, des anxiétés épigastriques, des menaces de syncope; lorsque les contractions du cœur se montrent inégales, irrégulières, les pulsations artérielles petites, profondes, variables, qu'il y a un certain degré d'altération dans l'expression des yeux, des mouvements alternatifs de sueur et de refroidissement, des douleurs dans les membres, etc. L'estomac et les intestins ont perdu leur condition normale, leurs mouvements sont déréglés, lorsque apparaissent les nausées, des efforts pour vomir, des vomissements, du trouble dans les

---

pas d'ancienne manière ni même de manière bien tranchée; il n'y a rien à détruire, rien à substituer dans l'esprit du lieu. L'École est éclectique, ou plutôt encyclopédique, dans le genre allemand. C'est une place neutre et ouverte, où chacun fait les affaires de la science comme il l'entend. La Faculté de médecine n'y a et n'y prétend à aucune prééminence sur les quatre autres qui figuraient avec elle à la séance de rentrée. Leur réunion formait, avec l'École de pharmacie, une université au grand complet. Les cinq doyens et le directeur de l'École de pharmacie se sont bornés à de simples rapports sur les études de leur ressort. C'est le savant et respectable M. Coze qui a parlé au nom de la Faculté de médecine. Son discours a été une allocution paternelle aux élèves, pleine de bons et intelligents conseils, et d'excellentes vues sur l'organisation et les résultats des études dans l'institution dont il est le doyen.

Indépendamment des Facultés, les écoles préparatoires des départements ont fait aussi leur rentrée officielle; et beaucoup de sociétés de médecine ont tenu dans ce dernier mois leur séance publique. Il serait intéressant de parcourir tout ce qui a été dit dans un si grand nombre de réunions médicales et en tant de lieux. C'est par ces manifestations diverses et indépendantes les unes des autres que doit se révéler pleinement ce qu'on pourrait appeler l'esprit public de la science et de la profession médicales en France. C'est une étude à faire. Mais les documents sont assez difficiles à réunir. Il ne nous en est parvenu qu'un bien petit nombre. Nous ne mentionnerons que l'école préparatoire de Lyon, la première institution d'enseignement médical de l'empire, après les facultés. Le directeur, le docteur Richard (de Nancy), a tracé dans un excellent discours l'histoire des écoles préparatoires et spécialement de celle de Lyon. Après lui le recteur de l'Académie, M. l'abbé Noirot, a fait valoir les nobles services que le haut enseignement des sciences et des lettres peut rendre à la grande cité lyonnaise. Ce passage de son discours relatif à l'École de médecine a été particulièrement remarqué: « Renouvelée par une organisation récente, l'École préparatoire de médecine » et de pharmacie de Lyon offre à ses nombreux élèves un enseignement » au niveau de tous les progrès de la science. Les immenses ressources » qu'elle présente à l'art de guérir, la multiplicité de ses observations, source » toujours féconde des grandes découvertes, la vieille et brillante renommée » de ses professeurs, ne nous laissent qu'un désir à former, *celui de la voir* » *bientôt en possession d'un titre plus digne de son importance.* » N'est-ce là qu'un désir, un souhait? Cette parole, dans la bouche du chef de l'Académie parlant officiellement dans l'exercice de ses fonctions, n'est-elle pas plutôt une espérance ou même la promesse et presque l'annonce d'un événement prochain? S'agirait-il donc d'instituer une Faculté de médecine à Lyon? La Chronique devrait le savoir; mais elle l'ignore, et livre, sans autre commentaire, à l'imagination de tous ceux qu'la chose intéresse la phrase énigmatique de M. le recteur de l'Académie de Lyon.

— Ne tenant aucun compte du temps et de l'espace, veuillez, chers lecteurs, faire avec nous une enjambée jusqu'à Constantinople... Rassurez-vous : on ne va pas vous présenter les tristes images des souffrances de nos soldats et de celles de nos confrères qui leur prodiguent leurs soins. On veut au contraire vous faire voir à Constantinople un des plus fortunés mortels qu'il y ait

intestins, des flatuosités, des coliques, le gonflement de l'abdomen, etc. Alors les vaisseaux capillaires des tissus intestinaux sont le siége d'une congestion sanguine; une exhalation surabondante, des sécrétions muqueuses de la membrane gastro-intestinale, fournissent la matière des évacuations alvines.

Dans une épidémie cholérique, la maladie se borne souvent à cette première période. Des secours, des soins donnés à propos, arrêtent les progrès des lésions qui déjà occupent l'appareil de l'innervation et les organes digestifs; ces lésions ne prennent point de gravité. L'autorité de la force biogénique sur l'organisation se conserve, se continue. Les grands accidents du choléra ne se montrent pas. La maladie est avortée.

Mais le choléra ne s'arrête pas toujours à ce premier degré. Des symptômes effrayants apparaissent; la maladie se déclare dans toute sa violence. Aux évacuations plus abondantes, aux vomissements ordinairement plus fréquents, s'ajoutent le ralentissement, la suspension de la circulation du sang; l'air pénètre en vain dans la poitrine, il ne fait plus éprouver au sang veineux, dans son passage à travers les poumons, la mutation qui le convertissait en sang artériel; il y a une respiration frustranée : le corps perd sa température indépendante; il devient froid. L'absorption est languissante ou anéantie; les reins, le foie ont cessé leur fonction sécrétoire, la nutrition est nulle.

Ce sont surtout les centres médullaires et les plexus ganglionnaires qui appellent alors notre attention. Dans l'ordre normal, l'innervation excite, soutient, sous la direction de la force vitale, les mouvements des organes. Mais que les agents de l'innervation éprouvent une modification intime, qu'une cause morbide, la cause cholérigène, par exemple, les attaque, qu'un sang altéré les pénètre, ces agents prennent une autre disposition organique, leur influence sur l'organisation acquiert un caractère nouveau, une énergie accidentelle. Au lieu d'être l'auxiliaire de la force biogénique, l'innervation la maîtrise, la domine. De là procède une grande partie des accidents étranges que l'on observe dans le choléra.

La moelle allongée a pris un état morbide; sa puissance d'innervation est pervertie, lorsque nous observons des contractions déréglées du diaphragme, le resserrement du bas de la poitrine, des oppressions, le hoquet; lorsque les contractions du cœur deviennent irrégulières, faibles, puis fortes, inégales, etc. Une condition anormale de la molle épinière lui a donné une faculté pathologique, lorsque, sans le concours de la volonté, elle porte sur les muscles du tronc et des membres une impulsion qui détermine des contractions des muscles, des tiraillements, des roideurs des membres, des crampes sans cesse renouvelées, etc. Les plexus ganglionnaires ont leur puissance d'innervation agrandie, exagérée, mais en même temps changée, dépravée, quand surviennent les angoisses épigastriques, les agitations qui les accompagnent; quand les pulsations artérielles se montrent petites, serrées, obscures, qu'elles cessent même tout à fait de se faire sentir; quand le corps se refroidit, qu'il a perdu la faculté de dégager du calorique; quand la peau se couvre d'une couleur violacée, bleuâtre, que la voix s'éteint, qu'il y a enfoncement des yeux dans les orbites, une altération singulière de la figure, des sueurs froides.

Notons bien ceci. Pendant que les parties de l'appareil nerveux d'où découle l'innervation sont dans un état morbide, les hémisphères cérébraux conservent leur situation, leur aptitude physiologique. Le corps est froid, le pouls nul, la voix éteinte, et le malade sent, perçoit, pense, juge, se souvient, etc.; il n'y a pas de perceptions fausses, pas de délire. L'âme trouve encore le cerveau dans une condition propre à la manifestation de ses facultés.

Observé dans son plus haut degré de développement, le choléra offre tous les mouvements, tous les actes qui servent à la conservation, à l'entretien du corps dans un état de dérèglement, d'aberration. Toutes les fonctions qui nous font vivre ont leur cours dépravé, tendent à se suspendre. Cependant les organes qui exécutent ces mouvements, ces fonctions, n'ont pas éprouvé d'altération notable dans leur matériel, dans leur forme, dans leurs qualités anatomiques. La mort qui survient dans le choléra, avant la réaction, est le produit du trouble fonctionnel des appareils organiques. Les recherches cadavériques n'expliquent pas pourquoi la vie s'est interrompue.

Dans la période du choléra épidémique qui nous occupe, l'innervation est devenue une puissance usurpatrice; elle domine la force biogénique; elle produit la perturbation qui existe dans les actes de la vie; elle donne la raison des phénomènes qui caractérisent le choléra.

C'est à celle époque de la maladie que s'opère ce que l'on a nommé une réaction. Ce grand acte organique pourrait être considéré comme une sorte de lutte qui s'établit entre la force biogénique qui tend à reprendre ses droits, et la cause cholérigène dont la puissance s'affaiblit. Avant la réaction, tous les malades atteints du choléra présentent les mêmes symptômes; ces derniers suivent le même ordre dans leur évolution. La marche réglée de la maladie décèle l'action d'une cause spécifique. Dans la période de réaction cette uniformité n'existe plus. Chaque malade offre un ensemble d'accidents différents : des lésions variées se forment sur divers points de l'organisation; des congestions sanguines occupent l'encéphale ou les organes pulmonaires. La réaction est une maladie nouvelle qui succède à une première maladie : la peau devient chaude, brûlante, le pouls s'accélère, prend un type fébrile; il survient du délire, puis un état comateux, des soubresauts de tendons, etc. Quand le choléra s'est ainsi transformé, on l'assimile à un état typhoïde.

Une solution heureuse du choléra s'annonce par le rétablissement libre, non contrarié de l'autorité de la force biogénique sur l'organisation, par le retour gradué des actes de la vie à leur mode normal d'exercice. Les évacuations, les crampes cessent; la circulation du sang, la respiration, la calorification s'accomplissent, la peau se colore, etc. Tous ces signes attestent que la cause cholérigène a perdu son activité, que la puissance de la vie est rentrée dans ses droits, que l'innervation a repris sa sujétion naturelle.

Ou pourrait, comme pour la variole, pour la rougeole, maladies qui naissent aussi d'une cause spécifique, distinguer, à l'imitation de Sydenham, des choléras réguliers et des choléras irréguliers. Le développement des premiers suit une règle déterminée; leurs périodes sont bien marquées, bien observées. Les choléras irréguliers sont ceux où les accidents se pressent, où ils apparaissent dans une sorte de désordre, de confusion. On pourrait aussi admettre que cette maladie est bénigne ou maligne. Elle est bénigne quand les lésions des centres médullaires et des plexus ganglionnaires tardent à se former, qu'elles

---

sur la terre, et cet homme est un médecin! C'est le docteur Sandwich, — quel nom appétissant! — un de nos confrères, un de nos frères et amis les Anglais. Ce docteur n'est rien moins que l'archiâtre du sultan, et il est en même temps le correspondant résidant du TIMES. Or sachez que le TIMES, ce Gargantua de la presse de tous les mondes, paye ses correspondants comme les rois payent leurs ambassadeurs. Avec ce double titre et les valeurs sonnantes qui les accompagnent, on peut, lorsqu'on est encore d'un âge pas trop mûr, bien portant et point mélancolique, se sentir vivre avec une certaine satisfaction. Tel est le cas du médecin de Sa Hautesse le sultan Abdul-Medjid. Parmi les priviléges que lui confère spécialement sa position, il a celui de pénétrer dans le harem et de tâter le pouls des houris de Sa Majesté le Grand Turc. Ajoutons que ce digne confrère n'a à peu près rien à faire. Ses labeurs se bornent à sa correspondance et à la prescription de quelques doses de calomel pour entretenir la liberté du ventre de son auguste client. O chers confrères! contemplez ce beau type médical; *macte animo*; voyez ce que peut faire la fortune en faveur d'un de nous, et puisse cet exemple vous soutenir et consoler dans vos misères! Mais hélas! qu'il y a peu de TIMES, peu de grands princes constipés, peu de bouris circassiennes, et, partant, peu de docteurs Sandwich en ce monde!

— Maintenant passons en Espagne. C'est, on le sait, le pays de la confusion et de l'*imbroglio* en tout genre. Le corps médical de Madrid vient dernièrement de s'y mettre en grand émoi. Il s'agissait d'affaires qui ne nous sont pas tout à fait étrangères; car nous nous sommes trouvés, en 1846, dans des circonstances fort analogues. Les médecins de Madrid ont essayé de faire à la profession une position politique, en nommant un représentant chargé de défendre ses intérêts spéciaux aux cortès. Dans une réunion des plus tumultueuses, ils désignèrent pour candidat à la députation le docteur D. Pedro Calvo Asensio; mais le scrutin général des électeurs de Madrid ne ratifia pas cette présentation. Ainsi voulut-on faire à Paris, il y a quelque six ans, et ainsi on y échoua. L'idée d'une représentation spéciale pour une profession quelconque, et nommément pour la médecine, n'est guère sensée, et ce n'est pas de cette manière que le corps médical peut se donner la considération et l'influence sociales auxquelles il aspire. Cela n'était ni mieux conçu ni plus admissible à Madrid qu'ailleurs. Mais chut! ne parlons pas politique.

— Laissons la province, l'Orient, l'Espagne. Revenons à Paris.

A l'Académie des sciences, la section de médecine et de chirurgie est en ce moment fort affairée, et de diverses façons. Il y a d'abord le dépouillement et l'examen des titres des candidats assez nombreux qui se présentent pour le fauteuil vacant. Certaine circonstance, qu'il n'est pas besoin de rappeler, nous fait une loi de convenance d'être muet sur la chose, loi que nous observerons d'autant plus volontiers que nous ne savons absolument rien. Nous sommes et resterons, sur cet article, jusqu'à l'issue de l'affaire, la plus mal renseignée des CHRONIQUES. Il y a ensuite l'étude des communications médicales, chirurgicales et pharmaceutiques qui affluent là presque avec autant d'abondance qu'à l'Académie de médecine. C'est principalement au legs Bréant qu'est due cette avalanche. Il est à croire néanmoins que le rapport de la commission calmera la verve inventive des prétendants à ce prix. Les conditions qu'on leur impose sont d'une telle rigueur, qu'Esculape lui-même n'oserait

restent légères, que les troubles qu'elles suscitent dans la circulation, dans la respiration, dans la calorification, etc., sont passagers, interrompus, peu exprimés. Les choléras auront un caractère de malignité quand les lésions des agents de l'innervation existeront dès le début de la maladie, que ces lésions seront simultanées, profondes, très-actives, que les fonctions essentielles à la vie éprouveront dans leur exercice une perversion désespérante.

Dans des lettres sur le choléra-morbus épidémique de 1832, que nous avons insérées dans la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (mai, septembre, octobre 1832), nous exprimions la pensée que l'apparition de cette nouvelle maladie en Europe aurait pour résultat obligé de démontrer que, dans l'ordre physiologique, le système des nerfs ganglionnaires exerce une influence nécessaire sur l'exercice des fonctions de la vie intérieure, que dans l'ordre pathologique cette influence se vicie souvent, et que des phénomènes morbides d'une grande valeur sont suscités par son trouble, par son exagération, par sa dépravation. A cette époque plusieurs médecins avaient aussi regardé les nerfs ganglionnaires comme les mobiles des accidents que produit le choléra.

Notre attente a été trompée. Plusieurs fois le choléra épidémique est venu affliger notre pays; l'étude pathologique de cette maladie a conservé toutes ses obscurités. C'est toujours une histoire de la marche de l'épidémie, une énumération fidèle des symptômes de la maladie, un récit exact de leur succession, mais l'origine organique de ces symptômes n'est pas recherchée. On méconnaît la nature spécifique de la cause du choléra; on n'apprécie pas l'action de cette cause sur le sang; on ne s'arrête pas aux modifications, aux altérations que ce sang fait éprouver aux tissus organisés; on néglige l'innervation qui devient dans le choléra la dominatrice de l'organisation, dont la puissance pervertie suscite les singuliers phénomènes que nous observons dans cette maladie. Enfin on perd entièrement de vue la force biogénique; on ne suit pas les variations si remarquables que subit l'exercice de son autorité dans les diverses phases de la maladie qui nous occupe.

Plusieurs communications importantes ont été récemment faites à l'Académie des sciences. Les phénomènes qu'elles signalent conduisent forcément à reconnaître le pouvoir des nerfs ganglionnaires sur les principaux actes de la vie, et par suite à trouver dans le dérèglement de ce pouvoir la raison d'un grand nombre d'accidents pathologiques. Les expériences du célèbre physiologiste, M. C. Bernard, sur la partie cervicale du grand sympathique, prouvent l'influence des nerfs ganglionnaires sur le volume, sur la tension, sur les mouvements des artères, sur l'action des vaisseaux capillaires, sur le dégagement du calorique, etc. Les observations récentes de M. Schiff montrent un mouvement rhythmique dans les artères de l'oreille des lapins, qui est indépendant de l'impulsion du cœur, de l'exercice de la respiration, et que provoque l'influence nerveuse. Les faits que ces physiologistes signalent, nous paraissent indiquer la source d'où proviennent, dans le choléra, les grands phénomènes morbides qui se rattachent à la circulation du sang, à la respiration, à la calorification, etc.

DE L'ÉTAT DE LA FORCE BIOGÉNIQUE OU VITALE DANS LE CHOLÉRA. — Tous les êtres organisés recèlent une force mystérieuse, émanée d'une loi de la création, que les anciens ont nommée nature, que l'on désigne aussi par les mots principe vital. C'est cette force qui a organisé la matière dont le corps de ces êtres est formé. C'est elle qui a réglé la figure, le volume, les attributs de ce corps. Cette force souveraine préside à la conservation des individus, à la perpétuation des espèces.

Mais les êtres qui nous occupent ont été soumis à des influences extérieures qui sont très-nombreuses, très-variées, et qui exercent sur eux un pouvoir très-étendu. L'air atmosphérique qui entoure ces êtres, qui presse sur eux, peut avoir une température chaude ou froide, une qualité sèche ou humide. Les fluides impondérables pénètrent leur corps. L'atmosphère met en contact immédiat avec leurs surfaces absorbantes, les principes encore inconnus, qui existent, qui se forment, qui se répandent dans la masse aérienne. Il y a nécessité, que le corps de ces êtres reçoive journellement des matières qui lui sont étrangères, et que la vie fait servir à son entretien, à son alimentation, etc., etc.

Toutes ces causes extérieures exercent sur la force biogénique qui anime les êtres organisés une action réelle. Cette action devient souvent une agression qui la trouble, la violente, la fait dévier de son cours ordinaire, pervertit l'ordre des fonctions dont elle a la direction. Ce sont ces actes viciés de la force vitale qui constituent l'état de maladie; c'est la perturbation de ces actes qui produit ces changements d'état, ces déformations, ces altérations matérielles que subissent alors les tissus organisés, qui donne naissance au développement des lésions que nous nommons, dans la pathologie humaine, des irritations, des phlogoses, des congestions sanguines, des hypertrophies, des dégénérescences, etc., etc.

Dans les organisations animales se manifeste une autre puissance que l'on nomme l'innervation. Cette puissance naît de l'appareil nerveux; dans l'ordre normal, on la voit aider, favoriser la force vitale dans l'accomplissement des actes de la vie; elle communique aux organes l'énergie nécessaire pour un exercice libre, facile de leurs fonctions. Mais par un changement d'état des centres médullaires et des plexus ganglionnaires, l'influence nerveuse peut prendre sur l'organisation animale un caractère différent. Son pouvoir dépasse la règle ordinaire; il trouble les mouvements des organes qu'il devait favoriser. Cette influence peut se vicier, se pervertir, provoquer dans la circulation, dans la respiration, dans les opérations de la vie, les troubles les plus graves.

Si nous faisons l'application de ces données générales au choléra, nous verrons que dans l'étude de cette maladie il y a nécessité de suivre la force biogénique dans les diverses conditions où elle se trouve pendant les phases successives que parcourt le choléra épidémique, de juger les relations de cette force avec l'influence nerveuse qui, dans cette maladie, prend un pouvoir si remarquable, enfin de ne pas perdre de vue que c'est une cause spécifique qui agit sur l'organisation humaine dans le choléra épidémique.

Dans la première période de cette maladie, les germes cholérigènes se développent dans le corps humain qui les a reçus; ils commencent leurs opérations altératives. Mais le sang s'éloigne peu de sa constitution naturelle; les centres nerveux n'ont pas pris la condition morbide qui leur donne une influence déréglée, dominatrice; la force vitale conserve son autorité. Les secours de la thérapeutique se montrent efficaces; des soins donnés avec constance, avec habileté, arrêtent le cours de la maladie, rétablissent souvent la santé.

Dans la seconde période du choléra, quand le fluide sanguin a

---

pas se présenter au concours. Le problème est ainsi posé : trouver contre le choléra un remède, une médication, dont l'action curative ou prophylactique soit, par sa promptitude, son universalité et sa sûreté invariable, aussi facilement, aussi positivement démontrable que celle du quinquina pour les fièvres périodiques, du mercure pour la syphilis, de la vaccine pour la variole. On dirait que ce programme a été rédigé par la section de géométrie, tant la médecine y prend la forme *exacte*. Il faut, du reste, l'approuver des deux mains, si l'on veut prendre au sérieux et à la lettre le legs Bréant. Mais en le prenant ainsi, l'Académie des sciences fait suffisamment entendre qu'elle n'espère guère être jamais en mesure de le décerner. Telle est aussi l'opinion que nous nous permîmes d'émettre à l'époque où le legs de M. Bréant fut annoncé. C'est ici un nouvel exemple, et des plus regrettables, de l'inanité pratique des sentiments les plus généreux, lorsqu'ils ne sont pas accompagnés des lumières nécessaires. Ils n'aboutissent souvent qu'à des projets impraticables, à des entreprises chimériques. Tel est, sauf erreur, le prix Bréant, dans la forme qu'il a reçue du testateur. Il faut convenir que bien gagné l'aura celui qui pourra obtenir le *satisfecit* des auteurs du programme académique et en particulier du savant rapporteur, M. Cl. Bernard.

Si, du reste, on veut, au point de vue scientifique, savoir ce qu'il faut penser de la décision de l'Académie des sciences, à l'égard de ce concours, on n'a qu'à regarder aux colonnes supérieures du présent numéro de la GAZETTE.

— L'Académie de médecine a recomposé son bureau. D'après l'usage, l'élection du président est de pure forme. C'est le vice-président en fonction qui est appelé, en quelque sorte de droit, au fauteuil. La nomination du nouveau président pour l'année 1855 ne pouvait être l'objet d'une lutte, ni par conséquent donner prise à la curiosité. L'honorable M. Jobert (de Lamballe) a été nommé, comme ses prédécesseurs, à la presque unanimité des suffrages. La vice-présidence, d'ordinaire assez vivement disputée, a été cette fois adjugée presque sans combat. On avait eu l'heureuse pensée d'envoyer cette marque de haute estime et de distinction, comme un cadeau de jour de l'an, à un membre éminent de l'Académie qui, en ce moment sous les murs de Sébastopol, pourvoit avec une capacité supérieure et le plus ardent dévouement au service médical de l'armée, à M. Michel Lévy; mais cette bonne idée, émise trop tard, à la veille de l'élection, n'a pas eu le temps de germer, et un autre nom, d'ailleurs parfaitement honorable et autorisé, celui de M. Bussy, est sorti de l'urne du scrutin. Le poste modeste, et en général peu recherché, de secrétaire annuel, a donné lieu à une légère escarmouche, à la suite de laquelle M. Depaul a dépossédé M. Gibert de la place qu'il occupait de temps immémorial à la gauche du président. D'où est venu à l'Académie ce mouvement d'humeur à l'égard de M. Gibert? Peut-être s'est-elle fatiguée, comme le peuple d'Athènes à l'égard d'Aristide, de l'entendre appeler le juste. Déjà, au début de la séance, un membre avait comme préludé à cette décision en adressant au digne fonctionnaire académique une interpellation qui ressemblait un peu à une querelle d'Allemand. Quoi qu'il en soit, ces utiles fonctions, si convenablement remplies par M. Gibert, sont remises en de bonnes mains en passant à M. Depaul, et si la sortie de l'un nous afflige, l'entrée de l'autre nous console. Nous tirerons cependant de ce fait une moralité : c'est

éprouvé une modification profonde, que ce fluide altéré a pénétré tous les tissus organisés, que les centres médullaires et les plexus ganglionnaires fournissent une innervation exagérée, pervertie, nous trouvons la force biogénique dans un état d'impuissance; elle est comme dominée par l'autorité que l'influence nerveuse a acquise. Alors les moyens de la thérapeutique semblent avoir perdu leurs propriétés; ils ne produisent plus les effets immédiats qui suivent leur administration; souvent même ils ne sont plus absorbés.

La réaction nous présente un état de transition dans lequel on remarque un affaiblissement de la puissance de la cause cholérigène, une tendance de la force biogénique à rétablir son autorité. Mais dans cette période du choléra, l'exercice de l'innervation reste troublé; les mouvements organiques ont un caractère déréglé; les fonctions de la vie sont toujours désordonnées, et des lésions redoutables se forment sur divers points de l'organisation.

Une heureuse terminaison du choléra épidémique nous montre une cause morbifique dont la puissance s'éteint, l'influence nerveuse qui rentre dans sa condition normale, et la force biogénique qui recouvre ses droits. Alors les fonctions d'entretien du corps reprennent leur mode normal d'exercice; les altérations que le sang avait éprouvées se réparent, les modifications que les tissus organisés avaient reçues s'effacent; la santé est rétablie.

Thérapeutique du choléra épidémique. — Quand on réfléchit sur les moyens que la thérapeutique offre au praticien pour combattre le choléra épidémique, on est conduit à considérer: 1° la cause spécifique de cette maladie dans l'air atmosphérique; 2° l'aptitude de l'espèce humaine à sentir le pouvoir de cette cause; 3° sa présence dans le corps après son absorption; 4° ce qu'il convient de faire dans les diverses périodes du choléra développé.

La cause génératrice du choléra que l'air atmosphérique recèle est étrangère aux principes chimiques qui le constituent. Sans connaître l'essence de cette cause, il serait possible de découvrir un agent qui aurait la faculté de la détruire ou de la modifier de manière à la rendre inoffensive.

Le corps de l'homme est un milieu organique où les germes cholérigènes trouvent les conditions qui conviennent à leur développement. Ne pourrait-on pas détruire cette aptitude, donner à l'organisation humaine une disposition qui frapperait ces germes de stérilité? Le hasard peut-être fera connaître une production végétale ou animale dont il suffirait de faire usage pendant une épidémie cholérique pour se garantir de cette maladie.

Le médecin peut élever une autre prétention, celle de trouver le moyen de détruire dans l'organisation même le principe cholérigène qui vient de s'y introduire, de l'annihiler au moment où sa force pathogénique va éclater.

Dans une épidémie de choléra, il y a menace d'une attaque de cette maladie lorsqu'un individu éprouve des évacuations alvines, des vomissements, un sentiment de malaise, des crampes, que son corps se refroidit. Alors se montre l'indication de soutenir l'action de la force biogénique, de conserver son énergie. Il faut que cette force résiste à la modification que les germes cholérigènes tendent à imprimer au sang, à la disposition morbide que les centres nerveux et les plexus ganglionnaires vont prendre. On obtient ces avantages en garantissant les malades du froid extérieur, en les tenant dans un lit bien chaud, en leur prescrivant de légers calmants, des lavements opiacés, des excitants avec discrétion, etc. L'ipécacuanha, administré comme vomitif, a paru, par la secousse qu'il imprime à l'organisation, s'opposer aux progrès du choléra. On a aussi conseillé les purgatifs légers dans la première période de cette maladie.

Dans le choléra confirmé, l'absence du pouls, le refroidissement du corps, la frustranéité de la respiration, la couleur cyanosée de la peau, etc., attestent que l'organisation humaine est sous la domination de la cause cholérigène, que la force biogénique a perdu son pouvoir conservateur. Les fonctions qui servent à l'entretien du corps ont un exercice dépravé qui semble inévitablement conduire à la mort.

Dans cette situation pénible, le médecin n'a d'autres guides que les symptômes dominants de la maladie. Il a recours à des applications chaudes sur la peau, à des frictions irritantes, à des sinapismes; il donne à l'intérieur des composés vineux ou alcooliques; il cherche à calmer la chaleur intérieure dont se plaignent les malades par des boissons froides, la glace, etc. Ce n'est point une méthode curative que la raison dicte au praticien; ce sont les inspirations du moment qu'il suit. Dans la plupart de nos maladies, c'est à la force vitale que le médecin adresse les moyens de la thérapeutique; c'est cette force qui les rend salutaires, qui réalise les effets que l'on attend de leur administration; mais dans cette période du choléra épidémique, la force vitale est dominée, impuissante; de plus, les médicaments ne sont point toujours absorbés.

La période de réaction du choléra offre un autre ordre de phénomènes pathologiques. Si l'on voit alors la circulation du sang, l'acte respiratoire, la calorification, les sécrétions se rétablir, on remarque que l'exercice de ces fonctions reste troublé. Des lésions nouvelles, des congestions sanguines surtout, tendent à se former sur divers points de l'organisation. Le danger est toujours grand. Alors le médecin a recours à la saignée, aux sangsues, aux topiques révulsifs, sinapismes, ventouses, à des boissons adoucissantes, etc.

La convalescence du choléra réclame et les soins du médecin et la docilité des malades. Il faut, par une nourriture appropriée, par des fortifiants donnés avec mesure, seconder la force biogénique, l'aider à restaurer l'organisation travaillée par la maladie. Il faut éviter l'impression du froid, un excès de nourriture, tout ce qui pourrait provoquer un trouble organique d'où pourrait résulter une nouvelle maladie.

CLINIQUE MÉDICALE.

RÉSUMÉ DES MALADIES OBSERVÉES DANS LA DIVISION DE CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL DE ZURICH PENDANT L'ANNÉE 1853; par M. le professeur Lebert.

(Suite. — Voir le n° 47.)

IV. — Maladies du sang.

Nous n'avons à présenter ici que quelques remarques sur la chlorose et le scorbut.

---

qu'il y a toujours de l'inconvénient à négliger l'observation rigoureuse des formes. La place de secrétaire annuel est, comme son titre même l'indique, temporaire. C'est donc lui ôter son caractère que de la perpétuer indéfiniment dans les mêmes mains. Par le règlement, sans doute, le secrétaire est toujours rééligible (le règlement ayant très-judicieusement prévu qu'il n'y aurait jamais grande presse de candidats); mais il ne faudrait point faire d'une exception la règle. On s'expose ainsi à donner, sans le vouloir, à la mesure toute simple, naturelle et prévue du remplacement, le sens d'une destitution. La nomination à ce poste, comme toute autre promotion académique, doit toujours pouvoir être considérée comme une faveur; mais la sortie du fonctionnaire remplacé ne doit jamais avoir l'air d'une disgrâce. On atteindrait ce double but en faisant, chaque année, subir au secrétaire annuel le sort des autres membres du bureau.

— Au moment de mettre fin à ces caquetages de la Chronique, on vient nous dire d'un air assez mystérieux qu'un fort habile micrographe, ayant placé sur le porte-objet de son microscope un des derniers feuilletons de la Gazette, y a remarqué une particularité aussi importante, au moins par son extrême petitesse, que n'importe quels globules et globulins, granules, cellules, vésicules et autres corpuscules de l'anatomisme microscopique. Il a vu qu'on avait écrit *nucléole* au féminin! On a dit *la* nucléole, au lieu de dire *le* nucléole! On a mis un *a* à la place d'un *e*! Ceci est grave, comme on voit. L'auteur dudit feuilleton pourrait renvoyer la responsabilité de ce délit grammatical au typographe; mais il renonce à cette banale défense. Il ne veut pas, au moyen de ce lâche faux-fuyant, diminuer le mérite d'une remarque qui fait tant d'honneur à la perspicacité de ce microcritique, ni troubler la juste satisfaction qu'elle a dû lui procurer. En conséquence, nous sommes autorisé à dire ici humblement, en son nom, un *mea culpa*, et nous donnons en même temps acte au micrographe de sa découverte.

L. P.

— Concours pour le prix des internes des hôpitaux de Paris. — Ce concours vient d'être clos et a donné les résultats suivants:

Internes de la première division (3e et 4e année d'internat):

Médaille d'or: M. Gallard.
Médaille d'argent: M. Blin.
Première mention: M. Lorrain.
Deuxième mention: M. Desnos.

Internes de la deuxième division (1re et 2e année d'internat):

Médaille d'argent: M. Baillon.
Accessit: M. Guyon.
Première mention: M. de Faville.
Deuxième mention: M. Luys.

Nous avons observé 16 cas de chlorose. Chez deux de ces malades nous avons vu paraître subitement un œdème d'un membre inférieur, consécutif à la coagulation sanguine dans les veines, état passager et de peu de gravité que l'on a désigné à tort sous le nom de *phlébite adhésive*, et qui n'est qu'une simple coagulation, une thrombose veineuse que l'on observe dans bien des états différents dans lesquels le sang paraît altéré. Nous reviendrons sur ce point plus loin. Nous avons observé trois fois un état chlorotique particulier, non encore décrit, aigu, fébrile, survenant très-peu de temps après l'accouchement. L'absence bien constatée de l'altération d'un organe, l'existence nette, au contraire, de tous les signes de la chlorose chez des malades qui n'avaient perdu que très-peu de sang pendant les couches, nous a engagé à regarder cet état comme une chlorose due à l'état puerpéral. Chez une des malades, il existait un anasarque général, sans albumine dans les urines et sans signes de maladie de Bright. Les trois femmes ont guéri complétement dans l'espace de trois à six semaines, sous l'influence de la teinture du malate de fer, dont elles ont pris trois fois par jour 30 à 50 gouttes.

Nous avons eu dans nos salles 3 cas de scorbut qui ont guéri sous l'influence d'un régime analeptique, d'un traitement par les toniques et les acides et des gargarismes antiscorbutiques. L'un d'eux offrait cela de curieux que nous avons constaté à l'auscultation un vaste épanchement dans le péricarde, probablement de nature sanguine, qui existait à l'état latent et qui s'est résorbé plus tard. Pendant l'été, époque à laquelle ces trois malades ont été traités à l'hôpital, nous en avons vu un quatrième en consultation en ville qui, atteint des signes d'un ulcère chronique de l'estomac, avait été pris depuis peu de temps de tous les signes du scorbut, lorsqu'il présenta tout à coup les symptômes d'une rupture ou d'une perforation dans la cavité abdominale, suivis de pâleur, de défaillance et de faiblesse extrême. Je diagnostiquai dès lors un épanchement hémorrhagique considérable dans la cavité du péritoine, épanchement dont l'autopsie ne tarda pas à démontrer la réalité.

V. — RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

Le *rhumatisme articulaire aigu* s'est présenté trente fois et a régné presque épidémiquement pendant la seconde moitié du printemps; il y avait 19 hommes et 11 femmes. Nous n'employons que rarement dans ces cas les émissions sanguines, mais de préférence le nitrate de soude à la dose de 8 à 15 grammes par jour, seul ou avec addition de 10 à 15 centigr. de tartre stibié. Nous reviendrons une autre fois sur cette maladie; nous ajouterons seulement ici que nous traitons tout autrement le rhumatisme mono-articulaire, qui si souvent tend à passer à l'état chronique et à devenir le point de départ d'une tumeur blanche. Les émissions sanguines locales abondantes et répétées constituent la première partie du traitement, en même temps qu'on fait des frictions mercurielles autour de l'articulation malade, qui plus tard est entourée de vésicatoires volants. Déjà plusieurs fois nous avons observé que nulle part ce mal n'était aussi tenace qu'au poignet. Dans un cas très-rebelle de ce genre, dans lequel tous les moyens indiqués avaient échoué, nous avons obtenu finalement la guérison, en brûlant un moxa sur l'articulation malade et en faisant prendre pendant longtemps le tartre stibié à haute dose. Chez un certain nombre de malades atteints de rhumatisme aigu, nous avons entendu dès la fin de la première semaine un bruit de souffle après le premier ton du cœur, sans qu'il y eût ni péricardite ni endocardite. Chez quelques malades une péricardite est survenue, mais de peu d'intensité. Deux fois elle a été tout à fait latente, reconnaissable seulement par l'auscultation et la percussion. Nous n'avons traité que 5 cas de rhumatisme musculaire.

VI. — SYPHILIS.

Nous ne comptons comme vraiment syphilitique que le chancre et ses effets consécutifs avec les accidents secondaires et tertiaires. Quoique nous séparions la gonorrhée de la syphilis, nous la regardons cependant, avec ses variétés et ses maladies consécutives, comme une affection *sui generis*, comme une maladie inflammatoire spécifique. Le nombre des malades reçus dans la division destinée aux maladies vénériennes a été de 148, dont 102 hommes et 46 femmes. Sur ce nombre, il y avait cependant plusieurs malades non atteints de maladies vénériennes. Les ulcères primitifs ont été observés chez 42 individus, 31 hommes et 11 femmes. Une des dernières avait un chancre à l'anus. Des plaques muqueuses syphilitiques se sont rencontrées 17 fois, 6 fois chez l'homme, 11 fois chez la femme. Il n'y avait que 10 cas d'accidents du côté de la peau, des membranes muqueuses et des os. Les ulcères primitifs ont été traités par la charpie sèche, par le pansement avec la pommade au calomel ou avec du vin aromatique. Dans tous les cas de chancre induré, nous avons employé dès le principe le protoiodure de mercure en pilules de 5 centigr, avec 2 centigr. d'extrait d'opium. Nous avons rarement dépassé la dose de deux à trois de ces pilules dans les vingt-quatre heures. Leur usage, qui a constitué aussi le principal traitement des accidents secondaires, a été continué pendant plusieurs mois d'après les principes de M. Ricord, dont nous adoptons la plupart des doctrines en syphilographie. Les chancres phagédéniques ont été détruits tantôt par la pâte caustique de Vienne, tantôt par la cautérisation avec le fer chauffé à blanc. Des bubons d'une guérison difficile ont été traités, soit en coupant les ponts de peau minée, soit en enlevant les bords décollés, et ont été pansées ensuite avec de la charpie imbibée de teinture d'iode ou d'une solution de nitrate d'argent, quelquefois aussi avec la pommade au précipité rouge. Dans la forme cachectique des accidents tertiaires, je me suis bien trouvé de combiner l'usage de l'iodure de potassium avec l'huile de foie de morue. Nous avons observé 25 fois des gonorrhées simples et 20 fois compliquées d'épididymites. Le traitement ordinaire que j'oppose à la gonorrhée consiste dans l'usage intérieur de la poudre de cubèbe à la dose de 15 à 30 grammes par jour et d'injections faites de bonne heure avec une solution de 4 à 8 grammes de tanin dans 120 grammes d'eau. Nous avons observé une fois l'arthrite gonorrhéique et une fois l'ophthalmie provenant de la même cause. Malgré un traitement très-énergique, le malade a eu la cornée d'un œil presque trouble et la vision de ce côté a beaucoup souffert. Dans un cas récent, je me suis bien trouvé d'un collyre de 2 grammes de tanin sur 60 grammes d'eau dont j'ai fait instiller trois fois par jour dix gouttes. Le traitement antiphlogistique, les dérivatifs et les purgatifs y avaient complétement échoué. Le premier de ces cas a donné lieu à un accident bien fâcheux. Avant d'avoir été envoyé dans ma division, le malade se trouvait dans celle destinée aux maladies des yeux où son voisin, atteint d'une ophthalmie légère, se servit de la même éponge que lui pour laver ses yeux et a été pris, à la suite de cette imprudence, d'une ophthalmie tellement intense qu'il a perdu un œil qui est aujourd'hui le siége d'un staphylôme opaque très-difforme.

3 cas de phimosis ont été opérés. Dans 4 cas de paraphimosis la réduction a pu être faite. 2 cas de névralgie des testicules ont été surtout intéressants pour le diagnostic. Un cas de rétrécissement de l'urètre a résisté à tous les moyens. Les faits assez nombreux d'ulcères granuleux du col utérin avec flueurs blanches n'ontrien offert d'extraordinaire. Parmi les affections non syphilitiques traitées dans cette division, nous avons observé plusieurs fois des ulcères rebelles de diverses parties du corps, entretenus par un mauvais état général et qui se sont cicatrisés sous l'influence d'un régime analeptique, de l'usage prolongé de toniques et d'un traitement local par des cautérisations fréquentes et la pommade à l'oxyde de zinc ou au précipité rouge. Un fait intéressant nous a été offert par un vieillard qui, probablement par suite d'une infiltration urineuse, présentait un phlegmon diffus du périnée et du pourtour du rectum. Ces ulcères furent pansés d'abord avec l'eau de Bihelli, plus tard avec une solution de nitrate d'argent. Le traitement intérieur était tonique et analeptique. Les plaies, après s'être complétement détergées, se sont peu à peu cicatrisées, et le malade a quitté l'hôpital entièrement rétabli.

(La fin au prochain numéro.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

TRAITEMENT D'UN CAS DE NÉVROSE INTERMITTENTE EXTRÊMEMENT REBELLE, OFFRANT DES CARACTÈRES EXTRAORDINAIRES, PAR LE VALÉRIANATE DE QUININE; observation communiquée par M. VILLARET, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Toulon.

OBS. — Mademoiselle P. D...., habitant Clermont-Ferrand, fortement constituée, petite de taille et d'un tempérament sanguin, actuellement âgée de 23 ans 6 mois, et réglée depuis l'année 1840, assistait, dans le mois de décembre 1843, à la cérémonie funèbre de sa belle-sœur, à Riom (Puy-de-Dôme), lorsque, dans l'église même, elle fut très-vivement impressionnée par un cri perçant que poussa la sœur de la morte, et perdit connaissance. La syncope dura seulement quelques minutes, mais le lendemain, à la même heure, c'est-à-dire vers midi, il survint de violents maux de tête, compliqués d'une espèce d'étourdissement. Le tout dura seulement trois ou quatre minutes encore.

A partir de ce jour, il survenait fréquemment de la céphalalgie, des éblouissements avec issue de quelques gouttes de sang par les yeux. Les menstrues ne reparurent pas; et le mois suivant on consulta le docteur Ponrché aîné,

qui conseilla des bains simples et une application de sangsues au siége. Cette évacuation sanguine sembla produire mauvais effet, car ce fut de ce moment que les douleurs de tête prirent un autre caractère et se convertirent en espèces d'attaques régulièrement intermittentes dont voici les symptômes.

Vers les onze heures du matin, la tête commençait à devenir douloureuse; les régions frontale et sus-orbitaire se chargeaient d'un poids qui les comprimait fortement. Les paupières devenaient lourdes et comme tuméfiées; la face s'injectait un peu, il y avait réellement congestion.

A midi, la douleur prenait subitement une telle intensité que, comme par une forte décharge électrique, la jeune personne portait convulsivement les mains sur le front et les yeux; elle se plaignait en se jetant à droite et à gauche, jusqu'à ce qu'il sortît quelques gouttes de sang par les points lacrymaux, et cette petite hémorrhagie amenait sur-le-champ la détente et le soulagement.

Cette douleur violente durait ordinairement une minute, quelquefois deux; un jour même, par extraordinaire, et sans qu'on pût en trouver la cause, elle ne cessa qu'au bout d'un grand quart d'heure.

On employa encore quelques légers moyens, tels que les bains de siége et les pédiluves; mais la maladie, au lieu de s'arrêter, ne fit que s'accroître. Deux nouvelles crises quotidiennes se joignirent à la première, l'une à huit heures du matin et l'autre à quatre heures du soir. Il y en avait donc alors trois par jour, distancées de quatre heures.

Les occupations de M. Pourché ne lui permettant pas de voir assez fréquemment la malade, je fus appelé pour lui donner mes soins, et l'idée de combattre cette intermittence par le sulfate de quinine me vint tout d'abord. J'en prescrivis donc 1 gramme dans une potion, avec addition de 10 gouttes de laudanum, à prendre en deux fois dans la journée, la première partie une heure après la crise du soir, et l'autre à neuf heures du matin.

Ce médicament employé pendant dix jours de suite, et porté graduellement jusqu'à 2 grammes, ne produisit aucun effet bien sensible; seulement les attaques étaient un peu moins régulières, et peut-être un peu moins longues. J'aurais voulu continuer encore, mais l'estomac s'affecta, il survint des vomissements, et je dus changer le mode d'administration de l'antipériodique en le donnant en lavement. Ce moyen ne fut pas plus heureux, et comme, au bout d'une semaine, il se manifesta des coliques et des secousses nerveuses, je le suspendis totalement.

Je recourus alors aux antispasmodiques les plus énergiques, tels que les extraits de valériane et d'assa fœtida, le bismuth, le musc, l'éther, etc. Mais rien ne fit. Il y a plus, j'eus la douleur de voir survenir une quatrième crise, pareille aux autres, à huit heures du soir; ce qui faisait quatre par jour, à quatre heures de distance l'une de l'autre.

Tout en combattant les attaques, je visais au rétablissement des règles par les pédiluves, les fumigations au siége, l'exercice, etc., et sous ce rapport je fus plus heureux, car elles parurent au bout de six semaines et se maintinrent dès lors assez régulièrement, quoique peu copieuses.

Les antispasmodiques, soit purs, soit associés avec l'opium à haute dose, n'obtenant aucun résultat, je fis usage des irrigations sur la tête. La malade, placée dans un bain ordinaire jusqu'aux épaules, celles-ci étaient recouvertes d'une toile cirée qui les garantissait de l'action de l'eau froide, qu'on versait continuellement sur le front et au-dessus.

Ce moyen assez énergique, employé au moment où les prodromes devaient paraître, et continué jusqu'à l'heure de la crise, sembla d'abord produire bon effet; l'attaque était retardée d'un bon quart d'heure, quelquefois même de trente ou trente-cinq minutes, et elle était beaucoup moins intense et moins longue. Je persistai conséquemment pendant une quarantaine de jours, tout en augmentant la durée des irrigations et abaissant la température de l'eau; mais je ne pus jamais parvenir à faire avorter totalement la crise, et je fus obligé d'y renoncer.

J'avais souvent pensé aux évacuations sanguines, mon intention était même de les combiner avec les antipériodiques, mais le mauvais résultat qui avait suivi l'application de sangsues prescrite par M. Pourché, m'en avait constamment détourné. Cependant, de guerre lasse, et tout le reste échouant, je me décidai à pratiquer une saignée de 400 grammes, dès l'apparition des prodromes de la crise du matin, et j'eus le bonheur de ne pas la voir reparaître. Je laissai reposer la malade cinq à dix jours, au bout desquels je fis une saignée pareille à la première, deux minutes avant la crise de midi, et celle-ci cessa désormais de se montrer.

Je crus dès lors être maître de cette singulière affection, et je n'hésitai pas à annoncer à la famille de la jeune personne que très-probablement tout serait terminé avant un mois. L'affaiblissement général de la malade et l'apparition des règles me forcèrent de remettre à une vingtaine de jours le renouvellement de la saignée; mais, après ce temps d'arrêt, j'attaquai la crise de quatre heures, et elle ne revint pas non plus. Restait donc celle de huit heures du soir, pour laquelle je pratiquai aussi une saignée trois jours après; elle ne revint pas ce jour-là, mais elle reparut le lendemain à la même heure. J'attendis encore que la menstruation fût passée, et je revins à une nouvelle saignée de 400 grammes. Les choses se passèrent de la même manière; la crise reparut vingt-quatre heures plus tard.

Je ne m'expliquais pas pourquoi j'échouais ainsi contre cette dernière attaque; mon succès contre les autres semblait m'indiquer qu'elle céderait aussi, et je revins encore, une semaine après, à une troisième saignée, mais inutilement; la crise manqua ce jour-là, mais revint le lendemain.

Mademoiselle P..., qui voulait absolument se débarrasser de cette maladie, me suppliait de revenir encore à une autre évacuation sanguine, mais sa pâleur et sa faiblesse me décidèrent à remettre à huit jours plus tard la nouvelle lutte que je voulais livrer à cette terrible crise, qui semblait me braver en augmentant d'intensité. Cette fois, cependant, je changeai de procédé. Au lieu de pratiquer la saignée à droite, je fis une large ouverture au bras gauche, et je laissai couler le sang jusqu'à la syncope, espérant que cette perturbation amènerait un changement dans l'organisme, déroutant ainsi la crise et la détruirait définitivement.

Les choses se passèrent en partie comme je l'avais prévu. La syncope fut longue, et la crise ne parut ni ce jour-là, ni le lendemain, ni quarante-huit heures après.

Croyant alors tout bien terminé, j'envoyai la malade à la campagne, pour s'y remettre de l'espèce d'épuisement dans lequel j'avais été forcé de la plonger. Épuisement n'est pas cependant le mot, c'est plutôt fatigue, car la jeune personne, à part la pâleur inévitable, était gaie, fraîche, grasse et alerte. Elle resta quinze jours sans rien éprouver, mais au bout de ce temps, la tête redevint douloureuse, et la crise de huit heures du soir, la dernière détruite, reparut avec tous ses mêmes caractères.

Mademoiselle P... revint à Clermont; je lui fis une saignée de 300 grammes seulement; l'attaque disparut encore pour quinze jours, au bout desquels elle revint très-ponctuellement. Je la saignai encore, mais au pied gauche, et la crise ne s'étant pas montrée de nouveau, je l'envoyai à Latour, tout près du mont Dore, chez un médecin ami de la famille. Le quinzième jour, le retour de la maladie força le docteur Baraduc à pratiquer encore une saignée, et il renvoya la jeune personne à Clermont.

Il me parut bien démontré alors que les évacuations sanguines ne parviendraient jamais à la guérison complète, et qu'insister sur leur emploi, c'était user inutilement la belle constitution de cette malade. Que faire cependant? Tous les autres moyens m'avaient fait défaut, et les douleurs devenaient si intenses pendant la crise, qu'il fallait absolument agir. Je résolus de faire encore une saignée, pour me donner le temps de revenir aux antispasmodiques combinés avec l'antipériodique par excellence. La circonstance devenait grave, et, pour plus de sécurité, je m'adjoignis M. Tessier, praticien distingué du pays. Nous continuâmes ensemble le traitement suivant.

1° Sulfate de quinine, 1 gramme; extrait de valériane, 6 décigrammes, dans une potion de 120 grammes.

A prendre deux cuillerées à neuf heures du soir, deux à dix heures, et deux toutes les heures du lendemain, à partir de dix heures du matin.

2° Un bain général tous les deux jours.

3° Deux fumigations au siége toutes les vingt-quatre heures.

4° Régime tonique sans vin pur ni café.

Nous espérions qu'en saturant ainsi la malade de sulfate de quinine et d'antispasmodique, nous pourrions détruire l'intermittence de la névrose, mais il n'en fut rien, la maladie revint comme à l'ordinaire. Nous augmentâmes la dose de sulfate de quinine de 5 décigrammes, nous mîmes un grain d'opium dans la potion, et nous la donnâmes en deux fois, moitié après la crise, moitié le lendemain à midi. Inutilement, la crise ne variait pas, au contraire, elle augmentait d'intensité à mesure qu'elle s'éloignait de l'époque de sa réapparition.

Nous donnâmes en lavement la même quantité de sulfate de quinine, de valériane et d'opium. Ce fut en vain. Il y a plus, au bout de cinq jours, il survint une seconde crise, à quatre heures du soir; et comme nous étions certain qu'il en surviendrait d'autres si nous temporisions encore, nous nous décidâmes, bien malgré nous, à revenir à la saignée; il en fallut une de 200 grammes pour chaque crise.

Je dois dire ici qu'avant de revenir à la saignée, j'essayai de l'application de sangsues sur la pituitaire, à l'ouverture des narines, et que ces saignées locales n'ont jamais pu vaincre la crise que pour le jour même. Il m'est arrivé de faire avorter la crise avec une seule sangsue dans une narine, mais elle revenait le lendemain, comme elle revenait quand on en plaçait six ou huit. Du reste, la malade avait une telle horreur des sangsues, leurs piqûres produisaient de tels accidents nerveux, qu'on pouvait craindre de produire plus de mal que de bien et qu'il fallut y renoncer.

Nous nous rejetâmes sur l'opium à haute dose, sur l'application permanente sur le front et les tempes d'un emplâtre fait avec l'opium et la belladone, et nous ne fûmes pas plus heureux.

Les choses en étaient là quand je fus obligé de quitter Clermont pour me rendre à Versailles avec mon régiment, et comme on avait l'intention de mettre la jeune personne en pension à Paris, la famille l'y conduisit un mois après mon départ, soit parce qu'elle espérait que le changement de climat et le nouveau genre de vie pourrait amener du mieux, soit parce qu'elle était dans l'intention de recourir aux lumières des grands maîtres de la capitale, auxquels je pourrais donner des détails circonstanciés et exacts sur cette singulière affection.

Mademoiselle P... arriva donc à Paris vers la fin de décembre 1844, et elle fut placée chez les dames Duserré, dans le quartier des Champs-Élysées.

La crise continua à se montrer tous les quinze jours, et comme je m'obstinais toujours à la laisser persister quelque temps avant d'ôter du sang, les douleurs prenaient une telle intensité que la malade me menaçait de s'ouvrir la veine avec un canif si je ne me décidais à lui rendre ce service. Tous les raisonnements du monde ne pouvaient rien contre une volonté aussi irrévocablement arrêtée, et il fallait bien, quelque meurtrier que fût ce moyen, y recourir encore, puisque lui seul pouvait conjurer momentanément le mal.

Cependant, quoique je fusse bien convaincu qu'il n'existait pas d'affection organique et que je n'eusse affaire qu'à une névrose non dangereuse, je

n'étais pas tranquille à cause du traitement que j'étais obligé d'employer. Des évacuations sanguines aussi rapprochées devaient absolument détériorer la constitution de ma pauvre patiente, quelque forte qu'elle fût, et je voulais absolument sortir de cette impasse périlleuse.

J'avais tout employé jusqu'à la ligature des membres un peu avant l'attaque; les ventouses scarifiées à la partie interne des cuisses, et tout avait échoué, excepté la saignée. J'eus donc recours aux hommes que je jugeai le plus capables de me donner un bon conseil, MM. Bégin et Cruveilhier. Ces deux confrères assistaient à une crise que je leur avais annoncée pour huit heures précises du soir, et leur surprise fut extrême, ils n'avaient jamais vu une telle régularité dans les attaques. L'un et l'autre déclarèrent que cette affection était bien évidemment une névrose des plus extraordinaires, et qu'une pareille intermittence ne pouvait céder, ainsi que je l'avais pensé au début du traitement, qu'au sulfate de quinine. Voici ce qui fut arrêté entre nous :

1° Pilules ainsi composées : sulfate de quinine, 3 grammes; extraits de valériane et d'opium, 2 grammes de chaque, et augmenter de 2 toutes les vingt-quatre heures, pour faire des pilules de 2 décigr. 6 par jour d'abord.

2° Application sur l'épigastre du marteau trempé dans l'eau bouillante, de manière à produire une rubéfaction.

3° Pédiluves sinapisés une heure avant l'attaque.

4° Frictions opiacées sur le front.

5° Potion antispasmodique tous les soirs à l'heure du coucher.

6° Bains généraux; distractions, promenades en voiture; suspension absolue de la saignée.

Ce traitement fut strictement suivi pendant quinze jours, mais sans le moindre résultat favorable; au contraire la crise prit de l'intensité; il en survint même une seconde. D'un autre côté, le sulfate de quinine produisait des accidents généraux, tels que des étourdissements, des bourdonnements d'oreille, des mouvements convulsifs dans les membres, dans les doigts surtout, et des douleurs précordiales qui forçaient la malade à garder presque constamment le lit. De l'avis de ces messieurs, il fallut suspendre l'emploi de ce médicament et recourir encore à la saignée.

M. Delcroix, médecin particulier du pensionnat, ayant été prié, en mon absence, de donner des soins à la malade, nous nous réunîmes un jour pour en conférer, et nous décidâmes que nous emploierons l'opium à haute dose, soit en suppositoire, soit par la méthode endermique.

Pendant quatre jours de suite, nous fîmes placer un suppositoire composé avec du beurre de cacao et 2 décigr. d'opium; et tous les soirs, une demi-heure avant la crise, nous placions aux tempes et au pourtour des sourcils des rondelles de linge grandes comme une pièce de 1 franc, trempées dans l'alcali volatil. L'épiderme étant ainsi enlevé, nous saupoudrions les petites plaies avec 2 centigr. d'acétate de morphine.

La malade étant ainsi narcotisée, nous espérions pouvoir dérouter la crise et la faire avorter. L'essentiel pour nous était de détruire cette désespérante périodicité, et tous nos efforts tendaient vers ce but. Le sommeil arrivait assez promptement; il était lourd et un délire tranquille survenait ensuite. Mais l'attaque ne nous faisait pas grâce; à l'heure ordinaire, pendant le sommeil même, les douleurs paraissaient subitement, ainsi que les plaintes et l'agitation. Cependant comme il y avait un peu de diminution dans la durée des vives souffrances, nous insistâmes encore quelques jours; mais inutilement, tout effet se borna là, et nous fûmes encore obligés de tirer du sang pour délivrer provisoirement la malade.

M. Delcroix, qui avait retiré quelques bons résultats du magnétisme dans certaines névralgies, voulut en essayer sur cette jeune personne, mais il n'obtint rien. Il m'engagea à consulter M. Foville, qui nous conseilla des ablutions d'eau froides sur la tête. Ces ablutions devaient se faire un peu avant la crise, la malade étant placée dans une baignoire, et l'eau froide versée à jet continu sur la tête, au moyen d'un seau.

Ces ablutions furent mises à exécution, mais elles ne faisaient qu'exaspérer la malheureuse enfant; il fallait même les interrompre fréquemment; car leur continuité provoquait une espèce d'asphyxie.

Enfin, justement découragée par tant d'échecs et comptant désormais plutôt sur le temps que sur la médecine, madame D... ramena sa fille à Clermont; et là, depuis le mois de juin 1845 jusqu'à celui de février 1848, la malade fut en proie à ces cruelles attaques, qui revenaient un peu moins régulièrement, mais à des époques plus rapprochées.

M. Tessier reprit la direction du traitement pendant quelque temps, fit prendre vingt bains d'eau thermale de Saint-Mars, et demanda à être remplacé ensuite, à cause de l'obligation dans laquelle il se trouvait de pratiquer des saignées qui lui paraissaient avec raison fort dangereuses.

M. Nivet, qui succéda à M. Tessier, reprit en sous-œuvre le sulfate de quinine, seul et combiné avec l'opium. Son intention même était de le porter à des doses très-élevées; mais les accidents que ce médicament avait provoqués à différentes reprises et son inefficacité jusqu'alors avaient mis la famille en opposition contre lui. Après avoir donc mis encore en usage divers moyens qui avaient déjà été employés, il fut obligé de se résoudre à jouer le rôle de phlébotomiste intermittent.

M. Nivet, en 1846, lors de la découverte de l'effet hyposthénisant de l'éther, voulut bien, sur ma proposition, faire usage de ce moyen; mais le sommeil le plus profond n'empêchant pas la crise de revenir, il fallut y renoncer.

Cette crise, sans perdre de son caractère, offrait cependant, vers la fin de 1847, plus de variations; elle revenait tous les quatre ou cinq jours, et lorsqu'on ne saignait pas dès sa réapparition, il en survenait deux, trois et quelquefois quatre dans la même journée, à une heure de distance l'une de l'autre. Il fallait alors ouvrir la veine autant de fois qu'il y avait de crises, et cela dans la même journée, car si on en laissait subsister une seule, il s'en reproduisait un aussi grand nombre le lendemain. Il est vrai que chaque saignée n'était que de 50 grammes environ.

Cependant, tant d'évacuations sanguines si rapprochées et tant de souffrances presque continues avaient considérablement affaibli la belle constitution de la jeune personne; sa pâleur était extrême, et les règles à peine sensibles et colorées en rose. Les malléoles s'engorgeaient le soir; le bruit de souffle au cœur et aux artères carotides annonçaient l'état chlorotique le plus complet. Il fallait absolument abandonner la voie dans laquelle on était engagé si l'on ne voulait pas compromettre la malade; et M. Nivet, ne sachant quel parti prendre, la fit reconduire à Paris pour y consulter MM. Trousseau et Bouillaud. Je fus invité à me rendre à cette consultation, qui fut faite isolément le 29 février 1848. Je me trouvai avec M. Trousseau au moment de la crise, et ce confrère, prétendant que la jeune personne jouait la comédie, se contenta de me conseiller l'application d'un long chapelet d'ambre autour du cou et des reins. Cette prescription nous fit l'effet d'une plaisanterie, mais nous la mîmes tout de même à exécution.

M. Bouillaud prit la chose plus au sérieux, et il vit bien qu'il n'y avait ni caprice ni idées fantasques chez une femme de la trempe de mademoiselle P. Il considéra cette affection comme une forme de chlorose, et conseilla les analeptiques, le lactate de fer et l'exercice. J'eus beau faire observer au savant professeur de la Charité que la pâleur et l'état chlorotique actuel de la malade n'était que la conséquence des innombrables saignées qui avaient été pratiquées, et qu'au début des crises la jeune personne était très-colorée, forte, alerte et dans toutes les conditions les plus opposées à la chlorose, rien ne put le faire revenir de son opinion; le fer seul pouvait amener la guérison, le fer seul réussirait sûrement et en peu de temps.

Comme le fer était, du reste, parfaitement indiqué pour combattre l'anémie, et quoique nous l'eussions employé presque continuellement depuis plus de quatre ans, nous fîmes prendre à la malade du pain contenant du lactate de fer, d'après les instructions de M. Bouillaud.

Somme toute, les consultations ne conduisirent encore à rien, aucun confrère ne put nous indiquer un moyen à substituer à la saignée, et tout en laissant les crises subsister pendant quelques jours, pour distancer autant que possible les évacuations sanguines, les douleurs devenaient si promptement violentes, qu'on pouvait craindre que les crises devinssent épileptiformes, et qu'il faille absolument recourir à la phlébotomie.

Parmi les médecins de Clermont qui avaient été appelés auprès de la malade, M. Anctaire, depuis près de dix-huit mois s'était occupé d'elle de temps à autre, sans plus de bonheur, lorsqu'on lui lui vint à l'idée de conseiller au médecin traitant le valérianate de quinine, et M. Nivet qui, comme moi, n'avait cessé de penser que les antipériodiques associés aux antispasmodiques pouvaient seuls arriver à la guérison, profita de l'assentiment de la famille pour les employer sous la forme proposée par son confrère. Ces messieurs se réunirent donc le 16 novembre 1848, s'entendirent sur le traitement et le dirigèrent de la manière suivante :

Le 17, après avoir détruit la crise par la saignée, donner en lavement 50 centigrammes de valérianate de quinine. (Ce lavement devait toujours être précédé d'un clystère à l'eau simple pour laver le gros intestin.)

Le 18, deux lavements pareils.

Le 19, un lavement à 75 centigr. de valérianate de quinine.

Le 20, deux lavements pareils à celui du 19.

Le 21, trois lavements à 1 gramme.

Le 22, deux lavements pareils à ceux du 21.

Le 23, deux lavements à 1 gramme.

Du 23 au 30, deux lavements par jour à 1 gramme 25 centigr.

Le 1er décembre, deux lavements à 1 gr. 50 centigr.

Du 2 au 10, deux lavements par jour, à 2 gr. de valérianate de quinine chacun.

Du 11 au 21, deux lavements par jour, à 2 gr. 25 centigr.

Le 22, deux lavements à 2 gr. 25 centigr. et cinq pilules contenant 1 gr. du même médicament.

Le 23, un lavement avec 1 gr. de sulfate de quinine et cinq pilules contenant 1 gramme de valérianate de quinine.

Les 24 et 25, même médication que le 23.

Le 26, un lavement avec 1 gr. 75 centigr. de valérianate de quinine.

Le 27 et le 28, six pilules contenant 1 gr. du même médicament et un lavement pareil au précédent.

Le 29, le 30 et le 31, même médication, avec addition de musc dans le lavement.

Le 1er janvier 1849, un lavement avec 1 gr. de valérianate de quinine.

Je viens d'indiquer sans interruption les doses médicamenteuses qui furent rapidement employées, afin qu'on puisse les embrasser d'un seul coup d'œil. Ces doses se sont portées, dans l'espace de quarante-six jours, à 126 gr. 25 centigr. de valérianate de quinine, dont 117 gr. 25 centigr. par le gros intestin et 9 gr. par la bouche, et de plus 3 gr. de sulfate de quinine en lavement.

Il me reste à donner quelques détails qui m'ont été communiqués sur ce qui s'est passé pendant l'administration du médicament.

Du 17 au 21 novembre, aucun effet sensible. La crise revint, et il fallut encore pratiquer la saignée.

Le 29, la crise revint encore, mais elle était moins forte et retardée de trois jours, ce qui était de fort bon augure. On tira 60 gr. de sang.

Vers le commencement de décembre, il se manifesta des douleurs assez violentes dans la région du cœur, qu'on combattit par des ventouses scarifiées

Le 10 décembre, crise très-légère, retard encore plus prononcé. Saignée de 60 grammes.

Le 15, les douleurs du cœur se réveillèrent; il survint même quelques soubresauts dans les membres et dans la colonne vertébrale; mais le traitement ne fut pas suspendu.

Le 18, crise encore plus légère. Même saignée.

Le 25, les soubresauts devinrent plus violents et se montrèrent juste à l'heure de la crise; ils duraient d'un quart d'heure à vingt minutes. A ces secousses succédait une violente agitation, presque une danse de Saint-Guy, qui forçait la malade à se promener continuellement dans la chambre. En marchant ses jambes flageolaient, sa taille se déployait subitement, comme par une secousse électrique.

Cet état nerveux paraissait inquiétant, et mieux semblaient valoir les crises; mais comme il tenait évidemment à l'influence du médicament qui avait été employé à haute dose, on devait espérer que tout disparaîtrait peu à peu dès qu'on en aurait suspendu l'emploi, et c'est effectivement ce qui arriva.

Cependant, quoique la crise n'eût pas reparu, elle semblait menacer encore par la régularité avec laquelle paraissaient les secousses nerveuses, et on pratiqua par précaution une saignée encore de 60 grammes, tout en continuant toujours l'usage du valérianate de quinine, et le combinant même avec le sulfate.

On combattit en même temps l'état nerveux par les antispasmodiques, les bains d'eau de tilleul, et un vésicatoire sur la région précordiale, qu'on saupoudrait avec de l'acétate de morphine.

Les crises enfin avaient disparu pour toujours; et le 1er janvier 1849, jour de la cessation de ce traitement énergique, il ne restait qu'une agitation nerveuse, qui disparut peu à peu.

Il n'y eut à s'occuper ensuite que du rétablissement de la constitution, et c'est ce qu'on fit en conseillant l'exercice en plein air, le régime analeptique et les ferrugineux.

Aujourd'hui, trois ans après la guérison, mademoiselle P... est forte, fraîche, et rien n'annonce qu'elle ait tant et si longuement souffert.

Cette observation, qu'on trouvera peut-être trop longuement détaillée, méritait cependant la plus minutieuse attention; car tout, dans cette curieuse maladie, offre le plus vif intérêt. Je n'ai vu nulle part, et aucun des nombreux médecins qui ont été consultés n'a jamais eu connaissance d'une névrose aussi bizarre, aussi tenace et aussi essentiellement intermittente.

Il est impossible de classer cette affection ailleurs que dans les névroses, et cependant elle offrait des caractères inexplicables. D'où venait ce sang qui sortait quelquefois par les points lacrymaux? Pourquoi, dès qu'il était émis, la douleur cessait-elle comme par enchantement?

Ce n'était pas une névrose de la circulation, puisqu'il n'y avait ni palpitations ni syncopes; ce n'était pas une névrose cérébrale, car rien de ce qui existait ne pouvait être rapproché des maladies comateuses, des vésanies, etc. Enfin ce n'était pas une névrose de la génération, car les fonctions utérines se faisaient régulièrement, sans la moindre douleur ni rien qui fît soupçonner l'existence de l'hystérie.

M. Roche, rattachant les névroses à l'irritation, prétend qu'il y a accumulation du fluide nerveux dans un tissu, accumulation déterminée par un agent irritant. Mais quel était ici cet agent irritant qui ne produisait son effet qu'à une époque donnée, à telle heure fixe? Comment expliquer cette vertu bornée de la saignée, qui supprimait les crises pour quinze jours seulement, après lesquels tout le cortége des phénomènes reparaissait sous les mêmes formes?

Ne semblerait-il pas qu'il y avait, dans ce cas, une affection complexe, tenant à la circulation et au système nerveux? Serait-ce trop s'aventurer que de dire que le sang, chez cette jeune personne, était peut-être trop plastique ou trop excitant; que la saignée, en en diminuant la quantité, le rendait plus fluide ou moins stimulant, mais qu'au bout d'une quinzaine de jours, ce sang, ayant eu le temps de se reproduire avec des qualités vicieuses, provoquait encore les mêmes accidents?

Assurément ce qui se passait pourrait autoriser un pareil raisonnement; mais il faudrait toujours admettre l'affection nerveuse, le point d'appel de ce sang vers la tête, et ce point se trouvait peut-être du côté du ganglion ophthalmique.

Peut-être pourrait-on admettre la coïncidence des deux causes; car les crises n'ont cédé qu'à l'emploi simultané des saignées et des antipériodiques. Ainsi qu'on peut le voir dans l'observation, le valérianate de quinine modifiait un peu les attaques, les retardait, mais ne les empêchait pas totalement de revenir; il fallut, pendant quatre fois, que la saignée vînt à son secours pour lui donner le temps d'agir et les enlever totalement. Si le sang eût été seul malade, la saignée et les traitements qui devaient le modifier auraient suffi pour obtenir la guérison, et si, au contraire, l'affection eût été tout simplement une névrose intermittente, les antipériodiques n'auraient pas eu besoin du secours aussi fréquent de la saignée pour rester vainqueurs.

Rien, dans cette singulière maladie, n'annonçait une affection organique. Une distance immense séparait ce genre de crises des attaques d'épilepsie, puisqu'il n'y a même jamais eu perte de connaissance, et cependant les douleurs devenaient si violentes quand on n'en délivrait pas la malade par la saignée, qu'on avait toujours lieu de craindre qu'elles devinssent épileptiformes. Ce qu'il y avait d'inquiétant surtout, c'est que les crises avaient pour point de départ une émotion subite, une espèce de frayeur, et que c'est ainsi qu'est provoquée fréquemment l'épilepsie. On se trouvait donc entre deux écueils dangereux: ou d'épuiser la jeune personne par des évacuations sanguines aussi fréquentes, ou de voir dégénérer les attaques en les laissant trop longtemps subsister.

MM. Teissier, Cruveilhier, Bégin, Foville, Delacroix et autres commençaient par s'élever contre la saignée; mais quand, après avoir épuisé tous leurs moyens, ils se trouvaient en face de la malade, se tordant dans d'aussi vives souffrances, leur avis était qu'il fallait absolument y revenir. Je comprenais aussi bien qu'eux qu'en tirant aussi fréquemment du sang, je détériorais la constitution de cette jeune fille, et c'était pour cela que je demandais à mes confrères un moyen plus innocent que celui que j'avais découvert à force de chercher.

Enfin ces messieurs, frappés comme moi de cette intermittence si régulière, disaient aussi que le sulfate de quinine devait en avoir raison. J'avais administré ce médicament à différentes reprises et à hautes doses, et j'y revenais toutes les fois que d'autres confrères étaient appelés. Nous l'avons donné tantôt seul, tantôt associé avec l'opium ou avec l'extrait de valériane, et nous n'en suspendions l'usage que lorsque les accidents du côté du cœur, de l'estomac ou du système nerveux nous y forçaient très-impérieusement.

Comment donc se fait-il que l'antipériodique ait échoué entre nos mains, et qu'il ait réussi en dernier lieu? Est-ce parce qu'il était combiné avec l'acide valérianique, de manière à former un sel particulier? Est-ce parce que son emploi a été plus hardiment continué? Est-ce enfin parce que la maladie, modifiée sous l'influence du temps et des nombreux traitements qui l'avaient combattue, était devenue moins réfractaire à l'action du médicament? Ce sont des questions qu'il est bon d'approfondir; car elles renferment une leçon pratique des plus importantes:

1° Le mode d'action du valérianate de quinine, d'après les symptômes qu'il a produits sur notre malade, est identiquement le même que le sulfate de quinine, combiné avec l'extrait de valériane; car nous avions eu, en 1844 et 1845, des douleurs précordiales, des contractions spasmodiques et même quelques mouvements convulsifs. Le principe médicamenteux de la valériane, soit combiné avec la quinine, soit en extrait, n'agit que comme antispasmodique et prédispose les organes à supporter l'agent principal.

2° Quant à l'espèce de témérité avec laquelle on a poussé les doses de valérianate de quinine, sans tenir grand compte des accidents nerveux qu'il provoquait, on ne peut que l'approuver, puisque le succès la justifie. Mais je pose en fait que ces accidents étaient bien moins sérieux que ceux qui nous avaient forcés précédemment à suspendre la médication; car cette témérité eût été bien certainement suivie d'un résultat très-fâcheux, si nous eussions persisté. Tous les praticiens savent, à n'en pas douter, que certaines affections périodiques, fièvres intermittentes ou autres, qui avaient résisté pendant longtemps au sulfate de quinine, finissent par céder à l'action de ce médicament, quand, après l'avoir suspendu pendant plusieurs fois, on y revient encore. Soit que la constitution de la personne éprouve un changement notable; et que conséquemment les organes deviennent plus tolérants, soit que la maladie elle-même change un peu de nature et offre moins de ténacité, toujours est-il que le médecin obtient quelquefois la guérison au moment où il s'y attendait le moins.

C'est ainsi, je crois, que les choses se sont passées chez mademoiselle P..... L'emploi du valérianate de quinine est arrivé dans un moment où le sang était profondément modifié par les nombreuses saignées, et que l'économie, moins impressionnable, était disposée à se laisser influencer par l'antipériodique.

Quoi qu'il en soit, je me plais à rendre justice aux praticiens qui ont eu le bonheur de réussir, à M. Anclaire surtout, qui a indiqué le médicament curatif. Leur habileté dans la direction du traitement, qui a mis fin aux souffrances de cette intéressante malade, mérite les plus grands éloges.

MM. Anclaire et Nivet auraient dû, dans l'intérêt de la science, livrer

un pareil fait à la publicité. J'ai attendu jusqu'à ce jour pour prendre moi-même l'initiative; car quoique j'aie figuré longtemps dans la direction du traitement, il me paraissait bien plus naturel que ceux qui étaient restés vainqueurs s'emparassent du droit de porter à la connaissance du monde médical la réussite d'un médicament dans une circonstance aussi grave. Mon rôle n'est donc ici que celui de simple narrateur, sans profit aucun, et j'ai la conscience d'avoir donné à chacun ce qui lui appartient.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 11 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. COMBE.

EXPLICATION, PAR LA FORCE DE RECUL, DE L'IMPULSION DE LA POINTE DU CŒUR.

M. L.-A. FATON adresse une note pour réclamer la priorité à l'occasion d'une communication récente de M. Hiffelsheim sur ce sujet.

L'auteur se croit fondé à réclamer la priorité de l'*explication théorique* de l'impulsion précordiale des ventricules, par ce qu'il nomme la *poussée* exercée sur la paroi opposée aux orifices d'écoulement, au moment de la contraction des ventricules. Il a cru inutile de se livrer à des recherches expérimentales; il n'a pas étudié la force du recul; par conséquent il n'admet pas la division des mouvements du cœur en deux genres, et l'existence du mouvement absolu, de totalité, qui est le battement du cœur pour M. Hiffelsheim.

La commission qui avait été nommée le 12 août 1850 pour le mémoire de M. Faton, et celle qui l'a été le 27 novembre 1854 pour le mémoire de M. Hiffelsheim, sont réunies en une commission unique qui examinera les travaux des deux auteurs. Cette commission se composera ainsi de MM. Magendie, Regnault, Andral, Rayer et Bernard.

—M. COMMAILLE adresse de Douéra (Algérie) la deuxième partie de ses recherches sur l'*atractylis gummifera*. (Renvoi à l'examen des commissaires précédemment nommés.)

— M. L. NATANSON soumet au jugement de l'Académie une note sur le *bruit musculaire*.

L'auteur désigne sous ce nom un bruit qui se produit par le fait de la contraction des muscles de la vie animale, et qui peut être perçu par l'auscultation dans certaines circonstances que la note fait connaître. (Comm. : MM. Magendie, Pouillet, Cl. Bernard.)

— M. DELONDRE adresse une indication de ce qu'il considère comme neuf dans le TRAITÉ DES QUINQUINAS, qu'il présente de nouveau en double exemplaire, et qu'il prie l'Académie de vouloir bien comprendre dans le nombre des ouvrages admis au concours pour les prix de médecine et de chirurgie. (Renvoi à la future commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— M. CHOLET fournit une indication semblable pour un ouvrage précédemment envoyé au même concours (son MÉMOIRE SUR LA PESTE qui a régné épidémiquement à Constantinople en 1834. (Renvoi à la même commission.)

— M. DE LA BARRE signale dans le même but les nouveaux résultats auxquels l'ont conduit ses recherches sur la première dentition, résultats consignés dans un ouvrage qu'il présente au concours pour les prix de médecine et de chirurgie de 1855. (Renvoi à la même commission.)

— M. le docteur LAUGIER prie l'Académie de vouloir bien le comprendre dans le nombre des candidats pour la place vacante, dans la section de médecine et de chirurgie, par suite du décès de M. Lallemand. (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

— M. FLEURY prie l'Académie de lui faire savoir si elle a reçu un mémoire qu'il lui avait adressé par l'intermédiaire de M. Roux, peu de temps avant la mort de l'honorable académicien.

— M. HUGH-REED écrit de New-York qu'il a employé avec grand succès, à la Jamaïque, un remède contre le choléra-morbus, remède dont il se proposerait de prouver, par des essais, l'efficacité, si l'Académie voulait lui fournir les moyens de venir en France faire l'application de sa méthode de traitement.

Il ne peut être donné suite à cette demande.

— M. CORREA adresse de Lisbonne un double de la lettre annonçant l'envoi d'un remède qu'il annonce avoir employé avec un grand succès contre le choléra.

— M. E. MICHAL entretient l'Académie des bons effets qu'il a obtenus dans le traitement de diverses maladies, et en particulier du choléra, de l'emploi d'eaux salées et sulfureuses. (Renvoi à la commission du prix Bréant.)

L'Académie renvoie à la même commission deux opuscules imprimés relatifs au choléra-morbus, dont l'auteur est M. Bourgogne (de Condé).

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 19 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre transmet :

1° Un rapport du docteur Dancel, médecin des épidémies de l'arrondissement de Beauvais, sur l'épidémie de choléra qui a régné cette année dans l'Oise;

2° Un rapport du docteur Birkel, médecin des épidémies à Colmar, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Soulzmatt;

3° Un rapport du docteur Gastin, médecin des épidémies à Quimper, sur une épidémie de dyssenterie qui a régné dans la commune de Plonere;

4° Des rapports de plusieurs médecins sur le choléra qui a régné dans la Haute-Saône et la Somme.

— M. le docteur DELFRAYSSÉ adresse un mémoire sur une épidémie bilioso-putride qui a régné à Badnos, près Cahors. (Comm. des épid.)

— M. le docteur D'AGAR DE LEUS adresse un mémoire relatif à la prophylaxie du choléra.

— M. le docteur BURGGRAEVE adresse un mémoire avec une pièce pathologique représentant un anus artificiel lombaire gauche.

— M. le docteur DUMAS adresse un mémoire sur l'épidémie de choléra qu'il a observée dans le département de l'Aude. (Comm. du choléra.)

— M. le docteur COILLOT (de Besançon) adresse un mémoire sur le choléra, sa prophylaxie et son traitement.

— MM. les docteurs CHAPUIS et AMIC (de la Martinique), adressent une note sur la découverte d'un succédané du sulfate de quinine. (Comm. des succédanés du kina.)

— M. WANNER fait connaître à l'Académie le traitement qu'il met en usage contre l'angine cancéreuse.

Ce traitement consiste en un gargarisme d'alun pris toutes les dix minutes.

— M. APOSTOLIDÈS adresse une note qui soumet à l'examen de l'Académie une serrefine pour l'opération du bec-de-lièvre, ainsi qu'un porte-éponge pour les opérations des voies aériennes et le tamponnement des fosses nasales.

— M. le docteur BAIZEAU adresse un mémoire sur l'influence des eaux sulfureuses dans la syphilis.

— M. LEPAGE (de Gisors) demande à l'Académie de vouloir bien le comprendre parmi les candidats au titre de correspondant.

— M. MIALHE envoie un échantillon d'huile de foie de morue, de la part de M. Moller (de Christiania).

M. LONDE demande la parole à l'occasion du procès-verbal.

M. LONDE : J'ai été surpris, ainsi que plusieurs de nos collègues, de n'avoir pas entendu proclamer, dans la séance publique, les noms des médecins qui ont obtenu des mentions honorables au concours du prix Nadan. C'est une sorte de déni de justice.

M. GIBERT, rapporteur, fait observer que le rapport général ne comprend pas le nom de tous les lauréats. Ce n'est qu'une conclusion des rapports qu'il a lus devant l'Académie.

M. LE PRÉSIDENT prend la parole et déclare accepter seul la responsabilité de cette omission très-involontaire de sa part, mais qu'il espère réparer dans les BULLETINS et dans le programme.

M. FERRUS revient sur la question d'hérédité du cancer soulevée par M. Amussat.

L'ordre du jour appelle le renouvellement du bureau pour l'année 1855.

Pendant qu'on procède au scrutin, M. le président donne la parole à M. J. Cloquet pour une communication.

M. JULES CLOQUET lit une note sur les sutures, et il présente à l'Académie un instrument qu'il a imaginé pour faciliter l'introduction et le passage des aiguilles à travers les chairs.

Le bruit auquel donne lieu le scrutin ne nous permet pas d'entendre la description de cet instrument.

Voici le résultat du scrutin :

Pour le président. Nombre des votants 68; majorité 35.

M. Jobert de Lamballe obtient	62 voix.
M. Laugier	2
M. Robert	1
M. Bussy	1
Billets blancs	2

M. Jobert est nommé président.

Pour le vice-président. Nombre des votants 63; majorité 32.

M. Bussy obtient	48 voix.
M. Renault	8
M. Adelon	6

M. Bussy est nommé vice-président.

Pour le secrétaire annuel. Votants 58; majorité 30.

M. Depaul obtient	41 voix.
M. Gibert	17

M. Depaul est nommé secrétaire annuel.
Membres du conseil d'administration. Sont nommés membres du conseil d'administration : MM. Rostan, Bussy et Robert.

EXTIRPATION DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR.

M. MAISONNEUVE présente à l'Académie un malade auquel il a pratiqué l'extirpation de la moitié latérale droite de l'os maxillaire inférieur affecté de nécrose, en conservant les dents correspondantes.

Le malade étant soumis au chloroforme, M. Maisonneuve fit, sur la ligne médiane de la lèvre inférieure et du menton, une incision verticale ; de l'extrémité inférieure de cette première incision, il en fit partir une seconde qu'il prolongea parallèlement au bord inférieur de la mâchoire jusqu'au-dessous du muscle masséter. Le lambeau circonscrit par ces deux incisions comprenait non-seulement les parties molles, mais encore le périoste ossifié qui couvrait la face externe du séquestre. Ce lambeau, disséqué rapidement, fut relevé de manière à mettre à découvert toute la branche horizontale de l'os nécrosé.

M. Maisonneuve procéda ensuite à l'isolement du séquestre, en ayant soin de conserver intactes les gencives et les dents qui s'y trouvaient implantées. Ce temps de l'opération fut exécuté avec un bonheur tel, que le chirurgien put extraire la totalité de l'os malade, c'est-à-dire le corps de la mâchoire, la branche verticale avec son apophyse coronoïde et son condyle, en laissant les dents suspendues à leurs gencives. C'était une chose curieuse à voir que cette rangée d'ostéides attachés seulement à la membrane gengivale, et dont toutes les racines isolées flottaient libres comme les grains d'un chapelet ou d'un collier d'ivoire.

Après cette extirpation, le lambeau fut réappliqué avec soin au moyen de nombreux points de suture entortillée.

La réunion de cette vaste plaie se fit avec une promptitude extrême; les dents restées appendues aux gencives se consolidèrent par le rapprochement des deux lames ossifiées du périoste. La réunion de la lèvre sur la ligne médiane s'est faite si exactement, qu'il ne reste aucune trace de l'opération.

M. Maisonneuve présente à l'Académie la pièce pathologique, qui offre un grand intérêt; le séquestre est constitué par la moitié latérale droite tout entière du maxillaire inférieur, avec son condyle et son apophyse coronoïde. Le corps de l'os porte plusieurs alvéoles, dont une entière.

La séance est levée à quatre heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ SUR LES MALADIES CHRONIQUES QUI ONT LEUR SIÉGE DANS LES ORGANES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE; par M. J. BRICHETEAU, médecin de l'hôpital Necker, membre de l'Académie de médecine, etc. — Un vol. in-8° de 650 pages. — Paris, 1852.

Ce livre, comme nous l'annonce l'auteur, est élaboré depuis longues années. La sagesse, la maturité, l'expérience sous les auspices desquelles il se déroule, montrent en effet que ce n'est point une de ces œuvres dont les nécessités d'un concours ou d'une candidature académique rendent trop rapides la composition et la publication. Ces sortes de livres ont quelque chose de précipité, d'ataxique, qu'on me passe le mot, qui est souvent bien racheté par l'originalité, la hardiesse, l'attaque et l'initiative. L'œuvre de M. Bricheteau n'a ni ces défauts, ni ces qualités ; mais on y trouve le calme d'un vieux praticien sûr de lui et désireux de faire profiter les autres de son expérience.

La tâche que s'impose M. Bricheteau est malaisée : Laennec, dit-il, plus anatomo-pathologiste que praticien, n'a pas donné un développement suffisant à plusieurs parties importantes, comme l'étiologie, les traitements hygiénique, prophylactique et curatif; il n'a pas achevé l'histoire de plusieurs maladies chroniques de la poitrine, telles que les épanchements purulents, le cancer, la gangrène, les congestions sanguines, les hémorrhagies du poumon, etc.; il reste donc à combler des lacunes laissées par le célèbre auteur de l'auscultation médiate. Mais ce n'est pas seulement un supplément à Laennec que M. Bricheteau se propose d'écrire, puisqu'il traite d'une manière complète les mêmes sujets; c'est un traité de toutes pièces, *ex professo*, acceptant les découvertes de Laennec, les enrichissant de tout ce que la science moderne a acquis depuis cette époque, et allant plus loin que l'auteur de l'auscultation médiate, puisque l'étiologie, le traitement prophylactique et hygiénique doivent trouver dans son livre une place dont l'importance a été trop méconnue par l'école anatomo-pathologique.

Ces nouveaux horizons, l'étiologie, l'hygiène, la prophylaxie, sont trop dans l'esprit de la GAZETTE MÉDICALE, pour que leur promesse ne la trouve pas bien disposée à y suivre l'auteur avec sympathie.

Dans l'histoire de chaque maladie en particulier, notamment de la phthisie pulmonaire, le programme n'est pas en défaut, mais il existe, à notre sens, un grand *desideratum*, c'est l'absence d'un premier chapitre esquissant largement la matière et l'envisageant à un point de vue général. C'est ici que l'étiologie, l'hygiène, les indications majeures auraient pu donner lieu à de beaux développements et à de solides et utiles appréciations. Les maladies chroniques de l'appareil de la respiration ont-elles quelque chose de commun qui permette de réunir leur histoire en un ouvrage homogène, dont chacune d'elles constitue un chapitre lié aux autres par les inductions et les déductions? C'est notre conviction. Ou bien, au contraire, l'expression *maladies chroniques de l'appareil de la respiration*, n'est-elle qu'un simple titre sous lequel il faille ranger un certain nombre de monographies n'ayant entre elles d'autres rapports que ceux qui découlent de la communauté du rapport matériel, du siége, de l'organe? L'auteur, que nous ne prétendons pas juger ici, a plutôt opiné dans ce sens.

Le chapitre de la phthisie pulmonaire est le plus complet. L'importance, la gravité et la fréquence de cette maladie commandaient, en effet, tous ces développements. C'est un véritable traité de la phthisie pulmonaire, en 300 pages.

En présence des deux théories pathogéniques de la tuberculisation, attribuée par les uns à une phlegmasie *sui generis*, par les autres à une sécrétion anormale spéciale, M. Bricheteau hésite, mais il tend pourtant à la première.

Passant à l'étiologie, il accorde une juste valeur à la conformation vicieuse de la poitrine considérée comme cause et comme signe de la phthisie pulmonaire ; puis il considère successivement les âges, les sexes, l'hérédité, en ayant soin d'appeler à son aide la statistique médicale. A ce sujet, nous regrettons que l'auteur n'ait point ouvert l'excellent mémoire dû à M. Godélier, professeur au Val-de-Grâce, mémoire couronné par le ministre de la guerre, et dans lequel sont accumulés des documents d'autant plus précieux qu'ils reposent sur des chiffres officiels.

M. Bricheteau envisage ensuite successivement la contagion, les saisons, la constitution et les tempéraments, les divers états pathologiques, les professions, les affections morales, les aliments, les circumfusa, les vêtements, les climats, et l'antagonisme l'arrête aussi un instant.

Après avoir donné une description générale de la maladie, l'auteur aborde chacun de ses signes et phénomènes en particulier ; puis il arrive à l'important article du degré de curabilité de la phthisie pulmonaire. C'est une vérité assez triste à rappeler, dit-il, que nous restons rarement dans les limites du vrai et que nous dépassons presque toujours en tout les bornes que la nature a posées. Le médecin paye autant et plus que le physicien, le naturaliste, le chimiste, etc., cette espèce de tribut à la faiblesse humaine, dans le jugement qu'il porte sur la nature et la terminaison des maladies ; et la phthisie pulmonaire est du nombre de celles sur lesquelles son esprit a le plus souvent failli. Ces paroles sont très-justes : à côté de ceux qui nient d'une manière absolue la curabilité de la phthisie, combien viennent vanter l'efficacité de leurs spécifiques, ou tout au moins la puissance de la nature médicatrice pour arrêter ou réparer les dégâts de la tuberculisation pulmonaire ! M. Bricheteau se tient entre ces deux extrêmes, évite les entraînements et reste dans le vrai. Le climat lui paraît jouer le rôle le plus important dans la question ; le remède est là, dit-il ; il ne s'agit que d'aller le trouver.

Comme traitement curatif, il passe en revue la saignée, les émétiques, les révulsifs cutanés, les toniques amers, l'huile de foie de morue, l'iodure de fer, la digitale pourprée, l'arsenic, le phellandrium aquaticum, les fumigations de diverses substances, l'air comprimé, les étables, l'équitation, le régime lacté, les boissons tempérantes, les médicaments émollients.

M. Bricheteau reconnaît de l'efficacité aux révulsifs cutanés, notamment aux cautères. Son opinion à ce sujet a un cachet assez particulier pour mériter qu'on la rapporte textuellement.

« Il est possible même que l'inflammation que produisent les cautères se propage par l'intermédiaire du tissu cellulaire et par une sorte de contiguïté, à la masse tuberculeuse ou au foyer d'une caverne qui tend à s'oblitérer, et que cette inflammation artificielle puisse hâter le travail salutaire de la nature. C'est en partie par suite de cette supposition, pour nous très-probable, que nous avons coutume de multiplier les cautères, de les creuser profondément, afin de faire réagir la stimulation vive et journalière qui en est le résultat, sur les points du poumon affecté à son sommet. Deux fois, comme on le verra plus tard, nous sommes parvenu dans la caverne, et nous y avons provoqué une cicatrisation salutaire. »

Certes il ne s'agit plus ici de révulsifs destinés à déplacer un travail

phlegmasique; car au lieu de déplacer celui-ci on a en vue de le stimuler, d'augmenter son énergie. Qu'il soit utile, dans certains cas, quand une caverne isolée creusée dans un poumon plus ou moins sain, tend à se cicatriser; qu'il soit alors utile, disons-nous, d'accélérer le travail réparateur et cicatrisant, cela est fort acceptable; mais ces cas sont rares, d'un diagnostic précis assez délicat, et dans la grande majorité, dans les dix-neuf vingtièmes au moins des cas, l'indication est tout opposée.

On n'a peut-être pas vu sans quelque étonnement que M. Bricheteau ait quelquefois insisté sur les cautères jusqu'à pénétration dans les cavernes; mais ce n'est pas là tout encore : l'auteur consacre un article à l'emploi de la thoracentèse dans la phthisie pulmonaire; son trocart va hardiment perforer les cavernes : « En y réfléchissant, dit-il, on ne devioe pas pourquoi la paracentèse chez les phthisiques serait plus périlleuse que chez les malades atteints de vomique ou d'empyème. » M. Bricheteau pense qu'on devrait tenter cette opération, ne fût-ce que dans le but de prolonger la vie du malade, en facilitant le rétrécissement de la caverne, ou tout au moins en diminuant la sécrétion purulente. Deux observations non concluantes, mais bien dignes d'étude, accompagnent cet article. « Que si le résultat, continue l'auteur, ne paraît pas assez satisfaisant pour quelques esprits exigeants et sévères, qui ne voient en perspective que l'entière guérison des maladies, au moins ne refuseront-ils pas de nous accorder que cette nouvelle tentative, hardie si l'on veut, mais non pas téméraire, tend à reculer les limites de notre art. »

M. Bricheteau constate que de longues améliorations, voire même des guérisons, ont été obtenues par plusieurs des moyens, souvent opposés, qu'il passe successivement en revue. La raison nous en semble bien simple : ces moyens ne s'attaquent guère à la phthisie même, mais luttent victorieusement contre des états pathologiques, contre des diathèses, sous l'influence desquelles la phthisie prend une marche accélérée. En remettant l'organisme dans de bonnes conditions générales, on le rend aussi plus propre à lutter contre le mal, quelquefois même à l'enrayer ou à l'arrêter complétement, améliorations ou guérisons indirectes, pour ainsi dire, mais auxquelles la médecine ne doit pas moins tendre activement, puisque l'action immédiate sur la maladie même n'est point en son pouvoir, dans l'état actuel de nos connaissances. Certes il ne faut point donner le fer, les toniques, l'huile de foie de morue, dans la phthisie aiguë, ni dans le cas où l'évolution des tubercules est hâtée par le molimen inflammatoire; mais ces médicaments seront utiles, ainsi que les iodés, chez les individus malingres, anémiques ou scrofuleux. C'est ainsi encore que les balsamiques trouveront leur emploi dans certains cas, les altérants dans d'autres, qu'ici le régime réparateur sera indiqué, là le traitement spoliatif, etc., etc.

Le traitement de prédilection de M. Bricheteau, c'est l'émétique administré presque journellement et plusieurs fois dans les vingt-quatre heures. Les bienfaits de la navigation lui semblent surtout dus à l'émétisation naturelle dite *mal de mer*, et il rapporte à ce sujet de véritables résurrections, empruntées à différents auteurs. Il a également soin d'appuyer de faits puisés dans sa propre pratique, son opinion si favorable aux émétiques qu'il considère comme des plus propres à empêcher le dépôt de la matière tuberculeuse dans l'organe de l'hématose.

Les autres maladies étudiées dans le livre dont nous rendons compte sont l'hydropneumothorax et le pneumothorax; la gangrène et le cancer du poumon; la pneumonie chronique; l'emphysème; les vomiques et kystes hydatiques; la mélanose; les concrétions calcaires; la cirrhose; l'œdème, hydropisie générale ou enkystée du poumon; la pleurésie chronique; les épanchements purulents, sanguins, gazeux dans la cavité de la plèvre; la phlegmorrhagie pulmonaire, bronchorrhée, catarrhe pituiteux; la laryngo-trachéite, la phthisie laryngée et trachéale; la bronchite chronique; l'hémoptysie, les congestions sanguines chroniques; la splénisation du poumon; les pneumorrhagies interstitielles se terminant par l'apoplexie pulmonaire; l'asthme; l'angine de poitrine; les asphyxies lentes ou anhématosies.

Ces diverses affections ne comportaient pas d'aussi amples développements que la phthisie pulmonaire; plusieurs cependant ont dû être l'objet de chapitres assez étendus; mais, d'autre part, quelques-unes sont étudiées un peu brièvement peut-être, par exemple, la pneumonie chronique, dont toute l'histoire se resserre en une dizaine de pages. Ce sujet, cependant, entraîne nécessairement avec lui force critique et force discussion, car on n'est pas même d'accord, nous dirions presque sur son existence, mais tout au moins sur sa fréquence et sur ses caractères séméiotiques et même anatomiques.

Nous avons ouvert avec empressement et étudié avec soin le livre de M. Bricheteau, à l'endroit du traitement de la pleurésie chronique, de ces vieux épanchements qui tant de fois nous ont trouvé impuissant comme praticien et mis à bout de ressources après avoir épuisé un nombreux formulaire. La pratique de M. Bricheteau nous suggérera-t-elle quelque nouveau moyen ou tout au moins nous révélera-t-elle un groupe déjà connu mais autrement coordonné, ou, enfin, puiserons-dans son livre quelques indications plus précises qui nous permettront de mieux approprier les divers moyens aux diverses nuances de la maladie?

On connaît le fameux résultat obtenu par M. Louis, qui a traité par les moyens les plus simples 140 pleurétiques, sans en perdre un seul. Dans la pleurésie chronique, il n'en est plus de même, et trop souvent on voit mourir ses malades, malgré l'emploi des moyens les plus logiques, les plus énergiques, les plus variés. M. Bricheteau semble logé à la même enseigne que nous tous dans ces cas de cure si difficile : il frappe à la porte des émissions sanguines, des diurétiques, des purgatifs, des sudorifiques, des révulsifs cutanés, et s'adresse à la thoracentèse quand l'indication s'en présente; mais nous n'avons trouvé aucun principe qui nous guidât plus sûrement, aucune méthode thérapeutique qu'il pût recommander en s'appuyant sur ses succès et sur son incontestable autorité. Puisque la science ne possède rien de mieux, nous ne pouvons pas demander davantage à l'auteur.

A propos de l'opération de la thoracentèse pratiquée dans les cas d'épanchement pleurétique chronique, d'hydrothorax idiopathique ou symptomatique, d'empyème, nous nous attendions à rencontrer quelques mots sur les injections iodées, soit pour les approuver, soit pour les condamner, soit, ce qui est le plus sage, pour les discuter; mais notre désir n'a pas été satisfait.

En revanche, nous avons trouvé des vues particulières au sujet de l'action des révulsifs cutanés profonds, vues qu'on pouvait du reste prévoir en se rappelant ce que l'auteur a dit des cautères dans la phthisie pulmonaire, dans certains cas, la cautérisation n'est plus destinée à déplacer l'inflammation pleurétique, mais à l'augmenter en propageant son action par contiguïté, au moyen du tissu cellulaire de l'aisselle et des couches intermusculaires profondes. Cette idée thérapeutique nous semble appeler ici le même jugement que celui que nous avons présenté au sujet de la phthisie pulmonaire.

Des observations suffisamment multipliées accompagnent les divers chapitres de l'ouvrage. L'auteur est assez riche de faits puisés dans sa clientèle propre et dans son service hospitalier, pour pouvoir presque toujours se passer ici de secours étrangers.

Félix Jacquot.

VARIÉTÉS.

— Nous croyons devoir reproduire textuellement l'extrait du testament de M. Bréant :

« J'institue et donne, après ma mort, pour être décerné par l'Institut de » France, un prix de 100,000 fr., à celui qui aura trouvé le moyen de guérir du choléra asiatique, ou qui aura découvert les causes de ce terrible » fléau.

» Dans l'état actuel de la science, je pense qu'il y a encore beaucoup de » choses à trouver dans la composition de l'air et dans les fluides qu'il contient : en effet, rien n'a encore été découvert au sujet de l'action qu'exerce sur l'économie animale les fluides électriques, magnétiques ou autres : » rien n'a été découvert également sur les animalcules qui sont répandus en » nombre infini dans l'atmosphère et qui sont peut-être la cause ou une des » causes de cette cruelle maladie.

» Je n'ai pas connaissance d'appareils aptes, ainsi que cela a lieu pour » les liquides, à reconnaître l'existence dans l'air d'animalcules aussi petits » que ceux que l'on aperçoit dans l'eau en se servant des instruments microscopiques que la science met à la disposition de ceux qui se livrent à » cette étude.

» Comme il est probable que le prix de 100,000 fr., institué, comme je l'ai » expliqué plus haut, ne sera pas décerné de suite, je veux, jusques à ce que » ce prix soit gagné, que l'intérêt dudit capital soit donné par l'Institut à la » personne qui aura fait avancer la science sur la question du choléra ou de » toute autre maladie épidémique, soit en donnant de meilleures analyses de » l'air en y démontrant un élément morbide, soit en trouvant un procédé propre à connaître et à étudier les animalcules qui, jusques à ce moment, ont » échappé à l'œil du savant et qui pourraient bien être la cause ou une des » causes de ces maladies.

» Si l'Institut trouvait qu'aucun des concurrents ne méritât le prix annuel » formé des intérêts du capital, ce prix pourra être gagné par celui qui indiquera le moyen de guérir radicalement les dartres ou ce qui les occasionne, » en faisant connaître l'animalcule qui, dans ma pensée, donne naissance à » cette maladie, ou en démontrant d'une manière positive la cause qui la » produit.

» L'Institut sera juge souverain des conditions accessoires et d'aptitude à » imposer aux concurrents et des sujets à proposer en concours, mais seule- » ment dans les limites que je viens de poser : je lui confie ma pensée, con- » vaincu que les lumières de ses membres assureront la pleine exécution de » mon intention. »

— L'Académie des sciences a procédé aujourd'hui à la nomination d'un membre dans la section de botanique, en remplacement de M. Gaudichaud, décédé.

Les candidats portés par la section étaient :
En première ligne et *ex æquo*, MM. Duchartre et Payer.
En deuxième ligne, M. Trécul.
En troisième ligne, M. Chatin.
Au premier tour de scrutin, sur 53 votants, ont obtenu ;

M. Payer . . . . 44 suffrages.
M. Duchartre 6
M. Trécul 2

M. Payer a été proclamé membre de l'Académie.

— La Faculté, dans sa séance du jeudi 14 décembre, a nommé M. le docteur E. Beylard chef de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Trousseau, en remplacement de M. le docteur Lasègue, dont le temps expire au 31 décembre 1854.

— On nous écrit de Sébastopol, 2 décembre 1854 :

« Nous ne comptons qu'un nombre restreint de blessés. Malheureusement nous avons beaucoup de malades.

» Le règne pathologique est presque entièrement absorbé par les flux intestinaux, dyssenteries et diarrhées cholériformes.

» On observe peu de fièvre d'accès et d'affections des voies respiratoires.

» Le choléra se montre encore de temps à autre. Ce sont les soldats récemment venus de France qui en sont atteints avec le plus d'intensité. Depuis huit jours nous subissons, sous la tente, des temps épouvantables. Nous sommes dans la boue et dans l'eau jusqu'au cou.

» Il y aura de curieuses et d'intéressantes observations à faire sur les rapports de causalité qui auront existé entre les influences climatériques et les affections régnantes. Les fatigues et les misères inséparables d'un long siége donnent seules aux maladies un caractère grave.

» Le pays que nous habitons paraît sain et ne renferme aucun foyer pathologique de grande portée.

» La mortalité sur place a été minime, et les évacuations sur Constantinople se poursuivent avec activité. Nous pensons tous que ce système est sage et conduira à d'excellents résultats.

» Les Russes souffrent beaucoup, assure-t-on, des intempéries actuelles et du manque de vivres. Ils ont un nombre énorme de malades et de blessés. »

— Un nouvel hôpital militaire français a été organisé le 4 de ce mois, à Daoud-Pacha, sous la direction de M. Artigues, médecin-major de première classe, ayant sous ses ordres MM. Larivière, médecin-major de deuxième classe ; Peigné, Courbet, Alix, Constantin, aides-majors de deuxième classe ; Gachet et Bordères, sous-aides.

— Le Salut public de Lyon rapporte le fait suivant, qu'il signale aux physiologistes :

« Un officier de l'armée française, que le général Martimprey avait chargé de faire une reconnaissance dans les environs de Sébastopol, fut renversé, non par un boulet de canon, mais par la colonne d'air que le projectile refoula violemment en passant tout près de lui. La commotion ressentie par l'officier fut si intense que sa langue se contracta instantanément, et qu'à partir de ce moment il lui fut impossible de la produire hors de la bouche et de parler.

» Ayant sollicité et obtenu un congé, le blessé débarqua à Marseille : là quelqu'un entreprit de le traiter au moyen de l'électricité. Dès les premières séances, l'organe affecté si singulièrement commença à se mouvoir avec plus de facilité, mais sans toutefois que le malade pût parler. Quelques jours s'écoulèrent encore sans amélioration bien notable. Enfin, le douzième jour, le patient, décidé à tenter une expérience décisive, se soumit à une commotion électrique d'une intensité tout exceptionnelle, et presque aussitôt le succès qu'on s'était promis se produisait. Au bout de quelques minutes, le malade recouvrait le plein et libre exercice de la parole.

» Aujourd'hui ce militaire est de retour dans ses foyers ; il est complétement rétabli, et compte retourner à son poste sons peu de jours. »

— M. Cl. Bernard, suppléant M. Magendie, commencera son cours au Collége de France aujourd'hui, à midi, et le continuera les mardi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le 1er janvier. On s'abonne dans les départements chez tous les directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les souscripteurs de Paris.

MOUVEMENT DU CHOLÉRA DANS PARIS ET DANS LES COMMUNES RURALES.

	Décembre...	8	9	10	11	12	13	14	15	15	17	18	19	20	21
Admissions aux hôpitaux		1	10	11	7	11	3	3	2	2	1	2	1	2	0
Cas déclarés à l'intérieur		1	6	5	4	1	4	2	2	2	0	1	1	0	1
Totaux.......		2	16	16	11	12	7	5	4	4	1	3	2	2	1
Décès :	Dans les hôpitaux civils..	3	2	11	5	5	7	3	3	1	1	1	2	0	1
	— militaires..	1	3	1	0	1	1	1	0	2	0	0	1	1	0
	A domicile : 1er arrond...	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	2e —	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	3e —	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	4e —	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5e —	1	3	1	5	1	2	2	0	0	0	1	0	0	0
	6e —	2	1	0	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	7e —	0	1	0	2	2	3	0	1	2	0	0	1	0	0
	8e —	4	3	0	1	2	1	1	0	1	0	1	0	0	0
	9e —	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	10e —	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0
	11e —	3	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0
	12e —	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
	Communes rurales.....	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0
RÉCAPITULATION DES DÉCÈS CHOLÉRIQUES :															
Dans les hôpitaux civils et militaires.		4	5	12	5	6	8	4	3	3	1	1	3	1	1
A domicile et dans les comm. rurales.		18	12	4	13	7	11	3	1	5	0	3	4	0	1
Totaux généraux des décès...		22	17	16	18	13	19	7	4	8	1	4	7	1	2

RÉCAPITULATION DEPUIS LA RECRUDESCENCE JUSQU'AU 21 DÉCEMBRE.

Admissions dans les hôpitaux civils. .	4,751	6,899
Cas déclarés à l'intérieur	2,148	
Décès dans les hôpitaux civils	3,582	11,510
— — militaires ..	642	
— à domicile	4,817	
— dans les communes rurales.	2,469	

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

CURE RADICALE DES HERNIES. — INJECTIONS IODÉES, MÉTHODE SOUS-CUTANÉE. — RÉDUCTION DES HERNIES ÉTRANGLÉES PAR LA RUPTURE SOUS-CUTANÉE DES PILIERS DE L'ANNEAU. — CAUSE MÉCANIQUE DES BATTEMENTS DU COEUR.

Les diverses académies et sociétés savantes ont été entretenue depuis quelque temps de procédés plus ou moins nouveaux et plus ou moins différents, ayant pour but de procurer la guérison radicale des hernies à l'aide des injections iodées. Cette méthode, proposée naguère par M. Velpeau, mais délaissée par son auteur comme n'ayant pas répondu à son attenté, a été reprise par MM. Jobert et Maisonneuve avec des modifications qui ont paru à ces chirurgiens capables de faire revivre l'idée de M. Velpeau et d'en assurer le succès. Ces nouvelles tentatives, on ne peut plus louables en elles-mêmes, manquent encore de la sanction du temps; ou du moins les résultats annoncés par leurs auteurs sont d'une date trop récente pour qu'ils soient admis sans réserve. Il y a même des raisons de croire que l'avenir ne répondra pas tout à fait aux promesses du présent. Ce sont ces raisons que les auteurs n'ont peut-être pas suffisamment approfondies, et sur lesquelles on peut utilement appeler l'attention des chirurgiens.

Quels que soient les perfectionnements apportés à la méthode des injections iodées, il faut d'abord reconnaître que ces perfectionnements ne changent en rien le caractère primitif et essentiel de la méthode. Ils ont principalement pour but de rendre plus facile, plus complète et moins dangereuse l'introduction de la liqueur iodée; on peut même admettre qu'ils y réussissent jusqu'à un certain point. Toujours est-il que ces perfectionnements n'aboutissent qu'au même résultat, à savoir: l'oblitération du sac herniaire. Ce n'est qu'à cela qu'ils condnisent, et ils ne peuvent avoir la prétention de faire autre chose. On peut donc, jusqu'à un certain point, apprécier les résultats obtenus par MM. Jobert et Maisonneuve, d'après ceux qu'avait obtenus M. Velpeau luimême. Or, après plusieurs années d'expérience, le savant chirurgien de la Charité a renoncé à peu près à l'espoir d'obtenir la cure radicale des hernies par les injections iodées. Et qu'on le remarque bien, il n'y a pas renoncé, quoi qu'on en ait dit, parce que sa méthode est dangereuse ou difficile, mais parce qu'elle n'est point efficace. C'est donc la question d'efficacité qu'il fallait examiner d'abord, sauf ensuite à perfectionner le manuel opératoire, tant en vue de la facilité que de la sécurité de l'opération. Telle n'est pas la marche suivie par nos confrères, et il faut le reconnaître, telle n'est pas celle qu'avaient suivie leurs nombreux prédécesseurs. Tous ou presque tous ont plutôt cherché à varier les moyens de perpétuer les insuccès qu'à se préoccuper sérieusement de les prévenir. Quelques remarques sur cette fausse direction des esprits parviendront peut-être à prévenir de nouvelles méprises.

Toutes les méthodes visant à la cure radicale des hernies se divisent en trois catégories : 1° celles qui se proposent d'obtenir l'oblitération de l'orifice et du canal herniaires; 2° celles qui recherchent l'oblitération du sac herniaire; 3° celles, enfin, qui recherchent à la fois l'oblitération du canal et du sac. La méthode des injections iodées appartient à la seconde catégorie. Cette indication générale suffit pour la caractériser dans ce qu'elle a d'essentiel, et à ce titre on voit immédiatement qu'elle ne constitue pas une méthode, mais un procédé, un procédé d'oblitération du sac. Que cette oblitération soit produite par des scarifications, par la cautérisation ou par des incisions, qu'on l'obtienne même par la suppression du sac à l'aide de la ligature, le résultat est toujours le même, à savoir : l'oblitération du conduit et de la poche péritonéale. De quelle utilité et de quelle importance est l'oblitération de cette poche? Telle est la seconde question à examiner.

Il y a une remarque préalable à faire : c'est qu'il est des hernies qui n'ont ni poche ni conduit péritonéal, et l'on peut ajouter immédiatement que ce sont les plus nombreuses. Toutes celles, en effet, qui finissent par se creuser un conduit et une poche ont commencé par ne former qu'une simple ampoule, et le plus grand nombre des hernies congénitales s'arrêtent à ce degré de développement. Il n'est pas besoin d'un grand effort de logique pour conclure que, dans ces sortes de hernies, les injections iodées n'ont rien à faire, puisqu'il n'y a ni conduit ni sac à oblitérer; mais au delà de cette simple remarque, il y en a une autre plus importante et qui saute moins facilement aux yeux : c'est que le résultat le meilleur que puisse rechercher et atteindre l'injection iodée, c'est de ramener les hernies ayant sac et conduit aux hernies à simple ampoule. On veut bien admettre que l'oblitération sera si complète et remontera si haut dans le conduit péritonéal, qu'elle aura pour effet de niveler la surface interne du péritoine sur laquelle repose et pèse le paquet intestinal. Mais qu'aura-t-on fait, au demeurant, si ce n'est supprimer simplement un des accessoires de la hernie, son enveloppe immédiate? On l'aura replacée pour un temps plus ou moins limité dans la condition où elle était avant la sortie complète de l'intestin par le canal herniaire, c'est-à-dire qu'on aura supprimé momentanément un des effets de la cause ou des causes qui l'ont produite et l'entretiennent. Ces causes, sans avoir besoin de les discuter, ne consistent sûrement pas dans l'existence du sac ou même du conduit péritonéal, puisque ni sac ni conduit n'existent à l'origine de la hernie, et qu'ils ne sont que des effets accidentels et d'une époque fort avancée de sa formation. On peut donc, d'après cette seule considération, conclure que les méthodes qui visent simplement à l'oblitération du sac (quel que soit le moyen ou le procédé) n'auront que des succès apparents et éphémères, parce qu'elles ne remédient en aucune façon aux vraies causes de l'infirmité. A ce point de vue, on est donc fondé à croire que les nouveaux procédés d'injection, pas plus que le procédé initial, n'auront de résultat plus durable que tous les procédés d'oblitération imaginés, depuis la ligature au *point doré* jusqu'aux procédés de MM. Jobert et Maisonneuve.

Mais n'y a-t-il pas lieu d'être surpris de tant de frais d'imagination pour arriver, par des voies détournées, à refaire ce qui est fait et très-bien fait depuis longtemps? Il y a, disions-nous plus haut, des méthodes formant la troisième catégorie, lesquelles visent à obtenir l'oblitération simultanée du canal et du sac. La méthode sous-cutanée peut revendiquer sa place dans cette catégorie. Pendant qu'on s'évertuait à faire autrement et mieux qu'elle, elle laissait au temps le soin de fixer la valeur de ses premières tentatives. Or nous avons pu constater, il y a peu de temps encore, deux résultats qui ne se sont pas démentis depuis

FEUILLETON.

LES AMBULANCES DES ARMÉES ALLIÉES EN CRIMÉE. — ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DU SERVICE DE SANTÉ DE L'ARMÉE D'ORIENT. — DIRECTION GÉNÉRALE DE CE SERVICE. — AMBULANCES DES HÔPITAUX DE L'ARMÉE ANGLAISE.

Nous avons indiqué la composition du personnel des ambulances de chacune des divisions de l'armée d'Orient. Depuis la bataille de l'Alma, au siége de Sébastopol, au combat d'Inkermann, à la défense de Balaklava, les ambulances françaises ont été au-dessus de tous les éloges. A la tranchée comme sur le champ de bataille, elles ont dominé, par leur organisation, par l'expérience et l'habileté des officiers de santé qui y sont attachés, les difficultés inhérentes aux circonstances de la guerre, au tumulte du combat, à l'imprévu de l'attaque et de la défense, au grand nombre des blessés, à la gravité et à l'étendue des mutilations. Nos troupes n'ont pas eu à attendre les secours de la chirurgie. Toujours prêtes à l'action, toujours animées par le plus noble dévouement, les ambulances ont été remarquées par la promptitude des soins qu'elles ont donnés, par le grand nombre des opérations qu'elles ont pratiquées, par le fini et la régularité des pansements, par une assez sage détermination des cas d'amputation immédiate, par un choix intelligent des moyens de délégation.

Les médecins de l'armée anglaise aussi dévoués et capables, mais en trop petit nombre à l'Alma et au début du siége, proportionnellement au grand nombre des blessés dont ils avaient charge, ont été contraints de laisser sans pansement un certain nombre de malades. A Scutari leurs hôpitaux ont été un moment encombrés, et les objets de literie et les aides en chirurgie ont fait défaut. A qui la responsabilité de cet état de choses? Est-ce à la direction médicale du service de santé et à la presse médicale qui ont fait ressortir depuis plusieurs années en Angleterre les vices d'une organisation avec laquelle on n'arrive pas à attirer dans le service de l'armée ou de la flotte un nombre suffisant de chirurgiens, à cause de la parcimonie des allocations, des rémunérations, des préséances? Est-ce au parlement qui, depuis plusieurs années, a pris chaudement la défense d'un corps qui s'est distingué à tant de reprises dans les hôpitaux et sur les champs de bataille, dans l'Inde et dans les guerres de la Péninsule? Est-ce la faute des médecins eux-mêmes, qui ont su conquérir par leur dévouement, leur abnégation et leur bravoure, les emblèmes de la valeur militaire qui leur étaient jadis refusés, de même que chez nous on refusait aux obsèques des émules de Larrey l'accompagnement militaire et la poudre qui honorent la mort du brave? La cause de certaines irrégularités du service de santé de l'armée anglaise est, d'une part, dans l'insuffisance du personnel, d'autre part dans le nombre considérable de blessés qui ont afflué dans les ambulances et les hôpitaux. Cela nous rappelle les prédictions qu'un des doyens de la chirurgie anglaise, Guthrie, faisait

douze ans et six ans, le premier chez un sujet opéré au dépôt de Saint-Denis en 1842, et qui portait à la fois une hernie inguinale et crurale. La guérison de la hernie crurale s'est maintenue; la hernie inguinale avait récidivé la seconde année. Le second cas de guérison datant de six années, a été obtenu, avec le concours de MM. Brochin et Kuhn, chez une cliente de M. le docteur Desmarres. Cette dame subissant en ce moment l'épreuve de la grossesse, ne sera considérée par nous comme tout à fait à l'abri d'une récidive qu'après l'accouchement. Nous ne parlons pas d'autres faits d'une date plus récente et dont l'indication numérique n'ajouterait rien à l'autorité des deux faits qui précèdent. Tels qu'ils sont, ils doivent suffire pour engager les praticiens à s'exercer dans une voie qui leur promet des succès durables et nous ajouterons exempts de tout danger. La méthode sous-cutanée n'a pas la prétention de guérir toutes les hernies, tant s'en faut; elle reconnaît même qu'elle ne compte encore aucune guérison durable parmi les hernies scrotales anciennes et volumineuses. Son domaine de prédilection est précisément celui auquel il est interdit aux injections iodées de toucher; mais comme toutes les hernies commencent par être récentes et d'un petit volume, c'est donc pour la méthode sous-cutanée plus une question d'opportunité que de compétence.

A propos de la méthode sous-cutanée, il n'est pas sans intérêt de signaler une application — ou plutôt une imitation — qui en a été faite à la réduction des hernies étranglées. M. le docteur Seutin assure le succès du taxis en rompant sous la peau avec le doigt le pilier externe de l'anneau. Cette pratique a déjà réussi un assez grand nombre de fois à l'hôpital Saint-Pierre. Nous en félicitons le chirurgien en chef; mais ne lui semble-t-il pas qu'avec une main qui manie aussi bien le histouri que la sienne, un ami aussi dévoué qu'il l'est de la méthode sous-cutanée ferait tout aussi bien de pratiquer la section sous-cutanée du pilier que sa déchirure? Tout le monde s'en trouverait sans doute mieux : le malade, le chirurgien et la méthode.

— Nous trouvons parmi nos arriérés les curieuses expériences à l'aide desquelles M. le docteur Hiffelsheim est parvenu à établir que le cœur bat parce qu'il recule. Il faut distinguer dans cette théorie l'idée et les preuves qui l'établissent. L'idée de considérer les battements du cœur comme résultant de l'alternative de dilatation et de vacuité de l'organe est venue à l'esprit de beaucoup de monde. Mais de cette idée vague à la détermination précise du mécanisme suivant lequel le phénomène du recul du cœur s'accomplit pour produire consécutivement le choc de l'organe contre la paroi thoracique, il y a toute la distance d'une hypothèse à une démonstration. Or on a pu lire, dans un de nos précédents numéros, la description d'un ingénieux appareil qui a permis à M. Hiffelsheim de reproduire artificiellement les principales conditions mécaniques du phénomène du recul et des battements du cœur. Nous disons conditions mécaniques, car il ne faudrait pas supposer que l'auteur a voulu étendre son idée et sa démonstration au delà. Il sait que les mouvements de l'organisme ne sont jamais scindés à ce point de l'ensemble dont ils font partie, qu'on puisse les réduire à des phénomènes de mécanique pure et circonscrite. Si les rouages du corps humain, mis en mouvement par la vie peuvent être ramenés aux lois de la mécanique générale, c'est à la conditiou de toute réserve au profit de leur extrême délicatese, de leur extrême complexité, de leur caractère de continuité avec ce qui les environne, le tout approprié au caractère de la force qui les anime. C'est ce que l'excellent esprit de M. Hiffelsheim ne saurait lui faire méconnaître. Dans cette limite, et avec cette réserve, sa démonstration est un progrès, et un progrès dont on ne saurait trop encourager la tendance : c'est de la *physique médicale* dans la véritable acception du mot, science dont il existe à peine quelques linéaments.

JULES GUÉRIN.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

NOTE SUR LE DIAGNOSTIC ET LA NATURE DU RAMOLLISSEMENT BLANC DE LA MOELLE ÉPINIÈRE; par le docteur S. MARCEL, membre de la Société médicale d'observation.

Les maladies de la moelle épinière renferment encore beaucoup de points obscurs; il est facile de s'en convaincre en lisant les descriptions les plus récentes dans lesquelles les auteurs signalent les lacunes de la science, et font appel à de nouvelles recherches. Les faits qui ont servi à en tracer l'histoire sont nombreux sans doute; mais combien d'entre eux n'ont qu'une valeur restreinte ou quelquefois nulle, par l'absence de détails qui ont acquis aujourd'hui un haut degré d'importance! Dans beaucoup de cas, l'autopsie n'ayant point été faite, on n'a pu contrôler les symptômes par l'anatomie pathologique; d'un autre côté, quand on a signalé les altérations après la mort, on ne les a décrites qu'imparfaitement. Désormais il faut, dans l'observation, tenir compte des données fournies sur les fonctions de la moelle par les physiologistes modernes; il faut examiner séparément et avec grand soin toutes les modifications de la sensibilité et de la motricité, déterminer avec précision le siége et le caractère des altérations microscopiques. Par cette voie seulement on recueillera les renseignements propres à éclairer la nature et le diagnostic de la maladie, en même temps qu'on pourra vérifier ou étendre les lois que la physiologie a posées. Ce secours fourni à la physiologie par la pathologie a, particulièrement pour la moelle épinière, été précieux à la méthode expérimentale, et si celle-ci, entre les mains habiles de MM. Flourens, Longet, etc., a conduit à de remarquables découvertes, il est bon parfois de demander encore à la pathologie son premier appui. C'est que la maladie est aussi une expérience, et une expérience d'une valeur incontestable; car ses produits s'effectuent suivant certaines lois dont on n'aperçoit pas toujours bien le mécanisme, mais dont on ne saurait méconnaître l'existence. Ce sont là des faits connus, sur lesquels je n'ai pas besoin d'insister.

A tous ces titres, le fait dont je vais donner l'histoire mérite d'être rapporté. Je l'ai recueilli moi-même avec le plus grand soin. On peut compter sur l'exactitude des renseignements fournis par le malade, qui était un homme intelligent et dont la mémoire était sûre. Enfin l'autopsie, exposée avec précision, permettant de rapprocher les altérations anatomiques des symptômes observés pendant la vie, complète l'intérêt que commande une pareille ohservation.

Le ramollissement de la moelle épinière n'envahit que dans un pe-

---

dans le TIMES avant l'ouverture de la campagne actuelle. En lisant ces articles qui ont été reproduits par les journaux, on voit qu'en Angleterre comme chez nous, si l'organisation du service de santé pèche sous tant de points, cela tient aux entraves de la bureaucratie et de l'administration centrale, à l'absence d'une direction centrale puissante et véritablement efficace, à l'autocratie du pouvoir militaire qui s'est obstiné à refuser l'exécution des votes du parlement (1).

La presse médicale a aujourd'hui conquis une part de publicité dans les événements de la guerre. Elle ne suit point la marche des armées, les combinaisons de la stratégie ou de la politique. Elle demande seulement à recueillir les faits, à analyser les travaux, à mettre en relief les services scientifiques qui ont pour but le perfectionnement de l'hygiène militaire et le progrès de la pathologie. En retour, elle prête à une corporation considérable, celle des officiers du corps sanitaire de l'armée, un moyen de mettre en relief les services rendus, de défendre les droits acquis, et d'aider ainsi peu à peu à l'émancipation de cette branche intéressante de la famille médicale, qui, dans toutes les guerres des peuples civilisés depuis la fin du siècle passé, a donné sur les champs de bataille les preuves de la plus noble abnégation et du plus courageux dévouement.

(1) Ainsi le vote de la chambre des communes en 1850, relatif à l'allocation d'un logement convenable et isolé pour les chirurgiens de la flotte, a échoué devant les fins de non-recevoir des lords de l'amirauté.

A la fois infirmiers, sœurs de charité et savants, les *officiers de santé*, comme les appelait Percy, ont fait pénétrer la science et l'observation sérieuse dans une branche de l'art de guérir qui jusqu'à eux était abandonnée à la partie la plus infime et souvent la moins honnête des praticiens. La guerre, en se perfectionnant, est devenue non plus seulement l'art de gagner des batailles ou de conquérir des empires; l'opinion publique lui a imposé tel devoir de ménagement de la santé et de la vie des hommes qu'elle ne saurait enfreindre. Aussi voit-on de nos jours toutes les questions qui se rapportent au bien-être du soldat devenir l'objet d'une constante préoccupation. Le progrès a été tel sous beaucoup de points, que certaines maladies ont presque entièrement disparu des armées et que d'autres ont singulièrement diminué d'intensité. L'histoire de notre siècle dira peut-être un jour cela au grand honneur d'une profession dont les services sont généralement peu connus et mal appréciés de ceux-là même auxquels ils s'appliquent.

Ces réflexions nous viennent à propos du siége de Sébastopol. Si on y trouve ce grand ménagement de la vie des hommes qui fera l'un des caractères distinctifs des guerres à venir, on y remarque aussi l'organisation et le fonctionnement du service de santé des armées alliées. La prudente réserve des généraux, la sagesse des mesures hygiéniques, l'habile répartition du service de santé, voilà les vrais motifs auxquels il faut sans doute rapporter les pertes proportionnément très-faibles d'une armée qui depuis plus de deux mois est sur une terre ennemie sans autre moyen de couchage que la terre; sans autres aliments que ceux qui sont transportés par mer à grands frais, sans abri suffisant contre les intempéries et contre les rigueurs d'un climat qui

tit nombre de cas une partie distincte du cordon rachidien, et si alors ce sont les faisceaux antérieurs ou les faisceaux postérieurs qui sont atteints isolément, il est facile d'étudier les altérations des fonctions dévolues à chacune de ces parties. C'est ainsi que, dans l'observation suivante, pendant une longue période de la maladie, la sensibilité seule a été atteinte, et ses troubles ont constitué à eux seuls les symptômes du ramollissement. J'ai donc pu, dans ces conditions, observer avec attention cet ordre de phénomènes; j'ai enregistré toutes les modifications de la sensibilité, et les rapprochant plus tard des altérations anatomiques correspondantes, j'ai pu en déterminer la valeur. En général, en explorant la sensibilité dans les différentes maladies de la moelle épinière, on a insisté surtout sur ses degrés d'augmentation ou de diminution; on s'est moins appesanti sur ses autres modifications, les lésions de la motricité, dans la plupart des cas, ayant absorbé l'attention. Associées ou non aux troubles du mouvement, les altérations de la sensibilité me semblent devoir mériter un plus haut intérêt; les considérations dont je ferai suivre le fait que je vais exposer démontreront, j'espère, que quelques modifications de la sensibilité ont pour le diagnostic et la nature du ramollissement une importance plus grande que celle qu'on leur avait accordée jusqu'aujourd'hui.

Voici le fait qui servira à cette démonstration.

Obs. — Le malade qui fait le sujet de cette observation est un homme de 35 ans, bijoutier, entré à l'Hôtel-Dieu le 9 janvier 1839. Étant jeune, il a toujours joui d'une bonne santé, et était peu sujet à s'enrhumer. Vers l'âge de 18 ans, il a éprouvé à des intervalles irréguliers, surtout dans les temps froids et humides, une douleur contusive dans l'épaule gauche, sans élancement, occupant la partie inférieure du deltoïde et n'augmentant pas dans les mouvements. Il y a huit ans, il a eu une blennorrhagie et des chancres, pour lesquels il a fait un traitement mercuriel de trois mois. Jamais de chute ni de coups sur le dos et sur la tête.

Ouvrier habile et gagnant bien sa vie, il a toujours eu une bonne nourriture, un logement sec, aéré. Il n'a jamais fait d'excès de boisson; mais dès l'âge de 15 ans il s'est livré avec passion aux plaisirs vénériens; il n'a cessé depuis de s'y adonner avec entraînement. Personne dans sa famille n'a été atteint de maladie semblable ou analogue à la sienne. Il est père d'un enfant de 13 mois qui, dit-il, a l'épine dorsale courbée, ne se soutient pas sur ses jambes et a l'air d'un enfant de 5 mois.

Cet homme, dont l'intelligence est nette et la mémoire sûre, raconte qu'il y a environ trois ans, sans cause connue, il ressentit dans la région du sternum une douleur lancinante et disparaissant presque instantanément. Le lendemain survient une nouvelle douleur fixée sous le mamelon gauche, sans toux ni palpitations. Un mois après, sensation d'une barre occupant l'épigastre et les hypocondres; sentiment de constriction, comme une ceinture douloureuse, avec léger engourdissement à la région dorsale correspondante. Le malade, n'éprouvant aucune faiblesse dans les membres, continuait à travailler, quoique souffrant de cette douleur, qui variait dans son intensité. Au commencement de janvier 1838, survinrent à la partie interne des jambes des tiraillements forts, douloureux, empêchant le sommeil et s'étendant du genou au cou-de-pied. Ils revinrent plusieurs fois à quinze jours d'intervalle. Un mois après, il y eut de l'engourdissement dans les orteils; la plante des pieds devint douloureuse pendant la marche, les jambes conservant toute leur agilité. En *mai*, un engourdissement semblable à celui des orteils s'empara de la partie antérieure des jambes et des cuisses, accompagné de douleurs aux aines et à l'hypogastre pendant la marche. Pendant cet exercice, le malade éprouvait de la fatigue, mais n'avait pas encore besoin d'appui. Au commencement de *juin*, il eut pendant environ quinze jours une grande peine à retenir les matières fécales dès qu'il sentait le besoin de les rendre. Il lui arriva alors plusieurs fois pendant le sommeil de rendre ses urines sans s'en apercevoir. En même temps il eut pendant la nuit des érections fréquentes et des pollutions. Les érections étaient douloureuses; la douleur siégeait surtout à l'extrémité de la verge. Ces accidents ont eu leur plus grande intensité pendant une quinzaine de jours environ, puis n'ont reparu que de loin en loin. Au mois de *juillet*, la faiblesse des membres inférieurs avait augmenté sensiblement. En *septembre*, le malade avait besoin d'une canne pour marcher; à la fin de *décembre*, il lui fallait le secours d'un bras.

Dès le début de la maladie, le coït occasionnait de la douleur à l'extrémité de la verge, et le malade dit que la sensation naturelle était moins vive. Depuis deux mois les érections sont nulles, et il y a au moins trois mois qu'il n'a eu de rapports avec sa femme. Enfin, six mois avant le début de la maladie, il éprouvait, affirme-t-il, des douleurs assez vives dans le ventre et les membres inférieurs quand il prenait des bains; il était obligé de prendre son bain tiède, puis le réchauffait après. Les pédiluves occasionnent les mêmes effets; les parties immergées en sont seules le siége. Jusqu'aujourd'hui le traitement a consisté en saignée, vésicatoires, sangsues, bains, cautères, strychnine (72 pilules).

État actuel, 11 janvier. Le malade est un homme de taille moyenne, bien conformé; ses cheveux sont noirs, abondants, un peu grisonnants, son embonpoint ordinaire. Poitrine sonore sous les clavicules; respiration pure, libre; pas de toux; impulsion faible à la région précordiale, sans matité anormale; battements du cœur réguliers; pouls à 96, peu développé, régulier; appétit; ventre souple, indolent; légère céphalalgie, avec bourdonnements d'oreille.

Le malade étant couché, les jambes peuvent être tenues tendues au-dessus du lit; on n'y trouve ni roideur ni contraction, seulement un peu de difficulté à fléchir l'articulation du genou droit. Les deux membres peuvent s'écarter et se rapprocher librement. Pendant la marche, il tient la pointe du pied élevée et appuie surtout du talon. Les jambes fléchissent quand il veut les porter en avant, il les projette souvent à droite ou à gauche. La pression et la percussion sur la colonne vertébrale ne déterminent aucune douleur sur les côtés également.

A la base de la poitrine, douleur intense : c'est une ceinture qui occasionne un sentiment de constriction dans les hypocondres. La respiration n'est pas gênée, et la douleur n'augmente pas par la toux. Sensation d'engourdissement dans les trois derniers doigts de la main droite. Cette nuit, tiraillements dans les membres inférieurs et à l'hypogastre, provoquant le réveil; de temps en temps il s'y joignit des secousses assez fortes. Il y avait en même temps des tiraillements dans les avant-bras, partant de l'extrémité et s'étendant jusqu'au-dessus du coude. La sensibilité est conservée partout. Le malade sent vivement quand on le pince ou qu'on applique un corps froid. Une cuiller, promenée sur l'épine, donne seulement la sensation de froid, et à la région sacrée celle d'un liquide glacé. Le malade dit que son corps se refroidit facilement, les jambes surtout. Quand la chaleur est rétablie, il éprouve une sensation de fourmillement, particulièrement dans les jarrets. Nulle douleur dans les autres parties du corps; chaleur modérée; impatience générale.

Les selles sont régulières; étant couché le malade peut retenir ses matières deux ou trois heures; mais debout le besoin devient tellement impérieux qu'il est obligé de le satisfaire à l'instant. Les gaz sont parfois rendus involontairement, sans effort, bien que le malade en ait conscience. Ses lavements ne peuvent être gardés un seul instant. Les urines sont rendues sans douleur, mais le malade reste un peu de temps devant le vase avant de pouvoir uriner. L'urine est rendue trois ou quatre fois par jour, peu abondante; le jet est continu, mais diminué au moins de moitié pour la force. (Prescription : eau de Vichy, pil. d'opium, bains salés.)

Pendant le mois suivant l'état du malade n'a rien présenté qui soit digne

---

présente souvent en cette saison, des ouragans de vent et de pluie glacée. Il est bon d'enregistrer les mesures auxquelles on doit de si heureux, de si inespérés résultats, il est aussi nécessaire de savoir d'où elles proviennent, de qui elles émanent et à qui il faut les attribuer.

On pourrait croire qu'il s'agit ici d'une revendication personnelle. Les officiers du corps sanitaire de l'armée étant censés avoir seuls l'autorité et les connaissances nécessaires pour dicter ou prescrire les mesures hygiéniques ou purement médicales, il est assez naturel de penser que ces mesures proviennent de leur initiative ou de leur conseil. On a dit cependant que les choses se passaient autrement et que si la santé de l'armée se maintenait sous de favorables auspices, si les maladies épidémiques ou endémiques étaient conjurées, si des soins immédiats et savants étaient donnés à nos blessés dans la tranchée même et sous les batteries ennemies, si des opérateurs d'un grand mérite et d'une renommée spéciale étaient réunis aux ambulances, on a dit que tout cela n'était point l'œuvre des médecins(1).

Cela réclame une explication qu'il nous faut fournir ici, et qui ne manquera pas d'intéresser quelques-uns de nos lecteurs. Il y a à l'armée un corps puissant, habile, instruit, richement doté de faveurs, d'assimilation de préséances; ce corps, qui n'est pas militant mais seulement administratif, préside à tous les services administratifs de l'armée. Il dirige les établissements hospitaliers, il règle l'approvisionnement des armées, il contrôle la solde, les dépenses, il contracte au nom de l'État pour des fournitures considérables. Les *vivres* et les *hôpitaux*, ces deux grandes nécessités des armées en campagne, relèvent ainsi des *Intendants militaires*. A eux tout ce qui se rapporte aux marchés à conclure, aux conditions à exiger, aux subsistances alimentaires à fournir aux troupes; à eux tout l'approvisionnement des hôpitaux, leur installation, la surveillance de leur administration intérieure; ils ont la haute main sur tout ce qui concerne les locaux, le matériel et le personnel. Sous le *régime actuel* comme sous les organisations précédentes, les médecins en chef des armées n'exercent qu'une action indirecte sur le personnel de santé. Le pouvoir qui leur est déféré est plutôt consultatif qu'exécutif, et toutes leurs décisions sont soumises à l'approbation de l'intendance. En dehors de l'action sur le personnel, qui, comme on le voit, est très-incomplète, le pouvoir médical ne s'exerce pas librement aux armées, quand il s'y exerce pour tout ce qui regarde l'installation des hôpitaux et l'organisation des ambulances. En fait, les chefs du service de santé ont simplement le pouvoir consultatif, et encore souvent ils sont obligés de revendiquer cette parcelle de puissance. *L'Intendance*, qui n'est aucunement *médicale*, dirige le personnel et les affaires médicales. C'est-à-dire que les officiers de l'intendance militaire, se substituant aux chefs directs de la hiérarchie médicale, profitent de l'élasticité des dispositions réglementaires pour décider en matière d'installation des hôpitaux, d'évacuation et de répartition des malades; se font déférer les questions relatives à l'hygiène, à l'assainissement, aux prescriptions alimentaires, répartissent le matériel des hôpitaux, et ont la haute main sur l'approvisionnement des médicaments. Alors à la faveur de cette position ils peu-

(1) (Moniteur officiel). Rapport de l'intendant en chef de l'armée.

d'être noté, si ce n'est une douleur à la pression entre la première et la deuxième vertèbre dorsale, ne pouvant être déterminée que par moments. Une éponge trempée dans l'eau chaude, puis dans l'eau froide, et promenée successivement le long de la colonne vertébrale, ne donne lieu à aucune sensation particulière dans aucun point. Les douleurs, les secousses, les tiraillements ont persisté avec des alternatives de diminution et d'intensité. Une fois pendant le sommeil le malade a uriné sans en avoir conscience; deux fois il a eu des pollutions. Quelquefois en urinant le malade croit avoir fini, se retire du vase quand l'urine coule encore. Pas de selles involontaires. Appétit variable. Le pouls n'atteint jamais 90. (Même traitement.)

Dans les premiers jours de mars on constate une amélioration sensible : les douleurs ont notablement diminué, la marche est plus facile, les secousses sont plus rares; le sentiment de constriction de la poitrine n'existe plus. Vers le 15, survient un érysipèle qui envahit successivement les épaules, le cou, le tronc, les cuisses, la face, les bras et les jambes; en un mot, il occupe tour à tour tous les points de la surface cutanée. Sa durée a été de six semaines environ. Pendant ce temps le pouls s'est presque toujours maintenu entre 90 et 100; il est survenu une toux fréquente, avec expectoration. La maladie primitive n'a pas offert de changement sensible. Mais à la suite de l'érysipèle on constate une grande faiblesse générale et un amaigrissement notable : les cheveux tombent abondamment; les fonctions abdominales sont troublées; il y a des ulcérations aux hanches, aux fesses, au sacrum.

Vers le 15 mai les urines ne sont plus expulsées que goutte à goutte; il faut sonder le malade. Quand il veut se retourner dans son lit, ses jambes se croisent, et il a de la peine à les décroiser; quand elles sont écartées l'une de l'autre, il lui est presque impossible de les rapprocher. Les muscles adducteurs des deux cuisses forment une saillie considérable dès qu'on veut les écarter; cet écartement ne peut aller au delà de limites très-étroites : aux genoux il n'est que de 10 à 12 centimètres. Le malade élève encore les jambes de 5 à 6 centimètres au-dessus du lit, mais il ne peut les y tenir quelques instants. Il éprouve une sensation de froid dans les deux bras, accompagnée d'engourdissement, avec une sorte d'agacement dans les mains. Le pouls est à 120, petit. Les jours suivants, les symptômes augmentent de gravité, les jambes se fléchissent sur les cuisses, la faiblesse générale devient extrême; les selles et les urines sont involontaires : le pouls s'élève à 150. Le 29 mai, délire tranquille : mort le lendemain.

Autopsie 40 heures après la mort. Tous les organes ont été examinés avec soin. Je mentionnerai seulement avec détail les plus importantes altérations.

Rigidité cadavérique facile à vaincre; dernier degré de marasme; lividités cadavériques au dos et à l'abdomen. Larges escarres, intéressant les deux tiers du derme au sacrum, aux deux trochanters, au sommet de la petite tubérosité sciatique.

Moelle épinière. Les *membranes* examinées à l'extérieur sont blanches et lisses : avant leur ouverture on aperçoit à la fin de la cavité de l'arachnoïde environ une cuillerée à café de liquide. Au toucher on ne sent aucune différence de densité dans tous les points du cordon rachidien. Le liquide qui s'écoule après l'incision est un peu jaunâtre, dans quelques points d'un blanc mat, un peu floconneux. La dure-mère incisée laisse voir l'*arachnoïde* blanche, fine, présentant dans quelques points une arborisation rouge et quelques bulles gazeuses, transparentes.

La *moelle*, dans toute l'étendue de son bulbe supérieur, à 2 centimètres au-dessous environ, présente un ramollissement crémeux de toute la profondeur des cordons postérieurs, intéressant 1 millimètre environ de la substance grise sous-jacente. Dans les 5 centimètres et demi qui suivent, elle a sa consistance normale; puis, dans la longueur de 4 centimètres et demi, on trouve un second ramollissement des cordons postérieurs, ayant la consistance crémeuse et intéressant un peu plus profondément la substance grise qui est un peu pâle en ce point. Dans le reste de son étendue jusqu'au bulbe inférieur, on ne découvre aucune altération; mais dans ce bulbe on trouve un ramollissement blanc de toute l'épaisseur de la moelle, et comprenant les deux tiers inférieurs du bulbe : là la substance médullaire est entraînée par un filet d'eau, et il ne reste à la partie antérieure et latérale qu'une lame mince de substance médullaire. Dans tous les points ramollis, le tissu de la moelle est d'un blanc mat, tout à fait semblable à de la crème là où le ramollissement occupe la substance blanche; la substance grise est seulement plus pâle. Aucune autre altération.

Cerveau. Aucune altération appréciable de sa substance ni de ses *membranes*. Une cuillerée de sérosité dans l'arachnoïde et dans les ventricules latéraux.

Poitrine. Le *cœur* et le *péricarde* sont sans altération notable : le cœur est flasque et petit. Il n'y a pas de caillots dans les ventricules. Épanchement abondant de sérosité roussâtre dans la *plèvre* gauche; fausses membranes, molles, non organisées sur ses parois. Un demi-verre de sérosité trouble dans sa *plèvre* droite dont le sommet est tapissé de débris de poumon qu'on n'a pu détacher. Le *poumon gauche* est lourd, crépitant partout, excepté au sommet, où l'on trouve quelques tubercules non ramollis; à la coupe il s'en écoule beaucoup de sérosité spumeuse, rougeâtre. Le *poumon droit* est lourd, à peine crépitant dans le tiers de son étendue; il ne l'est nullement dans tout le lobe supérieur. Le lobe inférieur se laisse facilement déchirer et est parsemé de granulations grises, demi-transparentes. Deux noyaux tuberculeux opaques, gros comme une noisette dans le lobe moyen. Tout le sommet du lobe supérieur est occupé par une vaste caverne; le reste est farci d'une multitude de tubercules opaques, réunis par de l'infiltration grise.

Abdomen. Le tissu du *foie* est ferme, d'un jaune paille à l'intérieur : il graisse fortement le scalpel. La vésicule est sans altération appréciable. Dans les quatre cinquièmes de son étendue, l'*estomac* offre à l'intérieur une coloration gris bleuâtre, coupée par des lignes ardoisées; dans tous ces points la muqueuse est tellement mince qu'on peut à peine en trouver des traces, tandis que vers le pylore et le petit cul-de-sac on obtient des lambeaux de près d'un centimètre, et elle a une coloration rosée. Dans l'*intestin grêle*, vers la fin de l'iléum, la muqueuse est épaissie, ramollie avec coloration grise; quatre petites ulcérations près de la valvule iléo-cécale; pas d'autres altérations. Dans le *gros intestin*, à partir de la valvule, et dans l'étendue de 10 centimètres environ, seulement, la muqueuse est ramollie et d'un rouge cramoisi. La *vessie* a un volume ordinaire; son intérieur est réticulé, sa muqueuse grisâtre et de bonne consistance.

Après la lecture de cette observation, on ne saurait s'empêcher de remarquer la différence qui existe entre les lésions du mouvement et celles de la sensibilité. Celles-ci l'emportent sur les premières et par l'étendue et par le nombre : c'est sur elles que je vais tout d'abord attirer l'attention.

Les faisceaux postérieurs de la moelle ont été trouvés, à l'autopsie, ramollis dans toute leur épaisseur en trois points différents de leur étendue; et pendant tout le cours de la maladie, la sensibilité n'a présenté dans aucun point ni abolition ni diminution. Elle a été interrogée à l'aide du pincement et de l'application d'un corps froid; mais elle a offert de nombreuses modifications, que le malade a exprimées par les mots de *douleur*, *engourdissement*, *constriction*, *tiraillements*, *agacement*, *sensation de froid*. Or, ces phénomènes, pendant une longue période de la maladie, ont constitué à eux seuls les symptômes du ramollissement; ils en sont donc les véritables signes, l'altération n'occupant, bien entendu, que les faisceaux postérieurs du cordon rachidien. En effet, au début de la maladie, on observe à peu près en même temps de la *douleur* à l'extrémité de la verge pendant le coït,

---

vent s'attribuer le mérite du choix intelligent des hommes, et de leur appropriation à telle ou telle spécialité; à eux la mission de distinguer au milieu des circonstances difficiles de la guerre la menace des épidémies, l'intensité probable de ces fléaux, et le danger des maladies endémiques.

Les faits que nous articulons ici pourraient sembler anormaux, incroyables, exagérés. Nous tenons à faire savoir qu'ils ne sont que l'expression de ce qui se passe ordinairement. Ce qui peut paraître incroyable en ces matières à la plupart des lecteurs de la Gazette est considéré comme chose fort ordinaire dans l'administration de l'armée. Ces énormités se font et s'impriment dans les documents qui sont livrés à la plus grande publicité; témoin le rapport de l'intendant en chef de l'armée d'Orient, dans lequel ce fonctionnaire s'attribue le mérite de la composition des ambulances qui fonctionnent devant Sébastopol; témoin le personnel des hôpitaux de Constantinople, qui a vu de grandes évacuations de malades se faire sous la seule initiative d'un intendant. Il paraîtrait cependant, d'après quelques faits, que nous ne pouvons révéler ici, qu'une certaine émotion a été produite en haut lieu par la lecture de ces rapports et par l'audition des hauts faits de l'intendance en matière d'hygiène militaire, d'administration médicale et pharmaceutique. On se serait demandé quelle est la part réelle de ce corps dans un ordre de choses qui lui est aussi étranger, qui lui échappe aussi complétement, qui relève d'une corporation qui a une hiérarchie analogue à celle de l'armée, depuis le grade de lieutenant jusqu'à celui de général de brigade, et qui est représentée en Orient par un *inspecteur-directeur* très-capable de diriger et de commander, qui excelle dans l'art de faire mouvoir les rouages d'une administration dont il connaît tout le mécanisme et dont la parole et les travaux font autorité en matière d'hygiène et de prophylaxie. — Il ne nous est pas donné de savoir jusqu'où les éclaircissements ont été portés, ni jusqu'à quel point le jour a pénétré dans cette question; mais nous ne pouvons nous empêcher de penser que la haute sollicitude du chef de l'État pour les intérêts matériels de l'armée et pour tout ce qui regarde l'organisation des services militaires n'accorde un jour une répartition plus juste et plus égale du pouvoir, une séparation plus nette entre les autorités administratives et l'autorité médicale; qu'elle n'amène enfin dans les différents services une pondération telle que l'expérience, le savoir et le dévouement d'un des corps les plus savants et les plus spéciaux de l'armée ne tourne pas à profit et ne serve de titre et de moyens de distinction à une hiérarchie purement administrative.

Que cette hiérarchie administrative rende de grands services à l'armée, nous n'avons aucune raison pour les contester ou pour les diminuer. Qu'elle ait des points de contact multipliés avec le service médical, c'est ce que tout le monde pressent. Mais qu'il faille inférer de là que le pouvoir administratif doive englober et subalterniser le pouvoir médical; que celui-ci réduit à l'état de conseil facultatif soit mis dans le cas de perdre son initiative, sa faculté d'impulsion et d'action dans les circonstances si imprévues de la guerre qui la nécessitent au plus haut degré; qu'il soit obligé d'agir à couvert et dans l'ombre; que le mérite de ses actions se perde, que l'armée soit mise à même de se tromper sur l'origine des mesures qui ont trait à la santé des troupes; c'est ce qui ne pourra être admis par des esprits élevés, sincères, n'ayant en vue que le bien du service et une juste pondération d'avantages et d'influence

avec diminution de la sensation naturelle dans cet acte, et une *constriction douloureuse* ayant son siége à la base de la poitrine, dans les hypocondres, avec léger *engourdissement* vers la région dorsale correspondante. Plusieurs mois s'écoulent, et l'on voit apparaître à la partie interne des jambes des *tiraillements*, forts douloureux, puis de l'*engourdissement* dans les orteils ; la plante des pieds est *douloureuse* pendant la marche, et quelques mois plus tard, l'*engourdissement* monte aux cuisses et s'accompagne de *douleurs* dans les aines et l'hypogastrie. Enfin il y a des pollutions et des érections fréquentes, *douloureuses*. Ainsi, pendant plus d'un an, la sensibilité seule fut altérée, et la motricité resta parfaitement intacte. Alors seulement survinrent des accidents qui indiquaient que le ramollissement avait envahi les faisceaux antérieurs du renflement inférieur du cordon médullaire. Ainsi apparaissent : inaptitude presque complète au coït ; les matières fécales ne peuvent être conservées quand le besoin de les expulser se fait sentir ; les urines ne peuvent être rendues immédiatement quand le malade se présente au bassin ; les lavements ne peuvent être gardés ; les membres inférieurs ne peuvent plus soutenir le poids du corps, ils sont le siége de secousses, de contractions involontaires, etc. Ce nouvel ordre de phénomène, appartenant à la motricité, a consisté, comme on le voit, dans l'*affaiblissement* progressif des sphincters et des muscles des membres inférieurs ; dans des *secousses*, des *contractions* involontaires des muscles, des *roideurs* des membres. Je me contente de les signaler ici ; j'aurai l'occasion d'y revenir plus loin.

Si maintenant nous jetons un coup d'œil sur les altérations anatomiques, nous voyons que la moelle épinière présente, dans trois points de son étendue, un ramollissement blanc, homogène, tout à fait semblable, pour la couleur et la consistance, à de la crème : les méninges rachidiennes sont intactes. Mais n'envisageons, pour un instant, que les altérations des faisceaux postérieurs. Si nous en rapprochons les troubles de la sensibilité que nous avons énumérés plus haut, nous serons conduits à regarder ces troubles comme se rapportant directement au ramollissement, avec les caractères que nous lui avons trouvés. En effet, dans cet état d'altération, le tissu médullaire est resté conducteur de la sensibilité, puisque nous n'avons rencontré ni affaiblissement ni abolition de cette faculté ; mais elle a été *troublée*, *pervertie* ; et ce sont ces modifications que nous avons observées sous le nom d'*engourdissements*, de *douleurs*, de *tiraillements*, etc., etc. Il n'y a donc point de *paralysie du sentiment* dans le ramollissement blanc chronique de la moelle épinière, tel que nous l'observons ici. Les cas où cette paralysie existe sont ceux où le ramollissement a eu une marche rapide, apoplectiforme, et il ressemble beaucoup alors à l'hémorrhagie de la substance nerveuse, nu lorsqu'il s'est compliqué d'inflammation. Dans ces cas, en effet, la trame du tissu médullaire est détruite ; elle est remplacée par du sang, du pus, un détritus diversement coloré ; elle est inapte à conduire les impressions : il y a vraiment et seulement paralysie : il n'y a pas lieu d'observer des altérations, des modifications de la sensibilité qui n'existe plus.

En faisant la même étude pour les altérations des faisceaux antérieurs de la moelle, nous arrivons pour le mouvement à un résultat analogue à celui que nous venons d'obtenir pour la sensibilité. Quant aux caractères physiques, le ramollissement est tout à fait identique ; la coloration, le degré de consistance sont absolument les mêmes que dans les faisceaux postérieurs. Or les troubles de la motricité ont bien plus porté sur des modifications de cette faculté que sur sa diminution ou son abolition. On a pu voir, en effet, dans le cours de l'observation, quelle large part avaient les *secousses*, les *contractions* involontaires des muscles, la *roideur* des membres. Ce sont là des phénomènes qui s'expliquent, comme les perversions de la sensibilité, par l'état anatomique de la lésion. Cependant il faut avouer que la faiblesse des membres inférieurs et des sphincters était considérable, et on ne saurait dire du mouvement, comme de la sensibilité, qu'il n'y a pas eu de *paralysie*, quel qu'en soit le degré. A quoi tient cette différence ? On ne le trouve pas dans les caractères anatomiques du ramollissement, qui envahissait dans la même altération les faisceaux antérieurs et les faisceaux postérieurs. Les conditions de transmissibilité dans le tissu médullaire également altéré seraient-elles différentes pour le mouvement et pour la sensibilité? Il est impossible de rien avancer à cet égard ; toutefois je ferai remarquer que cette diminution du mouvement, cet affaiblissement dans la force musculaire, ou paralysie incomplète, n'a pas le caractère tranché de la paralysie du mouvement qu'on observe dans le ramollissement apoplectiforme ou dans l'hémorrhagie de la substance nerveuse, ce qui tient certainement à la condition anatomique qui diffère visiblement dans ces cas. Ici, c'est surtout un affaiblissement, là une abolition du mouvement. Dans le ramollissement blanc chronique, la trame du tissu médullaire est altérée plus ou moins ; elle est détruite dans les autres cas. Il n'y a donc pas une véritable différence dans l'expression symptomatique entre les modifications de la sensibilité et celles du mouvement.

La nature du ramollissement blanc, tel que j'en rapporte ici un exemple, semble n'être véritablement qu'une diminution de consistance avec décoloration marquée de la substance nerveuse ; on y chercherait en vain les caractères de l'inflammation. Il appartient à cette classe de ramollissements décrits par MM. Rostan, Abercrombie, etc., dans lesquels il n'existe ni tuméfaction, ni mouvement fébrile. C'est, anatomiquement parlant, le ramollissement pulpeux de M. Durand-Fardel. Cet envahissement au même degré et presque à la fois dans trois points distincts du cordon rachidien milite encore en faveur de sa nature non inflammatoire. Je crois qu'on doit y ajouter, comme une preuve de plus, ce caractère de *rester conducteur de la sensibilité et de la motricité, altérées et perverties*, il est vrai, comme je l'ai indiqué plus haut.

Quant à la marche de la maladie, je n'ai qu'à rappeler le développement parallèle des symptômes et du ramollissement. Les accidents ont débuté par les cordons postérieurs du renflement inférieur de la moelle, si l'on y rapporte cette sensation douloureuse déterminée dans les membres inférieurs lors de l'immersion du corps dans un bain chand. Puis est venu, et peu de temps après, le ramollissement moyen des faisceaux postérieurs ; c'est le début de la douleur en ceinture, vers les hypocondres. Pendant près d'un an, comme je l'ai fait voir, rien n'a révélé d'autres altérations. Les faisceaux antérieurs du renflement inférieur ont été atteints à leur tour, et enfin une sensation d'engourdissement dans les doigts de la main annonça l'envahissement des faisceaux postérieurs du renflement supérieur. C'est donc là un cas de ramollissement à marche ascendante, analogue à celui observé par M. Valleix (GUIDE DU MED. PRAT., art. *Myél. chronique*). A l'occasion

---

entre deux corps également dignes d'un rang explicite dans l'armée et d'un rôle efficace dans une sphère déterminée d'attributions.

En attendant que justice se fasse sous ce rapport, nous dirons ici quelques mots du résultat des opérations pratiquées à l'ambulance et dans les hôpitaux Sans fournir de chiffres ni de proportions précises, on peut dire, dès à présent, que le résultat des amputations primitives est bien supérieur à celui des amputations secondaires. Les réunions par première intention ont été observées presque exclusivement après les opérations faites d'emblée. L'infection purulente s'est surtout développée après les opérations consécutives. Le nombre de ces cas a été considérable, si considérable que des chirurgiens de mérite ont coupé court aux opérations. Un journal politique a inséré des détails fort extraordinaires sur le succès des opérations pratiquées sur les Russes, sur leur résistance à la douleur et au traumatisme ; ces détails ont été reproduits sans réserve par la presse médicale. Nous ne craignons pas d'affirmer qu'il est de notoriété que les choses se passent autrement. Les Russes montrent non-seulement une sensibilité très-développée, mais les opérations pratiquées sur eux réussissent en général difficilement. Si les soldats et les officiers Russes que nous avons fait prisonniers se font remarquer par quelque chose de spécial, c'est par leur manque complet d'instruction et par le fanatisme dont ils donnent des preuves. Personne ici ne songe certes que de tels hommes puissent servir comme moyen de propagande en Russie.

La réserve que nous nous imposons sur le résultat numérique des opérations nous est prescrite par les circonstances elles-mêmes. A l'heure qu'il est, il serait tout au plus possible de fournir les chiffres précis des blessés guéris et décédés de l'Alma. Il faut savoir attendre que les guérisons soient complètes avant de fournir des proportions qu'il est si important de fixer d'une manière positive. Nous donnerons plus tard les éléments de cette statistique, quand elle sera connue officiellement, et nous en commenterons les résultats; pour le moment nous nous bornons à mentionner les faits suivants, qu'il importe de connaître avant tout : Les amputations de cuisse sont celles qui ont fourni les résultats les moins favorables ; une amputation coxo-fémorale consécutive a réussi (M. Legouest) ; bras, avant-bras, mains ont pu être conservés malgré les plus graves désordres ; deux resections primitives de la tête humérale ont guéri ; les amputations partielles du pied ont été peu favorables : il en a été de même des amputations de jambes à la partie inférieure. Voilà assez de détails pour le moment. Tant que la statistique générale des opérations ne sera pas établie, et elle ne peut l'être avant la fin du siége, il faut se défier des résultats numériques quels qu'ils soient qui pourraient être livrés à la publicité. Cette statistique générale sera sans doute dans les mains du savant doyen de la chirurgie militaire en Orient, M. Scoutetten, actuellement médecin en chef de l'armée, et sous la direction de M. l'inspecteur Lévy et du conseil de santé des armées, une œuvre chirurgicale d'une grande importance.

X.

des symptômes correspondant aux lésions des faisceaux antérieurs, je ferai remarquer la présence des *contractions involontaires* qui ont été particulièrement signalées par M. Louis, et qui se sont montrées surtout vers la fin de la maladie.

Dans l'opinion de quelques auteurs, le ramollissement commence par la substance grise. Le fait qui est actuellement sous nos yeux n'est pas favorable à cette manière de voir, qui, d'ailleurs, ne me semble pas solidement établie. Dans les trois ramollissements, l'altération comprenait toute l'épaisseur des faisceaux postérieurs. Dans l'inférieur, la substance grise était comprise tout entière dans le ramollissement, qui intéressait aussi les faisceaux antérieurs. Dans le moyen, elle était envahie légèrement, et dans le supérieur, d'un millimètre seulement. Ces différences entre les faisceaux médullaires, qui sont ramollis uniformément dans toute leur épaisseur, et la substance grise qui l'est inégalement, et à peine dans le ramollissement supérieur de la moelle, autorisent à penser qu'ici elle n'est pas le point de départ du ramollissement.

La distinction physiologique des faisceaux sensitifs et des faisceaux moteurs de la moelle, dont les travaux récents de M. Longet ont donné une démonstration si décisive et si éclatante, reçoit une nouvelle confirmation dans le fait que je viens de rapporter : on la trouve, en effet, et dans les symptômes et dans les altérations anatomiques correspondantes. Pendant plus d'un an, la sensibilité seule a été altérée, et les lésions étaient bornées aux faisceaux postérieurs. L'envahissement des faisceaux antérieurs a été signalé par l'apparition de symptômes du côté de la motricité. Et ce qui n'est pas moins remarquable, c'est que le ramollissement supérieur, survenu le dernier et n'occupant que les faisceaux postérieurs, n'a jamais donné lieu qu'à des altérations de la sensibilité, le mouvement étant demeuré intact dans les parties placées sous la dépendance de cette portion de la moelle. On ne saurait demander à la pathologie une démonstration plus satisfaisante ; d'un autre côté, je ferai remarquer aussi que l'intégrité des faisceaux antérieurs ayant été conservée dans toute l'étendue du cordon rachidien qui s'élève au-dessus de son bulbe inférieur, nous n'avons observé aucun trouble dans les mouvements de la *respiration* : celle-ci a toujours paru libre, régulière, exempte de dyspnée. Il en a été de même du *cœur*, dont les mouvements n'ont jamais présenté ni accélération particulière ni irrégularité. Le pouls lui-même n'a cessé d'être régulier.

A une époque où les symptômes ne laissaient aucun doute sur le ramollissement de toute l'épaisseur du bulbe inférieur de la moelle, le malade se plaignait que son corps se refroidissait facilement, les jambes surtout ; quand la chaleur était rétablie, ajoutait-il, il éprouvait une sensation de fourmillement, principalement dans les jarrets. Cette altération évidente de la *calorification* a-t-elle besoin, pour se produire, que la lésion organique occupe à la fois les faisceaux sensitifs et les faisceaux moteurs ? Avec les seuls détails que me fournit cette observation, je dois me borner à soulever cette question.

Quelques autres points de l'histoire de ce fait, tels que l'érysipèle intercurrent, le développement des tubercules pulmonaires, se prêteraient sans doute à des considérations intéressantes ; mais je m'en tiendrai à celles que je viens de présenter. J'ai voulu seulement signaler la valeur qu'il faut accorder aux altérations de la sensibilité et de la motricité dans le diagnostic des ramollissements blancs de la moelle épinière. Cette étude aura en même temps servi à éclairer la nature de cette maladie, tout en ajoutant un nouveau degré de certitude à certaines notions physiologiques déjà acquises à la science.

CHIRURGIE EXPÉRIMENTALE.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR UN NOUVEL AGENT HÉMOSTATIQUE DE M. MONSEL ; par M. ARMAND, aide-major au 36e de ligne.

Pendant que, d'une part, l'eau Pagliari était mise à l'épreuve comme moyen hémostatique, de son côté, un de nos camarades de la division d'occupation en Italie, M. Monsel, pharmacien militaire, procédait à l'analyse chimique du même liquide, dont la composition était encore tenue secrète par son inventeur ; dès les premiers essais, les réactions révélèrent comme agent principal le sulfate d'alumine et de potasse associé à une matière organique que son odeur portait à croire devoir être de la vanille. M. Monsel, alors, pensait qu'en traitant le baume du Pérou qui, comme on le sait, a une forte odeur de vanille, par du sous-carbonate de soude et projetant le résultat du traitement dans une solution d'alun cubique, il pourrait obtenir un alun chargé d'un principe identique à celui de l'eau analysée. Cette prévision ayant été justifiée, il lui vint à l'idée d'essayer par le même traitement, la résine de benjoin et le baume de Tolu. Les résultats ayant été les mêmes, il eut la certitude qu'il n'avait affaire qu'à de l'acide benzoïque dissous dans de l'alun ; procédant alors par voie de synthèse, d'après ses résultats analytiques, il composa une eau imitant tout à fait celle de M. Pagliari, et manifesta le désir d'en faire l'application pour constater expérimentalement sa valeur hémostatique. A cet effet, le 27 mai dernier, nous nous rendîmes avec lui et nos collègues MM. Renard, Monier, Doin et Bonnet, au quartier de la porte du Peuple, à l'infirmerie de M. Broquet, vétérinaire du 3e d'artillerie, qui, ayant un cheval morveux destiné à être abattu, le mit à notre disposition, apportant lui-même un concours aussi actif qu'éclairé aux expériences suivantes tentées sur des animaux (*pro salute hominum*).

APPLICATION DE L'EAU HÉMOSTATIQUE PRÉPARÉE PAR M. MONSEL SUR LA FACIALE D'UN CHEVAL.

EXP. I. — Le cheval ayant été entravé et renversé, l'artère faciale gauche mise à nu sur la mâchoire inférieure au bord antérieur du masséter externe, fut ouverte par incision longitudinale d'un centimètre ; le jet artériel ayant permis de remplir de sang plusieurs tubes de verre de 30 grammes de capacité (nous dirons à quelle intention), on plaça sur la plaie béante une éponge imbibée de l'eau hémostatique, en même temps qu'une légère compression était faite au-dessus de la lésion : l'éponge maintenue en place, l'imbibition fut fréquemment renouvelée durant un quart d'heure ; toutefois l'écoulement de sang se reproduisait en bavant sous l'éponge dès qu'on cessait la compression de l'artère.

Les violents efforts que le cheval faisait par saccades, malgré les aides vigoureux qui cherchaient à le maintenir, et la position de sa tête, plus basse que le reste du corps, nous ayant paru des circonstances défavorables à l'action du liquide, par défaut surtout du contact continu de l'éponge, des points de suture permirent de ramener la peau par-dessus, et furent noués sur un bourdonnet d'étoupe interposé. L'éponge imbibée de nouveau et ainsi maintenue, le tout fut recouvert d'un bandage légèrement compressif, et le cheval relevé fut attaché au râtelier la tête haute, les mâchoires maintenues rapprochées, pour empêcher la mastication. Dès ce moment l'hémorragie cessa complétement, résultat déjà probant ; car, au dire de M. Broquet qui avait fait le bandage, la compression exercée n'était point à un degré suffisant pour arrêter seule l'hémorrhagie de cette artère.

SANG DES TUBES. — On avait mis dans les tubes, avant de les remplir de sang, 5 grammes environ d'eau Pagliari dans les uns et d'eau préparée par M. Monsel dans les autres ; la coagulation se fit à peu près dans tous avec une égale rapidité, les caillots brun rougeâtre restant adhérents même en renversant les tubes.

EMPLOI DE LA MÊME EAU SUR UN CHIEN.

EXP. II. — Le 28 mai, après avoir constaté que l'hémorrhagie avait bien été définitivement arrêtée dès la veille chez le cheval, qu'on cessa dès lors de tenir à la diète et en position, une plaie avec hémorrhagie en nappe fut faite à la partie interne de la cuisse gauche d'un chien de moyenne taille. La solution employée au moyen d'une éponge appliquée sur la plaie, amena en dix minutes la formation d'un caillot au pourtour, et le tout étant maintenu légèrement par un bandage circulaire, l'écoulement de sang s'arrêta tout à fait.

Quelques instants après, une large plaie fut faite à la partie supérieure interne de la cuisse droite du même chien, par laquelle s'échappait de l'artère fémorale un jet à une portée de deux mètres, de la table sur laquelle l'animal était maintenu. L'eau hémostatique appliquée directement sur le vaisseau béant au moyen d'un tube renversé ne suffit pas d'abord à arrêter l'hémorrhagie, mais la compression de l'artère ayant été faite au pli crural, une éponge humectée à plusieurs reprises par un filet de liquide suffit encore en dix minutes pour suspendre tout écoulement de sang. On fit comme de l'autre côté un bandage circulaire, mais ces bandages étaient si légèrement compressifs qu'ils tombèrent tous deux dès que le chien fut mis à terre. Il se mit à lécher ses plaies et nous attendions le retour imminent des hémorrhagies, mais il n'en fut rien, et il fut se blottir sous la crèche.

Le lendemain 29, à notre grande surprise, le chien vivait ; ses plaies et sa place nous donnèrent la certitude qu'il n'avait pas perdu de sang depuis les opérations de la veille ; c'était on ne peut plus probant en faveur de l'action hémostatique du liquide de M. Monsel pour agir sur une artère de plus gros calibre ; M. Renard, aide-major de l'hôpital Saint-André, ayant mis à nu la carotide, y fit une incision longitudinale d'un centimètre, d'où partit un jet trois fois au moins plus considérable que par la fémorale. Compression entre le cœur et la plaie, application de l'eau hémostatique pendant dix minutes, coagulation du sang au pourtour, tampon d'étoupes garnissant la plaie dont les lèvres sont rapprochées par des points de suture, le chien mis à terre est haletant, sa respiration est très-suspirieuse, il ne reste pas en place et relève souvent le nez comme pour chercher de l'air, puis il se blottit sans écoulement de sang par la plaie.

CONTRE-ÉPREUVE SUR UNE CHIENNE.

Exp. III. — Tous ces résultats nous paraissaient on ne peut plus significatifs; cependant comme toute experience doit avoir, autant que faire se peut, sa contre-épreuve, il y avait lieu de voir de quel effet serait le tamponnement seul de la plaie sur l'hémorrhagie carotidienne chez une chienne de même taille n'ayant été affaiblie par aucune opération préalable. La carotide droite fut mise à découvert, ouverte par une incision de plus d'un centimètre de longueur; il en jaillit un jet heurtant droit au mur, à deux mètres de la table d'opération. Compression avec les doigts le long de la colonne cervicale, entre le cœur et la plaie, qui est garnie d'autant de tampons d'étoupes, mouillés d'eau fratche, qu'elle peut en contenir; point de suture ramenant la peau par-dessus. La chienne est mise à terre sans autre precaution, et il ne se fait pas le moindre écoulement de sang; l'animal n'est point anxieux comme le précédent, il respire librement, l'attitude est calme, et il va tranquillement se blottir dans la paille.

AUTOPSIE DU PREMIER CHIEN.

Quelques instants après, au moment où nous allions nous retirer, le premier chien opéré, dont l'épuisement était excessif, présenta tous les signes d'une mort prochaine, qui en effet ne se fit pas longtemps attendre; la vérification des vaisseaux lésés fut faite séance tenante.

Le bont de la fémorale qui avait été entièrement conpé en travers, légèrement froncé, était obturé par un petit caillot rougeâtre de cinq millimètres de longueur.

La plaie du col, dégarnie de son étoupade, laissa voir extérieurement un caillot rouge ovoïde de la grosseur d'une noisette implanté par un petit pédicule sur la lésion de l'artère. Ce pédicule s'irradiait dans l'intérieur du tube artériel par deux prolongements de quelques millimètres, l'un du côté du cœur, l'autre du côté du cerveau en forme de T.

SUITE DE L'OPÉRATION CHEZ LA CHIENNE.

L'animal, qui n'avait pas été trop affaibli par la perte du sang ni par l'opération rapidement faite (point essentiel, car en les musclant avec un lien on gêne considérablement la respiration), avait repris sa vivacité, buvait et mangeait et se trouvait, au quatrième jour, dans toute condition de guérison prochaine. Toutefois, comme il se grattait fréquemment au col, M. Broquet enleva l'étoupade et pansa la plaie, dont le fond était couvert d'une exsudation séreuse et d'une suppuration fétide, sans ca llot sanguin, avec de l'onguent populéum, par interposition d'un plumasseau sans bandage.

Durant le cours de la cinquième journée, la chienne continuant à se gratter, rouvrit les lèvres de la plaie artérielle, et en dix minutes environ, dirent les gardes d'écurie, l'hémorrhagie fut mortelle; preuve qu'aucun caillot n'avait pu se former dans l'intérieur du calibre de l'artère.

SUITE DE L'OBSERVATION DU CHEVAL.

Le pansement fut levé le quatrième jour, l'éponge laissée en place emprisonnée par les lèvres adhérentes de la plaie. Pas d'hémorrhagie. Aucun tronble fonctionnel chez l'animal, qui suivait son régime habituel et qui restait d'un embonpoint remarquable. Dans les premiers jours de juin, le 9, le cheval ayant été abattu, le bout de l'artère faciale était oblitérée, épaissi, induré, avec la veine, le nerf et le canal de Sténon, dans un paquet de tissu cellulaire comme lardacé, résultat dépendant de la cachexie morveuse qui avait été précédée de farcin. Les autres lésions organiques étaient les suivantes:

Pus épais et blanchâtre dans les sinus frontaux et maxillaires gauches.

Hypertrophie et ulcération de la membrane de ces sinus.

Ulcération sur toute la pituitaire du même côté, et particulièrement dans les replis des cornets, fibro-cartilages de la cloison injectés et friables.

Tubercules miliaires albuminoïdes dans les deux poumons; quelques-uns dans la rate et dans le foie.

EMPLOI DU MÊME LIQUIDE CHEZ L'HOMME.

A. (Hôpital Saint-André, service de M. Jacquot.)

Exp. IV. — Récemment les bords d'une plaie, suite d'adénite inguinale abcédée, ayant été excisés, il survint dans la journée une hémorrhagie pour laquelle M. Geoffroy, chirurgien de garde, renouvela deux fois en vain un bandage compressif. Une boulette de charpie imbibée du liquide préparé par M. Monsel, et placée sur l'artériole lésée, arrêta instantanément et définitivement l'écoulement du sang.

B. (Hôpital Saint-André, service de M. Renard.)

De son côté, M. Renard a eu l'occasion de constater l'efficacité hémostatique du même liquide chez deux autres vénériens. Chez l'un il a arrêté une hémorrhagie consécutive au débridement d'un décollement; chez l'autre il a arrêté tout écoulement de sang immédiatement après une opération de phimosis.

C'est sur ces entrefaites que la Gazette Médicale nous apportait la formule de l'eau de M. Pagliari, publiée dans le mémoire de M. Sédillot, eau dont, nous venons de le voir, M. Monsel avait eu le mérite de nous révéler d'avance la composition.

M. Monsel ne s'est point arrêté là, convaincu que les données de la chimie, aidées de celles de la physiologie h...tologique, peuvent permettre de trouver des hémostatiques plus puissants encore, il poursuit ses recherches dans une direction où il ne saurait être trop encouragé. Ces jours derniers, mettant 5 décigrammes d'acide tannique et 1 gramme d'alun privé de fer en solution dans 40 grammes d'eau de rose, il a obtenu une autre liquide hémostatique très-efficace coagulant instantanément le sang sortant de la veine.

Notre collègue, M. Barthet, vient d'avoir l'occasion d'en constater l'action rapide chez un chasseur à pied qui, inquiété depuis trois jours par une hémorrhagie dentaire, a été dispensé de la cautérisation avec le fer rouge par quelques gouttes de ce nouveau liquide hémostatique.

Enfin, M. Monsel, substituant le goudron de bois au benjoin, dans la composition de la première eau, est parvenu à composer une troisième liqueur hémostatique qui, par sa puissance coagulante, même sur du sang défibriné, en produit la solidification instantanée et complète. Notons de plus que, dès ce moment, ce sang semble perdre toute tendance à la putréfaction, dernier fait par lequel M. Monsel est autorisé à croire que toutes les substances bitumineuses que les anciens employaient à la momification, traitées par le même mode opératoire que le goudron, doivent donner des résultats semblables. Mais n'empiétons pas sur l'exposé qu'il voudra bien faire lui-même de travaux d'un si vif intérêt.

CLINIQUE MÉDICALE.

RÉSUMÉ DES MALADIES OBSERVÉES DANS LA DIVISION DE CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL DE ZURICH PENDANT L'ANNÉE 1853; par M. le professeur Lebert.

(Suite et fin. — Voir les nos 47 et 51.)

VII. — EMPOISONNEMENTS.

Nous n'avons observé qu'un seul cas d'alcoolisme chronique présentant la forme paralytique commençante, qui fut traité par les amers; mais nous doutons que l'amélioration obtenue à l'hôpital se soit maintenue, vu que les ivrognes ne se corrigent presque jamais. Nous mentionnons ce fait plutôt pour faire ressortir la rareté de cette affection dans ce pays, ce qui nous confirme dans la remarque que nous avions faite dans le canton de Vaud, que, dans les pays de vignobles, l'alcoolisme chronique est très-rare et ne s'observe guère que chez les buveurs d'eau-de-vie.

Nous avons eu à traiter un cas d'empoisonnement par du jambon gâté. Toute la famille du malade avait été atteinte des mêmes accidents auxquels un de ses enfants a succombé. Nous avons été frappé de la ressemblance qui existe entre ce genre d'empoisonnement et celui par des substances narcotiques. Le trouble de la vue et la dilatation des pupilles a persisté pendant longtemps et n'a cédé, après que la méthode évacuante avait été employée, qu'à l'usage prolongé du sulfate de strychnine. L'enfant du malade, qui a succombé à l'empoisonnement, a présenté un certain nombre des caractères de celui par la belladone. J'aurai occasion de revenir plus tard, dans un travail spécial, sur ce sujet intéressant.

Parmi les empoisonnements métalliques, nous citerons un cas dans lequel, par une méprise d'un pharmacien, une enfant avait pris plus d'une cuillerée à café de calomel et n'avait eu d'autres signes d'empoisonnement qu'une salivation très-abondante, au point que la jeune fille avait perdu la voix et souffrait d'une dyspnée considérable par suite du gonflement de la langue. Des ulcérations à mauvais aspect couvraient la muqueuse des joues et des gencives. Des gargarismes astringents et la cautérisation répétée des ulcères et des gencives par l'acide chlorhydique ont amélioré promptement l'état de la malade et amené la guérison au bout de trois semaines.

VIII. — PRODUITS ACCIDENTELS.

Nous n'avons pas grand'chose à dire sur ces maladies, vu que notre service est essentiellement médical. Cependant nous avons été confirmé de plus en plus dans nos doctrines sur les tumeurs fibroplastiques, par deux cas de ce genre que nous avons observés. Du reste, la nature des objections que l'on avait faites à nos opinions, dans le temps, avait déjà considérablement affermi nos convictions. Nous espérons bientôt publier notre travail entier sur ces tumeurs, nous croyant dégagé dès à

présent de toute obligation antérieure à ce sujet. Les deux cas auxquels nous faisons allusion sont les suivants :

Un homme âgé de 50 ans, porte depuis plus de cinq ans, à la surface de la peau et dans le tissu cellulaire sous-cutané, des centaines de tumeurs dont nous avons extirpé plusieurs qui étaient évidemment de nature fibroplastique. Cet homme continue à se livrer à toutes les occupations difficiles de son état de laboureur.

Le second cas a rapport à un jeune homme qui, à la suite d'une forte pression exercée sur les bourses, avait vu peu à peu se développer, dans le testicule droit, une tumeur qui, ayant résisté à divers traitements intérieurs et extérieurs, fut extirpée et se montra composée d'une hématocèle entourée d'une coque fibroplastique formée par les membranes épaissies et hypertrophiées. La santé du malade a continué à être bonne, et la guérison s'est maintenue jusqu'à ce jour. Je ne serais point étonné que les partisans de l'identité entre le cancer et les tumeurs fibroplastiques y trouvassent de nouvelles preuves en faveur de leur hypothèse. Je publierai du reste plus tard ces deux observations, ainsi que d'autres faits inédits qui ont rapport à cette question.

IX. — PARASITES

A part les lombrics et les ténias, les parasites sont rares ici. Je n'ai pas encore vu un cas de ver cestoïde. Nous avons dans notre collection un cas remarquable de distome trouvé par M. Giesker dans une tumeur du pied. Sous le rapport climatologique, il n'est pas sans intérêt de constater que le botryocéphale, si fréquent dans la Suisse occidentale, ne se rencontre point ici, tandis que le ténia solium y est commun.

X. — NÉVROSES.

Nous avons observé en tout 21 cas de névralgies, dont 14 de sciatique, 5 de névralgie de la cinquième paire, 1 de névralgie du plexus brachial et 1 de névralgie intercostale. Ce dernier, du reste, a été plus fréquent comme complication de diverses autres affections. Sur les 14 cas de sciatique, 10 se sont rencontrés chez des hommes et 4 chez des femmes, tandis que, sur 5 malades atteints de prosopalgie, il y avait 4 femmes. Trois des malades atteints de sciatique ont été renvoyés sans être guéris, 6 ont été guéris, les autres ont été envoyés aux bains ou étaient encore en traitement au commencement de l'année. Dans un cas de sciatique très-rebelle, nous nous sommes bien trouvé de la cautérisation transcurrente sur le trajet des diverses branches du nerf. Dans un autre cas, ce moyen a échoué. Deux fois nous avons obtenu de bons succès par l'emploi de l'opium à haute dose, dont nous sommes de plus en plus partisan. Nous n'avons guère dépassé, dans les deux faits dont il s'agit, la dose de 30 centigrammes par jour. Un malade atteint de sciatique rebelle fut complétement guéri. Une autre malade, dont l'affection, à la fois des plus tenaces et des plus douloureuses, avait résisté à beaucoup de moyens, même aux moxas et à la cautérisation transcurrente, obtint une amélioration des plus notables par l'usage de l'opium à haute dose, continué pendant deux mois. Non-seulement les douleurs avaient sensiblement diminué, mais la malade put même reprendre la marche sans trop de gêne. Du reste, l'opium à haute dose ne produit en aucune façon une constipation notable; son action sur les garde-robes est nulle ou seulement un peu ralentissante; les malades dorment bien la nuit, mais passé les premiers jours, ils n'ont point de somnolence dans la journée. En thèse générale, c'est une des méthodes qui méritent le plus une expérimentation approfondie. Sa sphère d'action dans les accidents nerveux est bien plus étendue qu'on ne le pense et bien au-dessus du rôle simplement palliatif que beaucoup de praticiens font encore jouer à l'action de l'opium.

Parmi les névroses de la motilité, nous avons quelques remarques à présenter sur la chorée, que nous avons eue 7 fois à traiter : 4 fois chez des garçons, 3 fois chez des petites filles. Tous ces malades ont été guéris dans l'espace d'un à deux mois. Le traitement a consisté dans l'emploi de pilules dont chacune contenait 5 centigrammes d'assa fœtida et d'extrait de valériane, et 10 centigrammes d'oxyde blanc de zinc. Nous avons porté progressivement la quantité journalière de 3 à 12 pilules. Tous les deux jours nous avons prescrit un bain tiède et nous avons eu soin surtout d'adapter une gymnastique appropriée aux parties musculaires, qui étaient le principal siége des spasmes, telle que la marche au pas militaire lorsque les jambes étaient affectées, divers exercices gymnastiques avec les bras et les mains surtout, lorsque les contractions y avaient leur siége; l'écriture pour les garçons, et le tricot pour les petites filles, contre les spasmes continus des doigts et des mains. Un malade chez lequel il y avait beaucoup de spasmes des muscles respiratoires a été habitué à lire tous les jours à haute voix pendant un certain temps. Un de nos jeunes malades fut pris de pneumonie dans le courant de la chorée; une saignée du bras fut pratiquée et le tartre stibié à haute dose mis en usage. Cette maladie intercurrente fit cesser la névrose; nous rappelons à cette occasion que le tartre stibié à haute dose a été recommandé par Laennec dans le traitement de la chorée, et nous connaissons plusieurs cas de guérison par cette méthode, après que beaucoup d'autres moyens avaient pendant longtemps échoué.

Nous arrivons aux maladies de notre seconde division, à celles des divers systèmes et organes.

I. — MALADIES DES VOIES CIRCULATOIRES.

Sur 30 cas, 19 se rapportaient à des hommes et 11 à des femmes. Les affections du cœur étaient au nombre de 20, dont 13 hommes et 7 femmes. Sur 8 cas de péricardite, il y avait 5 hommes et 3 femmes. Nous ne portons pas ici en ligne de compte les cas de rhumatisme articulaire aigu qui se sont compliqués de péricardite. Plusieurs fois l'inflammation des enveloppes du cœur était tout à fait latente, et entre autres chez un individu qui présentait en même temps une tuberculisation latente du lobe supérieur du poumon droit. Ce n'est que dans les cas de forte dyspnée que nous pratiquons une saignée dans la péricardite. Ordinairement nous nous bornons à appliquer des sangsues ou des ventouses scarifiées sur la région du cœur. Nous faisons prendre, trois ou quatre fois par jour, une poudre composée de 5 centigrammes de calomel et de digitale. Plus tard, dans la seconde période, si la résorption se fait lentement, nous appliquons de larges vésicatoires, et nous alternons l'usage des purgatifs salins et des sels diurétiques combinés avec une infusion de digitale. Nous n'avons point observé d'endocardite, et les expériences que nous avons faites pour irriter la membrane interne du cœur nous ont même démontré qu'il n'est nullement facile d'y provoquer un travail phlegmasique.

Chez quatre malades nous avons observé une hypertrophie du cœur sans altération des valvules. C'étaient des individus jeunes encore chez lesquels le pronostic est en général assez favorable nu que, tant par la croissance que par une prophylaxie bien entendue, l'équilibre circulatoire peut se maintenir. Dans ces cas, je prescris, outre une hygiène convenable, la combinaison de la digitale avec les acides, soit d'une limonade nitrique en même temps que l'usage de la digitale en pilules ou en potion, soit une infusion de digitale avec addition de 4 grammes d'élixir acide de Haller. Nous recommandons aussi à ces malades d'éviter toute marche prolongée et rapide, de ne monter que très-lentement, de se vêtir chaudement, de faire usage de laitage et d'un régime plutôt végétal, etc.

Chez huit malades, la principale affection du cœur consistait en un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche avec altération de la valvule bicuspide. Bien que tous les malades aient présenté les signes d'asystolie, nous n'avons prescrit la saignée qu'une seule fois chez une personne dont la dyspnée était très-grande et augmentée par l'état rachitique de sa colonne vertébrale. J'ai entendu dire plusieurs fois à des praticiens distingués que dans ces maladies valvulaires il fallait être sobre de l'emploi de la digitale, et j'ai vu, il y a quelques mois, sur les frontières d'Allemagne, une malade en consultation, chez laquelle il existait évidemment une altération de l'orifice mitral, et chez laquelle, par suite de cette préoccupation toute théorique, on avait laissé arriver la dyspnée au plus haut degré sans avoir seulement tenté la digitale. Il me fut facile de soulager considérablement cette pauvre malade par ce médicament, et elle vit encore aujourd'hui dans un état assez supportable. Je regarde, avec les meilleurs auteurs sur cette matière, la digitale comme le principal régulateur de l'organe central de la circulation, et je suis très-disposé à adopter sur ce point l'opinion de M. Fraube, qui attribue son action à une excitation spéciale de la moelle allongée. Si donc je crois ce médicament indispensable dans le traitement des affections valvulaires du cœur, je le combine cependant volontiers avec une substance légèrement aromatique, amère ou tonique, telle que l'eau distillée de cannelle, l'extrait du chardon-bénit, de gentianne ou de quinquina, pour que son emploi prolongé soit bien supporté; en même temps cette combinaison est indiquée par la lutte que l'organe central de la circulation très-affaibli a à soutenir contre des obstacles croissants et des fonctions de plus en plus difficiles. Tous les bons observateurs connaissent aussi aujourd'hui l'état cachectique dans lequel tombent volontiers ces malades. Aussi leur prescrivons-nous un régime substantiel et animalisé, et même du vin de bonne qualité en petite quantité à un des principaux repas. Dans les cas plus avancés, où l'anasarque et les engorgements viscéraux ont atteint un certain développement, c'est encore à la digitale ou à la digitaline que nous faisons appel en premier lieu. Les substan-

ces diurétiques telles que la scille, le nitrate de soude, l'acétate de potasse, ajoutés à l'infusion de digitale, n'augmentent pas sensiblement la quantité des urines et en modifient peu la qualité. Tout traitement, en cas pareil, ne saurait être que palliatif; mais, sous ce rapport, nous préférons de beaucoup les hydragogues drastiques aux purgatifs ordinaires et aux diurétiques: nous faisons prendre à ces malades, le matin, à jeun, 3 à 4 pilules contenant chacune 3 centigrammes de scammonée. Nous n'avons guère observé d'action salutaire de l'emploi endermique de la digitale. Dans un cas nous avons fait appliquer, pendant sept à huit jours, tous les jours, jusqu'à 1 gramme de poudre de digitale sur une vaste plaie de vésicatoire, sans obtenir la moindre action sur le pouls. En thèse générale, j'ai de plus en plus la conviction que dans la pratique on envisage encore les maladies du cœur d'une manière trop exclusive au point de vue anatomo-pathologique, et je suis persuadé que tout praticien expérimenté aura observé, comme moi, un certain nombre de malades de ce genre, incurables par la nature de leur mal, qui, soit par suite de la marche naturelle de la maladie, soit par un traitement et une hygiène bien ordonnée, ont vécu pendant assez longtemps encore dans un état de santé très-supportable. Aussi tout en soumettant les corps des individus qui meurent dans la clinique aux investigations anatomo-pathologiques les plus minutieuses, j'ai soin d'insister bien souvent sur la nécessité de ne pas se laisser guider au lit du malade par un anatomisme trop absolu. — L'anévrisme de l'aorte ne s'est rencontré que deux fois, dont l'une était intéressant au point de vue de diagnostic, et qu'une tumeur du volume d'une petite pomme, située immédiatement au-dessus des valvules, sans adhérence aucune avec les parties ambiantes, avait donné lieu à un battement double, nettement perceptible à droite du sternum. J'ai observé chez ce même malade un fait que j'ai vu pour la première fois, une espèce de pouls capillaire des joues qui rougissaient et pâlissaient alternativement et d'une manière régulière et isochrone à la systole et à la diastole. Le second malade fut apporté mourant à l'hôpital avec un anévrisme de l'aorte qui s'était ouvert dans la plèvre. La dissection fut curieuse par rapport à la formation des anévrismes. L'aorte était généralement athéromateuse, et on voyait une série d'altérations intermédiaires entre une simple ulcération, des dilatations latérales avec rupture des membranes interne et moyenne; d'autres qui présentaient des dilatations secondaires jusqu'enfin à la poche dans laquelle la tunique celluleuse était tellement amincie qu'elle avait fini par se rompre, ce qui avait occasionné l'hémorrhagie mortelle.

Nous n'avons observé que deux fois l'année dernière la phlébite suppurée. Une fois elle avait son siége dans les veines crurales et hypogastriques chez une femme récemment accouchée chez laquelle on avait pratiqué une version difficile. Dans un autre cas nous avons observé une phlébite des sinus pétreux et latéral, remplis de pus à la suite d'une otite interne qui s'était propagée à la base du crâne. Il existait en même temps un vaste épanchement purulent sur tout le côté correspondant du cerveau. Nous avons observé tout récemment un cas semblable dans lequel la phlébite s'étant propagée à la veine jugulaire et où des abcès métastatiques multiples existaient dans les deux poumons. Dans deux cas de pyémie, provenant l'un d'un panaris, l'autre d'un abcès du psoas, il y avait des abcès multiples nombreux, même dans le cœur et le cerveau, mais nous n'avons pas pu découvrir la veine enflammée. La phlébite et le pyaémie sont, en général, fréquentes à Zurich.

Nous n'admettons pas de phlébite adhésive. La maladie décrite sous ce nom n'est en général qu'une coagulation primitive du sang, une véritable thrombose qui a lieu le plus souvent sous l'influence d'une altération de ce liquide. L'hypérémie qui peut survenir plus tard à la surface de ces veines, ainsi que la douleur que l'on observe sur leur trajet, ne sont que des effets consécutifs de la distension de la veine par des caillots volumineux. La phlegmasia alba dolens des femmes en couche est généralement due à cette cause; seulement on confond sous ce nom des états très-divers dans lesquels l'obturation veineuse et l'œdème des membres est tantôt le fait principal, tantôt consécutif à des phlébites suppurées, à la métrite, aux diverses espèces de phlegmons du bassin. J'aurai occasion de revenir bientôt dans un autre travail sur ce point intéressant. Nous avons observé également cette thrombose dans la convalescence des maladies aiguës graves; elle était même multiple, disséminée sur divers points des membres supérieurs et inférieurs chez une malade en convalescence d'une pneumonie des plus intenses. Nous avons soupçonné que dans ce cas des fragments de coagulations, formés dans le cœur, avaient été poussés dans les vaisseaux et s'étaient arrêtés dans plusieurs points du système veineux d'après le mécanisme décrit d'une manière si remarquable par M. Virchow. La chlorose, les tubercules et le cancer nous ont surtout offert des exemples de thrombose d'un des membres inférieurs. Les conséquences thérapeutiques de ce fait sont bien positives. Au lieu d'affaiblir ces malades déjà débilités en employant des émissions sanguines locales et des frictions mercurielles à haute dose, nous les traitons tout simplement par une position appropriée au membre affecté, par des onctions avec du saindoux, et nous enveloppons les membres d'une couche de coton. La position seule même pourrait suffire en cas pareil.

II. — Maladies des voies respiratoires.

Nous avons eu 92 cas, dont 62 chez des hommes et 30 chez des femmes. Les affections les plus fréquentes ont été la pneumonie, la pleurésie, la bronchite et les tubercules pulmonaires. Ceux-ci sont d'une grande fréquence dans ce pays, et bien que nous n'en recevions qu'un petit nombre, vu que les maladies incurables sont destinées pour un autre établissement, nous en avons également toujours les différentes formes dans nos salles pour l'enseignement clinique, sans compter que nous rencontrons les tubercules pulmonaires comme complications de beaucoup de maladies. Nous n'avons rien observé de remarquable sur les maladies du larynx. Sur 13 cas de bronchite, dont 3 seulement chez des femmes, 4 présentaient les caractères de la trachéo-bronchite; les autres étaient des bronchites capillaires. Nous traitons les cas d'intensité moyenne avec le chlorhydrate d'ammoniaque à la dose de 4 grammes par jour dans une potion de 180 grammes avec addition de 10 à 12 grammes d'extrait de réglisse. Nous nous trouvons fort bien, dans les cas un peu plus graves, de l'infusion d'ipécacuanha, que nous préférons de beaucoup au kermès. Quant aux formes graves de la bronchite capillaire, nous les traitons comme la pneumonie. Celle-ci a été observée 27 fois en tout, 22 fois chez des hommes et 5 fois chez des femmes. Les 4 cas de mort par pneumonie ont eu lieu avant le moment où j'ai pris la direction de l'hôpital, et aujourd'hui que le nombre des cas traités monte à peu près à 40, je n'en ai point encore perdu. Il s'agit, bien entendu, de pneumonies franches. J'ai, du reste, suivi dans le traitement la méthode ordinaire de Laennec par les émissions sanguines modérées et le tartre stibié à haute dose; je commence par 30 centigrammes par vingt-quatre heures, et je ne dépasse guère 50 centigrammes par jour. La saignée, du reste, est pratiquée à toutes les époques de la maladie, selon les indications. La tolérance pour le tartre stibié est grande ici; aussi ai-je renoncé à ajouter des préparations d'opium à la solution d'émétique. Un ou deux vomissements surviennent quelquefois dans les premières vingt-quatre heures, mais reparaissent à peine ultérieurement. Je suis obligé de donner ici le tartre stibié comme vomitif à bien plus forte dose qu'à Paris. Lorsque la maladie marche vers la résolution, je remplace le tartre stibié par le chlorhydrate d'ammoniaque ou par l'ipécacuanha. Dans les cas graves, je fais faire de larges frictions mercurielles sur le côté affecté de la poitrine. Les vésicatoires ne sont mis en usage qu'au niveau de points hépatisés bien circonscrits dont la résolution se fait lentement. Dans le courant de l'hiver dernier les deux tiers à peu près des pneumonies observées ont été des broncho-pneumonies à noyaux d'hépatisation disséminés et multiples. Dans le courant de l'été passé et dans ces derniers trois mois les cas fréquents de pneumonie avaient presque tous le caractère lobaire. A Paris, je n'avais guère observé la broncho-pneumonie que chez des enfants, surtout après la rougeole, et chez des vieillards, et j'ai été bien frappé de trouver cette affection fréquente à Zurich chez des individus bien constitués et dans la force de l'âge. C'est à cette forme que s'adresse fort bien la description des phénomènes perçus par l'auscultation et la percussion, tels que M. Skoda les a décrits, tandis que celle donnée par Laennec est toujours applicable, sauf quelques restrictions, à la pneumonie lobaire ordinaire. Nous n'avons dans notre tableau que 7 cas d'emphysème vésiculaire des poumons, quoique cette affection soit en proportion beaucoup plus fréquente à Zurich. Parmi les diverses méthodes palliatives l'emploi prolongé de l'opium, surtout de l'extrait, à la dose de 5 à 15 centigrammes par jour, me paraît encore la plus utile. Quant à l'ancienne discussion sur l'influence relative des maladies du cœur sur l'emphysème et *vice versâ*, je crois avoir remarqué que ces deux affections coexistent souvent sans lien certain de causalité. J'ai observé parmi plusieurs cas de pneumothorax un tout à fait insolite dans lequel l'épanchement de l'air dans la cavité de la plèvre avait eu lieu par la rupture d'une dilatation bronchique considérable qui avait aminci fortement le parenchyme pulmonaire. Peut-être l'action d'un vomitif n'avait-elle point été étrangère à cette issue funeste. Tout récemment j'ai vu survenir le pneumothorax dans des circonstances plus insolites encore, à la suite de la rupture d'un abcès métastatique dans la cavité de la plèvre gauche déjà enflammée.

Sur 22 cas de tubercules pulmonaires, répartis d'une manière égale sur les deux sexes, 10 ont succombé, 2 étaient encore en traitement au commencement de l'année, et 10 ont quitté l'hôpital, dont quelques-uns améliorés. Je n'ai pas observé une seule guérison nette sur tous ces 22 malades; j'ai pourtant employé avec beaucoup de suite l'huile de foie de morue, et je continue à m'en servir dans cette maladie; mais je ne puis y voir jusqu'à présent qu'un moyen palliatif, capable d'améliorer la nutrition, et je ne partage point l'opinion des auteurs qui envisagent ce médicament comme un spécifique contre les tubercules. Un tel moyen reste encore à trouver, en attendant que M. Mandl (1) nous fasse connaître les conséquences de ses ingénieuses investigations et qu'il choisisse surtout son heure, comme il s'exprime, pour doter l'humanité souffrante du trésor qu'il cache.

Nous avons observé un cas de carcinôme très-étendu des poumons consécutif à l'amputation d'un encéphaloïde du genou.

Sur 13 cas de pleurésie, dont 10 chez des hommes, 1 a été mortel. J'ai rarement recours à la saignée du bras dans la pleurésie, et je me borne ordinairement aux ventouses scarifiées sur le côté affecté. Les malades prennent à l'intérieur des poudres de digitale et de calomel. Les purgatifs et les diurétiques succèdent à ces moyens si la résorption se fait lentement. Lorsque celle-ci résiste encore, je l'ai vue quelquefois notablement accélérée en appliquant successivement plusieurs moxas sur le côté affecté; je fais prendre en même temps au malade des toniques et une nourriture analeptique. Dans un cas mortel de pleurésie chronique, dans lequel pendant plusieurs mois des ouvertures fistuleuses avaient fait communiquer la collection purulente de la cavité thoracique avec l'extérieur, nous avons trouvé à l'autopsie les côtes du côté affecté doublées de volume par du tissu osseux de nouvelle formation, provenant d'une périostite costale qui elle-même était une inflammation propagée de la plèvre. Nous avons trouvé la plus parfaite concordance entre cette altération et celle si bien décrite en 1819 par M. Parise dans les ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

TROISIÈME CLASSE.

MALADIES DES VOIES DIGESTIVES.

Elles étaient au nombre de 137, dont 78 chez des hommes et 59 chez des femmes. Les cas les plus fréquents étaient les catarrhes gastro-intestinaux, depuis l'embarras gastrique et la diarrhée simple jusqu'au catarrhe dysentériforme du colon. Un traitement expectant et la diète absolue pendant quelques jours ont été mis en usage dans les cas ordinaires. Lorsque les symptômes étaient plus rebelles, surtout du côté des intestins, nous avons employé de préférence le nitrate d'argent à la dose de 10 à 20 centigrammes par jour, ou le sous-nitrate de bismuth à celle de 4 à 12 grammes par vingt-quatre heures en y ajoutant, dans les cas compliqués de dyspepsie, 1 ou 2 grammes de poudre de cannelle par jour. Dans les cas ordinaires de gastralgie, je commence aussi le traitement par le bismuth et les amers; quant aux malades atteints d'une dyspepsie acescente et tourmentés d'aigreurs, je leur prescris le bicarbonate de soude, à la dose de 2 à 3 grammes, plusieurs heures après chacun des principaux repas.

Parmi les cas d'ulcère chronique de l'estomac, au nombre de 7, il y en avait 3 dans lesquels des vomissements de sang très-abondants sont survenus, contre lesquels l'ergotine, à la dose de 5 centigrammes toutes les trois heures fut prescrit. Dans les cas ordinaires, je fais prendre la morphine à petites doses, 5 milligrammes par vingt-quatre heures; les malades gardent le repos et observent une diète sévère, se composant en bonne partie de laitage; des bains tièdes sont pris tous les deux ou trois jours, et si la tendance aux vomissements persiste, ils prennent de la glace et des boissons gazeuses en petite quantité; j'applique au besoin au creux de l'estomac un large vésicatoire que je fais entretenir et saupoudrer une fois par jour de 1 à 2 centigrammes de sulfate de morphine.

La péritonite tuberculeuse est proportionnellement beaucoup plus fréquente à Zurich chez l'adulte que je ne l'ai observée ailleurs. Il y en avait 10 cas en tout, dont 4 se sont terminés par la mort; 3 étaient encore en traitement au commencement de l'année, 2 ont été améliorés et 1 a été renvoyé dans le même état. Un de mes élèves, M. le docteur Kiehurz, a fait sur ce sujet une excellente thèse dans laquelle une partie des observations ont été reproduites. Le début de l'affection est quelquefois insidieux et peut ressembler soit à une fièvre typhoïde commençante, soit à une inflammation du tissu cellulaire péritonéal. Même dans les périodes plus avancées le diagnostic n'est pas toujours facile. Je reviendrai, du reste, une autre fois sur ce sujet; je mentionnerai seulement ici encore un cas dans lequel tous les signes de la maladie avaient existé avec un dépérissement déjà bien prononcé; cependant le malade s'est rétabli peu à peu et a pu quitter l'hôpital dans un état très-satisfaisant, malgré la persistance des signes locaux du dépôt tuberculeux dans l'abdomen. Le traitement a consisté dans l'usage de l'huile de foie de morue, de l'iodure de fer, de frictions iodées, de larges vésicatoires sur l'abdomen, et d'un régime substantiel et fortifiant.

Parmi les faits de maladies du foie, nous devons mentionner un cas d'hypertrophie très-notable de cet organe, dans lequel pendant la vie les selles étaient décolorées et renfermaient des quantités notables de graisse, surtout de margarine. Cependant à l'autopsie nous avons trouvé les conduits biliaires parfaitement perméables, ce qui nous a fait conclure qu'il y avait eu arrêt ou une diminution notable dans la sécrétion de la bile. Les cellules du foie n'étaient pas altérées. Nous mentionnons aussi un cas de tumeur considérable de la vésicule du fiel et un autre d'hydropisie de cet organe trouvée dans le corps d'un individu qui avait succombé à une affection typhoïde. Un dernier cas curieux parmi les maladies de cette classe est celui d'une véritable diathèse hypertrophique des tuniques gastro-intestinales. La malade arrive à l'hôpital avec les signes d'un étranglement interne. Tous les moyens mis en usage n'ont eu d'autres effets que de provoquer quelques selles incomplètes, sécrétées par la partie inférieure du colon et du rectum. Au moyen du toucher nous avons pu constater l'existence d'un rétrécissement considérable du rectum. Cependant une sonde œsophagienne a pu le franchir et être portée jusque près de l'S iliaque; mais nous ne tardâmes pas à découvrir un autre obstacle, une tumeur dure et résistante dans la région du colon ascendant. L'idée un moment conçue de la colntomie fut dès lors abandonnée; la malade succomba, et à l'autopsie nous avons trouvé toutes les tuniques de l'estomac hypertrophiées sans qu'il y eût ni rétrécissement pylorique ni autre cause qui en aurait pu rendre compte. Une bonne partie du colon ascendant et toute la partie supérieure du rectum offraient également une hypertrophie générale de toutes les tuniques, sans que des cicatrices d'anciens ulcères, ni des brides péritonéales, ni d'autres entraves mécaniques aient pu en rendre compte, et on est forcé d'admettre dans ce cas une prédisposition particulière à l'hypertrophie des tuniques du tube digestif.

Nous n'avons rien à communiquer d'important sur les maladies des organes de l'innervation.

CINQUIÈME ET SIXIÈME CLASSE.

MALADIES DES VOIES URINAIRES ET DES ORGANES DE LA GÉNÉRATION.

Nous avons à mentionner avant tout 8 cas de maladie de Bright. Le nombre de ceux que nous avons traités à Zurich, jusqu'à ce jour, est déjà de plus de 20. Dans ces derniers temps, nous en avons surtout vu un certain nombre à l'état aigu, et même un cas d'urémie mortelle, dans l'espace de huit jours, après que la maladie de Bright, pendant tout le temps latent et sans hydropisie, avait désorganisé la substance rénale qui s'était complètement atrophiée. Le mal, envoyé à l'hôpital comme encéphalite, a, du reste, été diagnostiqué dès l'arrivée du malade comme urémie consécutive à une néphrite albumineuse latente. Les trois premiers cas que j'ai traités l'année dernière, tous les trois chroniques, ont été guéris par l'usage prolongé de la teinture du malaté de fer et un régime analeptique. Dans le courant de cette année un autre cas encore a été traité avec succès par cette méthode, qui est restée sans succès aucun chez bon nombre d'autres malades. L'affection de Bright survenant avec un certain degré d'intensité dans le courant d'une maladie du cœur, m'a paru surtout difficile à traiter et d'un pronostic toujours fort grave. Parmi les cas aigus et idiopathiques, je crois qu'il faut distinguer deux formes : l'une peu intense, guérissant pour ainsi dire toute seule, ne réclamant que le repos et quelques boissons diaphorétiques. L'autre, au contraire, grave, intense, présente un caractère essentiellement sthénique; elle survient principalement chez des individus forts et robustes. J'en ai observé deux cas dont l'un était remarquable par les accidents graves du côté de la poitrine, consécutif à un œdème aigu des poumons. Des saignées abondantes et répétées et le tartre stibié à haute dose ont dissipé l'anasarque et le malade s'est bien rétabli. Dans un autre cas j'ai employé également les émissions sanguines et ensuite, alternativement, un jour les bains de vapeurs et un autre jour les pilules drastiques de gomme

(1) Le lecteur des ARCHIVES aura compris pourquoi je n'ai pas répondu à la lettre de M. Mandl; j'ai voulu protester contre ses assertions, et je n'ai pas cru à propos de les discuter, vu qu'elles ne me paraissent point reposer sur des observations exactes.

gutte, d'extrait de coloquinte et de scammonée. Parmi les cas chroniques j'en ai déjà vu ici un certain nombre qui ont résisté à toutes les méthodes de traitement; il ne saurait donc point y en avoir d'exclusives.

A l'occasion des maladies des organes de la génération nous avons quelques remarques à faire sur une affection qui trouverait peut-être aussi bien sa place dans une autre division : c'est l'inflammation du tissu cellulaire du bassin et surtout du voisinage de l'utérus et des ovaires, affection que nous avons vu presque toujours prendre ici pour une inflammation de la matrice, des ovaires ou du péritoine. Nous en avons observé 11 cas dont aucun ne s'est terminé par la mort. Dans un douzième qui a été mortel, il y avait en même temps phlébite suppurée des veines crurales et hypogastriques. Quatre fois sur onze cette inflammation est survenue en dehors de l'état puerpéral. La teminaison par induration qui se dissipe à la longue n'est pas rare, mais il est difficile souvent de s'assurer s'il y a eu suppuration ou non, et si un abcès a percé par le vagin ou par le rectum. Malgré l'exploration la plus attentive, nous sommes persuadés que cette terminaison nous a échappé déjà plusieurs fois. Nous traitons cette maladie au début par des émissions sanguines locales, répétées selon les circonstances, des frictions avec de l'onguent napolitain, à l'extérieur par du calomel avec de l'opium, et lorsque les douleurs persistent à un certain degré, nous appliquons de larges vésicatoires sur la partie inférieure de l'abdomen. Dans les cas dans lesquels survient de la diarrhée, nous la combattons par l'opium ou par le nitrate d'argent.

SEPTIÈME CLASSE.

MALADIES DE LA PEAU.

Nous n'en avons vu qu'un petit nombre, 22 en tout, vu qu'elles sont traitées dans une division à part, sous la direction du médecin en second. Nous avons observé 16 cas d'érysipèle de la face, dont 5 chez des hommes et 11 chez des femmes. Le traitement était généralement expectant; ce n'est que vers la fin, lorsque les maux de tête ont persisté, que j'ai prescrit de légers purgatifs. Chez deux malades atteintes de syphilis constitutionnelle, et dont l'état général était cachectique, l'érysipèle a présenté un caractère fort grave; chez l'une il était fixé sur la face, tandis que chez l'autre il avait le caractère ambulant. L'état général était comme typhoïde, l'abattement extrême, la fièvre intense avec un pouls petit et faible. Cet ensemble de symptomes m'a engagé à leur faire prendre une décoction de quinquina avec de l'acide sulfurique, 2 grammes de cette dernière par heure. Les deux malades se sont rétablies, et d'après d'autres faits du même genre que j'ai observés dans ma pratique, je crois que le traitement tonique a contribué à cette issue favorable.

Parmi les malades envoyés à l'hôpital comme atteints d'érysipèle, il y avait une femme qui n'avait autre chose qu'un eczema rubrum du front et de la partie supérieure de la figure, qui d'aigu devint chronique, et occasionna dans l'espace de quelques mois un épaississement considérable de la peau de la face, qui ressembla à celle que l'on observe dans certaines formes du lupus. Après que le mal eut résisté à beaucoup de moyens, la guérison s'est finalement opérée sous l'influence d'un traitement arsenical et de frictions avec une pommade d'iodure de soufre.

HUITIÈME CLASSE.

Parmi les maladies des organes du mouvement nous avons traité 23 cas d'affections du système osseux dont 16 se rapportaient à des affections des vertèbres, soit périostites, soit arthrites vertébrales; comme nous n'avons point fait d'autopsie, nous ne saurions déterminer la part des dépôts tuberculeux. 2 malades furent guéris, 6 améliorés, 4 renvoyés comme incurables, 2 envoyés aux eaux, et 2 restaient en traitement au commencement de cette année. Le traitement n'a rien offert d'extraordinaire et j'ai été frappé surtout de l'opiniâtreté de la paralysie malgré l'application de moxas répétés, l'usage prolongé de la noix vomique, de l'électricité, des douches, etc.

Le cas le plus curieux de ce groupe a été celui d'une périostite scapulaire qui, après avoir réduit le malade au dernier degré de marasme par une suppuration très-abondante, donna lieu à la formation de séquestres nombreux dont 13 en tout furent enlevés, le dernier de 5 cent. de longueur sur 2 à 3 de largeur. Ses forces étaient revenues peu à peu, après l'extraction du dernier séquestre la cicatrisation s'acheva, et le malade quitta l'hôpital après un séjour de neuf mois.

Nous terminons ici cette esquisse, qui a pour but principal de donner une idée générale de la nature des maladies régnantes dans ce pays. Dans des comptes rendus ultérieurs nous nous occuperons plutôt de sujets plus restreints en entrant dans quelques détails sur l'un ou l'autre groupe de maladies.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX BELGES.

I. ARCHIVES BELGES DE MÉDECINE MILITAIRE.

Les numéros de janvier, février et mars 1854 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Histoire des diverses épidémies de fièvres continues qui ont régné parmi les détenus de la maison de correction de Saint-Bernard de 1843 à 1846*; par M. H. Stacquez. 2° *Des causes et du traitement de l'hémorrhagie secondaire après l'accouchement*; par M. Desnisseaux. 3° *Considérations sur l'entérite typhoïde*; par M. Lebeau. 4° *Du degré d'utilité des évacuations sanguines dans le traitement de l'ophthalmie gonorrhéique*; par M. Gouzée. 5° *Des dents œillères*; par M. P. Decaisne.

DU DEGRÉ D'UTILITÉ DES ÉVACUATIONS SANGUINES DANS LE TRAITEMENT DE L'OPHTHALMIE GONORRHÉIQUE; par M. GOUZÉE.

Dans un travail publié il y a quelques années, M. Gouzée s'était montré l'adversaire des émissions sanguines dans les cas d'ophthalmie gonnorrhéique. La GAZETTE MÉDICALE, à cette époque, crut devoir combattre une opinion qui lui paraissait trop absolue. Depuis lors M. Gouzée, instruit par une plus longue expérience, a modifié ses idées sur ce point. Voici ce que de nouvelles observations lui ont appris.

La maladie prise au début, la cautérisation suffit pour la faire avorter, ou pour l'empêcher de faire des progrès. Les saignées sont alors complétement inutiles.

Elles sont encore inutiles lorsque l'ophthalmie, parvenue à un degré plus avancé, est restée limitée à la muqueuse Dans ce cas encore, la cautérisation suffit pour conjurer le danger et ramener la maladie à l'état de simple conjonctivite.

Mais il n'en est plus de même dans les cas où à un écoulement abondant, plutôt séreux que puriforme, à un gonflement, à une tension considérable des parties, se joignent des douleurs vives et continues dans la profondeur de l'œil, à la tête et au front. Les émissions sanguines copieuses, ou incessamment répétées, doivent être employées avec la cautérisation et les autres moyens dont la thérapeutique dispose; elles concourent souvent avec efficacité à vaincre les accidents propres à cette forme redoutable de la maladie.

M. Gouzée ne cite, à l'appui de son opinion, aucune observation particulière. Cette opinion résulte surtout de ce fait général, dont l'auteur a pu maintes fois se convaincre, à savoir que les émissions sanguines sont loin d'avoir les conséquences fâcheuses que l'auteur leur avait attribuées à une autre époque.

CONSIDÉRATIONS SUR L'ENTÉRITE TYPHOÏDE; par M. LEBEAU.

L'auteur, après s'être élevé contre les praticiens qui, dans la fièvre typhoïde, administrent un traitement uniforme, sans tenir compte de la diversité des phénomènes morbides, s'occupe d'établir une théorie spéciale sur la nature de la maladie. : « En résumé, dit-il, que voyons-nous dans la fièvre typhoïde? Une matière étrangère qui enraye les fonctions des glandes de l'intestin, rend la digestion imparfaite, introduit dans la masse des humeurs des éléments morbides, etc. » Voici comment M. Lebeau décrit la matière *typhique* : « Cette *matière typhique*, dit-il, est une substance d'un blanc grisâtre, prenant une teinte légèrement jaunâtre quand elle est imbibée de liquide ou de sang; elle présente des cellules incomplètes, quelquefois de simples filaments et diverses espèces de noyaux de cellules. Elle n'est douée d'aucune organisation; semblable en cela aux tubercules, elle ne renferme ni vaisseaux sanguins ni nerfs. Une fois déposée dans les tissus, cette matière ne peut être éliminée que de deux manières : ou bien elle se résorbe, ou bien elle agit comme corps étranger, et c'est un travail inflammatoire qui se charge de son élimination. L'examen microscopique permet de suivre, période par période, la marche de la matière typhique. »

Le point capital, au point de vue pratique, c'eût été d'indiquer les moyens thérapeutiques propres à éliminer cette matière morbifique, et après cette description anatomique, on s'attendait à voir traiter dans le même esprit la question du traitement spécial qui concerne l'action éliminatrice. Malheureusement il n'en est rien; l'auteur se borne à dire que le rôle du médecin consiste à maintenir autant que possible les organes dans une liberté d'action suffisante, et à prévenir les phlegmasies concomitantes qui peuvent s'y développer.

Il insiste plus longuement sur la symptomatologie, qu'il divise en

trois septenaires. En signalant dans le deuxième la pneumonie qui survient à titre de complications, M. Lebeau émet un aphorisme qui nous paraît devoir être difficilement accepté par MM. les professeurs d'auscultation. « Je nie, dit-il, l'existence du souffle tubaire dans la pneumonie au deuxième et au troisième degré. »

Quant au traitement, l'auteur insiste sur un seul point : il rappelle combien est souvent fatal le coma qui arrive à la fin du troisième septénaire, en même temps que les phénomènes d'asphyxie commencent. Des malades, dans cette situation désespérée, ont été ramenés par lui, dans les trois quarts des cas, à l'intelligence et au rétablissement des fonctions vitales par l'application d'un large vésicatoire sur le sommet de la tête. Il cite trois faits heureux à l'appui de cette pratique, et il termine en disant qu'il pourrait rapporter quinze observations sur vingt, dans lesquelles le vésicatoire a réussi à dissiper plus ou moins immédiatement les symptômes encéphaliques.

SUR LES DENTS ŒILLÈRES; par M. DECAISNE.

Dans le mémoire de M. Decaisne, il y a deux choses à distinguer : les faits et l'interprétation qu'en donne l'auteur.

M. Decaisne rapporte quatre observations d'accidents graves développés dans l'organe de la vue à la suite de l'extirpation d'une dent molaire.

Dans la première, il s'agit d'un malade chez lequel il y eut, quelques instants après l'extraction de la petite molaire supérieure du côté droit, un gonflement de la joue. Le lendemain, le gonflement s'étendit aux paupières. Les jours suivants, il y eut de la fièvre, chémosis, légère exophthalmie, et finalement un abcès de la paroi inférieure de l'orbite.

Chez un second malade, après l'extirpation de la seconde molaire droite de la mâchoire supérieure, la joue du même côté se tuméfia; des douleurs se manifestèrent à la tempe et derrière l'oreille. L'œil devint un peu proéminent, et le malade fut obligé de garder le lit pendant un mois. La vue, sensiblement affaiblie dans le principe, ne se rétablit qu'imparfaitement.

Un autre malade se fit arracher l'avant-dernière molaire droite. Il y eut une hémorrhagie assez abondante. Tout le côté droit de la face se gonfla. Il y eut, comme chez le premier malade, tuméfaction de la paupière et chémosis, mais pas d'abcès orbitaire.

Enfin la quatrième observation a pour sujet un jeune homme de 21 ans qui, à la suite de l'extraction de la seconde molaire droite, eut un abcès à la joue, et plus tard une cataracte capsulo-lenticulaire, qui, *au dire du malade*, s'était déclarée peu de temps après l'opération.

De ces faits, M. Decaisne croit pouvoir conclure qu'il y a des rapports plus intimes qu'on ne le croit généralement entre l'œil et les dents voisines, que le vulgaire a qualifiées du nom significatif d'*œillères*, et que ces rapports sont établis par l'intermédiaire des nerfs de la cinquième paire, les recherches physiologiques modernes ne laissant aucun doute relativement à l'influence exercée sur l'organe de la vue par les lésions du trifacial.

Or c'est cette interprétation qui ne nous paraît pas à l'abri de la critique; car en analysant bien la marche des accidents, loin de les voir se montrer à distance du point primitivement lésé, comme les phénomènes sympathiques, on les voit, au contraire, se développer de proche en proche, comme les inflammations successives qui se propagent par contiguïté du tissu. Ici l'os, le périoste, le tissu cellulaire sous-cutané, nous semblent avoir été les conducteurs par lesquels s'est transmise la maladie.

La dissociation des branches nerveuses alvéolaires, par le fait de l'extraction des dents, n'a certainement pas une innocuité absolue; mais il n'est pas démontré, même après les observations intéressantes de M. Decaisne, qu'elle ait une action pathologique *directe* sur l'organe de la vision.

II. JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACOLOGIE DE BRUXELLES.

Les numéros de janvier, février et mars 1854 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Extraction d'un corps étranger du pharynx*; par M. Kœpl. 2° *De la rupture de l'ankylose et de ses combinaisons avec la section sous-cutanée*; par M. Philipeaux. 3° *De la syphilis héréditaire*; par M. Putégnat. (Lettre à M. Thisy.) 4° *Amputation simultanée des deux jambes*; par M. Piérard. 5° *Recherches sur les granulations*; par M. Delvaux. 6° *Considérations sur l'isolement par le tampon d'ouate, la cautérisation et les applications de quinquina et de charbon dans le traitement des vaginites*; par M. Thiry. 7° *Traité pratique des hydropisies des grandes cavités closes*; par M. Leriche. 8° *Fracture du crâne*; par M. Piénard. 9° *Des avantages de l'appareil plâtré de M. Mathyssens dans le traitement des fractures, des entorses et des tumeurs blanches*; par M. Nytterhoeven. 10° *Sur le traitement et la guérison de la gale en deux heures*; par M. Joly.

EXTRACTION D'UN CORPS ÉTRANGER DU PHARYNX; par M. KŒPL.

OBS. — Un enfant de 25 mois, fort et toujours bien portant, avala en jouant une pièce de 2 centimes. La mère étant accourue à ses cris, il lui indiqua ce qu'il venait de faire. Quelques efforts spontanés, mais infructueux pour vomir n'aboutirent point à l'expulsion de la pièce de monnaie.

Dès ce moment l'enfant refusa toute espèce de nourriture solide, et se borna à prendre de l'eau et du lait qu'il avalait sans difficultés et sans régurgitation. Les nuits qui suivirent, il eut, à différentes reprises, des accès de suffocation assez alarmants, mais sans toux.

M. Kœpl vit l'enfant trois jours après l'accident; on n'apercevait rien au fond de la gorge, si ce n'est la luette un peu allongée et dirigée en bas et en arrière. L'inspiration et le toucher du cou n'apprenaient rien sur le siége du corps étranger. La phonation, la respiration et la circulation n'étaient pas altérées. L'enfant avala de l'eau en présence du médecin, mais il refusa des sucreries que d'ailleurs il désirait, et cela dans la crainte d'opérer la déglutition. Il portait souvent la main au cou, comme pour écarter quelque obstacle.

Un vomitif fut prescrit. L'enfant vomit et eut plusieurs selles sans que le corps étranger apparût dans les matières évacuées.

Le petit malade fut transporté à l'hôpital. Là M. Kœple introduisit dans le pharynx une tige en baleine surmontée d'une éponge. Parvenu à la hauteur du cartilage cricoïde, le chirurgien fut arrêté par un obstacle qui lui parut être la pièce de monnaie. Les tentatives faites ayant fatigué l'enfant, une nouvelle exploration fut renvoyée au lendemain.

La baleine à éponge s'arrêta à la même hauteur. Une sonde élastique alla jusqu'à l'estomac. Après avoir vu plusieurs fois la baleine à éponge arrêtée au même point et la sonde glisser plus loin, M. Kœpl conclut que la pièce de 2 centimes était placée et fixée verticalement.

Le chirurgien eut recours alors à la sonde présensive œsophagienne à clochette de Dupuytren. Elle fut poussée lentement et non sans difficultés dans l'estomac. Chemin faisant, elle avait éprouvé de la résistance et donné lieu à des accès de suffocation au niveau de l'obstacle. En la retirant, elle fut arrêtée au même endroit, et ce n'est qu'après une traction assez forte que la pièce de monnaie fut retirée, engagée dans la partie antérieure de la clochette. La pièce de cuivre n'était ni oxydée ni altérée : elle avait l'aspect ordinaire, légèrement poli.

Voilà sans contredit une observation intéressante où le diagnostic a été porté avec une grande précision et où les tentatives du chirurgien ont eu un succès complet. Mais elle se recommande surtout par le jeune âge du malade qui en est le sujet. Il y a, en effet, dans ce cas, à tenir grand compte de certains phénomènes, en quelque sorte instinctifs, qu'on remarque moins chez les sujets plus âgés : tels sont le refus des aliments solides, les mouvements répétés des mains vers le cou, etc. Nous devons aussi mentionner un signe que M. Kœpl dit avoir eu occasion d'observer plusieurs fois dans des cas analogues : c'est la procidence de la luette allongée et dirigée en bas et en arrière.

DE LA RUPTURE DE L'ANKYLOSE ET DE SES COMBINAISONS AVEC LES SECTIONS SOUS-CUTANÉES; par M. PHILIPEAUX.

Si la rupture de l'ankylose doit jamais passer définitivement dans la pratique, c'est à la méthode sous-cutanée qu'elle le devra. Voici une nouvelle observation de succès obtenu par la combinaison du redressement forcé de l'articulation du genou droit avec la section sous-cutanée du triceps crural. Elle est bien faite pour encourager les chirurgiens à entrer dans cette voie

OBS. — Madame X..., âgée de 51 ans, douée d'une forte constitution, fut atteinte, il y a environ douze ans, d'un rhumatisme qui, après s'être porté sur les principales articulations, se fixa sur le genou droit. Malgré le traitement employé, le genou resta sensible, tuméfié, et devenait douloureux à la suite d'une marche un peu longue. Une chute sur le genou malade, quatre années après, amena une arthrite intense qui retint la malade au lit pendant plusieurs semaines. Le genou se tuméfia, la jambe se fléchit de plus en plus et la marche devient impossible sans béquilles.

Une amélioration notable fut obtenue au moyen de cautères appliqués sur la partie malade et d'une cautérisation transcurrente avec le fer rouge.

M. Bonnet vit la malade dans l'état suivant; le genou droit était très-volumineux; la jambe était tellement fléchie sur la cuisse qu'il y avait 18 centim. de raccourcissement d'un talon à l'autre; elle était en outre dans l'abduction et la rotation en dehors. La jambe et la rotule ne pouvaient se mouvoir que très-légèrement, signe d'ankylose fibreuse de l'articulation.

M. Bonnet procède à l'opération suivante :

La section sous-cutanée du triceps crural fut faite en premier lieu. Cette section accomplie, on procède à la rupture de l'ankylose. La jambe fut fortement fléchie sur la cuisse, et par des mouvements alternatifs de flexion et

d'extension, combinés avec des tractions énergiques sur la jambe, un redressement complet fut obtenu au bout de quelques minutes.

L'opération terminée, le genou fut plié autant qu'il l'était auparavant et placé dans un appareil à redressement graduel.

Pendant les quelques jours qui suivirent, il y eut de la tuméfaction et de la chaleur dans l'article, mais ces symptômes se dissipèrent peu à peu. Le septième jour de l'opération, on commença l'extension graduelle de la jambe. Celle-ci fut momentanément interrompue par des accidents intercurrents, néanmoins le redressement fut complet un mois après.

La jambe fut alors placée dans un tuteur articulé. On lui fit exécuter quelques mouvements de flexion et d'extension. La malade put même bientôt faire quelques pas dans la chambre. Puis elle fit quelques courses en s'aidant d'une béquille, et enfin sans béquille, à l'aide d'un seul tuteur.

Depuis cette époque la malade est allée de mieux en mieux, et a pu quitter Lyon, la jambe complétement redressée et pouvant marcher facilement avec son tuteur.

RECHERCHES SUR LES GRANULATIONS; par M. DELVAUX.

Après avoir exposé les principales opinions émises successivement sur la nature des blennorrhagies, aussi bien celles de l'œil, du rectum, du vagin, que celles du canal de l'urètre, l'auteur explique en quelques mots le but de son travail. « Des recherches faites dans ces derniers temps par un professeur de Bruxelles ont produit, dit-il, une véritable révolution et jeté un jour nouveau sur les affections blennorrhagiques. Par ces recherches, il est constaté qu'il existe un virus spécial produisant sur les muqueuses des altérations qui sont toujours les mêmes, et qui se reproduisent fatalement par la contagion. Ce virus a été désigné par M. Thiry sous le nom de *virus granuleux*, les altérations produites sous le nom de *granulations*, et les blennorrhagies qui en résultent sous le nom de *blennorrhagies granuleuses*. C'est cette doctrine nouvelle que je me propose d'exposer. » Comme on le voit, il s'agit ici d'une opinion qui a déjà été discutée partiellement dans la GAZETTE. Mais cette opinion a pris assez d'importance en Belgique, par le nom et le talent de celui qui la professe, pour que nous n'hésitions pas à nous en occuper de nouveau.

Les granulations, d'après MM. Thiry et Delvaux, sont des productions spéciales, sans analogues dans l'économie, identiques sur toutes les muqueuses, et transmissibles sur celles-ci par voie de contagion.

Eh bien! même à ce point de vue, uniquement anatomique, la doctrine nouvelle est loin d'être solidement établie. Les auteurs décrivent la granulation comme formée des éléments suivants : une surface chagrinée, qui n'est autre chose que la couche intermédiaire du derme muqueux; des globules de sang, de pus; du mucus, des débris épithéliaux, des vaisseaux; enfin des faisceaux de fibres parallèles, dérivant, disent-ils, de cellules qui s'allongent par les deux bouts. Or qu'y a-t-il dans ces éléments qui soit réellement spécifique et sans analogue dans l'économie? Les fibres allongées et pyriformes? Mais ces fibres, telles qu'elles sont figurées dans le mémoire que nous avons sous les yeux, ressemblent singulièrement aux corps pyriformes du tissu fibro-plastique, de ce tissu qui forme la base d'un si grand nombre de tumeurs, et qu'on trouve comme élément anatomique de l'induration, des végétations, du bourgeon charnu, etc.

D'après la même théorie, les granulations seules produiraient du pus contagieux. Les conjonctivites granuleuses seraient seules contagieuses. Toutes les urétrites contagieuses seraient elles-mêmes granuleuses (excepté toutefois les blennorrhagies chancreuses, au sujet desquelles les auteurs partagent toutes les opinions de M. Ricord). En un mot, il y aurait pour toutes les blennorrhagies urétrales, oculaires, vaginales, anales, etc., un virus ayant pour caractère essentiel d'être toujours sécrété par des granulations et de reproduire toujours ces mêmes granulations sur les muqueuses où il est inoculé.

Ici assurément on est en droit de demander aux auteurs la démonstration directe de quelques-uns des faits qu'ils avancent : par exemple, existe-t-il des urétrites granuleuses, constatées *de visu?* Une pareille constatation n'est pas impossible, la blennorrhagie affectant toujours plus ou moins la forme naviculaire et le méat, dont les lèvres peuvent être facilement écartées. Lorsque MM. Deville et Davasse décrivaient, il y a quelques années, la vaginite granuleuse, ils citèrent des observations, ils établirent par des chiffres le degré de fréquence de la maladie. MM. Thiry et Delvaux en ont-ils fait autant pour l'urétrite granuleuse?

Sur cinq observations rapportées par M. Delvaux, une seule fois on nota la présence de granulations dans le méat urinaire, et encore c'était chez une femme, c'est-à-dire sur cette muqueuse vulvo-utérine où les granulations sont presque aussi anciennement décrites que sur la conjonctive.

Dans les autres observations, l'existence des granulations sur la muqueuse urétrale est admise gratuitement, sans aucune espèce de preuves : il est question de conjonctivites granuleuses, contractées par le transport sur l'œil du pus provenant d'urétrites aiguës. Or c'est parce que ce pus a donné lieu au développement de granulations sur la conjonctive que M. Delvaux assure qu'il provient lui-même d'une muqueuse recouverte de granulations, c'est-à-dire que les urétrites, auxquelles on l'a emprunté, étaient granuleuses. Évidemment il y a là une pétition de principes. Qu'une affection granuleuse provienne nécessairement d'une affection caractérisée anatomiquement de la même manière, c'est précisément ce qui est en question.

Rappelons-nous, en effet, les inoculations nombreuses dont il a été rendu compte dans la GAZETTE MÉDICALE (1854, p. 509), inoculations pratiquées avec le pus de blennorrhagies plus ou moins aiguës, qu'on portait sur l'œil affecté de pannus pour y faire naître une ophthalmie gonorrhéique. Dans ces inoculations, un très-grand nombre de fois du pus provenant de blennorrhagies urétrales a été inoculé à l'œil. Il en est résulté souvent des ophthalmies très-virulentes, contagieuses, mais sans granulations. Bien plus, les expérimentateurs n'ont pas manqué de noter que, quand il existait des granulations, même des plus anciennes, elles s'effaçaient sous l'action modificatrice de l'inoculation.

Que faut-il conclure de là?

Que ces blennorrhagies, dont le pus a été inoculé avec résultat, mais sans produire la granulation, étaient néanmoins granuleuses. Ce serait détruire la base même sur laquelle repose toute la doctrine.

D'un autre côté, si l'on admet que ces urétrites n'étaient pas granuleuses, on est bien forcé de convenir que les granulations ne produisent pas seules du pus contagieux. Alors la plupart des blennorrhagies urétrales seraient inoculables à la conjonctive, susceptibles d'y développer des ophthalmies gonorrhéiques très-intenses, sans être caractérisées anatomiquement par la granulation. A plus forte raison seraient-elles transmissibles par le coït. En d'autres termes, la blennorrhagie urétrale, avec granulation, contagieuse au même degré seulement que toutes les autres, ne se distinguerait d'elles que par son extrême rareté. Ce serait une variété en quelque sorte exceptionnelle, et uniquement au point de vue de l'anatomie pathologique, de la blennorrhagie de l'urètre.

Cette variété, nous attendons que MM. Thiry et Delvaux l'observent chez l'homme, où nous la tenons encore pour non avenue.

SUR LE TRAITEMENT ET LA GUÉRISON DE LA GALE EN DEUX HEURES; par M. JOLY.

La fréquence de la gale dans le peuple et dans les armées en campagne; la question du traitement le mieux approprié; les moyens d'alléger les hôpitaux particuliers consacrés aux galeux; enfin la méthode à suivre pour prévenir les récidives qui sont malheureusement très-communes, ont beaucoup préoccupé les dermatologues modernes.

Une révolution profonde parut devoir s'opérer dans cette partie de l'art, lorsqu'en 1851 MM. Bazin et Hardy annoncèrent la possibilité de guérir en deux heures cette affection pour laquelle les malades séjournaient plusieurs jours à l'hôpital, et cela par l'emploi méthodique du savon vert et de la pommade sulfuro-alcaline d'Helmerick. Ils proposèrent en conséquence de ne plus admettre de galeux en séjour dans les hôpitaux, mais bien uniquement au traitement de passage pendant deux heures.

M. Joly a appliqué cette méthode sur une large échelle dans son service de l'hôpital Saint-Pierre, à Bruxelles, et après une expérience de plusieurs années, il vient déclarer qu'il n'a jamais été aussi heureux que les médecins de Paris; il remarque, d'ailleurs, que la plupart des galeux ont en outre d'autres maladies de la peau qui exigent un traitement supplémentaire.

Il ajoute que ce n'est pas tout de guérir la gale, et même de la guérir promptement; il faut encore chercher à prévenir les récidives, dont la fréquence est en raison même de la désinfection plus ou moins complète des vêtements. Or il a été constaté expérimentalement en Angleterre que la manière la plus sûre de les désinfecter était de les soumettre pendant quelque temps dans un séchoir, à une haute température de 100 à 130 degrés centigrades. C'est le seul moyen de détruire les insectes et leurs larves.

En résumé, M. Joly n'a jamais pu obtenir de guérison en deux heures, et il s'estime très-heureux quand il guérit en deux ou trois jours.

III. PRESSE MÉDICALE BELGE.

Les numéros de janvier, février et mars 1854 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Considérations sur le choléra qui règne*

en Russie; par M. Everard. 2° *Remarques sur les lésions appréciables dans le choléra asiatique*; par M. Graux. 3° *De l'emploi de l'essence d'orange contre les névroses gastriques*; par M. Hannon. 4° *Recherches sur la nature des affections blennorrhagiques*; par M. Thiry. 5° *Revue des affections vénériennes et syphilitiques traitées dans le service de M. Thiry en* 1853; par M. Manouvrier.

DE L'EMPLOI DE L'ESSENCE D'ORANGE CONTRE LES NÉVROSES GASTRIQUES; par M. HANNON.

Il n'est pas de médecin qui ne connaisse par expérience quelles difficultés l'on rencontre dans la pratique à l'endroit des névroses gastro-intestinales. Parmi la longue liste des remèdes vantés dans ces cas, figurent les préparations d'écorce d'orange, et en particulier le sirop d'écorces d'oranges amères. M. Hannon vient à son tour préconiser l'*essence d'écorce d'orange*; il la regarde comme d'une grande utilité dans le traitement des gastro-entéralgies : il pense qu'elle favorise la digestion, fait disparaître la dyspepsie et les anxiétés épigastriques, et dissipe les malaises et pesanteurs d'estomac dont souffrent les malades.

L'écorce d'orange renferme une huile essentielle ou essence, à laquelle elle doit son odeur. On prépare cette essence en soumettant à la presse la partie colorée de l'écorce d'orange. L'auteur préfère de beaucoup ce mode de préparation à la distillation de l'écorce avec de l'eau. Il donne 6 à 10 gouttes de cette essence, en deux fois, sur du sucre, à deux heures d'intervalle, dans la matinée. Il rapporte cinq observations de gastralgie et de gastro-entéralgie, dans lesquelles l'essence d'écorce d'orange a obtenu la guérison assez rapidement, tandis que les moyens ordinaires avaient échoué, comme l'opium, le bismuth, l'eau de laurier-cerise, la noix vomique, la valériane, les toniques végétaux et minéraux, etc.

L'essence d'orange à petite dose est un tonique stomachique, qu'on administre sans inconvénient. M. Hannon la regarde comme un spécifique de toutes les névroses gastriques, quelle que soit d'ailleurs leur forme; elle n'exclut pas les autres moyens généraux ou particuliers que réclame l'état des malades; on l'associe à la magnésie dans les aigreurs.

M. Hannon recommande d'éviter toute erreur de diagnostic, et en prescrit l'emploi dans la gastrite chronique, dans le cancer de l'estomac, dans la gastrodynie rhumatique, etc.

Nous croyons que cet agent thérapeutique mérite d'être expérimenté; on aura soin, comme le recommande l'auteur, d'éviter toute sophistication.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 18 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. COMBE.

SUR LE SIÈGE ET LES PRINCIPALES VARIÉTÉS DE LA CATARACTE.

M. MALGAIGNE lit sur ce sujet un mémoire qu'il résume en ces termes :

1° Les cataractes débutant par le centre du cristallin sont encore à l'état d'hypothèse.

2° Il n'existe pas un seul exemple de cataracte capsulaire simple, sans opacité du cristallin.

3° Les cataractes capsulaires compliquées semblent échapper à cette loi; toutefois l'exception ne s'appuie jusqu'à présent que sur deux observations qui laissent à désirer.

En résumé, jusqu'à présent, et toute réserve faite pour l'avenir, il n'y a que deux grandes variétés de cataractes simples, les cataractes lenticulaires et les cataractes capsulo-lenticulaires. L'altération du cristallin commence toujours par les couches voisines de la capsule, même quand celle-ci reste transparente; en sorte que la capsule paraît avoir une influence prépondérante sur les affections du cristallin.

Ce travail est renvoyé à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.

NOUVEAU MODE DE CAUTÉRISATION.

M. J. REGNAULD lit sur ce sujet la note suivante :

J'ai publié en 1852, dit l'auteur, la description d'un nouvel appareil propre à produire des cautérisations par le feu dans certains cas où le cautère actuel ne pouvait pas être employé. M. le professeur Nélaton, qui m'a engagé à faire des tentatives dans cette direction, désira expérimenter suffisamment, pour fixer son opinion sur la valeur de ce procédé, et pour poser les limites de son application à la thérapeutique chirurgicale. Ces essais m'ont obligé à attendre jusqu'à ce moment pour présenter à l'Académie l'exposé de mes résultats.

Le cautère dont j'ai fait usage est un stylet de platine dont l'incandescence s'obtient en mettant à profit la forte élévation de température qui accompagne le passage d'un courant voltaïque intense dans un fil métallique résistant.

Voici la forme qui, dès l'origine, a été donnée à cet appareil : un manche en buis cylindrique, de 20 centim. de longueur et de 15 millim. de section est creusé dans le sens de son axe de deux gouttières cylindriques séparées par un espace central plein, de 5 millim. d'épaisseur. Dans ces deux gouttières, dont le diamètre est de 5 millim., s'engagent à frottement deux tiges pleines de cuivre qui dépassent le manche de 3 centim. à chacune de ses extrémités. D'un côté, ces tiges sont fendues et creusées d'un pas de vis, sur lequel s'adapte un écrou mobile; de l'autre, elles sont aplaties et supportent chacune une vis de pression.

Les dernières extrémités sont destinées à mettre le cautère en relation avec les deux rhéophores d'une pile; les premières à porter un fil de platine offrant la forme d'un stylet, et dont chacun des bouts s'engage dans les rainures des tiges de cuivre, et y est maintenu solidement par les écrous. Le diamètre, la longueur, la forme du stylet peuvent être modifiés suivant les besoins de l'opérateur. Celui-ci ne doit pas, toutefois, oublier que pour une pile dont l'intensité serait toujours la même, il doit faire varier dans un rapport inverse la longueur du fil et sa section; sans cela il s'expose soit à le fondre, soit à ne pas atteindre l'incandescence.

On peut employer pour engendrer le courant une pile de Bunsen, comme je l'ai fait dans le principe, ou mieux une pile de Munck (50 couples), dont le maniement est très-commode et le montage très-rapide.

Les avantages de cet appareil naissent, d'une part, de la très-haute température que peut atteindre le stylet; et, d'autre part, de sa masse peu considérable. Je résumerai, d'après les expériences de M. Nélaton, les indications de son emploi en chirurgie :

1° Cautérisation exercée sur un point très-limité à l'aide d'un instrument dont la température est très-élevée, cas dans lequel on veut obtenir une destruction complète dans un espace bien circonscrit;

2° Cautérisation au fond d'une cavité naturelle (pharynx, isthme du gosier, fosses nasales, conduit auditif externe, etc.);

3° Cautérisation étendue se faisant à travers un orifice étroit et permettant la conservation du tégument externe (destruction des tumeurs érectiles sous-cutanées à travers une perforation très-étroite des téguments);

4° Excision périphérique tendant produire sans hémorrhagie l'ablation de certaines tumeurs dans les régions où l'écoulement sanguin pourrait rendre l'opération difficile ou dangereuse.

ACTION PHYSIOLOGIQUE DE LA VÉRATRINE.

MM. E. FAIVRE et C. LEBLANC présentent un mémoire sur ce sujet.

Les auteurs résument dans les conclusions suivantes les conséquences qui se déduisent des expériences présentées en détail dans leur travail :

D'après les expériences que nous venons de faire connaître, disent-ils, nous sommes conduits à admettre que la vératrine exerce trois actions distinctes sur l'organisme animal. Ces actions sont en rapport avec les doses plus ou moins élevées du médicament : la première action a lieu d'une manière bien marquée sur le tube digestif; la seconde, sur les organes de la circulation et de la respiration, et la troisième, sur le système nerveux et les muscles de la vie animale.

PREMIÈRE PÉRIODE. — La vératrine porte d'abord son action sur le tube digestif, et détermine l'augmentation de la sensibilité, de la contractilité et des sécrétions. L'exaltation de la sensibilité se traduit par les coliques, dont la violence paraît varier suivant les doses de vératrine employées. En proie aux douleurs que l'action du médicament leur fait éprouver, les chevaux frappent du pied le sol et s'agitent. Les chiens sont aussi en proie à une vive excitation. A la douleur se joignent les phénomènes de contractilité musculaire; les intestins sont contractés, les mouvements péristaltiques notablement accélérés. M. Magendie a remarqué ces phénomènes chez le chien, nous les avons nous-mêmes plusieurs fois constatés chez les grenouilles.

La sécrétion des follicules intestinaux et des glandes salivaires est augmentée par l'action de la vératrine. Dans nos expériences sur les chevaux et les chiens, nous avons toujours été frappés de la rapidité avec laquelle la salive s'écoule après l'administration de la vératrine, et de la persistance de cet écoulement. Tantôt la salive est visqueuse et filante, le plus souvent elle forme une mousse et une écume blanchâtres, semblables à celles qui se montrent chez les animaux en proie à des phénomènes convulsifs.

On pourrait supposer que la production de la salive est due à l'irritation que la vératrine exerce directement dans la cavité buccale sur les conduits excréteurs des glandes. Il serait aussi naturel de penser que l'effet purgatif est dû à une action toute locale sur l'intestin. L'expérience démontre qu'il en est autrement. En effet, soit qu'on injecte le médicament dans les veines, soit qu'on le dépose dans le tissu cellulaire sous-cutané, l'excitation du tube digestif, l'hypersécrétion des follicules intestinaux et des glandes salivaires est également marquée.

Dans le cas de contact direct entre l'agent toxique et la muqueuse intestinale, des altérations appréciables se manifestent. On peut alors voir se dessiner sur la muqueuse de l'estomac et de l'intestin grêle des plaques rouges de plusieurs centimètres de diamètre, nettement circonscrites et distinctes les unes des autres.

DEUXIÈME PÉRIODE. — L'abattement, la prostration des forces et le ralentis-

sement de la circulation forment les caractères tranchés de la seconde période. Cet état, qui n'avait pas été signalé dans les premières expériences de M. Magendie, a presque uniquement occupé les praticiens actuels; plusieurs même n'ont attribué à la vératrine qu'un effet principal, celui de provoquer le ralentissement de la circulation. Toutes les fois qu'il nous a été possible de constater l'état de la circulation avant et après l'administration de la vératrine, nous avons, en effet, reconnu la diminution du pouls et souvent même son irrégularité. Durant cette période, les chiens sont affaiblis, ils se tiennent difficilement sur leurs pattes, et, le plus souvent ils se couchent. Les chevaux sont abattus, et leur extérieur témoigne une dépression marquée. Dans cet état, la sensibilité nous a toujours semblé diminuer.

TROISIÈME PÉRIODE. — Lorsque les doses de vératrine sont plus considérables, les accès de tétanos ne tardent pas à se manifester. Les membres antérieurs et postérieurs s'étendent et se roidissent, les muscles du thorax et de l'abdomen se contractent, et la respiration devient anxieuse et pénible, le trismus des mâchoires met un nouvel obstacle au renouvellement du sang, et l'asphyxie se prononce de plus en plus.

Dans les premiers moments, les accès tétaniques sont courts et séparés par des intervalles considérables; mais l'action de la vératrine, se manifestant de plus en plus, provoque des accès plus longs et plus rapprochés; souvent l'animal succombe après une demi-heure ou une heure; mais si la vie prend le dessus, les accès diminuent progressivement. L'augmentation de la sensibilité accompagne toujours les phénomènes tétaniques. Si l'on touche l'animal, ne fût-ce que légèrement, on provoque de nouvelles contraction musculaires. A l'autopsie des animaux qui ont succombé à la suite du tétanos, on trouve des traces manifestes d'asphyxie.

La vératrine n'agit pas toujours suivant l'ordre que nous avons établi. Les périodes ne se succèdent pas toujours avec la rigueur qu'indiquent nos descriptions. Ainsi l'action sur le tube digestif peut être plus ou moins marquée et se continuer, soit pendant la période de dépression, soit pendant la période d'excitation; de même le ralentissement de la circulation et les phénomènes tétaniques peuvent avoir une durée et une intensité variables. Si les doses du médicament sont toxiques, le tétanos se produira aussitôt, sans que l'action sur le tube intestinal et la circulation soient manifestes. Dans ce cas la mort est rapide, et l'asphyxie qui la cause survient brusquement.

L'action de la vératrine étant connue, on peut se demander quelle place il convient d'assigner à cet agent dans la classification thérapeutique.

D'après nous, elle doit être rangée parmi les médicaments excitants du système musculaire : la noix vomique, la strychnine, etc., bien qu'elle en diffère cependant d'une manière notable. Comme ces médicaments, elle produit le tétanos; comme eux, elle augmente la sensibilité; comme eux enfin, elle détermine l'asphyxie et la mort. Mais les agents excitateurs ne portent guère leur action que sur le système nerveux de la vie animale; ils ne ralentissent pas la circulation et n'irritent pas l'intestin. La vératrine, au contraire, et c'est ce qui en fait un des précieux agents de la thérapeutique, agit à la fois et sur la circulation, qu'elle ralentit, et sur le tube intestinal, qu'elle fait contracter.

La connaissance de l'action physiologique de la vératrine nous amène à l'indication des maladies dans lesquelles on peut employer rationnellement ce médicament. Il est indiqué comme purgatif énergique dans le cas d'obstruction du gros intestin par des matières fécales; son action puissante sur la muqueuse nasale en fait un excitant et un sternutatoire. Son mode d'action sur le système nerveux de la vie animale justifie son emploi dans les névralgies, dans certaines paralysies, et dans la chorée, l'hystérie et le tétanos. Sans doute son action spécifique sur le rhumatisme articulaire aigu s'explique et par l'action révulsive exercée sur l'intestin, et par l'excitation ou l'hyposténisation qu'il produit.

La vératrine pourra aussi être employée avec avantage dans la médecine vétérinaire, chez le cheval dans le vertige abdominal, dans les cas de pelotes stercorales et les diverses névroses. Chez le chien, elle rendra des services dans le rhumatisme articulaire aigu, la chorée, le tétanos, les névralgies, les constipations opiniâtres et le catarrhe nasal des jeunes chiens. On pourrait faire entrer la vératrine comme sternutatoire dans le vinaigre administré aux bœufs atteints de pneumonie et de pleuropneumonie.

Un agent aussi énergique et aussi dangereux que la vératrine ne doit pas être manié sans précautions. Il est de la plus haute importance d'en fixer, aussi rigoureusement que possible, les doses toxiques et les doses médicamenteuses chez l'homme et chez les animaux. A cet égard, nos expériences nous ont donné les résultats suivants :

Chez le chien, la dose toxique est de 15 à 20 centigrammes, suivant la taille, et la dose médicamenteuse est de 5 à 8 centigrammes. Chez le cheval, la dose toxique est d'environ 3 grammes, et la dose médicamenteuse, de 50 centigrammes à 1 gramme. D'après les proportions ordinaires, la dose toxique de l'homme variera entre 75 et 80 centigrammes et la dose médicamenteuse pourra être portée de 20 à 25 centigrammes.

Nous supposons, dans tous ces cas, que la vératrine a été administrée par la bouche, ou, mieux encore, par l'œsophage. En faisant pénétrer cet agent par le rectum, en l'injectant dans les veines et en le déposant sous la peau, nous avons obtenu les résultats suivants :

A. *Injection dans l'intestin par le rectum.* Chez le chien, à la dose de 15 centigrammes, purgation très-violente; chez le cheval, 1 gramme produit un effet de la même nature, mais moins rapide et moins violent.

B. *Injection dans les veines.* Chien, 6 centigrammes produisent des coliques et une légère purgation.

Cheval : 50 centigrammes ne produisent que de légères coliques. Légère diminution du pouls dans les deux cas.

C. *Vératrine déposée sous la peau.* Chien, 25 centigrammes, tétanos et mort. Cheval : action marquée sur l'intestin et diminution sensible du pouls. La quantité déposée était de 1 gramme.

Chez les animaux, on administrera de préférence la médicament, soit en dissolution dans l'éther, soit sous forme d'électuaire.

— M. Jobert (de Lamballe) prie l'Académie ne vouloir bien le comprendre dans le nombre des candidats pour la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie, par suite du décès de M. Lallemand.

SUR LA VOIE PAR LAQUELLE DE PETITS CORPUSCULES PASSENT DE L'INTESTIN DANS L'INTÉRIEUR DES VAISSEAUX CHYLIFÈRES ET DES VAISSEAUX SANGUINS.

MM. MARFELS et JAC. MOLESCHOTT (de Heidelberg) ont cherché à établir, par un grand nombre d'expériences faites sur la grenouille, que de petits corpuscules à surface lisse (les molécules de la matière noire de la choroïde de l'œil et les corpuscules sanguins de la brebis et du bœuf) passent de la cavité de l'intestin dans les capillaires sanguins du mésentère et dans le cœur.

Des expériences et des observations réitérées, faites sur la grenouille, le lapin, le bœuf, le chien et l'homme, nous ont démontré que les particules passent de l'estomac et de l'intestin dans les cellules qui tapissent la muqueuse de ces organes, et qui, comme M. Brücke, l'illustre physiologiste de Vienne, l'a bien dit, ne sont fermées que par un mucus mou et perméable pour de petites molécules de graisse. Après avoir franchi ce système de cellules, les corpuscules entrent dans les lacunes des villosités de la muqueuse, et de là dans les racines librement ouvertes des vaisseaux chylifères que M. Brücke a décrites, et qui ne commencent qu'au delà des villosités dans la muqueuse de l'intestin. Nous avons depuis trouvé les molécules de la matière noire de l'œil, que nous avions mêlées à la viande et au lait qui formaient la nourriture de nos chiens, dans les vaisseaux chylifères du mésentère et dans le canal thoracique de ces animaux. La voie que suivent les corpuscules, à partir de la cavité intestinale jusque dans les vaisseaux sanguins, a donc été constatée dans toute son étendue par l'observation directe.

Le passage de la matière noire de l'œil dans les cellules épithéliales de l'intestin se fait aussi après la mort, surtout si on la favorise par une chaleur de 34 degrés centigrades environ et une pression de 9 à 10 centimètres de mercure.

Cette perméabilité des cellules épithéliales des organes digestifs n'est pas une propriété générale des cellules; elle manque aux corpuscules du sang de la grenouille, ainsi qu'aux cellules polygonales de la langue humaine.

Ajoutons que la digestion de la plus grande portion de la graisse, comme l'a très-bien reconnu M. Brücke, doit être regardée comme s'opérant en vertu d'un transport mécanique, et non pas comme une simple solution, les sucs digestifs ne jouissant, en effet, du pouvoir saponifiant que pour une petite quantité de la graisse que nous digérons.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 27 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

M. le ministre transmet :

1° La recette de plusieurs spécifiques contre le choléra;

2° Une lettre de M. le docteur Girard qui propose la teinture de musc contre le choléra;

3° Un échantillon de sparadrap de M. Schkopp, pharmacien à Paris, et la recette de cette préparation;

4° Les rapports de différents docteurs et élèves en médecine qui ont donné leurs soins aux cholériques dans les départements où l'épidémie s'est déclarée cette année;

5° Une expédition de l'arrêté par lequel le ministre approuve les formules concernant la préparation de digitaline de MM. Homolle et Quévenne;

6° Une ampliation de l'arrêté concernant l'insertion dans le BULLETIN de l'Académie du mode de préparation du fer réduit de M. Quévenne.

— M. le docteur LECOEUR adresse à l'Académie un rapport sur l'état sanitaire de Clinchamps-sur-Orne et de Percanalle (Calvados).

— M. DESCHAMPS envoie une note sur la préparation de l'huile de foie de morue.

— M. le docteur BORELLI (de Turin) adresse une lettre avec description d'un instrument pour opérer le phimosis.

— M. CHAUVIERRE, pharmacien, propose l'alun et la décoction de tête de pavot, concurremment avec les frictions d'alcool et d'ammoniaque contre le choléra.

— M. COINZE adresse un travail intitulé : DES LOIS DE LA NATURE.

— L'Académie procède à l'élection des commissions permanentes.

ÉPIDÉMIES.

Membres sortants. MM. Bricheteau et H. Gaultier de Claubry.
Membres élus. . . MM. Requin et Barth.

EAUX MINÉRALES.

Membres sortants. MM. H. Gaultier de Claubry et Chevallier.
Membres élus. . . MM. Caventou et Is. Bourdon.

VACCINE.

Membres sortants. MM. Gibert et Cazeaux.
Membres élus. . . MM. Collineau et Delafond.

REMÈDES SECRETS.

Membres sortants. MM. Caventou et Poiseuille.
Membres élus. . . MM. Guéneau de Mussy et H. Gaultier de Claubry,

COMMISSION DE PUBLICATION.

Membres sortants. MM. Bouillaud, Laugier, Requin, Leblanc, Boutron.
Membres élus. . . MM. Ferrus, Bousquet, Larrey, Bouchardat, Bouley jeune.

CHUTE DU RECTUM.

M. DUCHAUSSOY lit un mémoire à l'appui de celui qu'il a présenté à l'Académie l'année dernière. Il rappelle que, dans ce travail, il avait cherché à établir que, chez les enfants, la chute du rectum ne se produit qu'à la faveur de la diminution plus ou moins considérable de la contractilité du sphincter de l'anus ; que la guérison de la chute du rectum ne s'effectue qu'à la condition du rétablissement de la contractilité des muscles chargés de fermer l'orifice anal, et qu'en conséquence, en s'adressant directement à ces muscles, on peut obtenir la guérison de la chute du rectum par des méthodes de traitement plus simples et aussi efficaces que celles auxquelles on avait recours jusqu'alors. Il a proposé, dans ce but, la strychnine, l'électricité d'induction et une modification du procédé de M. Guersant pour la cautérisation. Déjà il a fait connaître un cas de succès par la strychnine.

Aujourd'hui il apporte des preuves de l'efficacité des deux autres modes de traitement : l'électricité et le cautère en aiguille. C'est d'abord l'histoire d'un malade observé dans le service de feu le professeur Roux, remplacé par M. Gosselin, et qui a été faradisé pour une chute du rectum ayant quarante années d'existence, et une paralysie incomplète de la vessie. Les deux affections ont guéri après onze séances ; six mois après, la guérison ne s'était pas démentie. Chez ce malade, M. Gosselin a constaté que la cessation de la chute du rectum a coïncidé avec le rétablissement de la contractilité du sphincter qui admettait facilement trois doigts avant le traitement.

M. Duchaussoy fait observer que ce cas est le même que celui dont parle M. Duchenne (de Boulogne) dans le livre qu'il vient de publier, et que les différences qui existent entre les deux versions tiennent à ce que M. Duchenne s'est laissé induire en erreur par de vagues souvenirs.

Puis vient une autre observation de guérison de paralysie du sphincter, obtenue par M. Demarquay, dans un cas où l'excision d'un lambeau triangulaire n'avait pas agi sur le muscle. En troisième lieu, il est fait mention d'une guérison obtenue par M. Duchenne; à la suite de ce fait, l'auteur fait remarquer que M. Duchenne a cru, bien à tort, avoir des droits à la priorité de ce traitement des chutes du rectum ; car le mémoire de M. Duchaussoy avait été présenté au concours pour le prix de l'internat plus d'une année avant que M. Duchenne fît sa première opération sur le sphincter anal, pour un cas de chute du rectum. M. Gosselin, dans son service de Lourcine, avait depuis longtemps appliqué l'acupuncture électrique du sphincter au traitement de l'incontinence des matières fécales.

M. Guersant a essayé le cautère en aiguille, et des renseignements fournis par MM. Besnier et Warmont, ses internes, il résulte que, sur 18 cautérisations, il n'y a eu qu'une seule récidive, encore, dans ce cas, avait-on employé le cautère des dentistes, et non le cautère en aiguille. Cinq observations recueillies par MM. Besnier et Warmont mettent en évidence l'action de cette légère cautérisation, qui va réveiller le sphincter endormi.

M. Duchaussoy termine en disant que, s'il ne s'est pas trompé, il s'estimera très-heureux d'avoir contribué aux progrès de la thérapeutique des chutes du rectum, en faisant voir que, dans un bon nombre de cas, on peut substituer à l'excision rayonnée ou triangulaire, aux larges cautérisations et aux autres méthodes de traitement, la strychnine, la faradisation ou quatre piqûres avec un cautère en aiguille. (Renvoyé à la commission déjà nommée pour examiner le premier travail de M. Duchaussoy.)

TUBERCULES.

M. MANDL lit un mémoire sur l'anatomie pathologique du tubercule. Voici les conclusions de ce travail :

1° Examen microscopique du réticulum du cancer et de quelques produits de l'inflammation, surtout de l'inflammation chronique, comme des fausses membranes, des poumons hépatisés, du pus concret, etc., fait connaître l'existence d'éléments identiques par leur forme, leur aspect, leurs dimensions, et à ceux que présente la substance tuberculeuse.

2° Il n'existe pas d'élément particulier spécifique caractéristique du tubercule.

3° Il n'est donc pas permis de parler de l'affection tuberculeuse, parce que dans une production pathologique on rencontre des éléments analogues à ceux qui se trouvent dans la substance tuberculeuse.

— M. ROBINET lit plusieurs rapports défavorables sur des remèdes secrets et nouveaux.

HÉMORRHAGIE SPLÉNIQUE.

M. BARTH met sous les yeux de l'Académie une rate énorme, ayant environ 4 à 5 décim. de long, 2 de large et 1 et demi d'épaisseur. Le sujet sur lequel on a pris ce viscère est celui d'une femme de 61 ans, concierge, n'ayant jamais eu de fièvre intermittente, et qui, il y a deux ans, sans cause connue, éprouva dans le côté gauche des douleurs obscures, lesquelles s'accompagnèrent au bout de quelques mois d'une augmentation de volume de l'abdomen. La tuméfaction augmenta assez rapidement et obligea la malade à entrer à l'hôpital ; elle fut reçue dans le service de M. Barth le 15 novembre dernier. Un examen attentif permit de constater l'existence d'une ascite assez considérable et d'une énorme augmentation de volume de la rate. Quelque temps après l'entrée de la malade, une diarrhée se manifesta, pendant laquelle l'ascite diminua notablement ; mais, à la suite d'une chute, une péritonite se déclara qui se termina par la mort.

A l'autopsie, on trouva une rate du volume indiqué ci-dessus, renfermant dans son intérieur des foyers apoplectiques du volume d'un œuf, et des plaques jaunâtres fibrineuses, dures, d'aspect tuberculiforme, qu'on prenait en effet autrefois pour du tubercule et qui ne sont que d'anciens foyers transformés en masses fibrineuses. La veine splénique est oblitérée.

La séance est levée à quatre heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE.

DES MÉTAMORPHOSES DE LA SYPHILIS. — RECHERCHES SUR LE DIAGNOSTIC DES MALADIES QUE LA SYPHILIS PEUT SIMULER ET SUR LES SYPHILIS A L'ÉTAT LATENT ; par Prosper YVAREN. — 1 vol. in-8° de 600 pages. — Paris, 1854, J. B. Baillière.

Les métamorphoses de la syphilis ! voilà, certes, un titre bien propre à piquer la curiosité du lecteur. M. Yvaren remue ainsi, par le seul frontispice de son livre, toute une série d'idées qui, objet de luttes et de controverses, ont tour à tour été adoptées ou combattues par les divers systèmes que la science a vu naître depuis l'apparition de la maladie vénérienne (1).

Il fut une époque où la syphilis avait tellement frappé les esprits par ses ravages et la multiplicité de ses accidents qu'on croyait la voir partout ; elle avait usurpé une place dans chaque division et subdivision du cadre nosologique : elle dominait, pour ainsi dire, toute la pathologie. Sous l'empire de cette terreur scientifique, on la considérait comme une sorte de Protée capable de revêtir toutes les formes ; il n'y avait guère de maladie qui parût rester en dehors de sa fatale influence ; c'était un élément morbide qui venait s'introduire à l'état latent dans la masse des affections chroniques.

Les choses en étaient là lorsque Hunter parut ; ses expériences ouvrirent une ère nouvelle. Son école, continuée et perfectionnée par M. Ricord, opéra une véritable révolution dans les idées ; on peut dire que Hunter et Ricord ont changé l'état des esprits. La syphilis fut mieux définie, ses formes mieux caractérisées et son cadre plus circonscrit. Toutefois, des élèves ardents ont exagéré la doctrine du maître ; on est allé trop loin ; on n'épargna pas les sarcasmes à ceux qui avaient cru aux premières théories ; l'exagération ancienne fut remplacée par une exagération nouvelle.

En même temps une école rivale, que la pathogénie des vi-

(1) La syphilis est-elle réellement une maladie nouvelle? M. Prosper Yvaren se prononce pour l'affirmative; il démontre d'abord (dans ses notes sur le poëme de J. Fracastor, dont il a donné une remarquable traduction en vers français), par des preuves flagrantes, le caractère apocryphe des prétendus statuts de la reine Jeanne qui auraient concerné l'établissement d'un lieu de débauche à Avignon, en l'an 1347; puis il s'appuie surtout non-seulement sur le silence ou les contradictions des auteurs anciens, mais encore sur le témoignage précis des écrivains de cette époque, qui, au nombre de plus de vingt, lui paraissent tous équivoques depuis J. Grundpech et A. Benoît, en 1496, et Jean de Vigo, en 1514, jusqu'à A. Mussa Brassavole, en 1553, J. Sylvius, en 1557, et Gabriel Fallope, en 1560 (Voy. SYPHILIS, poëme de J. Fracastor, traduit en vers français, par Prosper Yvaren; in-8°, Paris, 1847; p. 125 à 142.) Le docteur Gauthier (de Lyon) nous semble, de son côté, avoir péremptoirement prouvé cette même opinion par une discussion historique approfondie et une argumentation irrésistible. (RECHERCHES SUR L'HISTOIRE DE LA SYPHILIS; in-8°, 1842.) Pour notre compte, dans l'HISTOIRE MÉDICO-CHIRURGICALE DE L'HÔTEL-DIEU DE LYON, nous avons pu, à l'aide de documents locaux peu connus, déterminer l'époque précise de son invasion à Lyon : ce fut en 1496, lorsque Charles VIII, avec son armée, fit son entrée dans notre ville au retour de la campagne d'Italie. (V. nos MÉLANGES DE CHIRURGIE; Paris, in-8°, 1846, *partie historique*, p. 56.) Rappelons à l'appui que Ulric de Hutten, qui, après avoir subi onze traitements mercuriels, écrivit en 1519 son curieux livre sur le gaïac, fixe l'apparition de la syphilis en Europe vers 1493.

rus contrariait, s'efforça d'élever autel contre autel; elle refusait son caractère spécifique à la maladie vénérienne, et, suivant les expressions de notre auteur, elle est allée jusqu'à nier que la plupart des désordres secondaires et tertiaires fussent la conséquence de l'imprégnation syphilitique. On s'est efforcé de justifier la vérole des ravages que de tout temps elle avait été accusée de produire dans le système osseux et dans d'autres appareils organiques; mais, ne pouvant nier l'existence trop réelle de ces terribles accidents, quelquefois accumulés sur la même victime, on en a rejeté le reproche sur le mercure; on lui a imputé d'en être le principal, sinon l'unique auteur. Le règne de ces paradoxes fut éphémère; une seule des écoles rivales a survécu, et son influence s'est accrue de son triomphe même.

Aujourd'hui il semble que le public médical commence à trouver son autorité quelque peu despotique; il se prend à croire que les limites qu'on avait assignées à la syphilis sont trop étroites et que son domaine est malheureusement plus étendu que les syphiliographes modernes ne l'avaient fait. On se préoccupe de sa participation aux divers états morbides. Il est évident qu'il se fait un retour, lent mais progressif, vers les idées anciennes; c'est une réaction qui s'opère contre l'école dont les adeptes avancés avaient prétendu faire table rase.

M. Prosper Yvaren vient apporter son tribut; et son livre, qui répond à un besoin de notre époque, est à la fois un indice et un drapeau de la révolution médicale qui s'insinue dans les esprits, à l'endroit de la syphilis et de son rôle dans la génération des maladies.

M. Yvaren prêche une croisade contre la maladie vénérienne; il voudrait que la société tout entière réunit ses efforts pour écraser ce grand destructeur, cette *mort chronique* de la race humaine qui, selon l'énergique expression de M. de Maistre, « tue ce qui n'est point encore, et ne cesse de veiller sur les sources de la vie pour les appauvrir et les souiller. » L'auteur la signale comme une plaie qui frappe l'humanité d'une dégradation de plus en plus apparente. Depuis qu'elle est venue mêler au sang des peuples modernes son virus délétère, il y a à ses yeux une tendance incontestable au *rabougrissement*. Il remarque que la taille de nos conscrits s'abaisse de plus en plus, que les cas de réforme se multiplient d'année en année, et il se demande d'où vient cette décadence. La syphilis n'est-elle pas un des agents de cette dégradation physique? Il n'hésite pas à répondre par l'affirmative. Il insiste sur l'insuffisance du traitement spécifique dans les accidents primitifs, et sur les conséquences graves qui en découlent pour le développement des phénomènes secondaires et tertiaires. Il fait voir qu'alors la cure devient difficile, même quand les manifestations morbides portent le cachet patent de l'infection vénérienne. Mais cette physionomie pathognomonique, la vérole peut s'en dépouiller pour revêtir l'appareil symptomatique d'autres maladies, sous des formes *dégénérées*, *larvées*, *masquées*, etc. En présence de ces *métamorphoses*, le diagnostic hésite, le mal s'accroît et les périls du malade redoublent; méconnue, la syphilis *larvée* peut devenir incurable; elle peut occasionner la perte d'un organe, la ruine du corps entier, la mort même; elle peut se transmettre d'un père à ses enfants et infecter ainsi plusieurs générations.

Ce triste tableau justifierait amplement, s'il en était besoin, l'auteur d'avoir entrepris son ouvrage, et il en fait sentir toute l'utilité pratique, car démasquer le mal c'est en rendre la guérison possible. Mais à quels signes le reconnaître? Par quels indices trahira-t-il sa personnalité? Quelles ressources l'art possède-t-il pour arracher le masque dont il se couvre? C'est à ce point peu étudié du domaine syphilitique que l'auteur a consacré ses recherches, avec l'intention de les poursuivre, sinon jusqu'à la solution définitive du problème, au moins jusqu'à une approximation satisfaisante. Sous ce rapport, éclairer et fixer le diagnostic, c'est établir le traitement.

L'auteur, pour mettre de l'ordre dans ces nombreux matériaux et mieux se reconnaître dans le labyrinthe des métamorphoses de la syphilis, les étudie successivement : 1° dans le système nerveux; 2° dans les appareils membraneux; 3° dans les organes parenchymateux; 4° enfin dans les affections diathésiques. On voit par là quelle large part elles occupent dans la pathologie, et quel grand nombre de maladies la syphilis larvée peut simuler ou compliquer. On juge à cette simple énumération de quelle haute importance pratique peuvent être de pareilles recherches; un tel ouvrage devra se trouver dans la bibliothèque de tout praticien, car il aura souvent occasion de le consulter avec fruit, mais, par contre, comme M. Diday, nous faisons ici, en raison même de sa nature, des vœux sincères pour qu'il ne sorte jamais du public médical : de tous les livres de médecine les livres sur la syphilis sont peut-être les plus dangereux pour les gens du monde, et, de tous les livres sur la syphilis, à coup sûr celui qui traite de ses infinies métamorphoses serait pour eux le plus à craindre; s'il apprend au médecin à démêler et à guérir une foule d'affections qu'entache une origine verolique, il ne manquerait pas, chez l'homme du monde, en embrouillant sa judiciaire et son imagination, de produire une maladie que nous avons déjà trop souvent à déplorer : je veux parler de la syphiliophobie. Quand on connaît cette malheureuse catégorie des syphiliophobes, dont les angoisses et les tortures réalisent les supplices que la fable avait inventés pour son enfer, on s'effraye à la pensée des périls et des ravages que ferait naître parmi eux l'apparition inopportune du TRAITÉ DES MÉTAMORPHOSES DE LA SYPHILIS. Pour eux ce doit être un livre mis à l'index.

Faisons maintenant observer en faveur de M. Yvaren que son titre de MÉTAMORPHOSES DE LA SYPHILIS, et la dénomination si souvent contestée do *syphilis larvée*, se trouvent tout d'abord justifiés par cette remarque générale qui découle des faits consignés dans son ouvrage, à savoir que 67 fois sur 125 observations, c'est-à-dire dans *plus de la moitié des cas*, le médecin, induit en erreur par de trompeuses apparences, avait complétement fait fausse route On n'avait porté qu'un diagnostic erroné : la nature syphilitique de la maladie avait été méconnue. L'auteur insiste sur cette circonstance que, dans ces 67 cas, tant que la maladie simulée n'a pas été rattachée à sa cause latente elle a suivi son cours, s'exaspérant ou restant stationnaire, ne subissant des médications les plus variées, des agents les plus énergiques, qu'une modification insignifiante ou passagère, et cela pendant tout le temps qu'on ne s'adressait qu'à la forme ou au symptôme morbide; mais il en était tout autrement aussitôt que l'essence du mal était reconnue et convenablement attaquée par un traitement antisyphilitique.

Nous ne suivrons pas M. Yvaren dans les divers développements de sa classification; nous nous bornerons à quelques-uns des points qui nous ont le plus impressionné. Les praticiens remarqueront comme nous un chapitre fort intéressant sur le diagnostic et le traitement de la phthisie pulmonaire d'origine syphilitique. La question est élucidée par dix observations curieuses, empruntées à différents auteurs depuis Morton, C. Hoffmann et Stoll jusqu'à Baumes, Biett et Marjolin; dans tous les cas, la découverte de la cause latente a permis d'arracher les malades à la mort. L'histoire de la phthisie laryngée syphilitique n'est ni moins riche en observations ni moins féconde en enseignements pratiques.

Nous avons été tout aussi intéressé par l'étude des diathèses que la syphilis peut simuler, et en particulier du cancer syphilitique. On n'en sera pas surpris quand nous dirons que l'auteur a été assez heureux pour réunir de nombreux exemples de cancers syphilitiques de l'œil (1 observ.), des mamelles (2 observ.), des testicules (3 observ.) et de la matrice (5 observ.), etc., qui tous ont été guéris sans opération par le traitement spécifique.

On ne sera pas moins frappé de ce qui concerne l'épilepsie syphilitique. L'auteur y fait preuve d'un grand tact médical et d'une saine critique. Une différence radicale, une incurabilité trop souvent absolue sépare l'épilepsie essentielle de l'épilepsie syphilitique. En recueillant onze observations authentiques, en montrant qu'aucune n'a résisté aux agents spécifiques, et que toutes au contraire ont guéri, M. Yvaren a rendu un service signalé aux médecins et aux malades : c'est une précieuse conquête pour la science et pour l'art. Mais enfin comment établir ici le diagnostic différentiel? Nous allons résumer rapidement cette partie de l'ouvrage pour mettre en relief la méthode de l'auteur. On distinguera l'épilepsie syphilitique : 1° à l'absence des causes ordinaires qui engendrent le mal caduc (10 fois sur 11); 2° à l'âge du malade lors de l'invasion épileptique (de 30 à 40 ans, 7 fois sur 10); 3° à l'invasion des accès ou paroxysmes pendant la nuit (3 fois sur 10); 4° à la préexistence d'accidents vénériens (7 fois sur 11); 5° à la présence simultanée de symptômes syphilitiques (8 fois sur 11). Ajoutons l'insuccès des médications dirigées contre le mal caduc, l'insuffisance ou même l'absence d'un traitement vénérien jusqu'alors.

Mes propres recherches sur les *maladies des organes des sens* m'ont fait porter une attention particulière à tout ce qui concerne cette branche de la pathologie. La division de l'auteur, ne suivant pas l'ordre topographique, a disséminé les matériaux de cette étude dans les différentes parties de l'ouvrage; c'est une recherche préalable à faire, pour les réunir ensuite par la pensée. Tous les sens, et cela devait être, ne sont pas également bien dotés dans les MÉTAMORPHOSES DE LA SYPHILIS : celui du goût est le plus épargné de tous; l'odontalgie syphilitique est la seule affection de cet appareil qui y figure; le sens de l'odorat est plus largement partagé; peut-être aurait-on pu y ajouter encore quelque chose en mettant à profit le savant travail de M. Hippolyte Cloquet sur l'appareil olfactif (physiologie et pathologie). La pathologie auriculaire a une grande part dans les métamorphoses

de la syphilis; mais de tous ces sens, c'est sans contredit celui de la vue qui en reçoit la plus profonde influence. L'auteur passe successivement en revue l'ophthalmie, la fistule lacrymale, l'iritis, la cataracte, l'amaurose, etc. A propos de l'iritis, il ne cite aucune observation clinique : je l'approuve pour l'état *aigu*, et je trouve qu'il a sagement fait, car c'est un sujet battu et rebattu; mais en est-il de même pour l'état *chronique?* Je ne crains pas de répondre par la négative, et je pense que le livre de M. Yvaren et la science elle-même auraient gagné davantage à ce qu'on procédât autrement.

Existe-t-il des cataractes syphilitiques? Peu d'auteurs le croient; toutefois C. Bell l'affirme, et M. Yvaren en rapporte deux observations curieuses, dont l'une est empruntée à la clinique du professeur Lallemand. La guérison, dans les deux cas, eut lieu sans opération, par le fait seul de la médication antisyphilitique. Malheureusement les détails manquent, et l'on ne sait s'il y avait des symptômes particuliers ni si le mal portait plutot sur le cristallin que sur la capsule.

L'histoire de l'amaurose syphilitique mérite d'être mentionnée. L'auteur en fournit quatre exemples : deux d'entre eux sont tirés de sa propre pratique. Nous croyons qu'il aurait aisément pu en réunir un plus grand nombre, et rendre son tableau plus complet : j'en ai moi-même rapporté un dans mon TRAITÉ DE L'AMAUROSE (1841); on en rencontre quelques faits épars dans les journaux de médecine; je puis citer le JOURNAL CLINIQUE DE LYON et les ANNALES D'OCULISTIQUE; j'ajouterai que la GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG en renferme deux observations intéressantes (1850, p. 65); il en existe d'autres dans les MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE. Scarpa en a parlé, ainsi que Demourt, Lagneau, Jungken, etc.; enfin il eût pu consulter, dans la publication récente de M. Deval, deux chapitres pleins d'intérêt sur ce sujet, l'un sur l'*amaurose suite d'excès vénériens*, l'autre sur l'*amaurose syphilitique*, qui renferme six observations nouvelles (Deval, TRAITÉ DE L'AMAUROSE, 1851). Or comment peut-on arriver au diagnostic? Il est des diagnostics que l'on émet de prime saut par une sorte d'intuition instinctive de divination en vertu d'un don appelé *tact médical;* mais ici, avouons-le, ce n'est guère le cas. Voici comment raisonne l'auteur : Quand les signes caractéristiques de la cachexie vérolique l'entourent d'un cortége trop nombreux pour que sa nature soit méconnue, alors aussi la cécité ne forme qu'un trait de l'ensemble du tableau, et n'a qu'une importance secondaire : c'est le cas de deux de ses observations; mais il en est tout autrement, comme il l'avoue lui-même, lorsqu'elle constitue réellement une des manifestations *larvées* de la syphilis et qu'elle est due à l'action du virus vénérien sur la rétine ou les nerfs optiques. C'est aussi ce qu'on voit dans deux de ses exemples : il n'y a là qu'un diagnostic *à posteriori.* On ne juge que d'après les antécédents présumés du malade, bien plus que d'après l'insuccès des médications antérieures; car à moins d'un traitement expérimenté, cet insuccès est trop commun dans l'amaurose pour exciter l'étonnement et suggérer l'idée d'un vice particulier. Il faut donc reconnaître qu'ici cette méthode est incomplète et défectueuse. Il importe à coup sûr dans la pratique d'attacher un grand prix au plus léger indice pour sortir du labyrinthe de ces métamorphoses; mais, je le demande, cela peut-il suffire? M. Yvaren avoue que les symptômes énumérés dans ses quatre observations ne diffèrent pas de ceux de l'amaurose idiopathique, et qu'ils n'offraient rien qui ait servi à établir le diagnostic différentiel; et lui-même ne spécifie rien sur la forme de la pupille, sur la couleur du fond de l'œil ni sur l'état de la circulation intérieure du globe, etc. Pour l'amblyopie par onanisme, j'ai découvert et exposé dans mon TRAITÉ D'ANATOMIE MÉDICO-CHIRURGICALE (1844, article *Iris*) un signe particulier consistant dans la dilation irrégulière de la pupille, avec déformation de sa circonférence et transport de son ouverture en haut et en dedans. Voici ce que M. Deval ajoute sur ce point : « Le docteur Chavériat annonce que depuis qu'il » a eu connaissance de la remarque de M. Pétrequin, remarque, dit-il, » de la plus haute importance puisqu'elle sert à mettre sur la voie d'une » cause, trop souvent cachée, d'une foule de maladies, il s'est attaché à » cette étude d'une manière particulière; or il affirme que, pendant tout » le temps qu'il s'est exercé à diagnostiquer l'acte de la masturbation, » il a presque toujours obtenu un aveu de la part des malheureux qui » s'y adonnaient, toutes les fois qu'il a rencontré avec ce signe une » coloration bleue de la sclérotique et un demi-cercle bleuâtre à la » racine des paupières. » (Deval, TRAITÉ DE L'AMAUROSE, p. 262.) Or dans l'une des observations de la GAZETTE MÉDICALE de Strasbourg, je trouve ces signes particuliers dans l'amaurose syphilitique : « La pu» pille est dilatée irrégulièrement, et sa forme rapprochée de celle » d'une ellipse; elle a une teinte fauve. » Jungken dit de son côté : « Iris d'une teinte sale, pupille tirée en haut et en dedans vers la racine du nez. » Dans l'une des observations de M. Yvaren, je remarque que l'œil présentait autour de la pupille une teinte fauve, parsemée de quelques taches d'un jaune plus foncé que le reste de la surface. Ces deux phénomènes (déformation et transport de la pupille, altération de sa couleur) existent dans quelques-unes des observations de M. Deval, dont plusieurs manquent malheureusement de détails.

L'ouvrage de M. Yvaren se termine par deux chapitres pleins d'intérêt et d'enseignements utiles, l'un touchant le diagnostic : *lorsque l'état latent s'est produit, d'après quels indices soupçonner son existence?* l'autre sur la thérapeutique : *à quels moyens avoir recours pour faire cesser l'état latent*, c'est-à-dire pour contraindre le principe de la vérole à repasser à l'état actif, en se manifestant par les symptômes qui lui sont propres? Mais peut-être convient-il de ne pas pousser cette analyse plus avant, afin de ne pas déflorer cette partie du traite et de laisser au lecteur le plaisir d'en prendre connaissance par lui-même.

On connaît maintenant l'esprit de l'ouvrage; nous pensons avoir suffisamment mis en relief la méthode de l'auteur (1); le plan général nous semble bien conçu et heureusement exécuté; la forme ne le cède pas au fond; le livre nous paraît avoir été tout entier écrit avec une verve remarquable, une chaleur soutenue et une impartialité des plus louables. La diction en est généralement pleine d'animation et de vie, et souvent le style ferait honneur aux plus habiles; les puristes les plus sévères ne pourraient guère reprocher qu'une nature luxuriante (qualité rare même quand elle est en défaut), et parfois un peu chargée de figures et d'images; nous dirons, nous, qu'on y reconnaît les couleurs du traducteur de Fracastor, *disjecti membra poetæ.* En somme, c'est un des ouvrages de médecine qui se font lire avec le plus d'attrait. Et qu'on ne dise pas qu'en faveur d'un ancien condisciple, des souvenirs de collége ont fasciné nos regards et paralysé notre critique; nous nous bornerons, pour toute réplique, à faire remarquer que le manuscrit de M. Yvaren a été soumis à l'appréciation de l'Académie de médecine de Paris, et qu'un rapport des plus favorables a été lu le 12 juillet 1853 par un des juges les plus compétents sur la matière, devant lequel nous nous inclinons. Nous ne saurions mieux terminer qu'en répétant ici les termes dans lesquels M Gibert prononce son jugement : « Le travail consciencieux et aussi complet qu'il peut l'être en ce moment de » M. Prosper Yvaren sur un sujet à peine ébauché jusqu'ici dans les » traités les plus récents sur la matière, est un écrit tout à fait hors » ligne tant par son étendue que par sa nature. »

J. E. PÉTREQUIN.

(1) La critique pourrait ici soulever une objection générale et se demander s'il faut déclarer vénérienne toute maladie d'origine douteuse que le mercure on l'iodure de potassium auront guérie. M. Yvaren aurait droit de répliquer avec pleine justesse qu'il ne va pas jusque-là : « Cependant, dit-il, lorsque je vois le mercure réussir dans les maladies diverses contre lesquelles il n'est pas habituellement employé, on contre lesquelles, s'il est employé, il échoue dans les conjonctures ordinaires; lorsque je le vois, dis-je, réussir alors qu'il existe des antécédents de vérole, je me trouve placé dans cette alternative : ou de considérer le mercure comme une panacée méconnue, comme une arme thérapeutique universelle dont nous sommes coupables de ne pas nous servir contre tous les maux; ou de conclure que les affections guéries par cet agent ne le sont que par exception et seulement quand elles ont été engendrées par la diathèse syphilitique. La logique n'est-elle pas en faveur de cette dernière conclusion? »

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le 1er janvier. On s'abonne dans les départements chez tous les directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les souscripteurs de Paris.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME NEUVIÈME

DE LA TROISIÈME SÉRIE DE LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

POUR L'ANNÉE 1854.

A

B

C

D

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

TABLE DES AUTEURS.

